

**DOR EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS EM
CUIDADOS PALIATIVOS:
UMA ABORDAGEM COM
VISTA À ELABORAÇÃO DE
UM PROTOCOLO DE
MANEJO
TRANSDISCIPLINAR**

**PAIN IN CANCER PATIENTS IN PALLIATIVE CARE: AN APPROACH
TOWARDS THE DEVELOPMENT OF A TRANSDISCIPLINARY MANAGEMENT
PROTOCOL**

Ciências da Saúde • 02/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/780381624](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/780381624)

Adrya Karolinne da Silva Pereira

Marília Brasil Xavier

Clarissa Porfirio Mendes

RESUMO

O câncer pode estar associado com muitos sintomas, mas a dor é um dos que causam mais medo e sofrimento aos pacientes, estima-se que 60 a 90% dos pacientes com câncer avançado evoluem com dor. O trabalho tem como objetivo descrever a ocorrência de dor e qualidade de vida entre pacientes oncológicos em cuidados paliativos com vista à elaboração de um protocolo de manejo transdisciplinar. Trata-se de um estudo transversal com pacientes oncológicos onde foi utilizado um protocolo de pesquisa adaptado pela autora baseado no Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor. Os sujeitos foram pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos no ambulatório do Hospital Ophir Loyola no mês de outubro a dezembro de 2017. O estudo envolveu 102 pacientes sendo a maioria pertencente ao sexo masculino (57,84%) com ensino fundamental completo (22,25%) e/ou incompleto (24,51%) e com faixa etária acima de 60 anos (45,10%). No que diz respeito ao sítio tumoral primário o mais prevalente foi no trato gastrointestinal com 27,45% seguido do ginecológico representado por 24,51% e na mama com 18,63%. Também houve diferença em relação ao tratamento utilizado, onde apenas 10,78% estavam em tratamento com radioterapia e 5,88% em quimioterapia sendo que a maioria não estava em nenhum tratamento oncológico atual. Dos 85,71% pacientes que alegaram ter sofrido com esse sintoma, 84,82% fez uso de algum tipo de medicação para dor. Houve diferença significativa entre o uso de drogas, onde o uso de opióides é maior em pacientes sem dor, os pacientes de dor intensa utilizaram com maior frequência adjuvante e opióides fortes. No que se refere à qualidade de vida o domínio meio ambiente apresentou o melhor aspecto dentre todos os participantes, seguido do psicológico e relações sociais. O domínio físico da qualidade de vida apresentou o pior escore principalmente com os pacientes que relataram dor

intensa. Com base na pesquisa e observações foi elaborado um protocolo de avaliação da dor de percepção multidisciplinar com o objetivo de contribuir para a assistência de qualidade ao paciente, e como consequência a melhora no manejo da dor total.

Palavras-chave: Dor total; Câncer; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Cancer can be associated with many symptoms, but pain is one that causes more fear and suffering to patients, it is estimated that 60 to 90% of patients with advanced cancer develop pain. This study aims to describe the occurrence of pain and quality of life among cancer patients in palliative care with a view to the elaboration of a transdisciplinary management protocol. It is a cross-sectional study with cancer patients where a research protocol adapted by the author based on the Brazilian Consensus on Pain Management was used. The subjects were oncologic patients in palliative care attended at the outpatient clinic of Ophir Loyola Hospital from October to December 2017. The study involved 102 patients, the majority of whom were male (57.84%) with complete primary education (22,25 %) and / or incomplete (24.51%) and with age group above 60 years (45.10%). Regarding the primary tumor site the most prevalent was in the gastrointestinal tract with 27.45% followed by the gynecological represented by 24.51% and in the breast with 18.63%. There was also a difference in the treatment used, where only 10.78% were in treatment with radiotherapy and 5.88% in chemotherapy, most of whom were not on any current oncological treatment. Of the 85.71% patients who claimed to have suffered from this symptom, 84.82% used some type of pain medication. There was a significant difference between the use of drugs, where the use of opioids is higher in patients without pain, the patients with intense pain used more often adjuvant and strong opioids.

Regarding the quality of life the environment domain presented the best aspect among all the participants, followed by the psychological and social relations. The physical domain of quality of life presented the worst score mainly with patients who reported intense pain. Based on the research and observations, a multidisciplinary perception pain assessment protocol was developed with the objective of contributing to quality patient care, and as a consequence, the improvement in the management of total pain.

Keywords: Total pain; Cancer; Palliative care.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Tema em Estudo

O câncer geralmente está interligado com muitos sintomas, mas a dor é um dos que causam mais medo aos pacientes. Atualmente, câncer é o nome geral que compõe um conjunto de mais de 100 doenças, que têm como característica o crescimento desordenado de células que tendem a invadirem tecidos e órgãos vizinhos, e a dor oncológica é um do principal sintoma devido causar efeito direto no tumor causando na maioria dos casos invasão óssea ou compressão de nervos, ou por complicações dos tratamentos podendo ser causada por fibrose por radiação, neuropatia induzida por quimioterapia ou dor cirúrgica pós-operatória. Acredita-se que 60 a 90% dos pacientes com câncer avançado têm dor. A dor crônica ou também chamada de intensidade grave tem um importante efeito deletério sobre saúde física, psicológica e social do paciente, por isso o controle efetivo da dor é essencial para o bem estar e qualidade de vida (MINISTRY OF HEALTH, 2003).

Desde 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a dor como uma “Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” – ou seja, a dor é uma experiência individual. Dessa forma, basta presumir ou pensar que vai doer, para doer de fato. Essa conclusão nos faz refletir principalmente quando se trata da dor de um paciente oncológico. A dor é classificada como o quinto sinal vital e seu controle é considerado um direito humano (THOMAZ, 2010).

O Plano Nacional de Luta Contra a dor publicado em 2003, também conceituou a dor como um fenômeno perceptivo complexo, subjetivo e multidimensional, e nesta perspectiva a Direção Geral de Saúde (DGS) elaborou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que considera a dor como quinto sinal vital, sendo avaliada e mensurada através de escalas de dor, de modo a torná-la objetiva para tratamento medicamentoso. Neste mesmo período, varias medidas foram adotadas pelo Ministério da Saúde em relação à importância da dor como problema de saúde pública e suas repercussões psicossociais e econômicas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos através da portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Na esteira deste Programa, buscou-se uma definição mais clara de uma política nacional para a área melhorou o acesso do uso de analgésicos.

A avaliação da dor é um grande desafio, já que a dor é, antes de tudo, subjetiva, variando em cada individuo em função de vivências culturais, emocionais e ambientais. Torna-se necessária uma abordagem multidimensional na avaliação dos atributos da dor, os quais incluem intensidade, duração e localização da dor, características somatossensoriais e emocionais que a acompanham.

A avaliação dor/sofrimento é sempre necessária, não só para a escolha da forma mais adequada para o controle algico em cada caso, como também detectando a necessidade de suporte psicológico específico (FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE, 2001).

A dor, independente da patologia, é uma sensação incomoda que impede uma qualidade de vida satisfatória principalmente em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos onde o câncer está em estágio avançado e segundo as estatísticas a dor é um dos principais sintomas encontrados.

Esse trabalho teve como proposta a avaliar a ocorrência de dor e qualidade de vida entre pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

A importância da avaliação e controle da dor total está cada vez mais relacionada com o período, visto que há uma transição epidemiológica em que se vive mais e doenças crônicas degenerativas passam a ser mais frequentes. E estima-se que em 2020, o câncer constituirá a primeira causa de morte entre os brasileiros e a dor é um dos principais sintomas encontrado (HANAHAN, 2011, p. 646).

A avaliação da dor tem como objetivo prestar um cuidado mais expressivo e atento às necessidades do paciente, por isso com a avaliação da dor total colabora para uma assistência de qualidade ao paciente, e como consequência a melhora da qualidade de vida (BOTTEGA, 2010). Segundo Miguel (2003), o controle, a avaliação e o registro da dor é uma tarefa dos profissionais de saúde devendo ser realizada regularmente, pois se trata de um direito do paciente e uma questão de humanização nos serviços de saúde. Então, para

profissionais da área da saúde, é clara a necessidade de conhecer e dominar o assunto, tendo em vista de que ao atuar com uma clientela variada, se faz necessário um conhecimento para lidar não só com o cliente, mas também colaborar junto à equipe multiprofissional.

Acredita-se que o estudo seja de grande relevância para a equipe multiprofissional, pois poderá contribuir para os serviços de saúde e consequentemente atingir o principal objetivo da equipe que é proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente, além de colaborar para o aprendizado de outros profissionais e servir como fonte para outras pesquisas, proporcionando assim a disseminação do tema, a fim de contribuir para o avanço das técnicas usadas no tratamento da dor, possibilitando ainda aos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos um suporte adequado e científico.

O interesse em elaborar este estudo surgiu a partir da vivência enquanto enfermeira residente na clínica de cuidados paliativos oncológicos do Hospital Ophir Loyola em Belém-Pará, pois observei a dificuldade na avaliação e manejo dor total, o que dificulta à assistência tornando-a menos eficaz devido à inexistência de registros direcionados a dor tendo como consequência à falta de parâmetros para avaliação completa do paciente.

Um estudo realizado por Sousa e Silva (2004) diz que é extremamente importante à avaliação e registro da dor em um ambiente clínico, pois para que se manipule um problema é necessária uma medida, permitindo determinar o tratamento, avaliar a eficácia deste tratamento e saber quando deve ser interrompido, para isso hoje estão sendo estudadas escalas de avaliação da dor.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

Descrever a ocorrência de dor e qualidade de vida entre pacientes oncológicos em cuidados paliativos com vista à elaboração de um protocolo de manejo transdisciplinar.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil epidemiológico e clínico de pacientes em cuidados paliativos oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer;
- Avaliar a qualidade de vida através do questionário WHOQOL-bref;
- Discutir a abordagem de avaliação da dor e qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos;
- Elaborar um protocolo de avaliação da dor sob uma percepção multidisciplinar.

1.3. Hipótese

Para o desenvolvimento do estudo, partiu-se do pressuposto que o paciente com ocorrência de dor possui a qualidade de vida afetada e as atividades diárias de vida comprometidas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Câncer

A palavra câncer vem do grego karkínos, que quer dizer caranguejo, e foi Hipócrates, considerado o pai da medicina que utilizou pela primeira vez. O câncer não é uma doença nova, prova disso é o fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de três mil anos antes de Cristo (INCA, 2011).

Segundo estimativas mundiais houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. O número do caso de câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos caso não houver planejamento e medidas preventivas amplamente aplicadas. Nesses, os tipos de câncer mais frequentes na população masculina foram próstata, pulmão e cólon e reto; e mama, colo de útero e pulmão entre as mulheres (FACINA, 2014).

Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens foram pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres. Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, isso ocorre pelo crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (FACINA, 2014). Podemos dizer que esse aumento do número de casos novos de câncer a nível mundial ocorre principalmente pelo aumento da expectativa de vida da população e conseqüentemente a exposição prolongada aos fatores de risco, dentre eles podemos citar o álcool, tabagismo, obesidade, sedentarismo entre outros.

As células normais do corpo humano que compõe os tecidos multiplicam-se por um processo contínuo que é natural. A maioria das células normais cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada, porém, nem todas as células normais são iguais: algumas nunca se dividem como os neurônios; outras – as células do tecido epitelial – dividem-se de forma rápida e contínua. Dessa forma, a proliferação celular não implica necessariamente presença de malignidade, podendo simplesmente responder a necessidades específicas do corpo (ABC DO CÂNCER, 2012).

A mutação genética pode ocorrer em uma célula normal, essa mutação causa alterações no DNA dos genes. Com o material genético alterado as células passam a receber instruções erradas para as suas atividades independentemente da exposição a agentes cancerígenos ou carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram seu desenvolvimento normal. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (INCA, 2011).

Há uma variabilidade no processo da carcinogênese que ocorre dependendo da intensidade e agressividade do agente promotor, tornando-se em um processo rapidamente progressivo, isso ocorre em certos tumores de alta agressividade biológica. Atualmente existem vários diagnósticos de câncer que envolve vários parâmetros e deve ser confirmado por exames histológicos e citológicos, além dos marcadores tumorais. O estadiamento tumoral é essencial para selecionar e avaliar a terapêutica, como também,

estimar o prognóstico e calcular os resultados finais (OTTO, 2002, p. 298).

Com os avanços tecnológicos na área de Oncologia em relação a diagnósticos e tratamentos, constata-se que cinquenta por cento dos pacientes têm o diagnóstico de um câncer avançado e destes, cinquenta por cento estará eletivo para os cuidados paliativos (DO NASCIMENTO e KRELING, 2011).

O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares, principalmente quando evolui para um estágio avançado, sem nenhuma perspectiva de cura. É importante realçar que, quando o paciente atinge esse estágio, o cuidado deixa de ter como premissa a preservação da vida e tornam-se imperativas a maximização do conforto em sentido amplo e a preservação da dignidade desse ser. Os desconfortos físicos, psicossociais e espirituais vivenciados pelo paciente com câncer ocorrem paralelamente a outros enfrentamentos e a luta incessante no curso da doença diminui a qualidade de vida, merecendo a atenção dos profissionais da área de saúde (WITTMANN e GOLDIM, 2012).

A diversidade de sintomas observados em pacientes com câncer avançado é grande, bem como as diferenças em sua severidade e o impacto que causam na qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, há pouca informação sobre incidência dos diversos sintomas e seu manejo em pacientes oncológicos, e é possível que os dados disponíveis estejam subestimados (LIMA, 2011).

2.2. Cuidados Paliativos

Em uma definição do Ministério da Saúde (2002, pg. 16) estabelece que:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Para melhor compreensão sobre a evolução dos cuidados paliativos ao longo da história, é necessário entender o movimento hospice e o seu significado. Este movimento social iniciou-se na Inglaterra na década de 1950 do século XX e foi oficialmente reconhecido com a fundação do St. Christopher's Hospice em 1967 por Cicely Saunders (FLORIANI, 2009). Pessini e Bertachini (2005) destacam que esta instituição tornou-se referência mundial em termos de cuidado, pesquisa sobre dor e educação para os profissionais de saúde. O termo "hospice" foi primariamente usado para definir espécies de abrigos destinados ao conforto e aos cuidados com peregrinos e viajantes.

Já em 1879 a irmã Mary Aikenhead, na Irlanda, fundou o Our Lady's Hospice e em 1905, a mesma ordem religiosa exportou a idéia para a Inglaterra e abriu o Saint Joseph Hospice. De acordo com Guimarães (2009), os hospices se especializariam nos cuidados ministrados aos doentes acometidos por enfermidades severas e evolutivas e àqueles cujo tratamento curativo não era mais possível. As organizações denominadas como Hospice Care tem por escopo oferecer a mais alta qualidade de cuidados médicos, de

enfermagem, de assistência social e espiritual, além de auxiliar a família do enfermo durante a doença e após a morte, no período de luto.

Em 1967, Cicely Saunders fundou em Londres o St. Christopher Hospice e deu início ao que se denomina hoje como Movimento Hospice Moderno. Já no início da década de 1970, o encontro de Saunders com a psiquiatra americana Elizabeth Klüber-Ross fez crescer o movimento hospice nos Estados Unidos.

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde criou um grupo de trabalho para definir políticas que contemplassem o alívio da dor e os cuidados do tipo hospice para doentes com câncer que fossem recomendáveis a todos os países (MACIEL, 2006, p. 384).

O cuidado paliativo iniciou no Brasil na década de 80, nesse período dominava o modelo hospitalocêntrico e curativo em que o paciente era fragmentado pela atenção não integrada das várias especialidades. Havia um manejo inadequado da dor crônica e uma "conspiração do silêncio" em que os profissionais do cuidado não discutiam sobre a doença e morte com o paciente e/ou com os seus familiares. O primeiro serviço de Cuidados Paliativos no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul, em meados de 1983. Em 1986, amplia-se para São Paulo e, em 1989, para Santa Catarina (FIGUEREDO, 2006, p. 36).

São inúmeros os motivos que afetam a vida do paciente oncológico sob cuidados paliativos, essa fase tão delicada demanda da equipe além de procedimentos técnicos, demandam um conforto emocional e atenção para os principais sinais e sintomas

apresentados, a fim de proporcionar qualidade de vida principalmente na fase final de vida.

2.2.1. Princípios dos Cuidados Paliativos

A Organização Mundial da Saúde elaborou alguns princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos. Dentre eles podemos citar: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte, oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, ter uma abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Desta forma é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, plagiando o conceito de dor total, criado por Cicely Saunders, onde todos estes fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas, devendo ser levados em consideração na abordagem (CARVALHO, 2012).

A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer (SIQUEIRA, 2005). O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

É muito importante enfatizar que os cuidados paliativos não está relacionado com a eutanásia. Esta relação ainda causa informações deturpadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e a enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do fazer e do não fazer. Porém, um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares nos ajudarão nas decisões (CARVALHO, 2012).

Toda doença que ameace a vida ou não, traz uma serie de angustias, por isso a família precisa estar preparada para prestar esse apoio ao paciente principalmente pela perda da autoimagem, capacidade física, distanciamento das atividades seculares. Todos esses fatores podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas que podem apresentar maior dificuldade de controle.

É muito importante lembrar que a qualidade de vida e bem-estar implica em vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional. Nunca

estamos completamente sós. O ser humano é por natureza um ser gregário. Todo o núcleo familiar e social do paciente também “adoece”.

A família, tanto a biológica como a adquirida pode e deve ajudar, pois existe uma relação entre o familiar e paciente antiga, ou seja, geralmente o familiar sabe das particularidades e costumes, da mesma forma, essas pessoas também sofrem e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado.

A integração sugerida pelo Cuidado Paliativo é uma forma de observarmos o paciente sob todas as suas dimensões e a importância de todos estes aspectos na composição do seu perfil para elaborarmos uma proposta de abordagem. Ignorar qualquer dessas dimensões significará uma avaliação incompleta e conseqüentemente uma abordagem menos efetiva e eficaz dos sintomas (SIQUEIRA, 2005).

O paciente sempre será o sujeito da ação, por isso o direito da autonomia deve ser respeitado. E muito importante incluir a família no processo do cuidar e até mesmo no luto, que pode e deve ser realizado por toda a equipe e não somente pelo psicólogo. A equipe multiprofissional com seus múltiplos “olhares” e percepção individual pode realizar este trabalho de forma abrangente.

Com uma abordagem holística, observando este paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, poderemos, respeitando seus desejos e necessidades, melhorar sim o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevida. Vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas

impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares, resgatando pendências, com certeza nossos pacientes também viverão mais seguros (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Uma abordagem rápida também ajuda na prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar o diagnóstico e tratamento adequados de doenças que possam cursar paralelamente à doença principal.

2.2.2. Aspectos Éticos em Cuidados Paliativos

O homem ao longo da história sempre buscou uma ordem humana racional e livre, a ética visa justamente compreender o fundamento é a pessoa humana organizando e hierarquizando a vida e a ação segundo uma norma que necessariamente encontra no dinamismo de seu próprio ser; isto é, na sua natureza de ser pessoa (SIQUEIRA, 2008).

A seguir, encontra-se analogia dos conceitos utilizados em Cuidados Paliativos pela ótica da dos princípios bioética.

O Princípio da beneficência, diz que é preciso contribuir para o bem estar das pessoas a fim de tratá-las como seres autônomos e que nos abstenhamos de prejudicá-las. O princípio da beneficência é uma obrigação moral de agir em benefício de outros. Já o Princípio da não-maleficência determina a obrigação de não ocasionar danos intencionalmente. Na ética médica, ele está intimamente ligado com a máxima *primum non nocere*: “acima de tudo (ou, antes de tudo), não causar dano” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

O Princípio da autonomia refere-se ao indivíduo com direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade e pertencimento a si mesmo. A preservação da autonomia é um dos tópicos mais importantes em cuidados paliativos, visto que processo de tomada de decisão evita os abusos potenciais de um julgamento unilateral (PINTO, 2008, p. 363). É nessa perspectiva que se insere o cuidado no fim da vida: algo que é pensado e realizado, em cada caso concreto e de forma compartilhada, entre seres autônomos que se respeitam e constroem um processo de morte, no qual os profissionais por meio de conhecimento técnico podem contribuir para que esse caminho final seja vivido dignamente com o mínimo de sofrimento para o doente e seus cuidadores (REGO, 2006).

O princípio da justiça é difícil de ser definida e aceita em muitos casos, pois o profissional da área de saúde é treinado para sempre fazer o possível para salvar a vida do indivíduo, porém, quando trabalhamos com pacientes com doença avançada e em progressão, percebemos que a obstinação terapêutica não tem lugar em cuidados paliativos. O que queremos é que nossos pacientes tenham uma morte digna e sem sofrimento (MARINS, 2009).

2.3. Dor

A dor em sua forma multidimensional torna-se subjetiva, porém existem características importantes para uma avaliação eficaz, além de entendida de forma complexa devido a sua fisiopatologia, classificações e controle.

A dor é um mecanismo de sobrevivência e proteção de extrema importância que permite alertar o homem do perigo associado a estímulos. O sistema nervoso somatosensorial é responsável por

processar fisiologicamente os estímulos dolorosos, topograficamente e funcionalmente organizados. Embora este sistema opere de um conjunto de neurónios sensoriais específicos, este é ativado exclusivamente por estímulos nocivos através de mecanismos de transdução periférica (LEE e SPANSWICH, 2006, p. 541).

A forma de comunicação da dor dependerá de fatores tais como idade do paciente, sexo, estrutura de personalidade, funções cognitivas, história pessoal, contexto sócio familiar e de dor, estado afetivo e condições psico-orgânicas do momento. Existem outros fatores que dependem da qualidade do ouvinte, observações clássicas, auto relato e outras variáveis como a depressão (SCHRAMM, 2008, p. 393).

2.3.1. Classificação da Dor

A dor oncológica pode estar relacionada a vários fatores, de acordo com sua etiologia, podemos classificá-la em três grandes grupos: dor ligada direta ou indiretamente ao tumor primário e às suas metástases, as iatrogenias resultantes dos procedimentos terapêuticos ou, ainda, a condições não relacionadas com o câncer. A mais comum delas é a dor causada pela invasão tecidual direta dos tumores, como nos casos de doença óssea metastática, compressão de troncos nervosos, infiltração de tecidos moles, mucosas, vasos sanguíneos e acometimento de vísceras; podendo resultar em espasmo muscular ou outras alterações estruturais (TEIXEIRA, 2003).

A avaliação e intervenção na dor aguda deve ser diferente da dor crônica. Embora existam aspectos comuns, os relatos de dor aguda

têm ênfase nas características da dor, nas repercussões biológicas da dor e do alívio, enquanto os relatos de dor crônica enfatizam, além destes, aspectos psicossocioculturais que devem ser incluídos. Dor Aguda tem início súbito relacionado a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Espera-se que desapareça após intervenção na causa – cura da lesão, imobilização ou em resposta a medicamentos (BRASIL, 2001).

A dor crônica duração mínima de três meses; sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas. Sabe-se que a presença de dor crônica, independentemente da patologia de base, tem implicações na saúde dos pacientes. Isto faz com que esse sintoma mereça a atenção dos profissionais de saúde (SCHRAMM,2008).

Já a dor Nociceptiva Somática e visceral, ambas são dores nociceptivas. Dor somática aparece a partir da lesão da pele ou tecidos mais profundos e é usualmente localizada. Dor visceral se origina em vísceras abdominais e/ou torácicas. Ambos os tipos de dor usualmente respondem a analgésicos opiáceos e não opiáceos, com excelente resposta quando a dor é somática e boa resposta quando a dor é visceral. É pouco localizada e descrita como sensação de ser profunda e pressionar. Algumas vezes é “referida” e sentida em uma parte do corpo distante do local de estimulação nociceptiva. A dor visceral é frequentemente associada com outros sintomas, como náusea e vômitos (BRASIL, 2001).

A dor neuropática é descrita como dor causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, como resultado da ativação anormal

da via nociceptiva (fibras de pequeno calibre e trato espinotalâmico). Nos últimos anos, a dor neuropática vem recebendo especial atenção por dois motivos principais: 1) refratariedade terapêutica de várias síndromes dolorosas com componentes neuropáticos predominantes e 2) desenvolvimento de ferramentas diagnósticas para o reconhecimento deste tipo de dor (SCHESTATSKY, 2008, p. 177).

2.3.2. Fisiopatologia da Dor

Para entender como todo o mecanismo da dor funciona é importante compreender a fisiopatologia da dor, entende-se que toda lesão tecidual, independente da origem, seja física, química ou térmica é desencadeada uma reação inflamatória. O resultado é a liberação de substâncias químicas, tais como a Bradicinina, Histamina, Prostaglandinas e íons H⁺, que excitam as terminações nervosas livres presentes no sistema nervoso periférico (SNP). O impulso elétrico é conduzido pelas fibras nervosas, C e A-Delta, à medula espinhal e encaminhado para a região do tronco cerebral, tálamo, estruturas do sistema límbico e áreas corticais. No tálamo, a informação dolorosa é imediatamente localizada e projetada em estruturas do sistema límbico e cortical. Nas conexões efetuadas entre o impulso doloroso com estruturas do sistema límbico é atribuídas à dor o caráter emocional de sofrimento e desconforto. A atuação desses sistemas em conjunto resulta na interpretação do processo doloroso e suas respostas (OLIVEIRA, 2013).

E fundamental entender o ensino da fisiopatologia devido a dor ser um dos principais motivos pela procura dos serviços de emergência dos hospitais de referência em oncologia, nessa perspectiva, quanto

melhor conhecermos mas habilitados estaremos para utilizar medidas terapêuticas a fim de aliviar a dor do paciente.

2.3.3. A Importância da Abordagem do Paciente Oncológico para a Avaliação da Dor Total

A abordagem do paciente oncológico deve ser ampla e de forma integral; ele deve ser visto como um ser biopsicosocial que carrega não apenas uma doença ou uma dor, mas todo o sofrimento causado por ela. Por isso, nos grandes centros de tratamento oncológico, encontramos frequentemente, uma equipe formada por diversos profissionais de saúde, como oncologistas, radioterapeutas, anestesistas, neurocirurgiões, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Todos estão igualmente envolvidos, no processo de tratamento, seja na cura, reabilitação ou mesmo em cuidados paliativos do paciente em fase avançada da doença, quando o bem estar, o conforto e uma melhor qualidade de vida se tornam os principais objetivos terapêuticos (WEINSTEIN et al., 2004).

Powell e colaboradores (2010, p. 65) afirmam que a gestão clínica da dor depende de uma avaliação precisa. Para estes autores a avaliação da dor consiste numa avaliação abrangente dos sintomas, do estado funcional e dos antecedentes clínicos do doente numa série de avaliações, dependendo das necessidades apresentadas pelo doente. Estas avaliações baseiam-se em parte no uso de ferramentas de avaliação, em níveis variados. Em que estas ferramentas tentam localizar e quantificar de forma válida e fiável a gravidade e a duração da experiência de dor subjetiva do doente, a fim de facilitar e normalizar a comunicação da dor entre o doente e profissionais de saúde potencialmente diferentes.

A avaliação do paciente e após o diagnóstico do tipo específico de dor, a sua causa, bem como características do paciente (idade, patologias associadas, existência ou não de medicação, entre outros fatores), deve ser instituído um tratamento eficaz para a dor. A terapia farmacológica continua a ser o método de eleição, envolve a fisiopatologia da dor uso de analgésicos, analgésicos opióides, relaxantes musculares, anestésicos e antiinflamatórios. Atualmente existe uma grande oferta de medicamentos disponíveis comercialmente para o tratamento da dor. Existem tanto medicamentos que minimizam os fatores responsáveis, como medicamentos que tratam a causa da dor. Ambos são extremamente importantes e complementam-se (KAZANOWSKI e LACCETTI, 2005, p. 5).

Após a avaliação da dor e realizado intervenções podendo ser invasivas ou não, dentre os tratamentos não farmacológicos mais utilizados na dor são os tratamentos da medicina física e de reabilitação, estes tratamentos são amplamente utilizados com o objetivo de restabelecer e melhorar a qualidade de vida dos doentes (AOKI, 2008, p. 225).

Desde 2000, a dor como o 5º sinal vital vem sendo difundida no mundo. Isto nada mais é do que uma justificativa para que, seja, padronizado a mensuração e registro da dor em todos os níveis de assistência à saúde e para todos os tipos de paciente, virando rotinas para todos os médicos e enfermeiros que tenham contato com pacientes, em todas as instituições de saúde (DICCINI, 2004).

Através de referência bibliográfica (SILVA, 2011) foram encontradas tais escalas: escalas analógicas visuais (EVA) que possibilitam avaliações visuais, dentre elas - escalas numéricas e escala de faces e

o questionário de dor McGill (MQP) que é composto por quatro categorias: sensorial, afetiva, subjetiva e mista. A escala numérica é uma escala horizontal, cuja sua extremidade esquerda ou grau Zero de dor significa ausência de dor e aumenta gradativamente até a direita, ou grau 10 de dor, que representa nível extremo de dor.

Contudo, a equipe multidisciplinar tem um papel muito importante no controle da dor seja ela física ou não, levando em consideração todo o histórico do paciente sob o mesmo olhar de forma holística.

2.3.4. Impacto da Dor na Qualidade de Vida

A dor crônica traz uma série de transtornos no cotidiano das pessoas, porquanto acontece perda da esperança de melhora, invalidez, imagem corporal alterada e queda da autoestima (LIRA et al, 2004) . Na doença crônica podem surgir problemas psicológicos, disfunção cognitiva, mudança de comportamento, redução da capacidade física, com diminuição da produtividade nas tarefas de casa e do trabalho e, com efeito, provocar um impacto econômico, que diminui a qualidade de vida. Todos esses fatores citados podem apresentar-se de formas diferentes para cada pessoa, sendo influenciadas pelo social, econômico, genético e variáveis ambientais. Além disso, quando se torna crônica, a dor compromete o lazer, o sono, o apetite e as atividades sexual e profissional, resultando no estresse, na diminuição da resposta imunológica, o que pode causar depressão e, conseqüentemente, redução de boa parte da qualidade de vida (ARCANJO et al, 2008) .

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem estar e não meramente a ausência de

doença. No entanto, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade. Apenas recentemente vem havendo uma crescente preocupação não só com a frequência e a severidade das doenças, mas também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias (BERGNER et al., 1981), medidas de percepção da saúde (HUNT ET AL., 1985) e medida de disfunção/status funcional (WARE et al. 1992).

Não há dúvida de que o desenvolvimento de instrumentos e formas de avaliação de mortalidade e morbidade é uma tarefa muito mais simples (ou muito menos complexa) do que criar instrumentos para avaliar qualidade de vida ou bem-estar. A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida com uma perspectiva internacional fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural.

A definição do Grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada. O WHOQOL-bref consta de 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (THE WHOQOL GROUP, 1998).

2.3.5. O Uso de Protocolos Como Instrumento para o Manejo da Dor

Os protocolos assistenciais descrevem detalhes sobre as ações operacionais e especificações sobre o modo de execução e profissional executor, são instrumentos que podem reduzir a variabilidade de conduta entre os profissionais envolvidos na assistência à saúde, favorecer maior segurança para o paciente e para o profissional, permitir a elaboração de indicadores de processos e resultados, aprimorar a qualidade da assistência e o uso racional de recursos (PIMENTA et al, 2017).

As condutas preconizadas nos protocolos assistenciais devem ser claras e precisas quanto aos resultados esperados, para facilitar a orientação de uso e compreensão pelos profissionais, além de revisadas periodicamente, considerando a realidade local ou instituição de aplicação (WOOLF et al, 2012). Elaborar protocolos relacionados ao manejo da dor e avaliação de forma holística tem como objetivo de qualificar, oferecer respaldo técnico, ético e legal para a atuação dos profissionais de saúde.

O manejo da dor deve ser integrado à prática clínica, com uma abordagem dinâmica e multidisciplinar. Deverão se manter avaliações constantes, educação continuada e manutenção dos princípios de qualidade total, assim deve abordar os aspectos sensoriais e emocionais que a permeiam e levar em consideração a idade e a capacidade de compreensão do paciente na escolha do método de avaliação que perder de vista os direitos dos pacientes.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal com pacientes oncológicos onde foi utilizado um protocolo de pesquisa adaptado pela autora baseado no Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor durante o período de outubro a dezembro de 2017.

No estudo transversal, a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo (ESCOSTEGUY, 2005).

3.2. Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Ophir Loyola em Belém-PA no período de outubro a dezembro de 2017.

O Hospital Ophir Loyola foi fundado dia 06 de outubro de 1912 com a criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará. Inicialmente, a finalidade era prestar assistência médica à infância desvalida e, posteriormente, começou a dedicar-se também ao tratamento oncológico. Em 1934, passou a chamar-se “Instituto Ophir Loyola – IOL”, em homenagem ao Doutor Ophir Pinto de Loyola, médico fundador juntamente com o Doutor Raimundo Nogueira de Farias e o Professor Raimundo Proença. Mais tarde, em 2006, foi criada a autarquia Hospital Ophir Loyola, com objetivo de oferecer atendimento médico humanizado através de excelência em tratamento do câncer (HISTÓRIA, 2017).

3.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os participantes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: paciente em cuidados paliativos oncológicos acompanhados no ambulatório no mês de outubro a dezembro de 2017, estando este

consciente e orientado, ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e possuir idade igual ou maior que 18 anos.

Os critérios de exclusão foram pacientes desorientados, com idade menor que 18 anos e não aceitar participar da pesquisa.

3.4. População

Participaram da pesquisa pacientes em cuidados paliativos oncológicos atendido no ambulatório do hospital Ophir Loyola no período de outubro a dezembro de 2017 e de ambos os sexos. Os participantes optaram por integrar o estudo, não havendo qualquer forma de pagamento ou recompensa pelas informações prestadas, sendo sua inserção voluntária na pesquisa.

3.5. Coleta dos Dados

O estudo teve início a partir da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e foi realizado no período de três meses. O período de coleta de dados foi em outubro a dezembro de 2017. Foi realizado um contato inicial com o paciente, para formar vínculo com os mesmos e informá-los sobre os objetivos da pesquisa, na mesma oportunidade que de acordo com a aceitação, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os dados foram obtidos durante atendimento ambulatorial, por meio de dois instrumentos aplicados a cada participante em um único encontro: (1) formulário para coleta de dados pessoais (idade e sexo), clínicos (sítio tumoral e tratamento oncológico, analgésico nas últimas duas semanas que antecederam a coleta), escala de avaliação da dor e (2) questionário WHOQOL bref versão validada para a língua portuguesa e disponibilizada pelos seus autores.

Para a elaboração de um instrumento de avaliação da dor foram selecionados artigos que continham informações sobre o manejo da dor em uma perspectiva transdisciplinar. O uso de protocolos e de indicadores de avaliação são ferramentas gerenciais importantes no processo de melhoria da qualidade e da segurança na assistência ao paciente.

3.6. Análises dos Dados

Os dados foram avaliados por estatística descritiva através de medidas de frequência absoluta e relativa. Para análises de distribuição intragrupo foi utilizado o teste do qui-quadrado de aderência e para distribuições entre grupos diferentes foi utilizado o teste G.

Toda a inferência estatística foi calculada no software BioEstat 5.4, considerando p-valor significativo ≤ 0.05 . Os gráficos foram gerados com auxílio do software Microsoft Office Excel 2010 e GraphPad Prism 6.

3.7. Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade do Federal do Pará e do Hospital Ophir Loyola, número do Parecer Consubstanciado do CEP: 1.440.541. Como parte da documentação prevista nesta legislação, elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o paciente, assim, sendo garantidos os esclarecimentos sobre o estudo, liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento no momento que lhe convier, garantia de anonimato e de sigilo que assegure privacidade quanto aos dados, inclusive na divulgação dos resultados de acordo com o Código de Nuremberg, Declaração de

Helsinque e a mais atual Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando e respeitando as normas de Pesquisa Envolvendo Seres humanos.

4. RESULTADOS

O estudo envolveu 102 pacientes sendo a maioria pertencente ao sexo masculino (57,84%) com ensino fundamental completo (22,25%) e/ou incompleto (24,51%) e com faixa etária acima de 60 anos (45,10%) (Figuras 1 a 3). Não houve diferenças em relação ao gênero dos pacientes. Contudo, entre os indivíduos de diferentes faixas etárias e escolaridade houve diferença significativa, destacando os pacientes idosos ($p < 0.0001$) e com baixa escolaridade ($p = 0.0017$) como os mais prevalentes dentro da amostra (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil epidemiológico de pacientes em cuidados paliativos oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer, Belém - Pará, 2017.

Características Sociodemográficas	n	%	p-valor
Gênero			
Masculino	59	57,84	
Feminino	43	42,16	0.1375
Total	102	100,00	
Faixa etária			
18 a 29 anos	12	11,76	
30 a 45 anos	24	23,53	
46 a 60 anos	20	19,61	<0.0001

>60 anos	46	45,10	
Total	102	100,00	
Escolaridade			
Analfabeto	12	11,76	
Alfabetizado	8	7,84	
Ensino Fundamental Incompleto	25	24,51	0.0017
Ensino Fundamental Completo	23	22,55	
Ensino Médio Incompleto	9	8,83	
Ensino Médio Completo	17	16,67	
Ensino Superior	8	7,84	
Total	102	100,00	

Fonte: Pesquisa de campo.

Figura 1: Gênero de pacientes oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer, Belém, Pará, 2017.

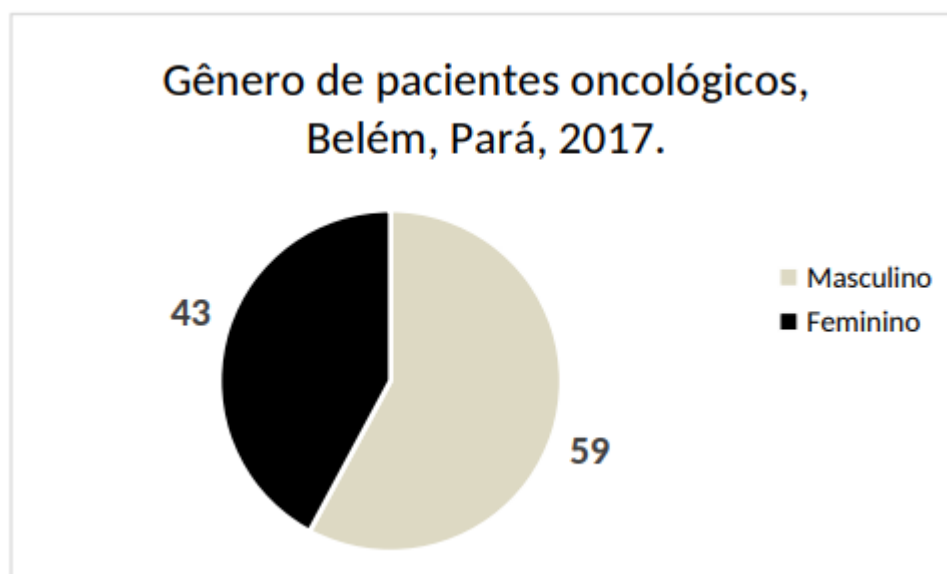


Figura 2: Faixa etária de pacientes oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer, Belém, Pará, 2017.

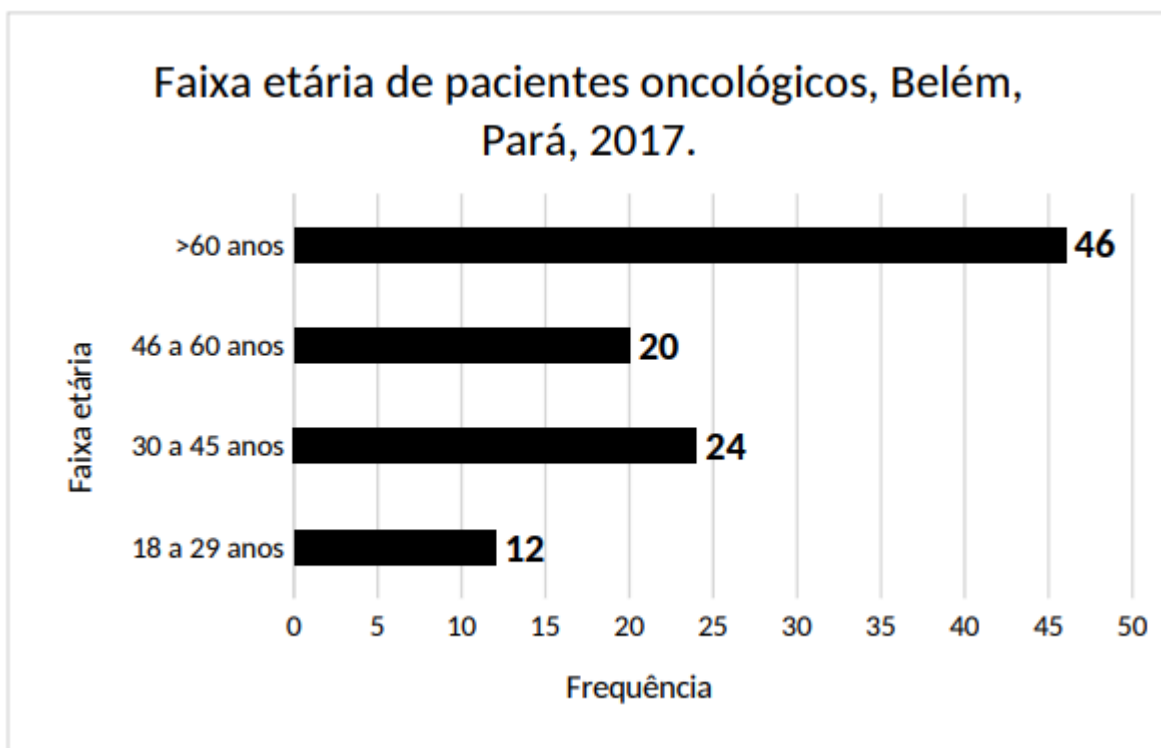
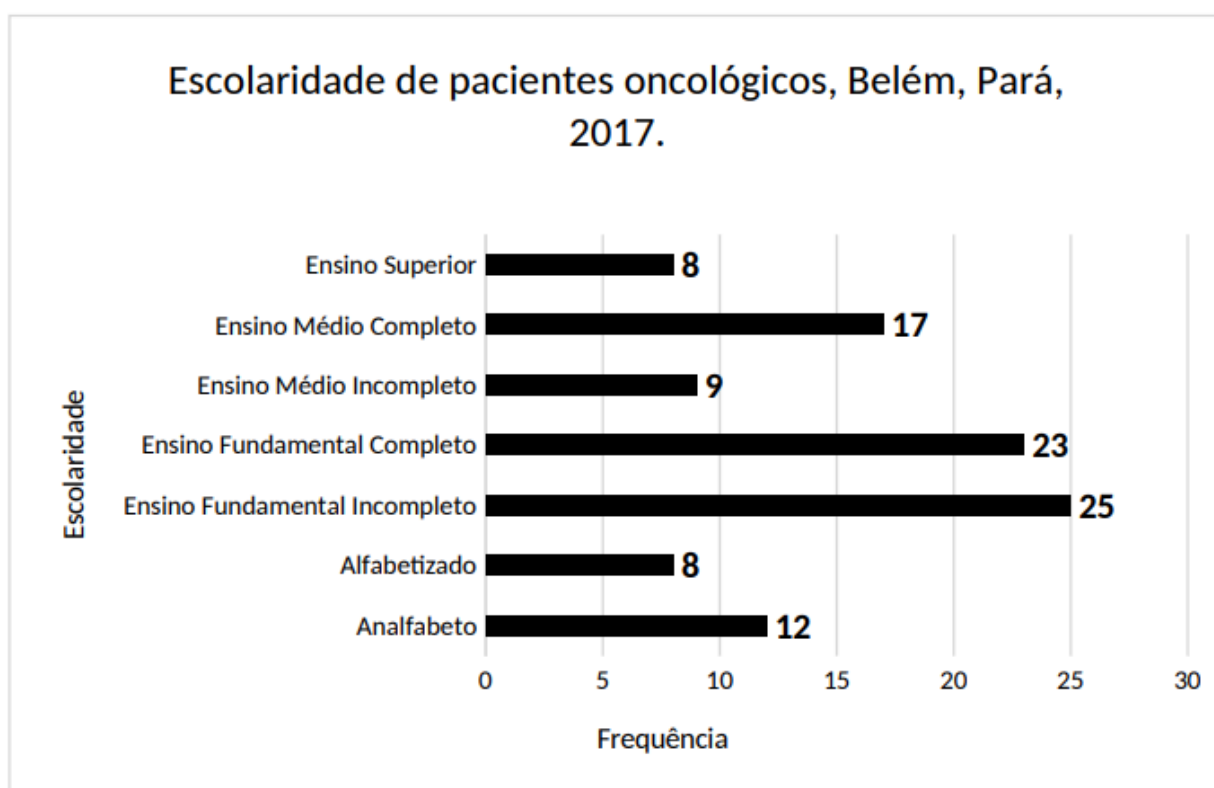


Figura 3: Escolaridade de pacientes oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer, Belém, Pará, 2017.



No que diz respeito ao sítio tumoral primário o mais prevalente foi no trato gastrointestinal (27,45%) seguido do ginecológico (24,51%) e na mama (18,63%) (Figura 4), havendo diferença entre estas variáveis e as demais ($p < 0.0001$). Também houve diferença em relação ao tratamento utilizado, onde apenas 10,78% estavam em tratamento com radioterapia e 5,88% em quimioterapia sendo que a maioria não estava em nenhum tratamento oncológico atual ($p < 0.0001$) (Figura 5 e tabela 2).

Tabela 2: Perfil clínico de pacientes em cuidados paliativos oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer, Belém - Pará, 2017.

Variáveis	n	%	p-valor
Sítio tumoral primário			
Trato gastrointestinal	28	27,45	<0.0001
Ginecológico	25	24,51	
Mama	19	18,63	
Trato Geniturinário	11	10,78	
Trato respiratório	9	8,83	
Cabeça e pescoço	5	4,90	
Pele	3	2,94	
Outros	2	1,96	
Total	102	100,00	
Tratamento oncológico atual			
Nenhum	85	83,34	<0.0001

Radioterapia	6	5,88	
Quimioterapia	11	10,78	
Total	102	100,00	

Fonte: Pesquisa de campo.

Figura 4: Sítio tumoral primário de pacientes oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer, Belém, Pará, 2017.

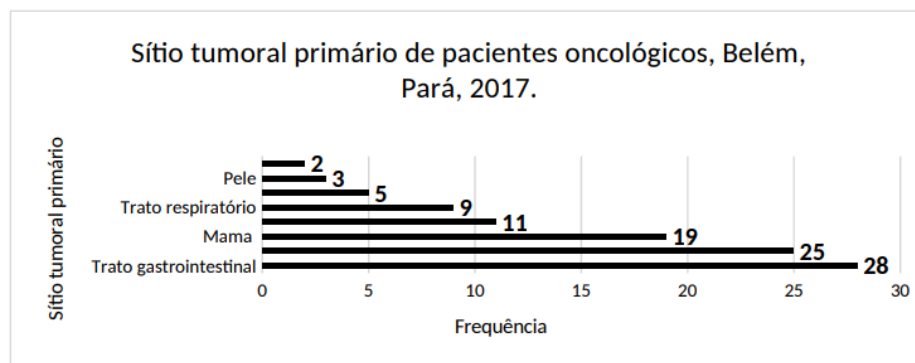
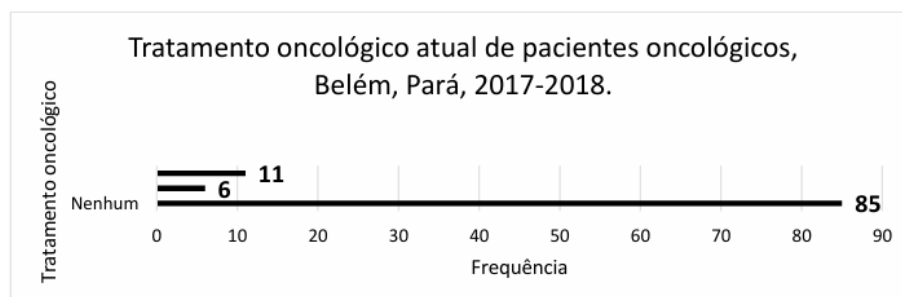
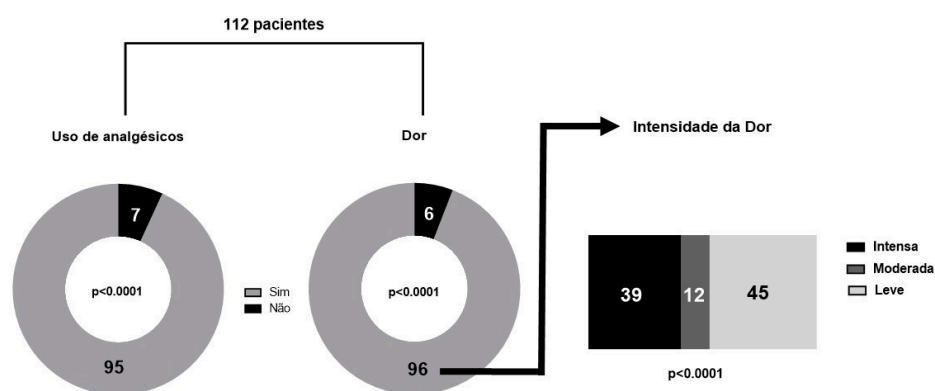


Figura 5: Tratamento oncológico atual de pacientes oncológicos acompanhados no ambulatório de um Hospital de referência em câncer, Belém, Pará, 2017.



No estudo 96 (85,71%) pacientes relataram dor nas ultimas duas semanas e 95 (84,82%) fez uso de algum tipo de analgésico. Considerando apenas aqueles que apresentaram dor, houve diferença significativa quando considerada a intensidade ($p < 0.0001$), com predomínio de dor leve seguida de intensa (figura 6).

Figura 6: Relação entre uso de analgésico, presença e intensidade de dor em pacientes oncológicos, Belém, Pará, 2017.



Considerando o uso de analgésico em relação à intensidade da dor, houve diferença significativa ($p=0.0023$), onde o uso de opióides é maior em pacientes sem dor, enquanto que pacientes de dor intensa utilizaram com maior frequência adjuvantes e opióides fortes (tabela 3).

Tabela 3: Intensidade de dor referida segundo o uso de analgésicos por pacientes oncológicos, Belém, Pará, 2017.

Analgésicos (n)*	Intensidade da dor referida				
	Sem dor		Leve		n
	n	%	n	%	
Nenhum (7)	6	85,71	1	14,29	-
Não opióides (59)	24	40,68	16	27,12	11

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/dor-em-pacientes-oncologicos-em-cuidados-paliativos-uma-abordagem-com-vista-a-elaboracao-de-um-protocolo-de-manejo-transdisciplinar?noblockage>

Fonte: Pesquisa de campo. *O mesmo paciente pode ter utilizado mais de um tipo de analgésico.

Em relação à qualidade de vida, observou-se que nenhum dos participantes deixou de responder às questões do WHOQOL bref. No que se refere ao domínio Meio Ambiente, onde estão incluídas perguntas relacionadas à segurança, condições do ambiente físico, dinheiro para as necessidades, lazer, moradia, transporte e acesso aos serviços de saúde, este apresentou o melhor aspecto da QV dentre todos os participantes.

O domínio Relações Sociais que avalia o nível de satisfação com as pessoas do círculo pessoal, o apoio que recebe e a satisfação com a atividade sexual apresentou sua média mais baixa em pacientes com dor intensa (escore 61,4). Contudo, no domínio Psicológico, que avalia se o entrevistado está satisfeito consigo mesmo e com a sua aparência ou a frequência de sentimentos negativos, o melhor escore obtido foi em pacientes sem dor (73,6), seguido de dor moderada (escore 63,4), pacientes com dor leve (escore 62,4) e pacientes com dor intensa (escore 57).

Constata-se que domínio Físico, apresentou um score comprometido em todos os relatos, tendo o melhor desempenho na queixa de dor leve (50,9). Neste domínio, questiona-se principalmente a presença de dor ou desconforto, dependência de medicação, satisfação com o sono, capacidade para o trabalho e atividades diárias. Os resultados obtidos referentes ao domínio Físico foram previsíveis, pois, na maioria dos casos é acometido por diversos sinais e sintomas físicos, o que justifica esse resultado. Vale destacar que esse domínio foi o único a apresentar o valor mínimo confirmando as expectativas.

Tabela 4: Média de qualidade de vida segundo o questionário WOHQOL-BREF em pacientes oncológicos, Belém, Pará, 2017.

Intensidade da dor	Domínio				p-valor
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio Ambiente	
Sem Dor	51,9	73,6	64,9	74,8	0,994
Dor Leve	50,9	62,4	62,2	74,9	
Dor Moderada	57,1	63,4	63,7	78,1	
Dor	51,3	57,0	61,4	71,4	

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/dor-em-pacientes-oncologicos-em-cuidados-paliativos-uma-abordagem-com-vista-a-elaboracao-de-um-protocolo-de-manejo-transdisciplinar?noblockage>

Fonte: Pesquisa de campo.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo houve uma prevalência pertencente ao sexo masculino, idosos e com baixa escolaridade. Esse resultado é similar a outro estudo realizado em um serviço oncológico realizado em Vitória da Conquista – BA onde constatou-se que houve uma maior frequência de indivíduos do sexo masculino e idosos (TAVARES e NUNES, 2015). De acordo com o INCA, baseado na estimativa 2014, há uma prevalência das doenças oncológicas na população acima dos 60 anos, com maior incidência e mortalidade na população masculina, isso indica uma necessidade de maior atenção da

política de Atenção a Saúde do Homem e a política de Atenção à Saúde do Idoso priorizando o controle e a prevenção.

Atualmente a prioridade quando se trata de câncer e não somente a regressão do tumor, mas também é considerada a qualidade de vida durante o tratamento ou quando cessam as possibilidades de cura. Dentre os sintomas, a dor é o mais frequente em pacientes com câncer, a sua prevalência nos portadores de neoplasia avançada pode ser superior a 75% (INCA. 2001).

O tipo de câncer mais prevalente nesse estudo foi os gastrointestinais, apesar da literatura mundial e nacional relatar um declínio na prevalência e incidência desse tipo de câncer ao longo das últimas décadas (ARREGI et al., 2009; BRASIL, 2011, 2012; CHAN, 2015). Este fato pode ser decorrente da frequente exposição a alguns fatores de risco a que população estudada está submetida, como infecção pelo H. pylori, baixo nível socioeconômico e educacional, consumo frequente de alimentos ricos em amido, carne de sol e seca, entre outros.

Em relação ao câncer ginecológico e mama, segundo e terceiro lugar mais prevalente nesse estudo, o Instituto Nacional de Câncer (2011) diz que a região Norte possui a maior taxa de incidência de câncer de colo do útero do Brasil. Diferente de todo o restante onde o câncer de pele não-melanoma é mais frequente, seguido pelo de mama estimam que enquanto nas outras regiões a taxa de incidência, em média, é de 17 casos para cada 100 mil mulheres, na Região Norte, esse índice é de 24 casos para cada 100 mil mulheres, um dos motivos para o alto índice da doença na região é a falta de acesso ao exame preventivo, dificuldade no acesso direto a uma unidade de saúde ao tratamento.

No que se refere a dor, a maioria fez uso de algum tipo de analgésico com predomínio de dor leve seguida de intensa. Esses dados se contrapõem com um estudo com doentes portadores de neoplasia avançada, sob tratamento no Setor de Quimioterapia do Serviço de Radioterapia do Hospital em São Paulo maior parte (66,7%) dos doentes apresentou dor moderada foi igual ou superior a 4 em 84,2% dos indivíduos. Em outro estudo encontrado por Cleeland et al (2012) observaram em 1.308 doentes com câncer metastático, dor de intensidade igual ou superior a 5 em 62% dos casos. Os resultados encontrados relativos à frequência de ocorrência de dor moderada e intensa, a média de intensidade da dor encontrada no presente estudo é compatível com as descritas por Portenoy et al (2005). Sabe-se que a intensidade da dor do câncer varia de acordo com a localização do tumor e das metástases e do estágio de evolução da neoplasia, além das variações relacionadas aos aspectos sócio-culturais e psicológicos próprios de cada indivíduo.

Considerando os pacientes em uso de opióides fracos e não opioides foi constatado maior uso em pacientes sem dor. De acordo com os resultados apresentados neste estudo, a análise da prevalência de analgésicos não opiáceos neste estudo se contradiz aos dados descritos na literatura, onde apresentam o uso de medicamentos opióides em aproximadamente 84% dos pacientes. Frente à gravidade de pacientes com câncer em tratamento paliativo, o uso de vários medicamentos é frequente. A tolerância aos efeitos colaterais é baixa, necessitando de resposta rápida para o alívio dos seus sintomas, além de vários tipos de medicamentos para controle algico rápido e eficaz (BOTTINO et al, 2009).

A avaliação da qualidade de vida no domínio Meio Ambiente apresentou o melhor escore. Ferreira e colaboradores (2010)

realizaram um estudo avaliando o impacto familiar do câncer em um membro da família, e foram observados que a dificuldade financeira foi o principal fator mencionado como o maior problema enfrentado pela família, principalmente quando a doença afetou o membro responsável pelo sustento familiar. Os autores inferem com esses dados que os problemas financeiros dos portadores de câncer poderiam ser minimizados se todos tivessem acesso aos seus direitos e benefícios, entretanto sabemos que, embora os indivíduos tenham garantias constitucionais, há uma distância entre a lei escrita e o cotidiano dos serviços de saúde (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Rodrigues e Polidori (2012) discutem em seu estudo o fato de a doença e o tratamento poderem influenciar as experiências individuais, sendo por meio do relacionamento interpessoal que os pacientes conseguem expressar e reorganizar seus pensamentos e emoções. Algumas famílias renovam seus valores e tendem a unir-se para atender às necessidades imediatas, porém sem saber como enfrentar tudo isso, às vezes, fragmentam-se (BARROS; LOPES, 2007). Em estudo realizado por Panobianco e colaboradores (2012), observamos que o apoio familiar recebido foi percebido de diversas formas por meio de uma conversa, de uma orientação.

No domínio Psicológico existe frequência de sentimentos negativos, sendo que estes estão menos presente em pacientes sem dor. Em estudo realizado com 181 pacientes, concluiu que pacientes mais jovens possuem maiores escores de ansiedade, sendo que esta diminui com o aumento da idade e que pacientes que não apresentam conhecimento sobre o tratamento possui maiores escores de depressão. Podemos inferir, com os dados apresentados, a importância de acompanhamento profissional para proporcionar

às pacientes um melhor conhecimento e enfrentamento de sua doença (GORAYEB et al., 2012).

Os resultados obtidos referentes ao domínio Físico foram previsíveis, pois, na maioria dos casos é acometido por diversos sinais e sintomas físicos, o que justifica esse resultado. Vale destacar que esse domínio foi o único a apresentar o valor mínimo confirmando as expectativas.

Diante do exposto podemos ressaltar a importância do manejo multidisciplinar da dor podendo ser através de um protocolo com o objetivo melhorar o desconforto e satisfação relatada pelo paciente e a funcionalidade observada pela equipe multiprofissional. Esse processo de construção possibilitou repensar e reforçar a prática do cuidado ao paciente oncológico em cuidados paliativos.

A avaliação da dor será sempre subjetiva e individual, contudo, a necessidade de interpretar o quanto vale, para o paciente, o sintoma que manifesta pode, indiretamente, se dar por descritores comparativos que representem o impacto que a dor está causando segundo suas próprias considerações. As vantagens de um roteiro único passam pela unificação da linguagem e compreensão de um caso quando reúne os aspectos básicos de contribuição para uma boa avaliação multidisciplinar da dor e orientação de conduta.

6. CONCLUSÃO

Os resultados mostraram a ocorrência de dor afetando a qualidade de vida e comprometendo as atividades diárias sendo a maioria do sexo masculino e idoso. Esses resultados tem se apresentado como um importante fator de medida principalmente quando se trata de pacientes paliativos.

A abordagem do estudo foi realizada de forma cuidadosa e perspicaz, no intuito de detectar alterações relevantes na vida de cada paciente. Transtornos de origem física apresentaram o pior escore quando comparados aos demais domínios e colaborou significativamente para uma diminuição da qualidade de vida. Conhecer, portanto, essas complicações auxiliam a equipe de saúde no planejamento de uma assistência que visa à diminuição desses sintomas, bem como estratégias que melhorem as funções, pensamentos e agir desses pacientes.

Consideramos como limitação deste estudo o número reduzido de sujeitos. Apesar disso, a grande maioria dos resultados encontrados corroborou os da literatura pesquisada, apresentando significância estatística considerável. Conclui-se também que o importante é a família e as pessoas mais próximas mostrarem-se presentes no processo de enfrentamento, independentemente da forma de apoio que oferecem.

Observou-se também a escassez da literatura para permear as discussões para instituição de estratégias alternativas no manejo da dor. A utilização de protocolos de cuidados se torna um importante instrumento na tomada de decisão, uma vez que prioriza e organiza as ações da equipe multidisciplinar que requer avaliação constante num ambiente com muitos estressores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC DO CÂNCER . Abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – 2. ed. **rev. e atual.**– Rio de Janeiro : Inca, 2012.129 p.

ANCP (**Academia Nacional de Cuidados Paliativos**). Agosto/2012.

AOKI, Sakata. **Medicina Física e de Reabilitação no Tratamento da Dor**. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFEST-EPM: dor. São Paulo, Manole, pág. 225-241.2008.

ARREGI, Miren Maite Uribe; FÉRRER, Débora Praciano Correia; ASSIS, Elaine Crystine Vieira de; Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Ceará, no período 2000-2004. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p.121-128, 2009.

ARCANJO, Giselle Notini; VALDÉS, Maria Teresa Moreno; SILVA, Raimunda Magalhães da. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008 Dez;13 (supl. 2):2145-2154.

BARROS, Dejeane de Oliveira.; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p.295-8, 2007.

BERGNER, Jensen; JUDITH, Strom; ROMANO, Joan M . 1981. **The sickness impact profile**: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19:787-805.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2ª. Ed. p. 31, 65,110. 2012.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto contexto – enfermagem**. Florianópolis, Junho de 2010 v.19, n.2.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BOTTINO, Sara mota Borges; FRAGUAS, Renério; GATTAZ, Wagner. Depressão e câncer. **Revista Clínica Psiquiátrica**. 2009;36(3):109-15.

CARVALHO, Ricardo Tavares. **ANCP** (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), 2012.

CLEELAND, CS ;GONIN R; HATFIELD AK, et al. - **Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer**, N Engl J Med, 330 (9); 592-6, 2012.

CHAN, A. O. O.; WONG, B. **Epidemiology of gastric câncer**. Artigo Up to date, Disponível em . Acesso em: 27 nov 2015.

CARVALHO , Marisaulina Wanderley Abrantes de ; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da ; CUNHA, Ana Carolina Regis. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com dor oncológica baseados na CIPE. **Rev enfermagem UFPE online**. Recife, 9 (supl. 1):253-60, jan., 2015.

DIEHL, Astor Antônio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Plano nacional de luta contra a dor**, Circular Normativa nº9/DGCG 2003. www.dgsaúde.pt.

DO NASCIMENTO, Leonel Alves; KRELING , Maria Clara Giorio Dutra. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.** vol.24 no.1 São Paulo 2011.

DICCINI, Solange. **Dor como 5º sinal vital.** Acta Paulista de Enfermagem. 2004.

ESCOSTEGUY, Cláudia Caminha. **Estudos de Intervenção.** Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p: 151-189.

FACINA, Taís. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil /** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston; DUPAS, Gisele; COSTA, Danielli Boer; SANCHEZ, Oliveira Lisboa Sanchez. **Câncer e família:** compreendendo os significados simbólicos. Cienc Cuid Saúde. 2010 Abr-Jun; 9(2):269-77.

FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE, **Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer Saúde em Movimento,**São Paulo, 2001.

FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte.** 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

KAZANOWSKI, Mary; LACCETTI, Margaret Saul. **Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica,** Tratamento. Rio de Janeiro, Editora LAB,2005, pp.5-6; pp. 23-32; p.42; p. 53.

FIGUEREDO, Antônio. **Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil**. Rev. Prática Hospitalar, São Paulo, no. 47, p,36-40, set-out, 2006.

GUIMARÃES, Regina. **Filosofia dos cuidados paliativos**. In: SALTZ, E.; JUVÉR, J. (Orgs.). Cuidados paliativos em oncologia. Rio de Janeiro: SENAC Rio, 2009. p.13-23.

GORAYEB, Paulo Sergio de Sousa; CHAVES, César Lisboa; MOURA, Candido Augusto Velos. Ansiedade e depressão pré-cirúrgica numa enfermaria de ginecologia oncológica e mastologia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.13, n.2, p.145-56, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HANAHAN, Douglas; WEINBERG, Robert. **Hallmarks of cancer: the next generation**. Cell. 2011;144:646-74.

HISTÓRIA do Hospital Ophir Loyola: **Missão e valores**. 1º. Disponível em: <http://www.ophirloyola.pa.gov.br/institucional/missao-visao-valores/>. Acesso em: 30 mar. 2017.

Hunt, Lynn, Mcewen, Rob; Mckenna, Mining. **Measuring health status**. Journal of the Royal College of General Practitioner. SP 1985. 35:185-188.

Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001. [citado 2014 Jan 20].

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 128p. : il.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; Ações Estratégicas; Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

LIRA, Geison Vasconcelos; NATIONS, Marilyn; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? **Texto Contexto Enfermagem.** 2004 Jan-mar; 13(1):147-155.

LIMA, Enaldo Melo. REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Manuais de Condutas,** Outubro de 2011.

LEE, Kevin; SPANSWICK, Dave. **Introduction: Pain.** Seminars in Cell & Developmental Biology, 17,2006. pág. 541-543.

MINISTRY OF HEALTH. **Cancer Pain.** 2003. Acesso em: 02 de setembro. 2016. Disponível em: http://www.hpp.moh.gov.sg/HPP/downloadMedAlert?attachURL=/shared/www/hpp/MungoBlobs/565/683/2003+cpg_cancer_pain.pdf.

MIGUEL, José Pereira. **A dor como 5º sinal vital.** Registro sistemático da intensidade da dor. Circular normativa do ministério da saúde. Lisboa, junho de 2003, nº09/DGCG.

MARINS, Newton. Manual de cuidados paliativos/e luta contra a dor, Circular Normativa nº9/DGCG 2003. www.dgsaude.pt. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos.** - Rio de Janeiro :Diagraphic, 2009.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Modelos de intervenção em cuidados paliativos:** a experiência do HSPE-SP. São Paulo: Manole, 2006. p.384-408.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos:** controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, **2002**. 124p. : il.

OTTO, Shirley Reichmann. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores; 2002.

OLIVEIRA, Patrícia Mineiro de; TRINDADE, Lilian Cristine Teixeira. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.15, n.4, p. 298-304, out./dez. 2013.

OLIVEIRA, Alcino Batista de; BARRETO, Fagner Carlos Alves; SILVA, Teresa Cristina Ferreira. **Sinal Vital: impacto na Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Universo de Enfermagem / Faculdade Capixaba de Nova Venécia- v. 1. n.1, 2012 – Nova Venécia: Univen, 2012

PANOBIANCO, Marislei Sanches; PIMENTEL, Angela vieira; ALMEIDA, Ana maria de; OLIVEIRA, Iácara Santos Barbosa. Mulheres com diagnóstico avançado de câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.3, p.517-23, 2012.

PINTO, Cristiane da Silva. REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, **Dor crônica e subjetividade em oncologia**. 2002, 48(3): 363-373.

POWELL, Richard; DOWNING, Juli; DDUNGU, Henry. **Antecedente de dor e avaliação da dor**. In: Kopf, A. e Patel, N. (Ed.). Guia para o

tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Seattle, IASP Press, 2010, pág. 65-77.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade.** O mundo da saúde, São Paulo, v.29, n.4, p.491-509, out./dez. 2005.

Portenoy, Russell. Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer: prevalence, characteristics, and effects, **Cancer** 70 (6): 1616-24, 2005.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa. A finitude humana e a saúde pública. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.8, 2006.

RODRIGUES, Fernanda silva de Souza.; POLIDORI, Marlis Morosini. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.619-27, 2012.

SCHESTATSKY, Pedro. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Rev HCPA**. 2008;28(3):177-87.

SILVA, Kelly Maciel.; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.1, p.49-57, 2014.

SIQUEIRA, José Eduardo. **Revista Bioética**. 2008 16 (1): 41 – 50.

SIQUEIRA, José Eduardo. Doente terminal. **Cadernos de bioética do CREMESP**. Ano 1 vol. 1. 2005.

SONOBE, Helena Megumi; BUETTO, Luciana Scatralhe.; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.342-8, 2011.

SOUSA, Fatima Aparecida Emm Faleiros; SILVA, Jose Aparecido. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor**. São Paulo, Dezembro de 2004, v.5, nº4. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador/>. Acesso em: 17 de Agosto de 2016.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2008; 54(4): 393-396.

TEIXEIRA Marcio, MARQUEZ Jessica, YENG Lin Thia, editores. **Dor: contexto interdisciplinar**. 20a ed. Curitiba: Maio; 2003. p. 327-41.

TAVARES, Aline Gisela Souza; NUNES, Júlia Sousa Santos. **Revista Enfermagem Contemporânea**. 2015 Jan./Jun.;4(1):39-47 .

The WHOQOL Group 1998. **Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment**. Psychological Medicine 28:551-558.

THOMAZ, Adriana. **Serviço de Dor e Medicina Paliativa do CENTRON** – Centro de Tratamento Oncológico. agosto/setembro 2010.

WEINSTEIN James, ANDERSON Pietro, YASKO Asmaw, DRIVER Luciana Ribeiro. **Cancer management: a multidisciplinary approach**. 8th ed. Philadelphia: FA Davis; 2004. p. 819-37.

WARE, Jess; SHERBOURNE, Cristopher. 1992. The MOS 36 item Short Form Health Status Survey (SF-36):1. Conceptual framework and item selection. **Medical Care** 30(6):473-483.

WITTMANN, Vieira ; GOLDIM Junior. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paul Enferm** [Internet]. 2012 [citado em jun. 15]; 25(3):334-9.

ANEXOS

ANEXO A: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	um pouco	médio	mu ito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		mu ito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	mu ito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		mu ito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Referencias

The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Soc. Sci. Med, 1995, 41(10):1403-1409.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista de saúde pública, 2000, 34(2):178-183

ANEXO B: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA DOR ONCOLOGICA SOB UMA PERCEPÇÃO MULTIDICISPLINAR

Variáveis relacionadas à pessoa:

Paciente:_____. Idade:_____. Sexo:_____.

Cuidador principal:_____. Profissão:_____.

Nível de escolaridade:

Não estudou

1ª à 4ª série do Ensino Fundamental

5ª à 8ª série do Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

A casa em que você mora é:

Própria

Alugada

Cedida

Situação econômica ativa:

Sim

Não

Estado emocional:

Introvertido

Ansioso

Ciente das informações quanto à doença e tratamento

Sim

Não

Comportamento frente a doença

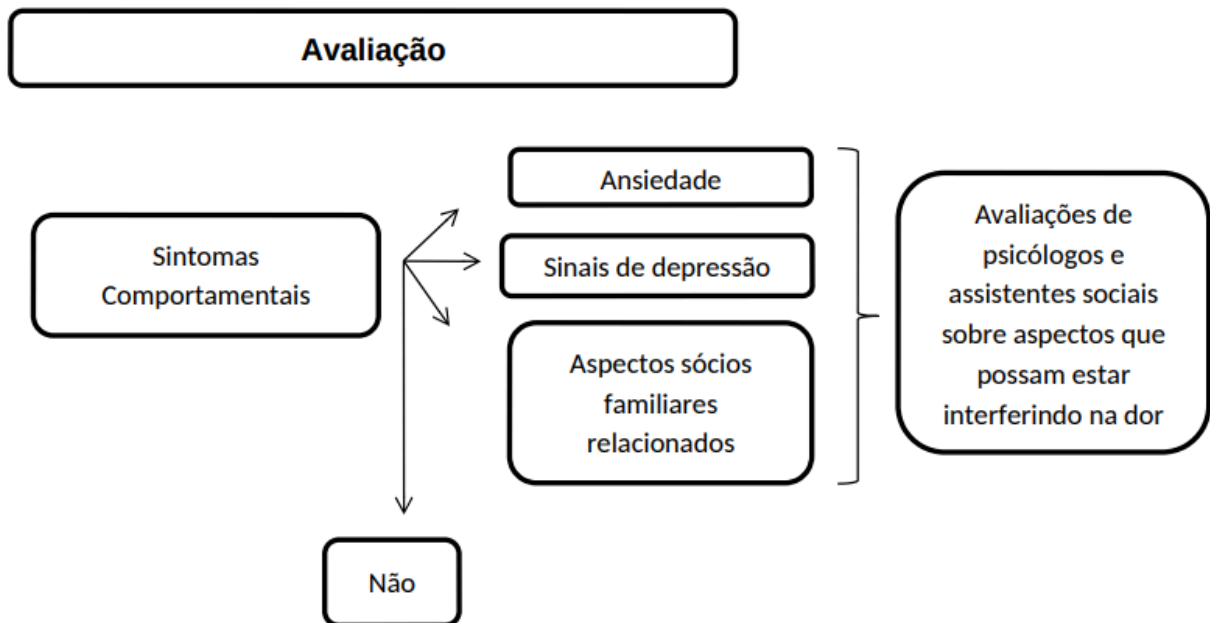
Negação

Angustia

Aceitação

Medo

Outros:_____.



Variáveis relacionadas à pessoa x doença:

Sítio primário do tumor:_____.

Metástases: _____.

Regime terapêutico oncológico atual:

Quimioterapia

Radioterapia

Outros:_____.

Frequência da dor

Constante

Intermitente

Tipo da dor:

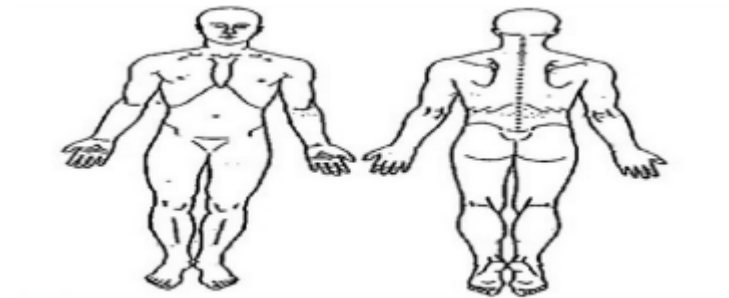
Nociceptiva

Neuropática

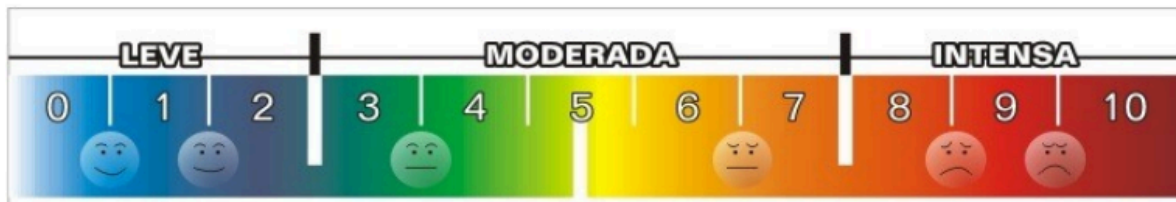
Mista

Regime Analgésico atual:_____.

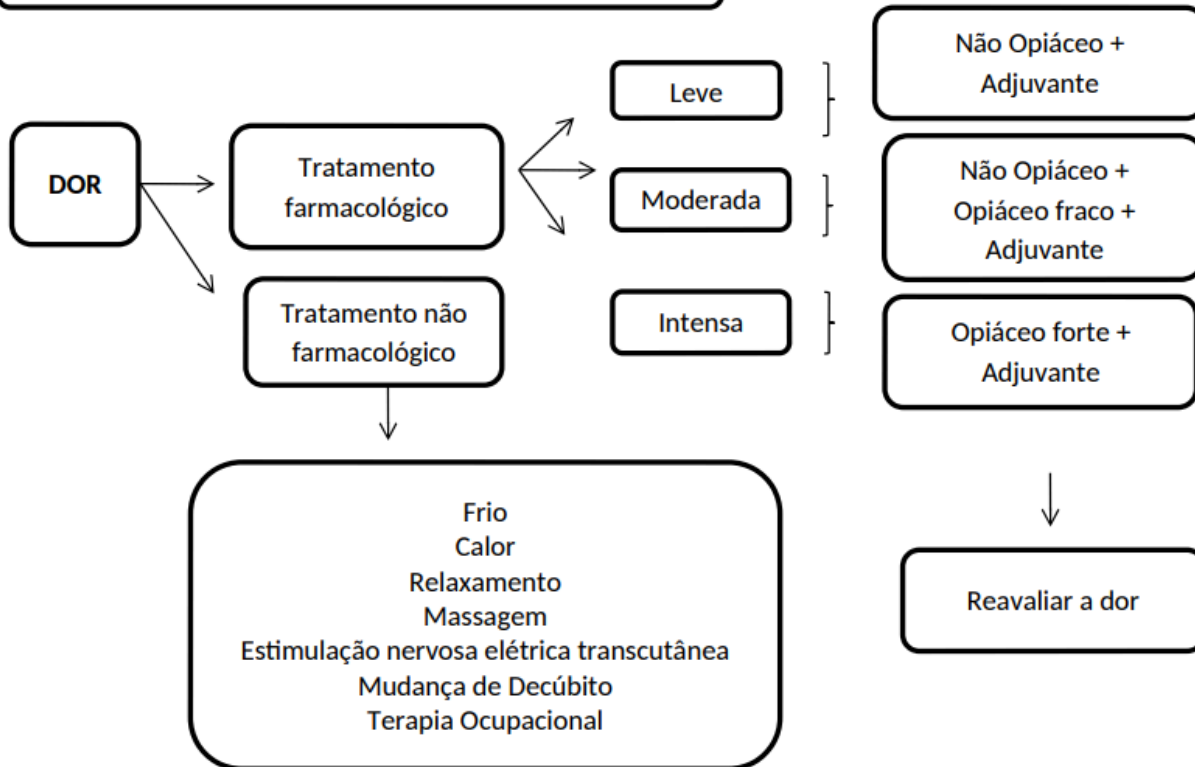
Local da dor



Escala visual Analógica:



Avaliação



LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética
CAAE	Certificado de Apreciação Ética
CCPO	Clinica de Cuidados Paliativos Oncológico
DGS	Direção Geral de Saúde
HOL	Hospital Ophir Loyola
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
QV	Qualidade de Vida

Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação em Saúde na Amazônia da UFPA, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília Brasil Xavier. Coorientadora: Enf. Msc. Clarissa Porfírio Mendes