UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA

MARIA DE LOURDES PESCADOR

Avaliação do uso de medicamentos analgésicos na dor relacionada ao câncer em um hospital universitário

FLORIANÓPOLIS
2021

Maria de Lourdes Pescador

Avaliação do uso de medicamentos analgésicos na dor relacionada ao câncer em um hospital universitário

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Farmacologia
Orientador: Prof. Carlos Rogério Tonussi, Dr.

Florianópolis/SC
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pescador, Maria de Lourdes
Avaliação do uso de medicamentos analgésicos na dor relacionada ao câncer em um hospital universitário / Maria de Lourdes Pescador ; orientador, Carlos Rogério Tonussi, 2021.
67 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Farmacologia. 2. Dor na oncologia. . 3. Escala de dor. . 4. Analgesia no câncer.. I. Tonussi, Carlos Rogério . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmacologia. III. Título.

Maria de Lourdes Pescador

Avaliação do uso de medicamentos analgésicos na dor relacionada ao câncer em um hospital universitário

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.a Regina Sordi, Dr.a
Universidade Federal de Santa Catarina

Rosângela Mayer Gonçalves, Dr.a
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Farmacologia.

Documento assinado digitalmente
Leandro Jose Bertoglio
Data: 27/09/2021 16:01:23-0300
CPF: 987.614.479-00
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Prof. Dr. Leandro J. Bertoglio
Coordenador do Mestrado Profissional em Farmacologia

Documento assinado digitalmente
Carlos Rogerio Tonussi
Data: 27/09/2021 15:49:28-0300
CPF: 081.573.388-75
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Prof. Carlos Rogério Tonussi, Dr.
Orientador

Florianópolis/SC, 2021.

Este trabalho é dedicado aos meus colegas de classe e aos de trabalho, assim como aos meus queridos familiares.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Rogério Tonussi, pela orientação, aprendizados proporcionados e sugestões enriquecedoras; pelo empenho e dedicação com a realização deste trabalho.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), pela oportunidade de desenvolver este trabalho em seu ambiente multidisciplinar.

Aos pacientes que se dispuseram a participar desta pesquisa, por sua receptividade, boa vontade e informações disponibilizadas.

A toda a equipe do Setor de Quimioterapia e da farmácia setorial da quimioterapia, pela receptividade, atenção, ajuda e agradável convivência.

Aos meus colegas de trabalho, pela parceria e contribuição com a pesquisa e a elaboração desta dissertação.

A todos os professores e colegas da turma de Mestrado 2019, pelo aprendizado e convivência inestimável e insubstituível às sextas-feiras.

“Algumas dores são passíveis de cura.” (William Shakespeare)

RESUMO

A terapia do controle da dor é comumente utilizada na rotina dos pacientes da oncologia. Trata-se de um sintoma proveniente do quadro da doença do paciente. As dores provêm principalmente da invasão do câncer nos tecidos, de procedimentos cirúrgicos, da quimioterapia e da radioterapia. A percepção da dor de cada pessoa é sentida de modo diferente, pois ela é pessoal, subjetiva e influenciada por muitos fatores. Avaliações da dor sentida pelo paciente são importantes para definir a terapia a ser utilizada e verificar se o tratamento efetuado está desencadeando os efeitos desejados. Existem vários métodos e técnicas que são utilizados pelas equipes de saúde para a aferição da dor. Há as diretrizes do Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer (CBMDRC), de 16 de agosto de 2014, que aborda informações úteis aos profissionais que atuam na terapia da dor no câncer. Medicamentos analgésicos são utilizados quando se trata de pacientes oncológicos, pois a dor, por vezes, se manifesta de forma muito intensa. Alguns profissionais de saúde mostram-se receosos ao prescrever alguns medicamentos, principalmente os opiáceos, devido a seus efeitos colaterais e ao desenvolvimento da tolerância e da dependência. Acredita-se que a dor no câncer não é suficientemente tratada em função do manejo incorreto dos analgésicos, principalmente quando se trata de opiáceos. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo fazer uma avaliação prospectiva, verificando se as técnicas constantes no CBMDRC estão sendo aplicadas nos pacientes da oncologia que usam analgésicos e são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, de modo a contribuir com o bom uso desses medicamentos e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Trata-se de um estudo prospectivo, transversal e quantitativo, constituído pela aplicação das técnicas constantes no CBMDRC. Ao final, elabora-se um manual que auxilie os profissionais de saúde no manejo e na utilização desses analgésicos, colaborando para que a dor seja tratada de forma correta, na dose correta do medicamento e no uso correto do analgésico.

Palavras-chave: Dor na oncologia. Escala de dor. Analgesia no câncer.

ABSTRACT

Pain control therapy is commonly used in the routine of oncology patients. It is a symptom arising from the patient's illness. The pain comes mainly from the invasion of cancer in the tissues, surgical procedures, chemotherapy and radiotherapy. Each person's perception of pain is felt differently, as it is personal, subjective and influenced by many factors. Assessments of pain experienced by the patient are important to define the therapy to be used and to verify whether the treatment carried out is triggering the desired effects. There are several methods and techniques that are used by health teams to measure pain. There are guidelines of the Brazilian Consensus on the Management of Cancer Related Pain (CBMDRC) of August 16, 2014, which addresses useful information for professionals working in cancer pain therapy. Analgesic medications are used when it comes to cancer patients, as the pain is sometimes very intense. Some health professionals are afraid to prescribe some medications, especially opiates, due to their side effects and the development of tolerance and dependence. It is believed that cancer pain is not sufficiently treated, due to the incorrect management of analgesics, especially when it comes to opioids. Thus, this work aims to make a prospective assessment, verifying whether the techniques listed in the CBMDRC are being applied to oncology patients, who use analgesics, seen at the outpatient clinic of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, in order to contribute to the good use of these drugs and improving the quality of life of these patients. This is a prospective, transversal and quantitative study, constituted by the application of the techniques contained in the CBMDRC. We will also prepare a manual to assist health professionals in the management and use of these painkillers. Thus, collaborating so that the pain is treated correctly, in the correct dose of the medication, using the correct analgesic.

Keywords: Pain in oncology. Pain scale. Pain relief in cancer.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala Visual Analógica (VAS) e de Classificação Numérica (NRS) 19

Quadro 2 – Escada analgésica da OMS: degraus do tratamento da dor nociceptiva e mista (OMS, 2009)..... 21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos participantes do estudo 32
Tabela 2 – Perfil clínico dos pacientes oncológicos participantes do estudo 33
Tabela 3 – Regime terapêutico dos participantes do estudo.....34
Tabela 4 – Regime terapêutico de analgésicos opioides dos participantes do estudo.....34
Tabela 5 – Relato de dor sentida pelo paciente segundo o tipo de câncer 35
Tabela 6 – Perfil de percepção de dor sentida pelo paciente conforme analgesia utilizada.....36
Tabela 7 – Fatores de alívio da dor segundo relato dos participantes do estudo.....36
Tabela 8 – Fatores de piora da dor segundo relato dos participantes do estudo.....36
Tabela 9 – Avaliação da qualidade de vida segundo relato dos participantes do estudo 37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-inflamatório não esteroidal
APS	American Pain Society
CBMDRC	Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
HU/UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
IASP	International Association for the Study of Pain
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 CÂNCER 14
1.2 DOR 15
1.3 DOR NO CÂNCER 17
1.4 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE DOR 19
1.5 ESCADA DE DOR 20
1.6 ANALGÉSICOS UTILIZADOS NA DOR NO CÂNCER 22
1.7 CONSENSO BRASILEIRO SOBRE MANEJO DA DOR RELACIONADA AO CÂNCER (CBMDRC) 25
1.8 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA 26
1.9 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO 27
1.10 OBJETIVOS 28
1.10.1 Objetivo geral 28
1.10.2 Objetivos específicos 28
2 METODOLOGIA 29
2.1 CARÁTER DO ESTUDO E SUA POPULAÇÃO 29
2.1.1 Critérios de inclusão 29
2.2 ENTREVISTA CLÍNICA 30
2.2.1 Fichas clínica e sociodemográfica 30
2.2.2 Avaliação da dor 30
2.2.3 Avaliação da qualidade de vida 31
2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA 31
2.4 ASPECTOS ÉTICOS 31
3 RESULTADOS 32
3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO 32
3.2 PERFIL CLÍNICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO 33
3.3 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR PELA POPULAÇÃO DO ESTUDO 35
3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA 37
4 DISCUSSÃO 38
5 CONCLUSÃO 44
REFERÊNCIAS 46
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 51

APÊNDICE B – Formulário de Avaliação da Dor 55
APÊNDICE C – Manual de Orientação aos Profissionais de Saúde 57

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER

Câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, as quais podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, os quais podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2020).

O câncer é um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte no mundo. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, principalmente por causa do envelhecimento populacional.

A mais recente estimativa mundial previu 18,1 milhões de novos casos de câncer (17,0 milhões, excluindo o câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de mortes por câncer (9,5 milhões, excluindo o câncer de pele não melanoma) em 2018. Em ambos os sexos combinados, o câncer de pulmão é mais comumente diagnosticado (11,6% do total de casos) e a principal causa de morte por câncer (18,4% do total de mortes por câncer), seguido de perto pelo câncer de mama feminino (11,6%), pelo câncer de próstata (7,1%) e pelo câncer colorretal (6,1%) para a incidência e pelo câncer colorretal (9,2%), pelo câncer de estômago (8,2%) e pelo câncer de fígado (8,2%) para a mortalidade. O câncer de pulmão é o câncer mais frequente e a principal causa de morte por câncer entre os homens, seguido pelo câncer de próstata e pelo colorretal (para a incidência) e pelo câncer de fígado e pelo de estômago (para a mortalidade). Entre as mulheres, o câncer de mama é o câncer mais comumente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer, seguido pelo câncer colorretal e pelo de pulmão (para a incidência) e vice-versa (para a mortalidade); o câncer do colo do útero ocupa o quarto lugar tanto para a incidência quanto para a mortalidade (BRAY et al., 2018).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil novos casos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelo câncer de mama e pelo de próstata (66 mil cada), pelo de cólon e pelo do reto (41 mil), pelo de pulmão (30 mil) e pelo de estômago (21 mil) (INCA, 2019).

Os tipos de câncer mais frequentes em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão os de próstata (29,2%), de cólon e reto (9,1%), de pulmão (7,9%), de estômago

(5,9%) e de cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), de cólon e reto (9,2%), de colo do útero (7,5%), de pulmão (5,6%) e de tireoide (5,4%) figurarão entre os principais. O câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres (INCA, 2019).

O aumento da incidência de câncer, além do envelhecimento, está relacionado aos hábitos considerados ruins. Estudos comprovam que uma alimentação saudável, associada à prática de atividades físicas, pode ajudar a prevenir e diminuir os riscos de desenvolvimento de câncer. Recomendações como a prevenção primária do câncer devem enfatizar a modificação de múltiplos fatores de dieta e estilo de vida (SOLANS et al., 2020). O uso de vegetais na alimentação, o menor consumo de carne vermelha, a redução da quantidade de sal e de alimentos processados e a manutenção do peso (manter-se magro) podem ajudar a diminuir as estatísticas ligadas ao aumento do número de pessoas com câncer.

A demora no diagnóstico para o início de um tratamento de câncer ou a realização de cirurgias necessárias pode ocasionar consequências adversas no desfecho da doença. O problema se agravou com o advento da pandemia do Covid-19. Uma revisão sistemática e de meta-análise publicada em 2020 nos diz que um atraso de quatro semanas no tratamento está associado ao aumento da mortalidade em todas as formas comuns de tratamento do câncer, sendo os atrasos mais longos cada vez mais prejudiciais (HANNA et al., 2020).

1.2 DOR

A dor é um sintoma muito frequente na prática clínica e está presente na maioria das doenças, indicando que algo não está bem. É um sentimento angustiante, causado por estímulos intensos e prejudiciais, que faz parte desde os primórdios da evolução humana, ligado à sobrevivência, sendo um mecanismo de alerta e defesa. Estímulos agudos e de alta intensidade estão alertando o organismo de danos teciduais iminentes (WOLLER et al., 2017).

Embora existam poucos dados de pessoas que convivem com a dor, em uma revisão sistemática e de meta-análise de estudos populacionais no Reino Unido, a prevalência de dor crônica afeta entre um terço e metade da população do Reino Unido, correspondendo a pouco menos de 28 milhões de adultos. Com base em dados dos melhores estudos publicados disponíveis, esse número provavelmente aumentará ainda mais de acordo com o envelhecimento da população (FAYAZ et al., 2016). A dor está mais presente em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. Os resultados mostram que a prevalência –

padronizada por idade – das condições crônicas de dor nos últimos 12 meses foi de 37,3% nos países desenvolvidos e 41,1% nos países em desenvolvimento (TSANG et al., 2008). No Brasil quase não existem dados sobre a prevalência de dor, mas, segundo Kreling, Cruz e Pimenta (2006), “a prevalência de dor crônica encontrada foi de 61,4% e mais mulheres do que homens relataram dor crônica”.

Embora existam esses números de pessoas convivendo com a dor, ela continua sendo subtratada. Aproximadamente um terço dos pacientes ainda não recebem medicação para dor proporcional à intensidade da dor (GRECO et al., 2014).

A dor é sempre subjetiva e considerada um estado emocional complexo, pois está ligada às experiências pessoais, influenciada por graus variáveis de fatores individuais, psicológicos e sociais. A experiência dolorosa é percebida de diferentes maneiras pelas pessoas. Em um estudo sobre modulação emocional e percepção da dor, foi observado que alguns participantes apresentaram maior alívio da dor diante de estímulos emocionais positivos, enquanto outros foram mais suscetíveis à amplificação da dor a partir de estímulos emocionais negativos (MCIVER; KORNELSEN; STROMAN, 2017).

Como a dor decorre de causas multifatoriais e aspectos individuais, a definição de dor é um tanto quanto difícil, por isso, para padronizar os termos relacionados e facilitar o entendimento e a comunicação em caráter universal entre os profissionais que atuam no tratamento de pacientes, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain – Iasp) constituiu, em 1976, uma subcomissão de taxonomia da dor (ARAUJO; ROMERO, 2015). No ano de 1979, a Iasp cunhou a importante definição sobre a dor, posteriormente aprimorada como “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2020). Essa definição é amplamente aceita nos meios acadêmicos, profissionais e governamentais.

A dor também pode ser classificada dependendo de como se manifesta e o tempo de duração. Essa classificação facilita o tratamento e define o uso correto dos analgésicos. Podemos classificá-la em dor nociceptiva, dor neuropática e dor mista. A dor nociceptiva é uma "dor que surge de danos reais ou potenciais ao tecido não neural e é devido à ativação de nociceptores"; e a dor neuropática é uma "dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial” (TROUVIN; PERROT, 2019). Mas existem inúmeros pacientes que não possuem ativação dos nociceptores nem lesão ou doença no sistema nervoso, não se enquadrando na definição anterior. Em vista disso, em 2017, uma força-tarefa de taxonomia da

Iasp definiu a dor nociplástica. A definição escolhida para dor nociplástica é "dor que surge da nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara de danos teciduais reais ou potenciais causando a ativação de nociceptores periféricos ou evidências de doença ou lesão do sistema somatossensorial causando a dor" (TROUVIN; PERROT, 2019).

Também é aceita a descrição para dor mista. É menos conhecida entre os profissionais de saúde e não houve uma definição formal pela Iasp, mas não significa que ela não esteja presente na prática clínica. A definição comum de dor mista é uma dor com "uma sobreposição de sintomas nociceptivos e neuropáticos" (TROUVIN; PERROT, 2019). Para Freynhagen et al. (2019), a dor mista é uma sobreposição complexa dos diferentes tipos de dor conhecidos (nociceptivo, neuropático, nociplástico) em qualquer combinação, agindo simultânea e/ou concomitantemente para causar dor na mesma área do corpo.

A dor pode ser classificada também quanto à duração em aguda ou crônica. E, segundo a Iasp, a dor crônica é aquela que persiste ou se repete por mais de três meses.

Devido à importância do quadro de dor para o bem-estar dos pacientes, a American Pain Society (APS) iniciou uma campanha influente, intitulada Dor, O Quinto Sinal Vital, para conscientizar os profissionais de saúde da avaliação e da gestão da dor (TOMPKINS; HOBELMANN; COMPTON, 2017). Nesse caso a dor seria considerada um sinal vital. Ela seria avaliada e anotada, como outros sinais vitais, para que intervenções no controle e no tratamento adequado sejam realizadas. É indiscutível a importância de se estabelecer a dor como o 5º sinal vital, principalmente em oncologia, visto que o impacto da doença é global (ARAUJO; ROMERO, 2015). Isso faria com que a resposta dolorosa não fosse tratada apenas como um sintoma, mas um sinal de alarme, melhorando os padrões de tratamento.

1.3 DOR NO CÂNCER

Em uma análise de prevalência de sintomas, segundo Salvetti et al. (2020), fadiga, insônia, dor e perda de apetite foram os sintomas mais frequentes e mais intensos entre pacientes com câncer submetidos à quimioterapia ou à radioterapia. A dor é um dos sintomas mais prevalentes e mais debilitantes dos pacientes que fazem tratamento e daqueles sobreviventes do câncer.

Nos últimos anos houve um aumento de técnicas de detecção precoce do câncer e uma melhora da qualidade e de tecnologias de exames e tratamento, permitindo o aumento da sobrevivência dos portadores de câncer. Esse aumento na sobrevivência do câncer deve-se, em

grande parte, a técnicas de detecção precoce aprimoradas e terapias mais novas e altamente eficazes (PAICE, 2019b). Embora essa melhora no quadro possa ser motivo de comemoração, por outro lado, levou ao aumento do número de pessoas que passarão a conviver com as síndromes dolorosas e que, por vezes, não são tratadas de forma adequada. Isso leva ao maior número de pacientes que conviverão com a presença de dor ao longo de sua vida. A dor no câncer permanece descontrolada e subtratada nos países em desenvolvimento (LI et al., 2018). Estima-se que um terço dos pacientes oncológicos nos EUA não recebam analgesia proporcional ou adequada para a intensidade de sua dor (GRESS et al., 2020).

O câncer é uma doença muito grave e, por isso, o foco do tratamento fica centrado na doença, relegando a dor sentida pelo indivíduo a um segundo plano, não recebendo a atenção necessária por parte dos profissionais, da família, dos cuidadores e do próprio paciente. Há uma percepção errada de que a dor é uma consequência/sintoma inevitável do câncer e que precisa ser suportada pelos pacientes, enquanto os médicos se concentram no tratamento do problema principal (LI et al., 2018).

As dores do câncer são mais intensas e difíceis de serem controladas, por isso os avanços recentes da medicina têm dado grande ênfase ao manejo adequado. Porém, para muitos ainda, o manejo inadequado desse sintoma continua a ser um tormento (SCARBOROUGH; SMITH, 2018). Em virtude disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem considerado que o manejo inadequado da dor no câncer é um grave problema de saúde pública no mundo (OMS, 2000). Mas, apesar das suas recomendações (OMS, 1986), 59% dos pacientes com câncer sofrem de dor durante a fase ativa da terapia e 65% sofrem durante a doença avançada (LI et al., 2018).

Sabemos que a dor do câncer pode advir do próprio tumor, do procedimento cirúrgico, da quimioterapia ou da radioterapia, podendo continuar mesmo após a finalização do tratamento oncológico. E o tipo de dor mais presente no câncer é a neuropática. Dor neuropática do câncer é aquela causada por danos diretos ao sistema nervoso pelo câncer em si ou pelos tratamentos de câncer, incluindo quimioterapia, radioterapia e cirurgia (YOON; OH, 2018).

A dor neuropática no câncer apresenta características próprias e, por isso, somente uma avaliação minuciosa pode ajudar na identificação e no tratamento. Formigamento, cortante, choque elétrico, bem como diminuição da sensação, equilíbrio prejudicado e fraqueza motora, são frequentemente associados com a dor neuropática do câncer (YOON; OH, 2018).

1.4 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

Avaliar a dor é importante, pois pode determinar e registrar a gravidade da doença, bem como analisar o transcurso longitudinal da doença através do tempo. A dor pode ser avaliada pelo relato do próprio paciente, por observação do seu comportamento e por respostas autonômicas associadas. A avaliação dessa dor deve estar de acordo com a experiência pessoal sentida pelo paciente. É uma experiência interna e privada e, portanto, o relato do paciente continua sendo o padrão-ouro para sua medição (FILLINGIM et al., 2016). Os profissionais devem captar, reconhecer e levar em consideração todos os alertas de dor emitidos pelos pacientes. Os profissionais devem tomar conhecimento do sofrimento do paciente pelo seu comportamento estereotipado, como choro, gemido, agitação e tremor (ARAUJO; ROMERO, 2015).

O método mais utilizado para a avaliação da dor são as escalas de dor, que medem a intensidade da dor sentida pelo paciente. A avaliação da dor é um passo importante para o seu bom manejo e, entre os vários métodos, o mais usado é a Escala Visual Analógica (VAS) e a Escala de Classificação Numérica (NRS) (MONJE et al., 2019). (Quadro 1). A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada, numa extremidade, a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Pode se apresentar também como desenho com expressões da face que representam a intensidade da dor sentida pelo paciente. A Escala de Classificação Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical e o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica.

Quadro 1 – Escala Visual Analógica (VAS) e de Classificação Numérica (NRS)

Dor Leve				Dor moderada			Dor Intensa			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor										Dor Máxima

Fonte: Fallon et al. (2018).

Não existe uma metodologia de avaliação de dor padronizada, devido ao caráter multifatorial da dor e das diferentes formas como a dor se apresenta diante dos diversos tipos de câncer. Atualmente, não há metodologia padronizada para a avaliação da dor do câncer.

Como tal, estudos futuros devem se concentrar na criação de técnicas multifatoriais e centradas no paciente que permitam uma gestão individualizada (GRESS et al., 2020).

A utilização de vários métodos de avaliação também pode fornecer maior suporte para orientar o profissional de saúde quanto às iniciativas a serem tomadas e ao melhor tratamento diante das condições disponíveis. A avaliação da dor pode dar pistas sobre os mecanismos fisiológicos subjacentes à condição de dor, o que pode ajudar a orientar a seleção do tratamento (FILLINGIM et al., 2016). Seja qual for o método utilizado na avaliação da dor, o mais importante é que ele seja de fácil aplicação na clínica médica e eficaz no entendimento pelo paciente.

1.5 ESCADA DE DOR

Para aliviar a dor do câncer e oferecer melhores condições aos pacientes, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu a escada de dor. Esse instrumento estabelece três níveis de categorização da intensidade da dor e seu tratamento sugerido: leve, moderada e severa (VIEIRA; BRÁS; FRAGOSO, 2019). (Quadro 2). A dor leve é aquela em que a dor sentida pelo paciente vai de 0 a 3, a dor moderada 4 a 6 e a dor intensa de 7a10, conforme relato do paciente quando da apresentação da Escala Numérica (NRS). Seu uso tem sido cada vez mais difundido dada sua simplicidade, podendo a dor de câncer ter controle adequado em todo o curso de sua doença, com a aplicação dessas diretrizes da OMS. Um estudo de revisão sobre a efetividade das diretrizes de alívio da dor da Organização Mundial da Saúde comprova a sua eficácia, uma vez que, além de avaliar a eficácia das diretrizes da OMS, fornece informações valiosas sobre o curso da dor do câncer e seu tratamento (CARLSON, 2016). Apesar de sua facilidade de uso e bom resultado, a escada de dor ainda não é utilizada na rotina da maioria das clínicas oncológicas. Embora o uso correto da escada de dor apresente bons resultados no manejo da dor, a maioria dos clínicos não especialistas ainda não a utiliza (SAMUELLY-LEICHTAG; ADLER; EISENBERG, 2019).

Além disso, há pacientes que parecem não se enquadrar nesses três estágios de tratamento da dor. Muitos clínicos alegam que as diretrizes do manejo da dor da OMS, apesar da simplicidade, não acompanham os avanços tecnológicos do alívio da dor no câncer, sendo consideradas desatualizadas por não contemplarem as opções farmacológicas e intervencionais utilizadas nas práticas contemporâneas de manejo da dor (CARLSON, 2016), não resultando no alívio desejado.

Embora esse algoritmo tenha servido como excelente ferramenta de ensino, o gerenciamento da dor do câncer é consideravelmente mais complexo do que essa "escada de dor do câncer" de três degraus sugere (SWARM et al., 2019).

Reavaliações de efeitos benéficos no alívio da dor e efeitos colaterais aos medicamentos devem ser monitorados ao longo do tratamento. O tratamento dos pacientes deve ser individualizado, de modo a ponderar os riscos e os benefícios da medicação, e considerar as comorbidades do paciente (WOOD et al., 2018).

Quadro 2 – Escada analgésica da OMS: degraus do tratamento da dor nociceptiva e mista (OMS, 2009)

DEGRAU	FÁRMACOS
1	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes
2	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fortes

Fonte: Adaptado de Brasil (2012).

Os fármacos adjuvantes são medicamentos desenvolvidas para outras indicações que não o alívio da dor, mas que também podem contribuir para diminuir as síndromes dolorosas em certas ocasiões, quando usados em combinação com outros fármacos, em todos os degraus da escada analgésica, com atuação especial nos casos de dor neuropática que não respondem suficientemente bem aos opiáceos. Também são usados para diminuir os efeitos colaterais proveniente do uso dos opiáceos. Pode ser os antidepressivos, anticonvulsivantes, corticosteroides, anestésicos locais, laxantes, antieméticos, antiespasmódicos etc.

O termo analgésicos adjuvante refere-se aos medicamentos que são administrados concomitantemente para melhorar a analgesia, reduzir os efeitos adversos dos opioides e permitindo o uso de doses mais baixas de opioides. Estes fármacos podem ser úteis para pacientes cuja dor é apenas parcialmente responsiva aos opioides (SWARM et al, 2019).

Analgésicos adjuvantes, incluindo antidepressivos selecionados e anticonvulsivantes selecionados com evidência de eficácia analgésica (como o antidepressivo duloxetina e os anticonvulsivos gabapentina e pregabalina) para condições de dor neuropática ou dor crônica generalizada. (PAICE et al, 2016)

1.6 ANALGÉSICOS UTILIZADOS NA DOR NO CÂNCER

O algoritmo de analgésico mais aceito para o tratamento da dor no câncer é aquele estabelecido pela Organização Mundial da Saúde e desenvolvido em 1986. Ele classifica e direciona o tratamento da dor em degraus de acordo com a intensidade dos sintomas dolorosos.

- **Degrau 1**

Utilizado em pacientes com dor leve ou moderada. Inicia-se o tratamento com drogas analgésicas e antipiréticas (dipirona e paracetamol), como também com anti-inflamatórios não esteroides. Na dor proveniente do câncer, talvez isso não seja suficiente devido à baixa potência e aos efeitos colaterais.

O paracetamol e os analgésicos anti-inflamatórios não esteroides (AINE) estão na escada de dor da OMS, no primeiro e no segundo degraus, sozinhos ou associados com outros opioides. São considerados o esteio das duas primeiras etapas da escala da OMS (SCARBOROUGH; SMITH, 2018).

- **Degrau 2**

Utilizado em pacientes com dor moderada. Neste degrau são adicionados opioides fracos, como a codeína e o tramadol, juntos com paracetamol, dipirona ou Aine. Opioides para dor leve a moderada são adicionados na segunda etapa da escada analgésica da OMS (HENSON et al., 2020).

- **Degrau 3**

Utilizado em pacientes com dor grave. Neste degrau são utilizados opioides fortes, como a morfina e a metadona. A dor proveniente da dor oncológica geralmente é sanada com o uso de opioides, sendo esse geralmente o pilar do tratamento.

Dor de câncer moderada a grave é tratada com opioides como os indicados; no entanto, os opioides sozinhos podem não fornecer analgesia ideal (SWARM et al., 2019). Quando os opioides fortes não causam a analgesia esperada, outros procedimentos devem ser avaliados.

- **Outras considerações**

Outros fármacos que não os analgésicos poderão ser utilizados para o tratamento da dor proveniente do câncer, juntamente com a analgesia já empregada, chamados de adjuvantes, como antidepressivos, anticonvulsivantes ou neurolépticos.

Quanto à utilização de opioides, devem-se sempre considerar os efeitos colaterais, a tolerância, a superdosagem e o risco de causar dependência. Haverá sempre o dilema para o prescritor entre promover o alívio da dor e o risco que o uso abusivo do opioide oferece. Oncologistas enfrentam o desafio de fornecer controle seguro e eficaz da dor, limitando o risco individual de abuso ou overdose e mantendo a comunidade livre de substâncias desviadas (PAICE, 2019a).

O paracetamol usado como tratamento de primeira linha em pacientes com dor de câncer leve pode ser empregado associado a um opioide fraco, mas, de acordo com a revisão de literatura da Cochrane, não está claro se algum benefício analgésico adicional ao paracetamol pode ser detectado nos estudos disponíveis, tendo em vista as doses de opioides utilizadas (WIFFEN et al., 2017b).

Os AINEs têm propriedades anti-inflamatórias, analgésicas e antipiréticas (SCARBOROUGH; SMITH, 2018). São utilizados para o alívio da dor no câncer sozinhos ou acompanhados de opioides. São usados na prática clínica, mas há poucas evidências de qualidade, segundo revisão sistemática. No geral, não há evidências de alta qualidade a favor ou contra o uso de AINEs (sozinhos ou com opioides) (WOOD et al., 2018). Há evidências muito baixas de qualidade de que algumas pessoas com dor de câncer moderada ou grave podem obter níveis substanciais de benefício dentro de uma ou duas semanas (DERRY et al., 2017).

O tramadol é um opioide fraco licenciado para uso em dor moderada a severa e tem um papel importante como opção no segundo degrau da escala analgésica. É considerado de baixo risco de abuso, por isso as regulamentações de controle não são tão rigorosas quanto para opioides "fortes", como a morfina (WIFFEN; DERRY; MOORE, 2017).

Uma revisão sistemática da Cochrane, que analisou as evidências do uso do tramadol, com ou sem paracetamol, não mostrou ser tão eficaz na dor. Há evidências de baixa qualidade de que ele não seja tão eficaz quanto a morfina (WIFFEN; DERRY; MOORE, 2017).

A morfina é indicada para dor classificada como moderada a grave, com bons resultados em dor de origem nociceptiva ou somática, pois 85% dos pacientes respondem a esse

fármaco (SILVA; MENDANHA; GOMES, 2020). As evidências que temos indicam que cerca de 19 em cada 20 pessoas com dor moderada ou severa que recebem opioides e podem tolerá-los devem ter essa dor reduzida dentro de 14 dias (WIFFEN et al., 2017a).

Opioides fracos (como, por exemplo, a codeína) têm sido tradicionalmente prescritos antes de opioides fortes (como, por exemplo, morfina) para o tratamento da dor do câncer (WOOD et al., 2018). Os efeitos adversos dos opioides, como náuseas, vômitos e prisão de ventre, são diretamente proporcionais à sua potência e os principais limitantes do seu uso, levando à descontinuação precoce e à consequente eficácia analgésica inadequada (SILVA; MENDANHA; GOMES, 2020). Talvez entre 1 e 2 em cada 10 pessoas tratadas com opioides achem esses eventos adversos intoleráveis, levando a uma mudança no tratamento (WIFFEN et al., 2017a).

Existe também o polimorfismo genético, que resulta na incapacidade de converter codeína em morfina. No organismo, a codeína é convertida em morfina pela enzima CYP2D6, sendo assim, em alguns pacientes a codeína pode se mostrar ineficaz. Também há um outro tipo de polimorfismo genético, que incrementa o metabolismo, tornando os pacientes mais sensíveis ao efeito da codeína. Alguns pacientes são metabolizadores ultrarrápidos da CYP2D6, convertem a codeína em morfina em uma taxa mais rápida que o normal, resultando em níveis superiores aos normais de morfina no sangue, podendo resultar em efeitos tóxicos como dificuldade de respirar. O gene CYP2D6 é altamente polimórfico, o que se traduz em atividades enzimáticas que vão desde não funcionais (ou seja, metabolizadores pobres) para maior função (ou seja, metabolizadores ultrarrápidos) (SMITH et al., 2019).

Alguns estudos sugerem a rotação de opioides para minimizar os efeitos colaterais intoleráveis ou a analgesia inadequada. Como efeitos colaterais intoleráveis, podemos citar os relacionados a prisão de ventre, náusea e vômitos não passiveis de serem controlados com os medicamentos habituais. Também há aqueles pacientes que não conseguem alcançar a analgesia esperada mesmo com a utilização da morfina. A rotação seria a mudança de um opioide de primeira linha para outro opioide de segunda linha. Um exemplo seria a mudança da morfina para a metadona. A rotação de opioides pode melhorar a analgesia e a satisfação do paciente (SCHUSTER et al., 2018).

A morfina tem um efeito analgésico potente, é derivado natural da papoula e tem tempo de meia vida curto. É excretada por via renal e a administração de 4/4 h, por qualquer via, é necessária para alcançar concentração terapêutica adequada (INCA, 2001). A morfina está disponível em uma ampla gama de formulações e rotas de administração, incluindo pela

oral, parenteral e retal. Em um paciente que não foi exposto a opioides no passado, a morfina é geralmente considerada a droga inicial padrão de escolha (SWARM et al, 2019). O efeito analgésico da morfina é devido à sua ação no receptor mu opioide. A morfina é metabolizada no fígado e no cérebro, sendo os metabólitos predominantes morfina-3-glucuronida e morfina-6-glucuronida (WIFFEN et al., 2017a).

A metadona é um opioide sintético. Sua potência analgésica pode ser até cinco a 10 vezes maior do que a morfina e os seus metabólitos podem ser eliminados pelas fezes e urina. Provoca menos náusea, constipação e sedação do que a morfina. Contudo, a interação entre a metadona e outros fármacos é mais frequente do que ocorre com a morfina. A metadona tem uma meia-vida bastante longa, o que permite uma dosagem eficaz em um intervalo de 6-8h na maioria dos pacientes, e seu custo em relação a outros opioides é baixo (PORTENOY, 2011). Metadona é um agonista receptor mu-opioide e antagonista dos receptores N-metil-D-aspartato; está comercialmente disponível em comprimidos orais de múltiplas apresentações ou em uma solução oral ou intravenosa. Variações individuais na farmacocinética de metadona (meia-vida longa que varia de 8 a mais de 120 horas) torna complexo o uso em pacientes com câncer. (SWARM et al, 2019).

Para complicar o senso comum no uso desses fármacos, alguns pesquisadores sugerem que o uso de opioides poderia prejudicar o controle do câncer, facilitando sua evolução, ou seja, de certa forma antagonizando a ação da quimioterapia. Contudo, o nível de evidência ainda é muito baixo para justificar qualquer mudança na prática clínica (RAMIREZ; GORUR; CATA, 2021).

1.7 CONSENSO BRASILEIRO SOBRE MANEJO DA DOR RELACIONADA AO CÂNCER (CBMDRC)

Existem cada vez mais evidências de que o manejo adequado da dor do câncer está relacionado com a melhoria da qualidade de vida, bem como com a sobrevida desses pacientes. A utilização correta dos medicamentos analgésicos e a correta atuação da equipe multidisciplinar contribuem com o alívio dos sintomas, minimizando sofrimentos. Para isso, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) deu início à elaboração de um consenso sobre o manejo da dor relacionada ao câncer a fim de proporcionar aos profissionais de saúde brasileiros informações úteis sobre esse tema (WIERMANN et al., 2014).

Os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de dor, a sua intensidade, fatores desencadeantes e fatores de alívio; local da dor e fatores de melhora ou piora também são importantes. É necessária uma abordagem abrangente, uma vez que a dor geralmente se deve a múltiplos fatores e requer mais de uma intervenção (WIERMANN et al., 2014).

Um paciente que apresenta dor tem que ser suficientemente medicado, quando necessário, utilizando para isso toda a gama de analgésicos disponível. Um tratamento bem-sucedido requer que a introdução de medicamentos ocorra em momento apropriado, e não tardiamente, e que os eventos adversos potenciais sejam devidamente tratados (WIERMANN et al., 2014).

O CBMDRC orienta que todos os pacientes devem ser analisados e questionados sobre a presença de dor, a cada consulta. A intensidade da dor deve ser quantificada, utilizando as várias escalas de mensuração da dor, como a escala visual ou analógica (VAS E NRS). O tipo de dor deve ser caracterizado, quando possível. Quando uma nova dor aparecer, deve ser reavaliada. Se a dor for persistente, as avaliações devem ser rotineiras. A avaliação da dor deve incluir intensidade, características físicas (local da dor), ritmo (constante ou intermitente) e fatores desencadeantes, bem como fatores de alívio. Para a compreensão do quadro, é necessário esclarecer a intensidade, a localização, a abrangência e fatores de piora e de alívio, quando presentes. Resposta aos tratamentos vigente e anteriores, impacto no desempenho de atividades cotidianas e efeito negativo no sono e na movimentação também devem ser avaliados (WIERMANN et al., 2014).

1.8 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Catarina (HU/UFSC) é um hospital federal de Santa Catarina e atende a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi fundado em 1980 e a partir de 2016 passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Está sediado no bairro Trindade, na cidade de Florianópolis/SC. Por suas características de natureza pública e integrante do SUS, dispõe apenas de atendimento 100% SUS, sendo referência, principalmente, para a Grande Florianópolis, além de ser a única referência em algumas especialidades para todo o estado de Santa Catarina (UFSC, 2016).

A Instituição apresenta um corpo clínico multidisciplinar qualificado, de modo a assegurar atendimento em diversas especialidades médicas, tanto em nível ambulatorial quanto

hospitalar, como Acupuntura, Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Proctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Hemoterapia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Videocirurgias, Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica. Também dispõe de Serviço de Odontologia Hospitalar, incluindo cirurgia bucomaxilofacial.

O Hospital Universitário oferece Atendimento Emergencial nas áreas pediátrica, adulta e ginecológico-obstétrica, um Ambulatório de Especialidades, uma Maternidade e Serviços de Média e Alta Complexidade. Conta com 106 vagas de residência médica em várias especialidades, tendo dado início à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no ano de 2010, em duas áreas de concentração – Atenção às Urgências e Emergências e Atenção em Alta Complexidade –, integrando alunos das mais diversas especialidades. Em 2014, a Residência Integrada foi ampliada para mais uma área de atuação: Saúde da Mulher e da Criança.

A unidade de Oncologia e Hematologia, que oferece o serviço de Quimioterapia, funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h. O local de atendimento engloba um espaço central com sete poltronas e um Leito, uma Sala de Preparo com uma Capela de Fluxo Laminar e três consultórios médicos. O setor atende a pacientes de Florianópolis e da Região Metropolitana, assim como de cidades da região, apresentando uma demanda média de 185 imunobiológicos, de diferentes especialidades (Reumatologia, Neurologia, Genética e Gastroenterologia). Para infusões de quimioterapias, a média mensal de pacientes gira em torno de 35 indivíduos/mês; destes, em média 10 pacientes/mês apresentam quadro de dor, necessitando de uso de codeína ou morfina (informações obtidas no Setor de Quimioterapia do HU/UFSC).

1.9 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

Com este trabalho esperamos contribuir com a equipe multiprofissional no manejo adequado da dor proveniente do câncer no Setor de Quimioterapia do HU/UFSC. Existem várias técnicas de abordagem da dor, o CBMDRC é uma delas, além das orientações da OMS. Acreditamos que a dor proveniente do câncer não seja suficientemente tratada. O controle efetivo da dor requer mais do que o uso de analgésico, como também a atuação efetiva da equipe multiprofissional devido ao caráter pessoal com que a dor se manifesta e aos vários sintomas decorrentes das manifestações da dor. O câncer é uma doença grave, por isso a equipe

multiprofissional fica centrada no tratamento da doença, relegando a dor sentida para um segundo plano.

Foram coletados dados no prontuário e com os pacientes com base no CBMDRC. Dessa forma, será possível elaborar um manual com orientações que possam ajudar a equipe multiprofissional, melhorando as avaliações, os acompanhamentos e a utilização dos analgésicos, de modo a aliviar a dor e, dessa forma, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

1.10 OBJETIVOS

1.10.1 Objetivo geral

Verificar se as diretrizes estabelecidas pelo CBMDRC estão sendo aplicadas nos pacientes da oncologia que apresentam dor e usam analgésicos e que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

1.10.2 Objetivos específicos

- Identificar os pacientes que irão participar do projeto.
- Consultar prontuário e avaliar os analgésicos e os coadjuvantes prescritos para o paciente.
- Comparar com os medicamentos prescritos e os constantes na escada de dor da OMS, identificando diferenças e similaridades.
- Verificar se, quando os medicamentos estão prescritos conforme o CBMDRC, os pacientes apresentam melhoras no quadro de dor.

2 METODOLOGIA

2.1 CARÁTER DO ESTUDO E SUA POPULAÇÃO

O presente estudo teve natureza observacional, analítico-prospectiva, sendo composto de 11 pacientes oncológicos voluntários, que foram avaliados durante o tratamento oncológico e categorizados em um grupo apresentando Dor e Câncer. Os demais pacientes atendidos no setor não apresentavam o diagnóstico de câncer ou se apresentavam e não tinham dor. Todos os pacientes abordados com dor e câncer concordaram em assinar o TCLE e participar da pesquisa. Esta abordagem dos pacientes participantes da pesquisa deu-se no Setor de Quimioterapia da Instituição, no período de outubro a dezembro de 2020 e abril 2021. Parte dos dados clínicos foi obtida por meio de consulta aos prontuários eletrônicos AG-HU dos pacientes. Para o recrutamento dos voluntários, foi realizado um levantamento na farmácia setorial, localizada no Setor de Quimioterapia, de todos os pacientes em tratamento quimioterápico e que faziam uso de analgésicos, como codeína e morfina, nos meses de coleta de dados. De posse desses dados, foi feito um levantamento do dia e da hora da consulta desses pacientes. Nos dias agendados, eles foram convidados a participar da pesquisa. Pacientes de ambos os sexos, independentemente de nível socioeconômico, que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo foram previamente determinados.

2.1.1 Critérios de inclusão

- Ter idade superior a 18 anos.
- Ter diagnóstico de câncer.
- Apresentar quadro de dor.
- Fazer uso de analgésicos.
- Consentir em participar do estudo, mediante assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice

2.2 ENTREVISTA CLÍNICA

O paciente foi abordado após sua entrada no Setor de Quimioterapia, momento em que lhe foi realizado o convite de participação na pesquisa e foram repassadas explicações sobre todos os pontos referentes à sua participação, inclusive sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Foi apresentado o formulário contendo perguntas sobre perfil sociodemográfico, perfil clínico, quadro de dor sentida pelo paciente e avaliação da qualidade de vida.

Os participantes da pesquisa foram avaliados através de questionários e a análise de prontuários físicos, os quais coletivamente forneceram dados sobre tipo de câncer e protocolo quimioterápico aplicado, outros analgésicos em uso, como descrito a seguir. Também foram coletados os medicamentos coadjuvantes utilizados.

Todas estas informações foram obtidas conforme modelo do formulário aplicado de Avaliação da Dor do CBMDRC (Apêndice B).

2.2.1 Fichas clínica e sociodemográfica

As fichas clínica e sociodemográfica foram elaboradas com o objetivo de obter informações de idade, sexo e escolaridade. Além disso, também foram investigadas informações clínicas referentes a doença, tipo de câncer, presença de dor, registro do regime terapêutico atual, regime analgésico atual e medicações analgésicas utilizadas.

2.2.2 Avaliação da dor

Foram avaliados o local e a intensidade da dor mediante a utilização da Escala Analgésica de Avaliação da Dor, como a Escala Visual Analógica juntamente com a Escala de Classificação Numérica. Esta escala vai de 0 a 10: 0 sem dor e 10 com a pior dor possível. Foram avaliados a frequência da dor, os fatores de alívio e os fatores de piora da dor de acordo com o relato do próprio paciente.

2.2.3 Avaliação da qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida, foi perguntado como a dor afeta sono, apetite, atividades físicas, concentração, emoções e relações sociais – se não afeta ou se afeta pouco, médio ou muito –, também segundo o relato do próprio paciente.

2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados passaram pelas etapas de codificação e tabulação. Na codificação, o nome do paciente foi substituído por um código formado por números, de modo evitar a exposição aos pesquisadores do nome dos pacientes. Os dados codificados foram subsequentemente tabulados no programa Excel para posterior análise. Os dados foram analisados utilizando valores médios e percentuais de cálculo.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, via Plataforma Brasil, em 29 de abril de 2020, sob a inscrição 30008620.9.0000.0121, intitulado “Aplicação de técnicas de avaliação da dor relacionada ao câncer, visando o uso racional de medicamentos analgésicos e melhorando a qualidade de vida dos pacientes em um hospital universitário”, e obteve aprovação em 13 de maio de 2020. Foi aprovado também o TCLE, elaborado especificamente para este estudo (Apêndice A). As coletas de dados somente foram iniciadas após a aprovação do Comitê de Ética dos procedimentos propostos.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO

O estudo incluiu 11 pacientes que apresentavam câncer e dor no momento da pesquisa. Conforme mostra a Tabela 1, dos 11 pacientes entrevistados, seis (54,55%) eram mulheres e cinco (45,45%) homens. A maior parte dos pacientes ficou na faixa de 51 a 60 anos (36,36%). Considerando homens e mulheres juntos, a média de idade foi de 55,5 anos, sendo a menor idade de 32 anos e a maior idade de 81 anos. Dois pacientes tinham a faixa de idade entre 31 e 40 anos (18,18%), um paciente entre 41 e 50 anos (9,09%), dois pacientes entre 61 e 70 anos (18,18%), um paciente entre 71 e 80 anos (9,09%) e um paciente entre 81 e 90 anos (9,09%). A maior parte dos pacientes possuía ensino básico – quatro pacientes (36,36%) – ou ensino médio – quatro pacientes (36,36%) –, somente um possuía ensino superior com pós-graduação (9,09%) e dois eram analfabetos (18,19%).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos participantes do estudo

Variável	**n**	**Amostra %**
Sexo		
Feminino	6	54,55
Masculino	5	45,45
Idade		
31 – 40	2	18,18
41 - 50	1	9,09
51 - 60	4	36,36
61 - 70	2	18,18
71 - 80	1	9,09
81 - 90	1	9,09
Escolaridade		
Analfabeto	2	18,19
Ensino Básico	4	36,36
Ensino Médio	4	36,36
Ensino Superior	1	9,09

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Com o advento do Covid-19, houve uma diminuição dos pacientes atendidos no Setor de Quimioterapia e restrições quanto à atuação do pesquisador. O tempo tinha que ser o menor possível com a atuação de apenas um pesquisador. O ambiente da coleta de dados também não

facilitou. Os pacientes eram abordados antes, durante ou após o procedimento de quimioterapia, que é um procedimento debilitante e gera angústia e ansiedade no doente durante o tratamento.

3.2 PERFIL CLÍNICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Segundo os dados da Tabela 2, o câncer mais prevalente foi o mieloma múltiplo em três pacientes (27,27%), seguido do linfoma não Hodgkin em dois pacientes (18,18%), do câncer de mama em dois pacientes (18,18%), do câncer de útero em dois pacientes (18,18%), do câncer de laringe em um paciente (9,09%) e do câncer de reto em um paciente (9,09%).

Tabela 2 – Perfil clínico dos pacientes oncológicos participantes do estudo

Tipo de Câncer	**Amostra**	
	n	**%**
Mieloma Múltiplo	3	27,27
Linfoma Não Hodgkin	2	18,18
Câncer de Mama	2	18,18
Câncer de Laringe	1	9,09
Câncer de Útero	2	18,18
Câncer de Reto	1	9,09
Total	11	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto aos medicamentos utilizados, conforme informações da Tabela 3, dos 11 pacientes, 10 (90,90%) deles utilizaram citostáticos. O medicamento mais utilizado foi a ciclofosfamida, seguida do paclitaxel, depois pelo carboplatino, oxaliplatina, bortezomide e gentitabina e a seguir por etoposide, capecitabina, adriamicina, vincristina e melfalano. Dos 11 pacientes, três (27,27%) deles fizeram uso de anticorpos monoclonais, um (9,09%) de laxante, um (9,09%) de inibidor de bomba de prótons e cinco (45,45%) de antiemético. Os medicamentos adjuvantes da quimioterapia, usados pelos pacientes foram ácido zoledrônico quatro (36,36%) e filgrastima um (9,09%). Somente dois (18,18%) pacientes faziam uso de antidepressivos. O uso de antidepressivo como adjuvante é utilizado para tratar a dor neuropática, quando ela está presente e também como antidepressiva, pois a dor também pode levar a depressão.

Tabela 3 – Regime terapêutico dos participantes do estudo

Regime Terapêutico	**n**	**%**
Citostáticos	10	90,90
Ciclofosfamida	4	36,36
Poclitaxel	3	27,27
Carboplatino	2	18,18
Oxilaplatina	2	18,18
Bortezomide	2	18,18
Gencitabina	2	18,18
Etoposide	1	9,09
Capecitabina	1	9,09
Adriamicina	1	9,09
Vincristina	1	9,09
Melfalano	1	9,09
Adjuvantes de Citostáticos	5	**45,45**
Ácido zoledrônico	4	36,36
Filgrastima	1	9,09
Antieméticos	5	**45,45**
Corticoides	4	**36,36**
Anticorpos Monoclonais	3	**27,27**
Antidepressivos	2	**18,18**
Laxantes	1	**9,09**
Inibidor de Bomba de Próton	1	**9,09**

Fonte: Elaborada pela autora.

Na amostra da pesquisa, os medicamentos analgésicos opioides utilizados foram a codeína em oito (72,72%) pacientes e a morfina em três (27,28%) pacientes, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Regime terapêutico de analgésicos opioides dos participantes do estudo

	n	**%**
Analgésicos Opioides	**11**	**100**
Codeína	8	72,72
Morfina	3	27,28

Fonte: Elaborada pela autora.

3.3 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR PELA POPULAÇÃO DO ESTUDO

No dia da entrevista, a presença de dor relacionada ao câncer não foi um sintoma presente nos primeiros pacientes entrevistados, por isso adaptamos a forma de abordagem dos pacientes. Fomos até a farmácia setorial, identificamos os pacientes que faziam uso de codeína e morfina e anotamos a data de retorno da consulta. Verificamos também que os pacientes que faziam uso desses medicamentos eram classificados como portadores de Dor Crônica Intratáveis (CID10-52.1) ou Outra Dor Crônica (CID10-R52.2).

Foram identificados, no primeiro momento, somente sete pacientes (de outubro a dezembro de 2020). Devido à pouca quantidade de pacientes após algum tempo, em abril de 2021 mais quatro pacientes passaram a fazer parte do perfil desejável (dor relacionada à presença de câncer), totalizando 11 pacientes. No dia do retorno do paciente, o Formulário de Avaliação da Dor foi aplicado.

Os 11 pacientes que fizeram parte do estudo apresentavam quadro de dor (100%). A dor sentida pelos pacientes em estudo localiza-se próximo ao tumor, irradiando para outras regiões, como membros inferiores ou superiores (54,55%), mas em pacientes com linfoma ou mieloma a dor aparece em regiões não muito definidas (45,45%).

Tabela 5 – Relato de dor sentida pelo paciente segundo o tipo de câncer

Tipo de Câncer	**Local de Dor**
Mieloma Múltiplo	Lombar, Joelho, Quadril e Costas
Linfoma Não Hodgkin	Braços, Ombros, Rosto e Pescoço
CA de Mama	Peito, Braços, Costas e Mamas
CA de Laringe	Tórax
CA de Útero	Costas, Braços, Pernas e Cintura
CA de Reto	Nádegas

Fonte: Elaborada pela autora.

Os dados da Tabela 6 mostram que, entre os pacientes que utilizavam morfina, num total de três, apenas um (9,09%) apresentava dor moderada (4 a 6 nas Escalas VAS + NRS) e dois (18,18%) apresentavam dor intensa (7 a 10 nas Escalas VAS + NRS). Os pacientes que utilizavam codeína, num total de oito pacientes, dois (18,18%) apresentavam dor moderada (4 a 6 nas Escalas VAS + NRS) e seis (54,55%) apresentavam dor intensa (7 a 10 nas Escalas VAS + NRS).

Tabela 6 – Perfil de percepção de dor sentida pelo paciente conforme analgesia utilizada

Opiáceo utilizado	**Escala de dor VAS + NRS (0-10) ***					
	Dor Leve		**Dor Moderada**		**Dor Intensa**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Morfina	0	0	1	9,09	2	18,18
Codeína	0	0	2	18,18	6	54,55

Nota: *Dor leve = 0-3; Dor moderada = 4-6; Dor intensa = 7-10.
Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto à frequência da dor sentida pelos pacientes, 10 (90,90%) apresentavam dor constante e apenas um (9,09%) apresentava dor intermitente.

Com relação aos fatores de alívio, conforme relato dos pacientes, na grande maioria deles, oito (72,73%) pacientes precisam somente de medicamentos, um (9,09%) paciente de medicamento e movimentar-se, um (9,09%) paciente de medicamento e massagem. Somente um (9,09%) paciente relatou o uso de massagem como fator de alívio de dor.

Tabela 7 – Fatores de alívio da dor segundo relato dos participantes do estudo

Fatores de Alívio	**n**	**%**
Medicamentos	8	72,73
Massagem	1	9,09
Medicamentos e Movimentar-se	1	9,09
Massagem e Medicamentos	1	9,09

Fonte: Elaborada pela autora.

Os fatores de piora da dor, segundo relato dos pacientes, variam bastante, sendo a principal queixa relacionada com o movimento: quatro (36,36%) pacientes relataram que sentem dor quando estão se movimentando, três (27,27%) quando ficam parados, um (9,09%) quando vai ao banheiro (CA de reto), dois (18,18%) quando há presença de lesões ou inflamação e um (9,09%) quando falta medicamento.

Tabela 8 – Fatores de piora da dor segundo relato dos participantes do estudo

Fatores de Piora	**n**	**%**
Movimentar-se	4	36,36
Ficar parado	3	27,27

Fatores de Piora	n	%
Ir ao banheiro	1	9,09
Presença de lesões e inflamações	2	18,18
Falta de medicamento para dor	1	9,09

Fonte: Elaborada pela autora.

3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Na avaliação da qualidade de vida foi perguntado como a presença da dor afeta a qualidade de vida nas atividades do dia a dia, mostradas na Tabela 9. Dos pacientes pesquisados, sete (63,64%) pacientes relataram que a dor afeta muito a realização de atividades físicas, seis (54,55%) afirmaram que afeta muito o sono e seis (54,55%) disseram que afeta muito as emoções. Dos 11 pacientes pesquisados, seis (54,55%) pacientes relataram que não afeta o apetite. Já a concentração era afetada de forma média em quatro (36,36%) pacientes.

Tabela 9 – Avaliação da qualidade de vida segundo relato dos participantes do estudo

Hábito de Vida Afetado	Grau							
	Nenhum		Pouco		Médio		Muito	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sono	1	9,09	0	0	4	36,36	6	54,55
Apetite	6	54,55	0	0	1	9,09	4	36,36
Atividades Físicas	1	9,09	1	9,09	2	18,18	7	63,64
Concentração	2	18,18	3	27,27	4	36,36	2	18,18
Emoções	0	0	4	36,36	1	9,09	6	54,55
Relações Sociais	4	36,36	2	18,18	2	18,18	3	27,27

Fonte: Elaborada pela autora.

4 DISCUSSÃO

A dor do câncer é um dos principais fatores que impactam negativamente a saúde física e psicológica dos pacientes, além de afetar negativamente suas famílias. O CBMDRC e a Escala Analgésica da OMS fornecem diretrizes básicas para lidar com a dor do câncer.

Nesta pesquisa, durante o período do estudo, apenas 11 pacientes atendidos no Setor de Quimioterapia apresentavam câncer e dor. Mesmo tendo poucos casos, podemos analisar a conduta da avaliação da dor e da prescrição medicamentosa nesses pacientes, ainda que não possam representar uma realidade.

Sabemos que a prevalência do número de câncer aumenta com o avanço da idade das pessoas. A idade é o fator de risco mais importante para o câncer, pois a incidência de câncer e a mortalidade aumentam com a idade (CHATSIRISUPACHAI et al., 2021). Como consequência, são essas pessoas que vão apresentar quadros de dor do câncer. Embora a população do estudo compreendeu pessoas com idade acima de 18 anos, a média observada de 55,5 anos é compatível com o esperado. A idade, por si só, já é um fator de favorecimento ao desenvolvimento de câncer e, consequentemente, da dor proveniente dessa doença. O processo de envelhecimento é um dos fatores que levam ao aumento da incidência de câncer, visto que são fisiológicas inerentes mudanças que, em conjunto, causam alterações moleculares (SILVA; MENDANHA; GOMES, 2020).

Alguns tipos de câncer causam mais dor nos pacientes do que outros. Neste estudo, os pacientes que apresentavam quadro de dor tinham como diagnóstico mieloma, linfoma, câncer de mama, câncer de laringe, câncer de útero e câncer de reto, condizendo com alguns relatos na literatura entre os sobreviventes de câncer de pulmão, câncer de mama feminino, leucemia/linfoma e câncer colorretal (GALLAWAY et al., 2020).

Dos 11 pacientes observados, 10 faziam uso de citostáticos. A quimioterapia é um procedimento que pode levar ao surgimento de dor no momento do tratamento e persistir após a cura da doença. O câncer em si e muitos dos tratamentos utilizados rotineiramente podem levar à dor neuropática (WIERMANN et al., 2014). A neuropatia periférica, induzida pela quimioterapia, é um efeito colateral comum da quimioterapia do câncer, que afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes (STAROBOVA; VETTER, 2017). Existem seis grupos de substâncias principais que causam danos aos neurônios sensoriais e motores periféricos, resultando no desenvolvimento da neuropatia periférica: os antineoplásicos à base de platina (particularmente oxaliplatina e cisplatina), os alcaloides da vinca (particularmente

vincristina e vimblastina), os epothilones (ixabepilone), os taxanos (paclitaxel e docetaxel), os inibidores do proteassoma (bortezomibe) e as drogas imunomodulatórias (talidomida) (STAROBOVA; VETTER, 2017). Alguns desses medicamentos estavam sendo usados pelos pacientes participantes desta pesquisa, o que pode agravar o quadro da dor crônica. Por exemplo, a neuropatia periférica, induzida pela quimioterapia, ocorre em 90% dos pacientes que recebem quimioterapia neurotóxica (FALLON, 2013).

Os antidepressivos podem ser usados para a dor neuropática do câncer associados a outros medicamentos analgésicos. Nesta pesquisa, porém, foi constatado que apenas dois pacientes faziam uso de um antidepressivo. Os analgésicos adjuvantes mais comuns usados no tratamento da dor neuropática do câncer incluem anticonvulsivos, antidepressivos e tratamentos tópicos (SWARM et al., 2019). Os antidepressivos têm um efeito benéfico bem estabelecido em vários estados da dor neuropática (FALLON, 2013).

Os pacientes que fazem uso de opioides apresentam tolerância variável ao medicamento em relação aos efeitos colaterais, os quais precisam ser adequadamente gerenciados. Como efeito colateral do uso de opioides, temos a prisão de ventre, que, quando não tratada, leva ao abandono do uso do analgésico opioide e, consequentemente, ao aparecimento dos sintomas dolorosos. A prisão de ventre quase sempre pode ser antecipada com o tratamento opioide para que os pacientes não desenvolvam tolerância à prisão de ventre; portanto, a administração de um regime intestinal profilático é recomendada para quase todos os pacientes que tomam opioides (SWARM et al., 2019). Nesta pesquisa, de todos os pacientes que faziam uso de codeína ou morfina, no caso os 11, apenas um paciente fazia uso de laxante.

Outro efeito colateral muito presente em pacientes que utilizam analgésicos opioides são as náuseas e o vômito, que também podem dificultar a adesão ao tratamento da dor proveniente do câncer. Para pacientes com histórico prévio de náuseas induzidas por opioides, o tratamento profilático com agentes antieméticos é altamente recomendado (SWARM et al., 2019). Neste estudo, cinco pacientes faziam uso de antieméticos, o que talvez estivesse mais relacionado aos efeitos colaterais da quimioterapia em si, e não ao uso de opioide.

Quando os efeitos desejáveis do uso de opioides não forem alcançados, como o alívio da dor, ou quando os efeitos colaterais não forem tolerados com o uso dos medicamentos coadjuvantes na fase II da Escala da OMS, temos a opção de fazer a rotação de opioides. Nesses casos seriam utilizados outros opiodes, como, por exemplo, a metadona no lugar da morfina. Se os efeitos adversos dos opioides forem significativos, um melhor equilíbrio entre analgesia

e efeitos adversos pode ser alcançado alterando-se para um opioide alternativo (SWARM et al., 2019).

Todos os 11 pacientes participantes da pesquisa faziam uso de codeína ou morfina. E todos eles tinham diagnóstico de dor crônica (CID11-R52.1 – dor crônica intratável e CID11-R52.2 – outra dor crônica). A codeína e a morfina são analgésicos opioides que têm ação no sistema nervoso central, sendo usados na dor moderada e grave, de acordo com a escada de dor da OMS. Os opioides podem ser usados para o melhor tratamento da dor, mas com cautela devido aos possíveis efeitos adversos (SILVA; MENDANHA; GOMES, 2020); continuam a ser a pedra angular do tratamento farmacológico da dor do câncer, mas seu papel está evoluindo (CHWISTEK, 2017).

Na avaliação da percepção da dor, muitos fatores podem ser analisados. Como foi falado anteriormente, a dor é uma experiência pessoal cujo tratamento se baseia no relato do paciente. Como a dor é uma experiência interna privada, o relato do paciente continua sendo o padrão-ouro para sua medição (FILLINGIM et al., 2016). Para que a avaliação da dor seja mais precisa, vários aspectos devem ser analisados, devendo ser anotadas as condições de gravidade e ser feito um acompanhamento longitudinal, averiguando quadros de piora e melhora ao longo do tempo. A avaliação minuciosa da dor deve abordar múltiplos domínios da dor, incluindo as qualidades sensoriais e afetivas da dor, as dimensões temporais da dor e a localização e a distribuição corporal da dor (FILLINGIM et al., 2016). Notavelmente, boa anamnese, exame físico detalhado e análise de fatores externos são fundamentais para a adoção de conduta apropriada (SILVA; MENDANHA; GOMES, 2020).

Primeiramente, analisamos o relato do local da dor sentida pelos pacientes participantes desta pesquisa. A maioria descreveu a dor sentida como localizada no local do câncer e que se irradiava para outras regiões. É importante perguntar aos pacientes se a dor irradia em diferentes áreas do corpo (FILLINGIM et al., 2016), porque ajuda a determinar a gravidade da doença e as orientações do tratamento. Um paciente que sente dor em um local específico é diferente de um paciente que apresenta dor e que essa irradia para várias regiões do corpo.

Tão importante quanto determinar o local da dor é averiguar a questão da temporalidade, se constante ou intermitente. Reavaliações devem ser feitas sempre que uma nova dor aparecer e rotineiramente em caso de dor persistente (WIERMANN et al., 2014). Se a dor é constante, isso irá determinar o caráter da dor crônica. Nesta pesquisa a maioria dos pacientes apresentava dor constante, determinando o quão grave era a dor sentida por eles.

Os pacientes relataram também os fatores de alívio e piora da dor. A maioria relatou que só apresenta melhoras na dor quando toma medicamentos analgésicos opioides, significando que a medicação tomada estava fazendo o efeito esperado. Esses fatores de alívio e piora interferem na temporariedade dessa dor e ajudarão no planejamento e no tratamento dela. Os fatores de alívio e piora da dor podem complementar o tratamento do alívio da dor. Uma questão importante que afeta as variações temporais da dor são os fatores que exacerbam ou amenizam a dor (FILLINGIM et al., 2016).

A mensuração da dor também é importante, sendo utilizadas as escalas da dor. Na avaliação da intensidade da dor, várias escalas podem ser empregadas com o objetivo de sistematização e avaliações seriadas comparativas (WIERMANN et al., 2014). As mais utilizadas são a Escala Visual Analógica da Dor e a Escala de Classificação Numérica da Dor. Esta escala varia de 0 a 10: 0 significa sem dor e 10 a pior dor possível. O efeito da dor pode ser avaliado usando escalas categóricas, bem como VAS e NRS, sendo os pontos finais da escala modificados para variar de "não de todo desagradável" a "sentimento mais desagradável imaginável" (FILLINGIM et al., 2016). A caracterização da dor em leve, moderada ou intensa fornece a base para a terapia medicamentosa, seguindo as diretrizes da escada analgésica da OMS, de forma a atender às necessidades dos pacientes. A partir desses achados, pode-se concluir que as diretrizes da OMS são úteis na promoção do alívio da dor do câncer (CARLSON, 2016). Nesta pesquisa vemos que seis pacientes, embora apresentassem dor intensa, eram tratados com codeína, quando a recomendação seria usar morfina. Chamou atenção também a não utilização de outros analgésicos coadjuvantes, como é recomendado pelas diretrizes da OMS.

Também é importante averiguar a qualidade de vida dos pacientes e suas relações com as pessoas. É necessária uma abordagem abrangente, uma vez que a dor geralmente se deve a múltiplos fatores e requer mais de uma intervenção (WIERMANN et al., 2014). A dor severa não tratada interfere no apetite, em atividades físicas, na concentração, nas emoções, nas relações sociais. A dor subgerenciada tem um efeito debilitante em quase todos os aspectos da vida de um paciente – físico, psicológico e social –, em virtude de atividade diária, capacidade de trabalho, qualidade do sono, apetite, interação social e relações familiares serem impactados (LI et al., 2018). Nesta pesquisa, os fatores mais afetados pela dor foram o apetite, o sono e as atividades físicas. Se afeta a qualidade de vida e as atividades cotidianas, vai também dimensionar o quão grave é essa dor e dar o caráter pessoal da gravidade da doença. A avaliação do paciente com dor crônica também deve incluir a avaliação de outros domínios clinicamente

importantes, como o funcionamento psicológico e físico e a qualidade de vida (FILLINGIM et al., 2016). A dor neuropática pode ser desafiadora terapeuticamente e ter um impacto substancial na qualidade de vida, do sono e do humor (FALLON, 2013).

Embora não se tenha obtido o tipo de dor que os pacientes sentiam no momento da pesquisa, se nociceptiva, neuropática ou mista, sua determinação é muito importante, pois vai direcionar o tratamento medicamentoso a ser feito. Além de avaliar a intensidade da dor, é necessário determinar o mecanismo fisiopatológico subjacente (por exemplo, nociceptivo ou neuropático) para que sejam definidas as opções de tratamento mais adequadas (WIERMANN et al., 2014). Existem questionários que podem ser utilizados para determinar se a dor é neuropática, mas esses não foram utilizados na pesquisa. Como a dor do câncer é muitas vezes misturada na natureza, questionários podem ser úteis para determinar se a dor é neuropática (YOON; OH, 2018). Sobre tipos de dor, sabemos que a dor do câncer é provavelmente neuropática ou mista. Não é raro que pacientes oncológicos apresentem quadros de dor mista, em que estão presentes tanto o componente nociceptivo quanto o neuropático (WIERMANN et al., 2014). A dor do câncer é muitas vezes de etiologia mista ou, se puramente neuropática, pode ser uma das várias dores experimentadas por um paciente; é crônica e muitas vezes consiste em uma dor de fundo com exacerbações agudas, atingindo o pico várias vezes ao dia (FALLON, 2013).

A utilização de analgésicos é importante, por isso a atuação de uma equipe multidisciplinar para buscar o alívio dos vários sintomas associados ao tratamento e ao caráter pessoal que a dor apresenta visa melhorar todo o quadro apresentado pelo paciente e, assim, a sua qualidade de vida. Em um estudo de manejo clínico da dor, realizado por uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos em uma experiência de um centro de câncer terciário na China, os achados mostraram o efeito benéfico da equipe de intervenção multidisciplinar no manejo da dor do câncer, especialmente em pacientes com dor moderada ou grave (YANG et al., 2020).

A avaliação da dor deve ser sempre individualizada e avaliada frequentemente ao longo do tempo. Portanto, uma aplicação generalizada de um modelo é altamente impraticável e impossível, tendo em vista que os planos de tratamento precisam ser adaptados individualmente para atender às necessidades clínicas em mudança de qualquer dado do paciente (CANDIDO; KUSPER; KNEZEVIC, 2017).

Como limitação desta pesquisa, podemos citar o tamanho da amostra, que devido ao tempo curto em que foi realizada obtivemos somente 11 pacientes que se encontravam dentro

dos fatores de inclusão. Quando o tamanho da amostra é pequeno, corremos grandes riscos de que os resultados observados sejam ao acaso e não representem a realidade, tendo em vista que resultados obtidos com números menores não são confiáveis, porque poderão ser fruto apenas de chance (LUMA, 1998).

Como produto do presente estudo, propomos um manual de orientações sobre o manejo da dor no câncer direcionado aos profissionais de saúde e da equipe multiprofissional do HU/UFSC (Apêndice C), de forma a conscientizá-los da importância da avaliação da dor e da participação da equipe no manejo adequado da dor no câncer no Setor de Quimioterapia.

5 CONCLUSÃO

No presente trabalho analisamos 11 pacientes que apresentavam câncer com quadro de dor e faziam uso de codeína ou morfina. Pode-se dizer que os achados desta pesquisa nos mostram que o tratamento recebido pelos pacientes na unidade de quimioterapia não está totalmente de acordo com a CBMDRC nem com as diretrizes da OMS, que preconiza o uso da escada de dor no tratamento da dor oncológica. Como não existe uma equipe multidisciplinar de avaliação da dor, a terapia medicamentosa é estipulada pelo próprio oncologista. Avaliações mais profundas do quadro de dor não são realizadas, justamente porque não existe uma equipe com atuação na terapia da dor. Havia pacientes que faziam uso de codeína mesmo apresentando quadro severo de dor, quando o recomendado é a utilização da morfina. Foi observada a pouca utilização dos medicamentos coadjuvantes para tratar os efeitos colaterais provenientes do emprego dos opioides. Os antidepressivos, que são utilizados na dor neuropática, só foram utilizados em poucos pacientes, embora nesta pesquisa não tenham sido feitas avaliações de dor mais profundas para a diferenciação do tipo de dor, se neuropática, nociceptiva ou mista. A atuação de uma equipe multiprofissional com a utilização de um protocolo de manejo da dor no câncer ajudaria na redução do quadro de dor sentida e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Apesar das múltiplas recomendações sobre o manejo da dor no câncer, como o CBMDRC e as diretrizes da OMS, isso nem sempre resulta na sua utilização e em menor prevalência de dor em pacientes com câncer. Em vista disso, a maior atenção à dor do câncer e o aumento da conscientização deveriam ser considerados na prática clínica. A existência de uma equipe e de um protocolo de tratamento de pacientes é um fator importante que afeta a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, a dor deveria ser sistematicamente monitorada e avaliada em pacientes com câncer por uma equipe multidisciplinar.

Para facilitar o tratamento dos pacientes com dor de câncer, deveriam estar disponíveis e ser utilizados por toda a equipe um protocolo para dor de câncer e a escada de dor da OMS ou uma adaptação dessa escada. Além disso, é importante a abordagem para diferenciar a dor no tipo neuropático, nociceptivo ou misto, embora às vezes seja de difícil aplicação. Finalmente, o protocolo para dor de câncer deveria incluir o tratamento com analgésicos e adjuvantes, e sempre considerar a terapia intervencionista da dor. Dessa forma, teremos um regime de analgesia individualizado com impacto na qualidade de vida dos portadores de dor do câncer.

Como produto desta dissertação, elaboramos um manual de manejo da dor no câncer para auxiliar a equipe multiprofissional que trabalha no Setor de Quimioterapia do HU/UFSC.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. C. de; ROMERO, B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. **Revista Dor**, [*S. l.*], v. 16, n. 4, p. 291-296, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150060.

BRASIL. Portaria SAS/MS n.° 1.083, de 2 de outubro de 2012. Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dor Crônica. Brasília, 2012. Disponível em: portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/23/Dor-Cronica---PCDT-Formatado---com-escala-de-dor-LANSS.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRAY, F. *et al*. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **Ca: A Cancer Journal for Clinicians**, [*S. l.*], v. 68, n. 6, p. 394-424, 12 Sept. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492.

CANDIDO, K. D.; KUSPER, T. M.; KNEZEVIC, N. N. New cancer pain treatment options. **Current Pain and Headache Reports**, [*S. l.*], v. 21, n. 2, p. 1-12, Feb. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s11916-017-0613-0.

CARLSON, C. Effectiveness of the World Health Organization Cancer Pain Relief Guidelines: An integrative review. **Journal of Pain Research**, [S. *l.*], v. 9, p. 515-534, July 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.2147/jpr.s97759.

CHATSIRISUPACHAI, K. *et al.* An integrative analysis of the age-associated multi-omic landscape across cancers. **Nature Communications**, [*S. l.*], v. 12, n. 1, p. 1-17, 20 Apr. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.1038/s41467-021-22560-y.

CHWISTEK, M. Recent advances in understanding and managing cancer pain. **F1000Research**, [*S. l.*], v. 6, p. 945, 20 June 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.10817.1.

DERRY, S. *et al.* Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [*S. l.*], p. 1-50, 12 July 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012638.pub2.

FALLON, M. T. Neuropathic pain in cancer. **British Journal of Anaesthesia**, [*S. l.*], v. 111, n. 1, p. 105-111, July 2013. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/bja/aet208.

FALLON, M. *et al*. Management of cancer pain in adult patients: esmo clinical practice guidelines. **Annals Of Oncology**, [S.L.], v. 29, p. 166-191, Out. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdy152.

FAYAZ, A. *et al.* Prevalence of chronic pain in the UK: A systematic review and meta-analysis of population studies. **Bmj Open**, [*S. l.*], v. 6, n. 6, p. 1-12, May 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364.

FILLINGIM, R. B. *et al.* Assessment of chronic pain: Domains, methods, and mechanisms. **The Journal of Pain**, [*S. l.*], v. 17, n. 9, p. 1-16, Sept. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010.

FREYNHAGEN, R. *et al.* Current understanding of the mixed pain concept: A brief narrative review. **Current Medical Research and Opinion**, [*S. l.*], v. 35, n. 6, p. 1011-1018, 3 Jan. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1080/03007995.2018.1552042.

GALLAWAY, M. S. *et al.* Pain among cancer survivors. **Preventing Chronic Disease**, [*S. l.*], v. 17, p. 1-10, 9 July 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.5888/pcd17.190367.

GRECO, M. T. *et al.* Quality of cancer pain management: An update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. **Journal of Clinical Oncology**, [*S. l.*], v. 32, n. 36, p. 4149-4154, 20 Dec. 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.1200/jco.2014.56.0383.

GRESS, K. L. *et al.* An overview of current recommendations and options for the management of cancer pain: A comprehensive review. **Oncology and Therapy**, [*S. l.*], v. 8, n. 2, p. 251-259, 7 Sept. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s40487-020-00128-y.

HANNA, T. P. *et al.* Mortality due to cancer treatment delay: Systematic review and meta-analysis. **Bmj**, [*S. l.*], p. 1-11, 4 Nov. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087.

HENSON, L. A. *et al.* Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. **Journal of Clinical Oncology**, [*S. l.*], v. 38, n. 9, p. 905-914, 20 Mar. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1200/jco.19.00470.

IASP. International Association for the Study of Pain. **Definitions of Chronic Pain Syndromes**. Washington, 2019. Disponível em: https://www.iasp-pain.org/Advocacy/icd.aspx?ItemNumber=5354 - chronicpain. Acesso em: 27 fev. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 27 jan. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer**: o que é câncer? Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer. Acesso em: 27 abr. 2021.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. de A. L. M. da; PIMENTA, C. A. de M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*S. l.*], v. 59, n. 4, p. 509-513, ago. 2006. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000400007.

LI, Z. *et al.* Burden of cancer pain in developing countries: A narrative literature review. **Clinicoeconomics and Outcomes Research**, [*S. l.*], v. 10, p. 675-691, Nov. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.2147/ceor.s181192.

LUMA, B. F. Seqüência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [*S. l.*], v. 71, n. 6, p. 735-740, dez. 1998. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x1998001200001.

MCIVER, T. A.; KORNELSEN, J.; STROMAN, P. W. Diversity in the emotional modulation of pain perception: An account of individual variability. **European Journal of Pain**, [*S. l.*], v. 22, n. 2, p. 319-332, 20 Sept. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1122.

MONJE, B. *et al.* Tendências no consumo hospitalar de analgésicos após a implantação de plano de melhoria do controle da dor. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, [*S. l.*], v. 69, n. 3, p. 259-265, maio 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.11.008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cancer pain relief**. 1986. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43944. Acesso em: 11 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Publicações da OMS**. 2000. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/. Acesso em: 4 fev. 2021.

PAICE, J. A. Risk assessment and monitoring of patients with cancer receiving opioid therapy. **The Oncologist**, [*S. l.*], v. 24, n. 10, p. 1294-1298, 22 May 2019a. DOI: http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0301.

PAICE, J. A. Pain in cancer survivors: How to manage. **Current Treatment Options in Oncology**, [*S. l.*], v. 20, n. 6, p. 1-8, 6 May 2019b. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s11864-019-0647-0.

PAICE, J. A. *et al*. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: american society of clinical oncology clinical practice guideline. **Journal Of Clinical Oncology**, [S.*l.*], v. 34, n. 27, p. 3325-3345, 20 Set. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1200/jco.2016.68.5206.

PORTENOY, Russell K. Treatment of cancer pain. **The Lancet**, [S.*l.*], v. 377, n. 9784, p. 2236-2247, Jun. 2011. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60236-5.

RAMIREZ, M. F.; GORUR, A.; CATA, J. P. Opioids and cancer prognosis: A summary of the clinical evidence. **Neuroscience Letters**, [*S. l.*], v. 746, p. 135661-135667, Feb. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.neulet.2021.135661.

SALVETTI, M. de G. *et al.* Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*S. l.*], v. 73, n. 2, p. 1-7, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287.

SAMUELLY-LEICHTAG, G.; ADLER, T.; EISENBERG, E. Something must be wrong with the implementation of cancer-pain treatment guidelines: A lesson from referrals to a pain clinic. **Rambam Maimonides Medical Journal**, [*S. l.*], v. 10, n. 3, p. 1-9, 18 July 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.5041/rmmj.10369.

SCARBOROUGH, B. M.; SMITH, C. B. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. **Ca**: **A Cancer Journal for Clinicians**, [*S. l.*], v. 68, n. 3, p. 182-196, 30 Mar. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.3322/caac.21453.

SCHUSTER, M. *et al.* Opioid rotation in cancer pain treatment. **Deutsches Aerzteblatt Online**, [*S. l.*], p. 135-142, 2 Mar. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2018.0135.

SILVA, L. J. da; MENDANHA, D. M.; GOMES, P. P. The use of opioids in the treatment of oncologic pain in the elderly. **Brazilian Journal of Pain**, [*S. l.*], v. 3, n. 1, p. 63-72, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20200014.

SMITH, D. *et al*. CYP2D6-guided opioid therapy improves pain control in CYP2D6 intermediate and poor metabolizers: a pragmatic clinical trial. **Genetics In Medicine**, [*S.l.*], v. 21, n. 8, p. 1842-1850, 23 Jan. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1038/s41436-018-0431-8.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. **Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor**: conceitos, desafios e compromissos. São Paulo, 2020. Disponível: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acesso em: 13 jan. 2021.

SOLANS, M. *et al.* A systematic review and meta-analysis of the 2007 WCRF/AICR score in relation to cancer-related health outcomes. **Annals of Oncology**, [*S. l.*], v. 31, n. 3, p. 352-368, Mar. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.annonc.2020.01.001.

STAROBOVA, H.; VETTER, I. Pathophysiology of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. **Frontiers in Molecular Neuroscience**, [*S. l.*], v. 10, p. 1-21, 31 May 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.3389/fnmol.2017.00174.

SWARM, R. A. *et al.* Adult cancer pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, [*S. l.*], v. 17, n. 8, p. 977-1007, Aug. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038.

TOMPKINS, D. A.; HOBELMANN, J. G.; COMPTON, P. Providing chronic pain management in the "Fifth Vital Sign" Era: Historical and treatment perspectives on a modern-day medical dilemma. **Drug and Alcohol Dependence**, [*S. l.*], v. 173, p. 11-21, Apr. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.12.002.

TROUVIN, A.-P.; PERROT, S. New concepts of pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, [*S. l.*], v. 33, n. 3, p. 1-10, June 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007.

TSANG, A. *et al.* Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. **The Journal of Pain**, [*S. l.*], v. 9, n. 10, p. 883-891, Oct. 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2008.05.005.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário. **Apresentação**. Florianópolis: HU/UFSC, 2016. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/antigo/?page_id=12. Acesso em: 11 jun. 2021.

VIEIRA, C.; BRÁS, M.; FRAGOSO, M. Opioides na dor oncológica e o seu uso em circunstâncias particulares: uma revisão narrativa. **Acta Médica Portuguesa**, [*S. l.*], v. 32, n. 5, p. 388-399, 31 maio 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.20344/amp.10500.

WIERMANN, E. G. *et al.* Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, São Paulo, p. 132-143, 16 ago. 2014. Trimestral.

WIFFEN, P. J; DERRY, S.; MOORE, R. A. Tramadol with or without paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [*S. l.*], p. 1-36, 16 May 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012508.pub2.

WIFFEN, P. J. *et al.* Opioids for cancer pain: An overview of Cochrane reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [*S. l.*], p. 1-21, 6 July 2017a. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012592.pub2.

WIFFEN, P. J. *et al.* Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [*S. l.*], p. 1-34, 12 July 2017b. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012637.pub2.

WOLLER, S. A. *et al.* An overview of pathways encoding nociception. **Clinical and Experimental Rheumatology**, San Diego, v. 107, n. 35, p. 40-46, 29 Sept. 2017.

WOOD, H. *et al.* Updates in palliative care: Overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. **Clinical Medicine**, [*S. l.*], v. 18, n. 1, p. 17-22, Feb. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.18-1-17.

YANG, B. *et al.* Clinical pain management by a multidisciplinary palliative care team. **Medicine**, [*S. l.*], v. 99, n. 48, p. 1-7, 25 Nov. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000023312.

YOON, S. Y.; OH, J. Neuropathic cancer pain: Prevalence, pathophysiology, and management. **The Korean Journal of Internal Medicine**, [*S. l.*], v. 33, n. 6, p. 1058-1069, 1 Nov. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.3904/kjim.2018.162.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE)

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia
Avaliação da Dor – Pré-projeto

Eu, Maria de Lourdes Pescador, RG n.° 1087736, farmacêutica, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Rogério Tonussi, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa, intitulado "Aplicação de técnicas de avaliação da dor relacionada ao câncer, visando o uso racional de medicamentos analgésicos e melhorando a qualidade de vida dos pacientes em um hospital universitário", que será realizado com pacientes da onco-hematologia, atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/Ebserh – da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis/SC.

Este estudo tem como objetivo principal fazer uma avaliação das prescrições médicas, levando-se em conta diretrizes estabelecidas pelo Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer (CBMDRC) e se elas estão sendo aplicadas nos pacientes da onco-hematologia que apresentam dor e usam analgésicos.

Neste momento estou lhe convidando para participar da pesquisa acima descrita. Sua participação vai consistir na coleta dos dados como sexo, idade, escolaridade e estado civil. Serão coletadas também informações sobre o quadro de dor e dados do prontuário como os analgésicos prescritos. Após a retirada das dúvidas e a Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE), serão coletados os dados pessoais, a avaliação da dor e a coleta de dados do prontuário. Caso não queira participar, não terá nenhuma desvantagem ou prejuízo. Sua participação é voluntária, o que significa que o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento, sem que isso lhe cause qualquer tipo de prejuízo.

O benefício desta pesquisa será a construção de um manual que possa auxiliar os profissionais de saúde no manejo de medicamentos analgésicos em pacientes da onco-hematologia, melhorando o quadro de alívio da dor sentida por estes.

Você não terá nenhuma despesa nesta pesquisa, ficando os custos sob a responsabilidade da pesquisadora. Também não receberá nenhuma remuneração para participar dela. Sua participação não implicará em riscos à sua integridade física, entretanto poderá lhe trazer algum desconforto diante do tema abordado, cansaço ou aborrecimento pelo procedimento metodológico, situações das quais o participante poderá desistir da pesquisa a qualquer momento (o que é um direito seu), sem nenhum risco ou sofrer alguma penalidade ou privilégio. Caso aceite ou não participar, ou mesmo desista, a qualquer momento da pesquisa, isto não acarretará qualquer prejuízo ou risco a sua pessoa e ao seu atendimento no HU/UFSC. Sendo qualquer dúvida esclarecida a qualquer momento, através dos contatos e endereços inseridos neste documento.

Asseguramos o sigilo em relação à identificação e ao caráter confidencial relacionado a sua privacidade. Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos seus dados. A pesquisadora mestranda Maria de Lourdes Pescador compromete-se em guardar os dados em local seguro, destinando-se exclusivamente a fins acadêmicos por um período de 5 anos. Após este período, serão excluídos e destruídos a fim de garantir o anonimato. Embora todos os esforços, existe ainda, mesmo que pequeno, o risco de ocorrer quebra do sigilo de forma involuntária ou intencional, por exemplo, por perda ou roubo de documentos, mas tentaremos evitar o máximo que isso ocorra e, caso ocorra, serão tratados nos termos legais por esta pesquisadora.

Você não terá nenhum custo ou vantagem financeira pela participação nesta pesquisa, como também não terá nenhuma despesa devido à participação na mesma e, caso isso venha a ocorrer comprovadamente decorrente da pesquisa de forma extraordinária ou inesperada, você será ressarcido em termos legais por esta pesquisadora. Se ocorrer algum prejuízo material ou imaterial decorrente da participação na pesquisa, você poderá pedir indenização de acordo com a legislação vigente. Você terá direito à garantia de ressarcimento a todas as despesas que dizem respeito a possíveis gastos, como alimentação, transporte, por exemplo, mesmo que sejam improváveis. Possíveis despesas também são asseguradas a você, participante, em qualquer outro gasto eventual por esta pesquisadora (Resolução 466/12, item IV. 3.g e Resolução 510/16, art. 17, inc. VII).

Será garantido que o participante receberá todos os acompanhamentos e assistências necessários comprovadamente decorrentes da pesquisa ao longo de todo o estudo, inclusive considerando acompanhamentos posteriores ao enceramento e/ou interrupção da pesquisa,

conforme preconiza a Resolução 466/12, IV.3.c e a Resolução 510/16, art. 17, inc. V. Ainda assim, a pesquisadora se compromete com o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV. 4 da referida resolução que rege esse termo. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, sendo que a pesquisadora assegura total anonimato dos participantes.

O participante terá, também, a garantia do livre acesso às informações desta pesquisa, quando julgar necessário. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa, ou ainda, no caso da disposição de revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos endereços e telefones ou por e-mails abaixo.

Pesquisadora: Maria de Lourdes Pescador: CPF 489.917.679-15, Endereço: Av. Buriti, 680, Bloco 1, ap. 501, Bairro Itacorubi, Florianópolis-SC, CEP: 88034-500, Fone (48)999801834, e-mail: pescador.m.lourdes@gmail.com; Endereço profissional: Hospital Universitário de Florianópolis-SC, Setor de Farmácia, Endereço: Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/n, Trindade, CEP: 88036-800, Fone 3721-2050.

Pesquisador: Prof. Dr. Carlos Rogério Tonussi: CPF 081.573.388-75, e-mail: crtonussi@gmail.com ou c.r.tonussi@ufsc.br; Endereço profissional: Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Farmacologia, Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 241, Córrego Grande, Florianópolis/SC, CEP: 88037-000, Bloco D, Fone: (48)3721-2479.

E, também, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa, Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC, CEP: 88040-400. Prédio Reitoria IIR: Desembargador Vitor Lima, n.° 222, sala 401, Fone: (48)3721-6090, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Os pesquisadores asseguram ter cumprido as exigências da Resolução 466/2012 CMS/MS e complementares na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguramos também ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometemo-nos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Consentimento Informado:

Declaro que li os termos da pesquisa e compreendi que, ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estarei de acordo em participar da mesma. Sei que não irei receber

qualquer incentivo financeiro ou qualquer vantagem, com a finalidade exclusiva de colaborar com a pesquisa. Recebi as informações sobre o estudo e os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Sei que tenho a liberdade de me retirar em qualquer hora ou momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso. Atesto ainda o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Nota: Este documento será assinado e rubricado em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e outra do(a) participante da pesquisa.

Florianópolis, abril de 2020.

Pesquisador Responsável	Participante da Pesquisa

APÊNDICE B – Formulário de Avaliação da Dor

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia

Avaliação da Dor

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DOR:

DATA:

NOME:

IDADE:

SEXO:

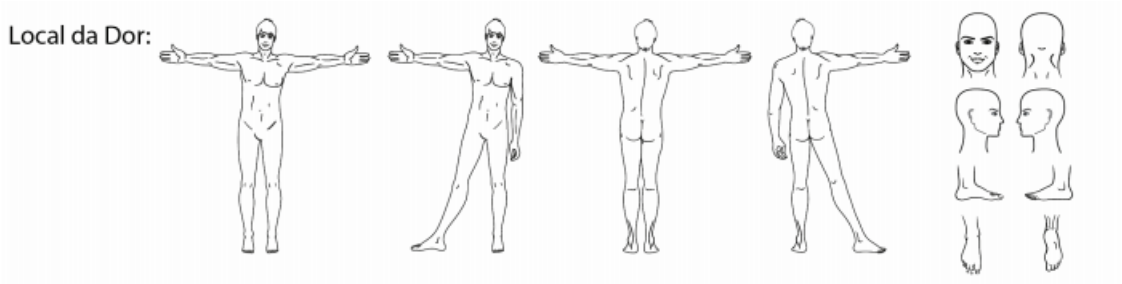
ESCOLARIDADE:

REGIME TERAPÊUTICO ATUAL:

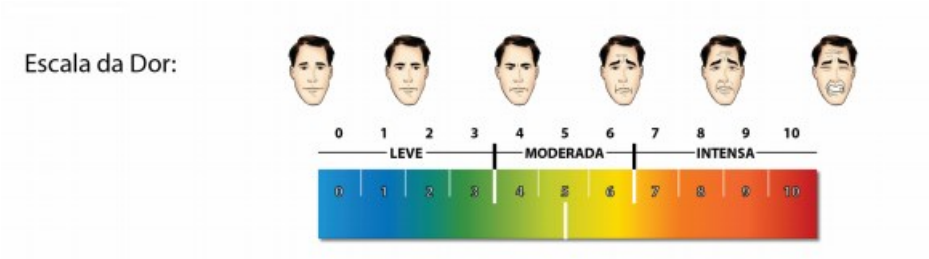
REGIME ANALGÉSICO ATUAL:

DIAGNÓSTICO:

LOCAL DA DOR:



ESCALA DA DOR:



FREQUÊNCIA DA DOR: ( ) CONSTANTE

( ) INTERMITENTE

Fatores de Alívio da Dor:

Fatores de Piora da Dor:

A Dor afeta:

	Não	Pouco	Médio	Muito
Sono				
Apetite				
Atividades Físicas				
Concentração				
Emoção				
Relações Sociais				

Pesquisador: Maria de Lourdes Pescador.

APÊNDICE C – Manual de Orientação aos Profissionais de Saúde

Hospital Universitário da
Universidade Federal de Santa Catarina

MANUAL DO MANEJO DA DOR NO CÂNCER

Florianópolis, junho de 2021

MANUAL DE AVALIAÇÃO DA DOR NO CÂNCER: ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM COM PACIENTES COM DOR NA ONCOLOGIA

1 INTRODUÇÃO

No ano de 1979, a Iasp cunhou a importante definição sobre a Dor, posteriormente aprimorada como “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2020).

A dor também pode ser classificada dependendo de como se manifesta e o tempo de duração. Essa classificação facilita o tratamento e define o correto uso dos analgésicos a serem utilizados. Podemos classificar em dor nociceptiva, dor neuropática e mista. A dor nociceptiva é a dor que surge de danos reais ou ameaçados ao tecido não neural e é devido à ativação de nociceptores; e a dor neuropática é a dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. A dor pode ser classificada também quanto à duração em aguda ou crônica. A dor crônica é aquela que persiste ou se repete por mais de três meses.

2 OBJETIVOS

2.1 Auxiliar a equipe multiprofissional no manejo adequado da dor no câncer.

2.2 Avaliar de maneira ativa a presença de dor.

2.3 Identificar os pacientes que apresentam dor e avaliar de maneira sistematizada.

2.4 Ajudar a equipe multiprofissional da importância do gerenciamento da dor.

2.5 Orientar a equipe multiprofissional sobre a importância da aplicação de escalas de avaliação de dor, padronizadas de acordo com as características do paciente.

2.6 Assegurar que os medicamentos analgésicos estão sendo utilizados de acordo com a escala da OMS ou outra adaptada para a Instituição e facilitar o acesso dessas medicações.

2.7 Orientar a equipe multiprofissional sobre a importância da reavaliação da dor, mesmo após o início do tratamento.

2.8 Monitorar os efeitos adversos dos medicamentos analgésicos e a disponibilização deles.

2.9 Assegurar a meta do tratamento, que é a diminuição da dor e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que apresentam dor.

3 ETAPAS DO GERENCIAMENTO DA DOR

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Quando conhecido o paciente que apresenta dor, devemos identificá-lo anotando nome, idade, escolaridade, diagnóstico e presença de dor.

O conhecimento das características demográfica e sociológica dos portadores de dor proveniente do câncer pode ajudar os profissionais de saúde e cuidadores e informar o rastreamento regular para a caracterização adequada da dor, os métodos de tratamento da dor e o monitoramento contínuo da eficácia do tratamento. As disparidades sociodemográficas são considerações importantes no cuidado relacionado a prevalência, tratamento, progressão e desfechos do manejo da dor.

4 REGIME TERAPÊUTICO ATUAL

4.1 REGIME TERAPÊUTICO ONCOLÓGICO ATUAL

O regime terapêutico da quimioterapia ajuda a identificar se alguns procedimentos estão contribuindo com a piora do quadro da dor nesses pacientes. A quimioterapia é um procedimento que pode levar ao surgimento de dor no momento do tratamento e persistir após a cura da doença. Sempre identificar seja através do prontuário ou perguntando ao paciente de que medicamentos oncológicos ele faz uso.

4.2 REGIME TERAPÊUTICO ANALGÉSICO ATUAL

O regime terapêutico analgésico atual permite identificar se o paciente faz uso de analgésicos, quais medicamentos são utilizados e se eles estão dando os efeitos esperados. Perguntar sempre ao paciente quais medicamentos estão sendo empregados e anotar e pesquisar junto ao prontuário, confirmando os medicamentos analgésicos que estão sendo utilizados pelo paciente.

5 AVALIAÇÃO DA DOR

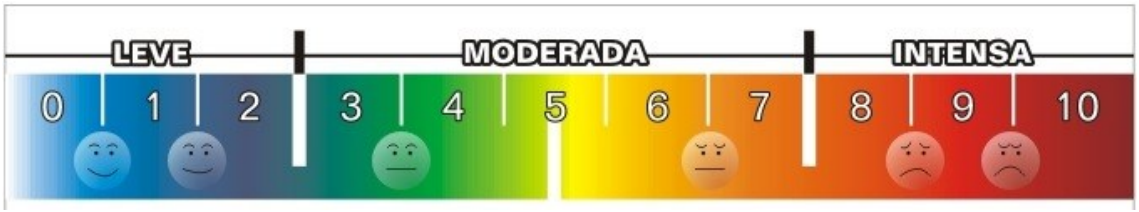
A avaliação da dor deve ser feita de maneira sistemática e a cada consulta. A avaliação, utilizando vários métodos, vai também orientar o profissional de saúde quanto às iniciativas a serem tomadas e qual o melhor tratamento diante das condições disponíveis. A avaliação da dor pode dar pistas sobre os mecanismos fisiológicos subjacentes à condição de dor, o que pode ajudar a orientar a seleção do tratamento.

5.1 ESCALAS DA DOR

Para avaliar a intensidade da dor, podem ser utilizadas as várias escalas disponíveis e ser adaptadas ao perfil dos pacientes que são atendidos.

A avaliação da dor é um passo importante para o bom manejo do controle da dor, existindo vários métodos, sendo o mais usado a Escala Visual Analgésica – VAS e a Escala de Classificação Numérica – NRS.

ESCALAS DA DOR



5.2 DETERMINAÇÃO DA DOR: NOCICEPTIVA, NEUROPÁTICA OU MISTA

DOR NOCICEPTIVA: dor que surge de danos reais ou potenciais ao tecido não neural e é devido à ativação de nociceptores.

DOR NEUROPÁTICA: dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial.

DOR MISTA: dor causada pela sobreposição de sintomas da dor nociceptiva e da dor neuropática.

Quando for possível, é importante avaliar o tipo de dor, se nociceptivo, neuropático ou misto. Como a dor do câncer é muitas vezes misturada na natureza, vários questionários podem ser úteis para determinar o tipo de dor. Na dor do câncer, a dor é provavelmente neuropática ou mista.

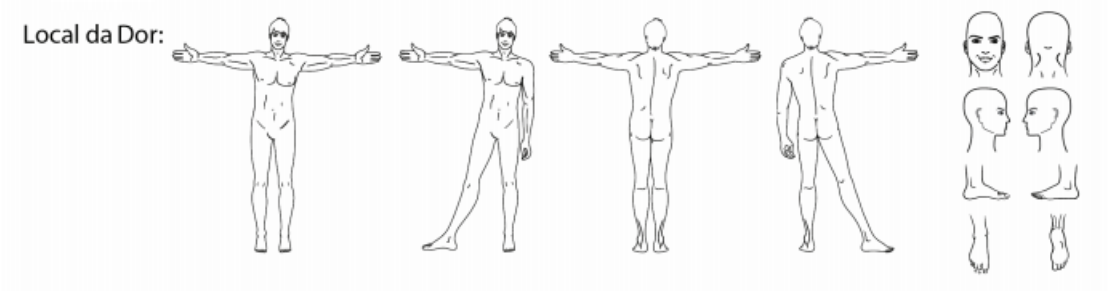
5.3 AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA DA DOR

A cada consulta deve ser avaliada a frequência da dor, se constante ou intermitente. A frequência da dor determina o caráter da dor crônica. Além disso, características temporais da dor são importantes, incluindo não apenas a duração da dor, mas também os padrões temporais de dor, que podem fornecer informações importantes para orientar o diagnóstico e o tratamento.

5.4 LOCAL DA DOR

Deve ser analisado o relato do local da dor sentida pelos pacientes participantes desta pesquisa. A dor pode ser sentida como localizada no local do câncer e que se irradia para outras regiões, por isso é importante perguntar aos pacientes se a dor irradia em diferentes áreas do corpo. Essa avaliação é importante porque determina a gravidade da doença e orientações do tratamento. Um paciente que sente dor em um local específico é diferente de um paciente que apresenta dor e que essa irradia para várias regiões do corpo.

Sempre anotar no desenho em qual local do corpo o paciente sente dor e para onde essa irradia.



5.5 FATORES DE ALÍVIO E PIORA DA DOR

Fatores de alívio e piora da dor também devem ser investigados. A maioria dos pacientes apresenta melhoras no quadro de dor quando são utilizados os analgésicos de forma adequada. Os fatores de alívio e piora interferem na temporariedade e na gravidade da dor. As variações temporais da dor são fatores que exacerbam ou amenizam a dor, afetando a gravidade da doença.

6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

É importante averiguar a qualidade de vida e as relações com as pessoas. É necessária uma abordagem abrangente, uma vez que a dor geralmente se deve a múltiplos fatores e requer mais de uma intervenção. A dor severa não tratada interfere no apetite, em atividades físicas, na concentração, nas emoções, nas relações sociais. A dor mal gerenciada tem um efeito debilitante em quase todos os aspectos da vida de um paciente – físico, psicológico e social; interfere na atividade diária, na capacidade de trabalho, na qualidade do sono, no apetite, na interação social e nas relações com os familiares. Na tabela a seguir perguntar ao paciente se a dor afeta o sono, o apetite, as atividades físicas, a concentração, as emoções e as relações sociais, se não afeta ou se afeta pouco, médio ou muito.

A DOR AFETA

	Não	**Pouco**	**Médio**	**Muito**
Sono				
Apetite				
Atividades Físicas				
Concentração				
Emoção				
Relações Sociais				

7 TRATAMENTO DA DOR

A caracterização da mensuração da dor em leve, moderada ou intensa fornece a base para a terapia medicamentosa, seguindo as diretrizes da escada analgésica da OMS, de forma a atender às necessidades dos pacientes. A escada da OMS divide em três degraus de tratamento, conforme detalhado abaixo.

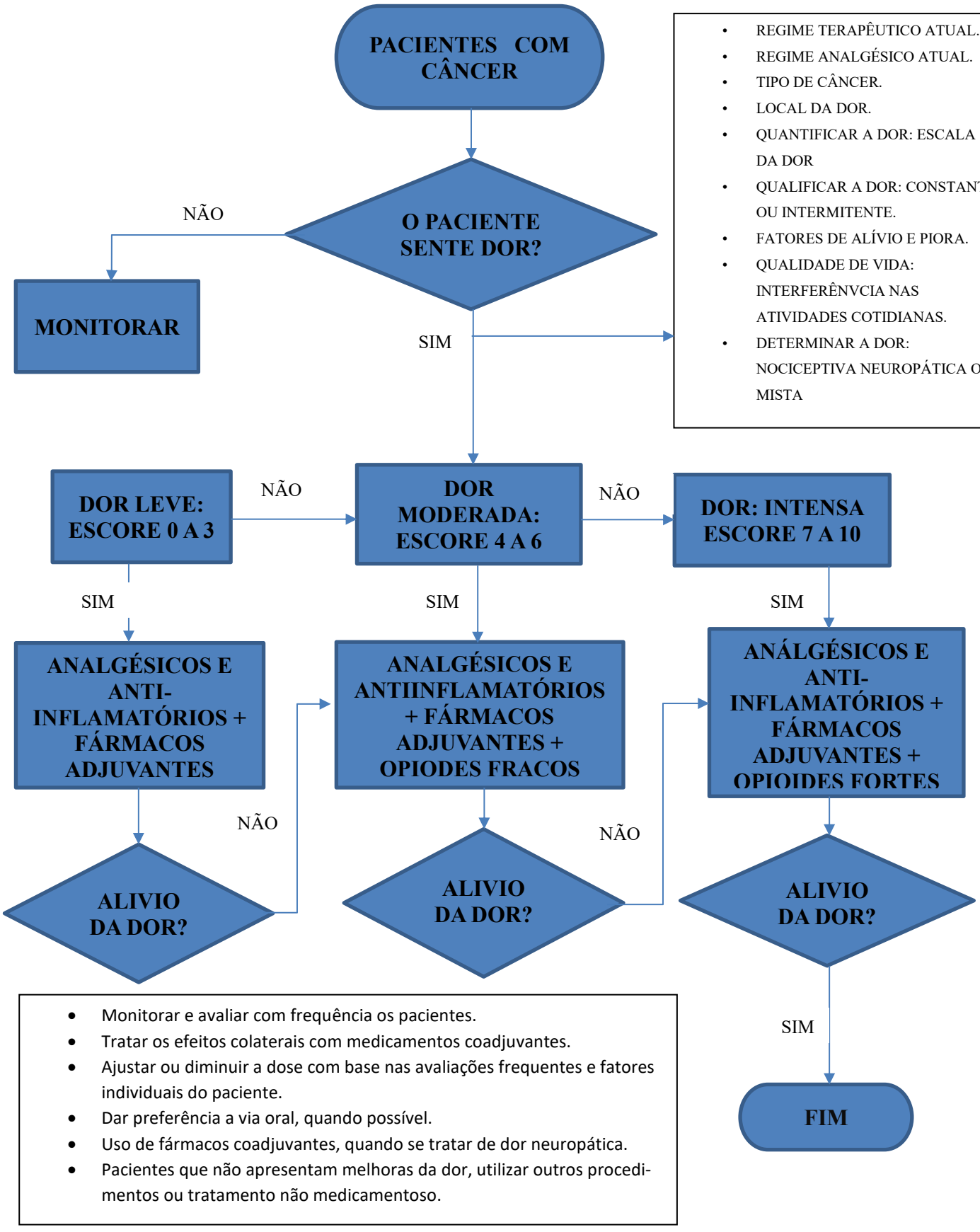
Deve-se utilizar a escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Escada analgésica da OMS: degraus do tratamento da dor nociceptiva e mista (OMS, 2009)

DEGRAU	FÁRMACOS
1	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes
2	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fortes

Os fármacos adjuvantes são medicamentos desenvolvidas para outras indicações que não o alívio da dor, mas que também podem contribuir para diminuir as síndromes dolorosas em certas ocasiões, quando usados em combinação com outros fármacos, em todos os degraus da escada analgésica, com atuação especial nos casos de dor neuropática que não respondem suficientemente bem aos opiáceos. Também são usados para diminuir os efeitos colaterais proveniente do uso dos opiáceos. Pode ser os antidepressivos, anticonvulsivantes, corticosteroides, anestésicos locais, laxantes, antieméticos, antiespasmódicos etc.

8 OUTROS TRATAMENTOS

A maioria dos pacientes apresenta melhoras no quadro de dor utilizando a escala da OMS. Aos pacientes que não apresentam melhoras, devem ser dadas outras formas de tratamento, como a rotação de opioides e o bloqueio neural, ou ainda, outras formas de tratamento não medicamentoso associado a tratamento medicamentoso.

FLUXOGRAMA DO MANEJO DA DOR NO CÂNCER: