

# **AVALIAÇÃO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO NO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA PERANTE A DOR ONCOLÓGICA**

Maria Eduarda Borges Ferreira <sup>(1)</sup>; Ítala Morgânia Farias da Nóbrega <sup>(2)</sup>

Endereço dos autores:

- 1- Maria Eduarda Borges Ferreira. Estudante do Curso de Farmácia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). E-mail: dunha96@hotmail.com
- 2- Ítala Morgânia Farias da Nóbrega. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Farmacêutica no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). E-mail: italanobrega@hotmail.com

## **RESUMO**

**OBJETIVOS:** Caracterizar a dor e avaliar a sua interferência na qualidade de vida de pacientes oncológicos.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório, prospectivo e transversal realizado com paciente oncológicos, selecionados por meio de amostra de conveniência. Para obtenção dos dados, utilizaram-se os questionários socioeconômico e clínico e o Inventário Breve de Dor (IBD) para avaliar a interferência da dor no cotidiano dos pacientes. Foi realizada a análise descritiva para caracterização da amostra e posteriormente regressão logística.

**RESULTADOS:** Dos 378 pacientes, 57,94% foram mulheres, 53,7% de pardos, média de idade de  $56,75 \pm 15,1$  anos, 22,22% possuíam câncer localizado na mama e 16,9% no pulmão, sendo os mais prevalentes. Do total da amostra, 53,7% relataram uma dor diária, com predominância no turno da noite 20,10%. Por meio do IBD, foi possível observar que a dor interfere, principalmente, no trabalho (média de  $9,04 \pm 6,57$ ), a atividade geral ( $7,69 \pm 3,35$ ) e na habilidade para caminhar ( $4,41 \pm 4,41$ ).

**CONCLUSÃO:** Os dados apontaram que a dor oncológica é de alta prevalência na população estudada, devendo ser considerado por profissionais de saúde o conjunto de fatores que interagem nos processos da dor crônica no paciente oncológico sendo um passo importante na interpretação do cuidado ao paciente com câncer.

**PALAVRAS-CHAVES:** Antineoplásicos, Administração Oral, Uso de Medicamentos.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVES:** To describe the pain and assess its interference in the quality of life of cancer patients.

**MATERIALS AND METHODS:** This was a quantitative, exploratory, prospective cross-sectional study with cancer patients, selected by convenience sample. To obtain the data, the socioeconomic and clinical questionnaire and the Brief Pain Inventory (IBD) were used in to assess pain interference in the daily lives of patients. The descriptive analysis to characterize the sample and subsequently logistic regression was performed.

**RESULTS:** Of 378 patients, 57.94% were women, 53.7% of mulattos, average age of  $56.75 \pm 15.1$  years, 22.22% had cancer localized in the breast and 16.9% in the lung, It is the most prevalent. Of the total sample, 53.7% reported daily pain, especially on the night shift 20,10%. Through IBD, it was observed that the pain interferes mainly at work (mean  $9.04 \pm 6.57$ ), overall activity ( $7.69 \pm 3.35$ ) and the ability to walk ( $4.41 \pm 4.41$ ).

**CONCLUSION:** The data showed that cancer pain is highly prevalent in this population and should be considered by health professionals of the set factors that interact in the processes of chronic pain in cancer patients is an important step in the interpretation of patient care with cancer.

**KEYWORDS:** Antineoplastic agentes, Oral Administration, Drug Utilization.

## **INTRODUÇÃO**

De acordo com a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2021 haverá 15 milhões de novos casos de câncer, respondendo por 9 milhões de óbitos. Atualmente, a dor relacionada ao câncer aflige mais de 8 milhões de pacientes em todo o mundo, e irá acometer 50% dos pacientes durante os vários estágios da doença. Aproximadamente, 75% dos pacientes com câncer em fase avançada se queixam de dor, sendo a dor descrita como moderada ou insuportável em 50% e 30% dos casos, respectivamente. <sup>1,2,3</sup>

Números tão impressionantes merecem, no mínimo, reflexão. Especialmente porque o emprego racional de drogas analgésicas, por via oral, resulta no controle da dor em cerca de 90% dos casos. Apenas 10% dos pacientes são considerados não responsivos ao tratamento medicamentoso por via oral, necessitando, eventualmente, de vias alternativas de

administração de opióides, bloqueios neurolíticos, procedimento neurocirúrgicos, isto é, uma abordagem mais agressiva por parte do especialista em dor.<sup>4,5</sup>

A dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes com câncer em progressão. Em algum momento da evolução da doença, 80% dos pacientes experimentarão dor.<sup>6</sup> A severidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado e muitos fatores podem influenciar a percepção deste sintoma: fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade da doença, sentimentos de falta de esperança e amparo.<sup>7</sup>

Dor é uma experiência única e pessoal. Não há linguagem padrão para descrições de dor, variando dentro de uma mesma família ou grupo cultural. Pode ser extremamente difícil para o paciente com doença avançada, encontrar uma linguagem que descreva sua dor não só por ser uma experiência sem semelhança com qualquer sensação prévia, como pela presença de seus componentes emocional, social e espiritual.<sup>7</sup>

O controle da dor deve ser baseado em avaliação cuidadosa com elucidação das possíveis causas e dos efeitos deste sintoma na vida do paciente, investigando fatores psicossociais que possam estar influenciando e seu impacto, no paciente.<sup>8</sup>

A terapêutica preferencial para o alívio da dor deve ser o tratamento do câncer em si, sempre que possível. O uso de medicamentos analgésicos, medidas de apoio psicoterápicas e fisioterápicas, bloqueios nervosos, secção de vias sensitivas e estimulação das vias supressoras da nocicepção, são complementares à terapêutica anticancerosa.<sup>8,9</sup>

O controle da dor oncológica deve contemplar o uso de drogas não opióides, opióides e analgésicos, a chave principal para controle farmacológico é o manejo da concentração da dosagem de analgésico para alcançar o alívio da dor desejado, enquanto se minimiza os efeitos colaterais indesejados, iniciar o tratamento com base no relato do paciente sobre a intensidade da dor, selecionar os analgésicos apropriados e a via de administração, as drogas devem ser prescritas levando-se em consideração: a intensidade da dor, idade, a coexistência de doenças, a interação entre drogas, os tratamentos já

realizados, e por último, respeitar as preferências e conveniências para o paciente.<sup>10</sup>

A dor, quinto sinal vital, afeta significativamente a qualidade de vida do paciente e requer prevenção e tratamento adequados.<sup>11</sup>

Na avaliação da dor não se deve negligenciar a descrição do paciente sobre o padrão, a intensidade e a natureza da mesma<sup>12</sup>, considerando que, por ser subjetiva, somente o indivíduo pode descrevê-la da forma como é sentida. Escalas de avaliação podem ajudar na eficácia das intervenções, além de respeitar a subjetividade do paciente, pois só ele é capaz de descrever e avaliar com exatidão sua dor; as escalas permitem esta “validação” pelo paciente, o sujeito que vivencia a dor é o *expert* sobre o padrão, localização, intensidade e natureza da dor, assim como o grau de alívio obtido pela terapia.<sup>13</sup>

Dor inadequadamente aliviada também provoca repercussões nas esferas social, emocional e espiritual dos pacientes e de seus familiares, como restrição nas atividades de trabalho e lazer, maior ônus financeiro, sofrimento psíquico frente ao desconforto de um ente querido e questionamentos de natureza metafísica, entre outros. Tudo isso ocorre em detrimento da qualidade percebida de vida dos pacientes com câncer.<sup>14</sup>

Ashing-Giwa (2005) complementa alegando que os instrumentos que mensuram Qualidade de Vida (QV) são considerados uma ferramenta comumente utilizada para a avaliação do impacto da doença em pessoas. Considerado um construto multidimensional que avalia o estado físico, funcional, psicológico, social, espiritual, bem-estar e sexualidade relevante para algumas doenças crônicas.<sup>15</sup>

Nesta contextualização, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a dor em indivíduos com diagnóstico de câncer e em tratamento no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e conhecer a influência da dor oncológica na qualidade de vida destes pacientes através de escalas multidimensionais.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo e de natureza quantitativa desenvolvido nas Enfermarias de Cuidados Paliativos, Oncologia e Ambulatório de Oncologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, hospital filantrópico de alta complexidade, de referência regional. A amostra foi calculada considerando o intervalo de confiança de 5%, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$no = \frac{1}{Eo^2}$$

$$n = \frac{N \cdot no}{N + no}$$

N: Tamanho da população

Eo: Erro amostral tolerável

no: Primeira aproximação do tamanho da amostra

n: Tamanho da amostra

$$no = \frac{1}{0,05^2} = 400$$

A Instituição atende em média 1146 pacientes por mês sendo, 1.109 pacientes no Ambulatório de Oncologia Adulto, 40 na Enfermaria de Cuidados Paliativos e 95 na Enfermaria Oncológica. Mediante informação fornecida pelos registros estatísticos, e para a pesquisa os dados coletados sendo de seis meses, aplicando-se a fórmula a amostra correspondeu a 378 pacientes.

Os participantes foram escolhidos aleatoriamente e incluídos na pesquisa de acordo com os seguintes critérios: pacientes oncológicos de ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, em uso de medicamento para dor oncológica, em condições físicas e psicológicas para responder as questões do formulário de pesquisa e que concordaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual se garantia a privacidade dos participantes, explicava-se a finalidade do estudo e que a não participação não afetaria o atendimento na Unidade em questão, além do meio de contato para esclarecimento de qualquer dúvida. Não houve perdas, exclusões, ou recusas.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2015 a fevereiro de 2016. Os participantes da pesquisa responderam a um questionário semiestruturado, criado pela própria pesquisadora, composto por identificação sobre o perfil sociodemográfico, diagnóstico, antecedentes pessoais e sintomas apresentados.

A caracterização da dor foi realizada por meio do Inventário Breve de Dor (IBD), idealizado por Daut, Cleeland, e Flanery (1983), instrumento multidimensional de fácil aplicabilidade. Utiliza-se uma escala de 0-10 para avaliar intensidade da dor, sua interferência na habilidade para caminhar, nas atividades diárias do paciente, no trabalho, nas atividades sociais, no humor e no sono.<sup>16</sup>

Para o processamento e análise dos dados foram revisados de acordo com a qualidade das informações, cumprindo os critérios de elegibilidade, e desconsiderando possíveis informações duvidosas ou inconsistentes que possam comprometer a confiabilidade do estudo.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva utilizando o programa *Microsoft Office Excel® 2007* para Windows, onde se incluem as distribuições de frequência e percentagens, as medidas de tendência central (média e mediana) e as medidas de dispersão (desvios-padrão). A fim de avaliar a associação entre as variáveis do inventário da dor, foi realizada *Correlação de Pearson* (neste estudo, foi considerado um nível de significância de  $p < 0,05$ ).

O estudo foi submetido e aprovado na vigência da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS) e autorizado mediante CAAE nº 46383415.9.0000.5569 e protocolo nº 1.193.451/2015, com parecer de aprovação homologado em 24 de agosto de 2015.

## **RESULTADOS**

A população do estudo foi composta de 378 pacientes, sendo entrevistados no Ambulatório de Oncologia 66,67% (252), na Enfermaria de Cuidados Paliativos 15,08% (57), na Enfermaria Oncológica Feminina 10,05%

(38) e Enfermaria Oncológica Masculina 8,20% (31) pacientes. Em torno de 57,94% (219) pacientes eram do sexo feminino e 42,06% (159) do sexo masculino. 53,70% (203) se identificaram como possuindo cor da pele parda, 37,04% (140) branca e 9,26% (35) negra. Um total de 56,61% (214) dos pacientes era casado, outros 12,43% (47) viúvos, 25,40% (96) solteiros e um contingente menor 5,56% (21) declaram-se separados/divorciados. A idade da amostra total variou de 20 a 96 anos, com média de idade de 56,75 anos, mediana de 58 anos e desvio padrão (DP) de 15,1 anos. A maior parte dos pacientes, 49,20% (181) relatou ter o ensino fundamental incompleto. Apenas 20,60% (78) conseguiram completar ensino médio. Outros 2,91% (11) estudaram até o ensino superior, sendo que 7,14% (27) conseguiram concluir este segmento. 7,14% (27) revelaram que “não” sabiam ler e escrever. Em relação à renda familiar, a média foi de R\$ 1.301,42 (DP= R\$ 1.460,39), mediana R\$ 880,00, com variação de R\$ 00,00 a R\$ 15.000,00. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e econômicos da amostra estudada.

**Tabela 1.** Distribuição percentual das características sociodemográficas e econômicas da amostra.

Variável	Frequência	
	N	%
<b>Setor</b>		
Ambulatório de Oncologia	252	66,67
Enf. Cuidados Paliativos	57	15,08
Enf. Oncologia Masculina	38	10,05
Enf. Oncologia Feminina	31	8,20
<b>Sexo</b>		
Feminino	219	57,94
Masculino	159	42,06
<b>Etnia</b>		
Pardo	203	53,70
Branco	140	37,04
Negro	35	9,26
<b>Estado Civil</b>		
Casado	214	56,61
Solteiro	96	25,40
Separado/Divorciado	21	5,56
Viúvo	47	12,43
<b>Idade (anos)</b>		
18 – 25	5	1,40
26 – 35	52	13,70
36 – 45	172	45,50
46– 55	32	8,46
>55	117	30,90
Média ± DP	56,75 ± 15,10	
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	27	7,14
Ensino fundamental incompleto	181	49,20
Ensino fundamental completo	26	6,87
Ensino médio incompleto	17	4,50
Ensino médio completo	78	20,60
Ensino superior incompleto	11	2,91
Ensino superior completo	27	7,14
Pós-graduação	2	0,53
<b>Renda familiar</b>		
até 01 salário mínimo (SM)	185	48,90
1 a 3 SM	101	26,70
3,1 a 5,0 SM	20	5,29
5,1 a 7,0 SM	6	1,58
Média ± DP	1.301,42 ± 1.460,39	



Quanto à origem do câncer observou-se que o câncer de mama 22,22% (84) e o câncer de pulmão 16,93% (64) foram os mais prevalentes no gênero feminino e masculino, respectivamente. Registrou outros locais de origem, em ordem decrescente: ossos 11,11% (42), próstata 8,73% (33), fígado 8,20% (31), útero 7,93% (30) e estômago 7,67% (29).

No que se refere às doenças preexistentes, a avaliação mostrou a ocorrência de várias delas, sendo alguns pacientes portadores de doenças associadas. As de maior prevalência foi hipertensão arterial 34,12% (129), doenças pulmonares 22,75% (86) e hepáticas 12,96% (49).

Quanto ao tipo de tratamento para o câncer, 37,03% (140) estavam em tratamento concomitante de quimioterapia e radioterapia. As principais complicações relacionadas à radioterapia foram radiodermites 15,07% (57), descamação 11,11% (42) e eritema 6,34% (24). Já as relacionadas à quimioterapia foram náuseas 54,76% (207), vômitos 37,30% (141) e diarreia 29,89% (113).

Ao serem indagados sobre os sintomas apresentados durante o tratamento, 92,59% (350) afirmaram que perderam ou ganharam peso, 30,15% (114) relataram sentir dispneia, 58,20% (220) dos entrevistados apresentavam alteração no sono e 43,38% (164) apresentavam gânglios aumentados.

A dor foi um dos pontos chaves da pesquisa. Portanto, foram necessários os conhecimentos da sua frequência, intensidade, necessidade de uso de medicamentos, melhora proporcionada pelos medicamentos, período do dia no qual a dor predomina, efeitos indesejáveis no cotidiano do paciente.

Ao serem perguntados se sentiam dor, 318 participantes (84,12%) afirmaram viver com esse sentimento. Sendo 53,70% (203) relataram uma dor diária, com predominância no turno da noite 20,10% (76). Os medicamentos analgésicos referidos pelos pacientes neste estudo foram opióides fortes, fracos e analgésicos. Dos entrevistados 304 (80,42%) faziam uso de medicamento para dor sendo os mais utilizados a Dipirona (41,45%), Paracetamol (20,17%), Morfina (18,42%), Codeína+Paracetamol (10,84%), Dipirona+Cafeína+Orfenadrina (7,4%), Tramadol 6,34% (24). Afirmaram não

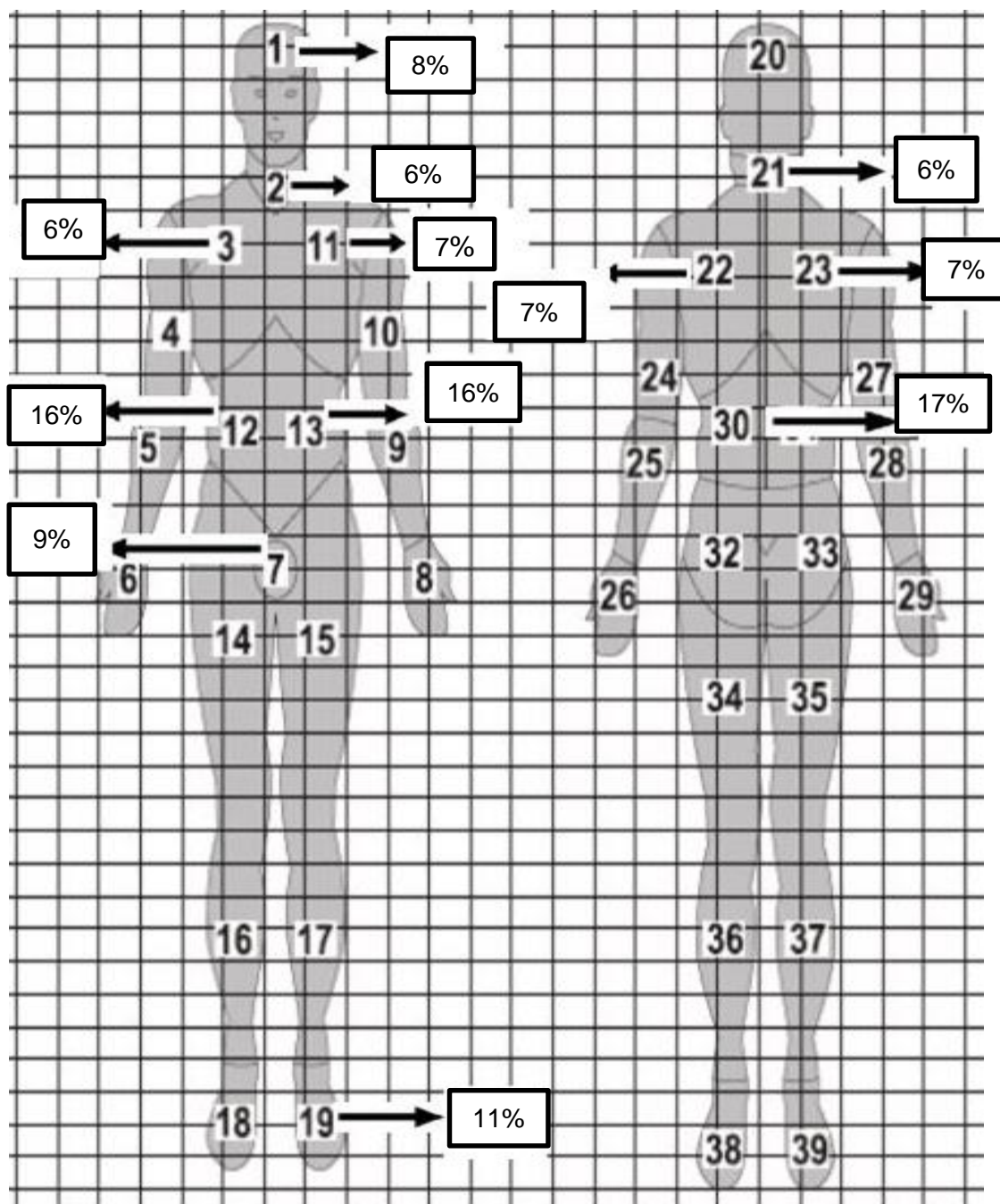
fazer uso de medicamentos para dor apenas 74 pacientes (19,57%). A distribuição dos medicamentos mais prescritos está discriminada na Tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição de medicamentos utilizados conforme a escala analgésica da Organização Mundial de Saúde

Variável	Frequência	
	N	%
<b>Opióides Fortes</b>		
Morfina	84	18,42
Metadona	7	1,54
Fentanil	1	0,22
<b>Opióides Fracos</b>		
Codeína	59	12,94
Tramadol	24	5,26
<b>Analgésicos não Opióides</b>		
Dipirona	189	41,45
Paracetamol	92	20,17

Através do Inventário Breve de Dor (IBD) identificou-se que dos pacientes que acusaram sentir dor, 56,87% responderam que não sentiram dores, nas últimas 24h, diferentes das dores tipo cefaleia, dor de dente. No diagrama descrito (Figura 1) nota-se que os pontos com incidência da dor são 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 19, 21, 22, 23 e 30 correspondentes a cabeça e cervical, mamas, pelve, tórax anterior e posterior, abdômen, perna esquerda e lombar.

Figura 1 - Diagrama corporal do Inventário Breve de Dor (IBD)



Em seguida os entrevistados foram questionados sobre a intensidade da dor e sua interferência nas últimas 24 horas, escores de 0 a 10.

**Tabela 3.** Distribuição da intensidade da dor e da interferência de pacientes oncológicos

<b>Intensidade</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média dos escores</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
Pior dor	3	3,16	3,17	3,16 ± 0,32
Dor Fraca	1	1,96	2,24	1,96 ± 0,23
Média da Dor	6	5,70	3,17	5,70 ± 0,32
Dor Agora	0	0,91	1,98	0,91 ± 0,20
Alívio pelos remédios	50	49,52	25,15	49,52 ± 2,55

<b>Interferência</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
Atividade Geral	10	7,69	3,35	7,69 ± 0,34
Humor	0	2,37	3,20	2,37 ± 0,32
Habilidade de Caminhar	5	4,41	4,06	4,41 ± 0,41
Trabalho	10	9,04	6,57	9,04 ± 0,39
Relacionamento	0	1,16	2,61	1,16 ± 0,26
Sono	5	3,52	3,28	3,52 ± 0,33
Apreciar a Vida	4	2,95	2,94	2,95 ± 0,30

Com o IBD, foi possível observar a interferência da dor em atividades do cotidiano e laboral, em uma escala de zero a dez. A dor interfere, principalmente, no trabalho (9,04±6,57), na atividade geral (7,69±3,35) e na habilidade de caminhar (4,41±4,06). Escores menores foram encontrados no humor, relacionamento, sono e apreciar a vida.

Dado interessante foi quanto ao “alívio pelo remédio”, ou seja, a porcentagem de alívio recebida após medicamento analgésico obteve média de 49,52. Pacientes que indicaram “dor agora” tiveram média de 0,91 ± 1,98.

A fim de avaliar a associação entre as variáveis do inventário da dor, foi realizada *Correlação de Pearson* (Tabela 4) para as variáveis “Pior dor” e “Dor fraca” sendo significativa, mostrando que existe uma associação diretamente proporcional, ou seja, quanto maior o paciente avalia sua “pior dor”, maior também tende a ser a avaliação da “dor fraca”. A intensidade dessa correlação

mostrou-se forte ( $P=0,926$ ), sendo significativa para avaliar a média da dor ( $P=0,279$ ), causando interferência considerável da “pior dor” na variável sono ( $P=0,41$ ), apreciar a vida ( $P=0,357$ ), habilidade de caminhar ( $P=0,347$ ) e atividade geral ( $P=0,344$ ), tendo associação mais fraca com trabalho, relacionamento e humor. A correlação com a “dor fraca” e a “média da dor” foi moderadamente significativa ( $P=0,502$ ).

**Tabela 4.** Correlação de Pearson das variáveis do Inventário Breve de Dor (IBD)

	<i>Pior dor</i>	<i>Dor Fraca</i>	<i>Média da Dor</i>	<i>Dor Agora</i>	<i>Alívio pelos remédios</i>	<i>Atividade Geral</i>	<i>Humor</i>	<i>Habilidade de Caminhar</i>	<i>Trabalho</i>	<i>Relacionamento</i>	<i>Sono</i>	<i>Apreciar a Vida</i>
Pior dor	1											
Dor Fraca	0,926	1										
Média da Dor	0,502	0,502	1									
Dor Agora	0,489	0,512	0,279	1								
Alívio pelos remédios	-0,445	-0,497	-0,138	-0,244	1							
Atividade Geral	0,344	0,337	0,207	0,123	-0,324	1						
Humor	0,246	0,194	0,158	0,123	-0,092	0,151	1					
Habilidade de Caminhar	0,347	0,312	0,231	0,111	-0,186	0,405	0,058	1				
Trabalho	0,081	0,107	0,076	0,038	-0,199	0,350	-0,020	0,177	1			
Relacionamento	0,153	0,107	0,029	0,032	-0,049	0,118	0,561	0,087	-0,102	1		
Sono	0,401	0,361	0,313	0,126	-0,200	0,194	0,301	0,169	0,000	0,287	1	
Apreciar a Vida	0,357	0,336	0,243	0,092	-0,257	0,346	0,541	0,154	0,124	0,483	0,373	1
	<i>Pior dor</i>	<i>Dor Fraca</i>	<i>Média da Dor</i>	<i>Dor Agora</i>	<i>Alívio pelos remédios</i>	<i>Atividade Geral</i>	<i>Humor</i>	<i>Habilidade de Caminhar</i>	<i>Trabalho</i>	<i>Relacionamento</i>	<i>Sono</i>	<i>Apreciar a Vida</i>
Pior dor	0,048											
Dor Fraca	-0,001	0,084										

## DISCUSSÃO

Neste estudo foram abordadas as variáveis sócio-demográficas: sexo, etnia, estado civil, escolaridade e renda familiar salarial. Estas variáveis foram escolhidas por serem dados importantes que frequentemente se associam aos fatores e risco para o câncer.

Quanto ao órgão de origem, o câncer de pulmão e o de mama foram os que apresentaram maior prevalência. Semelhante ao publicado por Smigal (2006) em relação ao gênero e faixa etária, o câncer de mama raramente acomete mulheres com menos de 35 anos; o câncer de próstata atinge os homens de terceira idade; e o câncer de mama em mulheres brancas supera o de mulheres negras.<sup>17</sup>

Os dados da média da idade dos entrevistados neste estudo,  $56,75 \pm 15,10$ , foram semelhantes aos obtidos na *American Cancer Society*, que diz que 77% de todos os cânceres são diagnosticados com 55 anos ou mais e que o envelhecimento é, por si só, um fator de risco para a incidência das neoplasias, pois deixa os indivíduos mais suscetíveis às transformações malignas<sup>18</sup>.

No que se refere às doenças preexistentes, a maioria dos pacientes tinham antecedentes clínicos associados, com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, doenças pulmonares e hepáticas. Segundo Fortes et al. (2007) o desenvolvimento de várias formas de câncer resulta na interação entre fatores endógenos e ambientais, destacando-se a dieta que, quando inadequada, representa cerca de 35% dos diversos tipos de câncer. Outros fatores incluem o etilismo, o tabagismo, a obesidade, a inatividade física que estão também associadas ao aparecimento de doenças crônicas como hipertensão.<sup>19</sup>

O fato da grande maioria dos pacientes (49,2%) ter parado de estudar antes de concluir o ensino fundamental, implica na necessidade do desenvolvimento de medidas diferenciadas de orientação, afim de que a proposta terapêutica seja aplicada corretamente em domicílio. Pesquisa realizada por Noce e Rebelo (2008) no Hospital do Câncer do Inca constatou-

se que 61% dos pacientes possuíam o primeiro grau incompleto e 13,2% eram analfabetos. Resultado semelhante ao do estudo de Silva et al., (2009), de 13,6% dos pacientes analfabetos e 50% com primeiro grau incompleto, e neste levantamento (46,2% com grau de instrução até o ensino fundamental).<sup>20,21</sup> O baixo grau de escolaridade implica diretamente no processo de educação para o cuidado ao paciente.

Quanto aos sintomas referidos decorrentes do tratamento, os de ordem metabólica causados por ganho ou perda de peso (92,6%) e as gastrintestinais (78,5%) como diarreia, vômito, anorexia e náusea, são condizentes com outros estudos, Pirri et al., (2012); Fernández-Ortega et al., (2012); Gozzo et al., (2013), evidenciando que são estes os efeitos colaterais mais comuns no tratamento quimioterápico.<sup>22,23,24</sup>

Ainda sobre o tratamento, a utilização de opióides foi de extrema importância, presente em 38,38% dos entrevistados. Como desvantagens, temos uma maior incidência de constipação e os intervalos curtos entre as doses.

Para Pena et al. (2008), “a dor constitui o sintoma dominante na maioria dos doentes com neoplasia. Atinge 50% dos pacientes no curso da doença, podendo estar presente em até 90% nas fases avançadas”. O mesmo autor afirma que a subjetividade conferida à dor torna-a difícil de interpretar ou descrever, e, por isso, muitas vezes, torna-se um sintoma subdiagnosticado e, conseqüentemente, subtratado, particularmente em pacientes com câncer.<sup>25</sup>

Verificou-se, também, neste estudo, que mesmo com uso de medicamento analgésico, os indivíduos permaneceram com este sintoma aqui apresentado de forma mais intensa que nos indivíduos que não receberam analgesia. Dado análogo a este é citado por Pollock et al., (2006), em que a *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) relata que 80% dos pacientes com dor crônica relacionando ao câncer recebem controle inadequado deste sintoma.<sup>26</sup>

Para Salamonde (2006), a dor abrange muito mais que uma sensação. O autor cita o conceito denominado dor total, criado por Cecily Saunders. Este conceito modificou a imagem da dor, pois abrange vários componentes, tais como: a luta contra a doença e seus respectivos tratamentos; os problemas



emocionais (raiva, depressão, desesperança, desespero, culpa, proximidade da morte) e a mudança dos planos de sua vida, pois deixam de lado os de longo prazo, fixando-se em metas de curto prazo.<sup>27</sup>

Dessa forma, em relação às médias de intensidade da dor apresentadas no estudo pode-se apoiar no discurso de Cecil e Helman (1994, apud SARTI, 2001), os quais afirmam que se deve considerar que a dor é vivenciada nos diferentes âmbitos sociais, de acordo com o significado individual e a cultura a que cada um pertence.<sup>28</sup>

Para Ducci e Pimenta (2003), apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, o câncer continua trazendo muitos desconfortos e sofrimento àqueles que o vivenciam pela presença do tumor, pelo desgaste físico, emocional, espiritual ou social, advindos do tratamento, ou pelos sintomas impostos pela doença.<sup>29</sup>

Neste estudo, a dor afetou significativamente a maioria das atividades diárias dos pacientes com câncer, como o trabalho, atividade geral e habilidade de caminhar. Fato semelhante foi compartilhado no estudo da Kuzeyli et al., (2005), que relatou que a dor contínua e descontrolada teve efeito prejudicial em praticamente todos os aspectos da vida do paciente e que pode produzir ansiedade e sofrimento emocional, reduzir o bem-estar e interferir na capacidade funcional dos pacientes.<sup>30</sup>

Dhingra et al., (2011) em seu estudo com 170 pacientes, chegou, por meio do questionário IBD, a níveis para “dor média” nas últimas 24 horas de  $2,4 \pm 1,7$  (escala de 0-8) e escore para “pior dor” nas últimas 24 horas de  $4,7 \pm 2,4$ . Os índices para “dor média” foram inferiores em relação ao encontrado neste estudo ( $5,70 \pm 0,32$ ). Entretanto, o escore para “pior dor” é semelhante ao deste estudo.<sup>31</sup>

Trabalhos realizados por Te Boveldt et al., (2013), tiveram 428 participantes, dos quais 167 destes relataram dor. 26% relataram sua “pior dor” em níveis moderados e 24% em níveis severos. Portanto, identificaram que 83 dos 428 participantes referiram dor moderada a severa. A mediana da “pior dor” foi 4.0, da “dor fraca” 2.0, da “dor média” 4.0 e da “dor atual” 2.0. Os autores mostraram que mais de um terço de todos os participantes relataram dor. Além disso, a alta intensidade de dor interferiu fortemente nas atividades

diárias e ainda 10% - 33% dos pacientes com dor leve, cujo nível de dor não é usualmente tratado com opióides, experimentaram moderada a grave interferência nas atividades diárias. Alta intensidade da dor atual e alta interferência nas atividades diárias gerais foram relacionadas a dor de moderada a severa.<sup>32</sup>

Acredita-se que medidas utilizadas para lidar com a dor estejam relacionadas ao modo como é percebida, sentida e pela interferência que provoca na vida das pessoas. No presente estudo, buscou-se analisar a interferência da dor no cotidiano dos pacientes oncológicos, nas últimas 24 hs e pôde observar-se que os aspectos mais comprometidos foram trabalho, atividade geral e habilidade de caminhar. O estudo de Ferreira (2009) utilizou o mesmo instrumento para avaliar a dor em mulheres com câncer de mama pós-tratamento e encontrou interferência no padrão do sono, no desempenho profissional, no humor e na forma de apreciar a vida.<sup>33</sup>

O alívio eficaz da dor depende de uma avaliação muito abrangente, a fim de identificar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, e como base para intervenções multidisciplinares. Sugere-se então, a realização de novas pesquisas com vistas a abordar o paciente em diferentes momentos e situações, fornecendo dados clínicos mais abrangentes, acompanhando e avaliando de perto a influência que a dor causa na qualidade de vida, explorando e prevendo suas tendências.

## **CONCLUSÃO**

De fato, várias características próprias do câncer e do seu tratamento podem afetar o equilíbrio mental e físico, como limitações na atividade diária, efeitos colaterais dos quimioterápicos e perda da autoestima. O diagnóstico do câncer representa um evento catastrófico em suas vidas, a partir do qual terão de lidar com ansiedade associada à uma doença que pode ser fatal e aos efeitos colaterais aversivos do seu tratamento. Muitos pacientes ainda acabam experimentando mudanças de *status* no seu emprego, nas relações sociais, na sua capacidade física e no seu papel dentro da família.

A dor é um tema que intriga muitos profissionais, o que estimula a buscar novas respostas para avaliação e controle.

Considerar esse conjunto de fatores que interagem nos processos da dor crônica no paciente oncológico é um passo importante na interpretação do cuidado dos profissionais de saúde ao paciente com câncer.

O fenômeno doloroso é envolvido por diversas dimensões tanto qualitativas como quantitativas. Elementos sensoriais, afetivos, culturais e emocionais compõem o fenômeno doloroso. Esses elementos podem interferir no controle, na vivência e na maneira de expressar a dor. Assim a maneira como a dor é caracterizada comprometerá a qualidade de vida dos indivíduos.

A dor é considerada subjetiva, individual podendo ser percebida de diversas maneiras dependendo de quem a sente, além do mais, já se sabe que é difícil mensurá-la.

A dor deve ser tratada como um todo desde a sua dimensão orgânica até à emocional, espiritual e social. É essencial que os profissionais de saúde aceitem a dor do doente e conheçam as várias formas de aliviar, desfazendo mitos e crenças que existam sobre as terapias disponíveis, nomeadamente os opióides. Para isto deve haver uma atualização de conhecimento nessa área e formação para que o doente beneficie dos avanços científicos. Devem unir-se esforços entre médicos e outros profissionais de saúde para que o melhor tratamento seja alcançado em todas as fases da doença.

Propõe-se avaliar a literatura científica sobre o tratamento da dor no doente oncológico em todas as suas dimensões. Serão definidos os princípios do seu tratamento que incluem a analgesia farmacológica com opióides, não opióides, adjuvantes, modalidades físicas, cognitivas, psicossociais e terapias interventivas.

## **REFERÊNCIAS**

1. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*. 1982; 50:1913-1918.
2. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R. Physicians attitudes and practice in cancer pain management. *Ann Intern Med*. 1993; 119:121-126.

3. Ripamonti C, Dickerson D. Strategies for the Treatment of Cancer Pain in the New Millennium. *Drugs* 2001; 61(7): 955-977.
4. Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1996; 335; 15:1124-1132.
5. Portenoy RK, Lesage P. Management of cancer pain. *Lancet* 1999; 353: 1695-1700.
6. Onuchic AC, Chammas R. Câncer e o microambiente tumoral. *RevMed (São Paulo)*. 2010 janeiro-março.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Junho/2002. Cuidados Paliativos. Oncológicos. – Controle da Dor.
8. Organización Mundial de la Salud. - Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra, 1987
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Câncer e Combate ao Fumo. Alívio da dor no câncer. Brasília. 1991.
10. Singapore. Ministry of Health 2003. Cancer Pain. Acesso em: 28 jul. 2015.
11. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos[Internet]. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2015. 320p.
12. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital [acesso 2016 Jan 20]. Disponível em: [http://www.dor.org.br/profissionais/5\\_sinal\\_vital.asp](http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp)
13. Skrobik Y. Pain may be inevitable; inadequate management is not. *Crit Care* [online]. 2008 [acess 2016 Mai 03]; 12(2):142. Available at: <http://ccforum.com/content/12/2/142>
14. Pimenta, C.A.M.; Koizume, M.S.; Teixeira, M.J. Dor no Doente com Câncer: Características e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, RJ, v.43, n.1, p.21-44, jan./fev./mar., 2003.
15. Ashing-Giwa, K.T. The contextual model of HRQoL: A paradigm for expanding the HRQoL framework. *Qual Life Res.*, v. 14, n. 2, p. 297–307. 2005.
16. Daut, R.L.; Cleeland, C.S.; Flanery, R.C. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*. v. 17, n. 2, p.197-210. 1983.
17. Smigal C, Jemal A, Ward E, Cokkinides V, Smith R, Howe HL, et al. Trends in breast cancer by race and ethnicity: update 2006. *CA Cancer J Clin*. 2006;56(3):168-83.

18. Cervi A., Hermsdorff H.H.M.; Ribeiro, R.C.L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, n.4, p. 407-18. 2005.
19. Fortes R. C., et al. Hábitos Dietéticos de Pacientes com Câncer Colorretal em Fase Pós-Operatória. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 53, n. 3, p. 277-289, 2007.
20. Noce C.W.; Rebelo M.S. Avaliação da relação entre o tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. *Rev bras cancerol.*, v. 54, n.2, p.123-9. 2008.
21. Silva, M.C. et al. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Rev bras cancerol.*, v. 55, n.4, p.329-35.2009.
22. Pirri, C. et al. Nausea still the poor relation in antiemetic therapy? The impact on cancer patients' quality of life and psychological adjustment of nausea, vomiting and appetite loss, individually and concurrently as part of a symptom cluster. *Support Care Cancer.*, v. 21, n. 3, p. 735-48. 2012.
23. Fernández-ortega, P.P. et al. Chemotherapy. Induced nausea and vomiting in clinical practice: impacto on patients' quality of life. *Support Care Cancer.*, v. 20, n. 12, p.3141-48.2012.
24. Gozzo, T,O. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 3, 110-116. 2013.
25. Pena, R. et al. Estimulação elétrica Transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica- uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, RJ, v.54, n.2, p.193-199, abr./maio/jun.2008.
26. Pollock, R.E. et al. *Manual de Oncologia Clínica da UICC*. 8ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.
27. Salamonde, G.L.F. et al. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, RJ, v.56, n.6, p. 602-618, nov./dez, 2006.
28. Sarti, C. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, SP, v.10, n.1. p.3-13, jan./jul., 2001.
29. Ducci A.J.; PIMENTA, C.A.M. Programas educativos e a dor oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, RJ, v. 49, n. 3, p. 185-192, jul./ago./set., 2003.

30. Kuzeyli Y.Y.; Uyar, M.; Fadilliolu, C. Cancer pain and its influence on quality of life. *Agri.*, v. 17, n.4, p. 17-22. 2005.
31. Dhingra,L. et al. Pain in Underserved Community-Dwelling Chinese American Cancer Patients: Demographic and Medical Correlates. *The Oncologist.*,v. 16, p. 523–533. 2011.
32. Te Boveldt, N. et al. Pain and Its Interference with Daily Activities in Medical Oncology Outpatients. *Pain Physician*, v. 16, p. 379-389. 2013.
33. Ferreira VTK. Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós-tratamento. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.