

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA

**DOR E QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS TUMORAIS**

BRASÍLIA

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA

DOR E QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS COM FERIDAS TUMORAIS

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade de Brasília.  
Área de Concentração: Cuidado em Saúde e  
Enfermagem  
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em  
Saúde e Enfermagem

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Ivone Kamada

BRASÍLIA

2014

Costa, Aline Isabella Saraiva.  
C837d Dor e qualidade de vida : caracterização e avaliação  
de pacientes oncológicos com feridas tumorais / Aline  
Isabella Saraiva Costa. -- 2014.  
101 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem, 2014.

Inclui bibliografia.

Orientação: Ivone Kamada.

1. Câncer - Enfermagem. 2. Câncer - Pacientes. 3.  
Dor. 4. Qualidade de vida. I. Kamada, Ivone. II. Título.

CDU 616-083:616-006

ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA

DOR E QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS COM FERIDAS TUMORAIS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Doutora Ivone Kamada  
Universidade de Brasília

---

Professora Doutora Helena Megumi Sonobe – Membro Efetivo, Externo ao Programa  
Universidade de São Paulo

---

Professora Doutora Cristine Alves Costa de Jesus – Membro Efetivo  
Universidade de Brasília

*À minha mãe pelo suporte de todas as horas e seu amor incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

---

A Deus, por ter me dado forças para continuar nos momentos de solidão e não ter deixado que eu desistisse.

À minha mãe, Sandra, por ser meu exemplo na vida. Aos meus irmãos, Pedro Filipe e Higino Júnior, pelo companheirismo. Ao Clodoaldo Rocha Pererira, um amigo mais que especial. À minha avó que foi confidente em todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado, Caio Guilherme de Souza Abreu, sempre proporcionando atividades lúdicas nos intervalos da escrita desta dissertação.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília que proporcionaram acréscimo de conhecimentos que foram fundamentais para que eu me tornasse uma enfermeira mais consciente acerca da minha profissão.

Às secretarias do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Eluiza e Aline, pela simpatia e disposição em atender as solicitações dos alunos, sempre com atendimento de excelência.

Às minhas amigas de faculdade e de Brasília por proporcionar momentos de descontração durante os semestres.

Aos enfermeiros Elza, Analy, Eduilson e Tayane pela cooperação e simpatia na clínica médica do Hospital de Brasília. As enfermeiras do CACON-HUB em especial a Priscila que me ensinou toda a prática da radioterapia e me acompanhou ao longo do mestrado, sempre tirando minhas dúvidas.

Aos médicos do CACON, Eronides, Marcos, Juliano, Wenzel e Ricardo pela cooperação na hora do SISREG.

Aos técnicos de Enfermagem em especial do CACON, Gonçala, Luisa e Vanda. Aos técnicos da Radioterapia, especial para France, Braz e Jackson. À Assistente administrativa, Paula, confidente das dificuldades encontradas. Às recepcionistas que sempre avisavam quando chegava paciente com feridas nos SISREG. Aos enfermeiros do Hospital de Apoio, especial à Joseete pela paciência em responder minhas mensagens e ligações a procura de pacientes. Sempre dispostos a colaborar.

A Enfermeira do Hospital de Base de Brasília e colega de mestrado, Alexandra, que muito cooperou na obtenção de pacientes.

Ao CAPES, pelo apoio financeiro ao longo do Mestrado.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

---

Agradeço a Professora Dr<sup>a</sup> Ivone Kamada pela nobre atitude em me aceitar nesta jornada já iniciada. Pelo apoio nas nossas reuniões, pela dedicação prestada e nobreza de caráter. A quem devo o retorno do meu ânimo para terminar esta caminhada.

*“Nenhum ser humano é capaz de encarar a finitude própria ou do outro sem se modificar”.*  
Monica Martins Trovo de Araújo

## RESUMO

---

Costa, Aline Isabella Saraiva Costa. **Dor e qualidade de vida: caracterização e avaliação de pacientes oncológicos com feridas tumorais.** 2014. 101f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Feridas tumorais geralmente ocorrem quando há proliferação de células malignas e ruptura da integridade do tecido, o que contribui para a perda da integridade da estrutura e função do tecido. Pouco se é conhecido sobre a associação da dor com feridas tumorais e o detrimento da qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi caracterizar a dor e avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos com feridas tumorais no Distrito Federal. Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório, prospectivo e transversal que foi realizado no Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base e Hospital de Apoio de Brasília. Foram incluídos no estudo, pacientes com diagnóstico médico de neoplasia e feridas tumorais, selecionados por meio de amostra de conveniência, independentemente de raça, gênero, situação socioeconômica e grau de instrução. Foram excluídos aqueles com histórico de doença mental ou que recusaram participar. Para obtenção dos dados, utilizaram-se os questionários socioeconômico e clínico, Inventário Breve de Dor, McGill e EORTC QLQ 30. Para análise dos dados, foi usado o teste *Kolmogorov-Smirnov* e a correlação de Pearson. Dos 26 participantes, 65,4% foram homens, 46,2% de pardos, média de idade de  $57,92 \pm 12,47$  anos, 23,1% possuíam câncer localizado na laringe e pele, cada e 19,2% na língua. A ferida tumoral encontrava-se exposta em 53,9% dos entrevistados e 16 participantes referiram dor relacionada à ferida tumoral. Por meio do IBD, foi possível observar que a dor interfere, principalmente, na atividade geral (média de  $6,05 \pm 4,88$ ), no trabalho ( $7,0 \pm 4,7$ ) e no relacionamento ( $8,25 \pm 4,46$ ). Escores menores mostraram interferência no humor ( $5,15 \pm 4,91$ ), habilidade para caminhar ( $4,4 \pm 4,85$ ), sono ( $3,90 \pm 4,28$ ) e apreciar a vida ( $3,90 \pm 4,92$ ). Através dos 78 descritores do MPQ, o índice quantitativo de dor sensorial foi de 31,2, com mínimo de 22 pontos e máximo de 55. As categorias mais recorrentes foram “sensorial” e “avaliativa”. Na categoria sensorial, os descritores mais escolhidos foram: “pulsante”, “latejante”, “pontadas”, “agulhada”, “fina”, “beliscão”, “fisgada”, “queimação”, “coceira”, “pesada”, “esticada” e “doída”. A variável qualidade de vida global foi  $61,5 \pm 24,4$ . Entre as escalas funcionais, a função cognitiva exibiu a maior pontuação em  $82 \pm 27,2$ , seguido de função física

56,4±36,8 e função emocional (55,8%). Os escores de sintomas tiveram pontuação abaixo de 50%, com exceção de fadiga (56,0 ±36,2) e dor (50±42,7). Conclui-se que a dor de intensidade moderada a severa contribuiu diretamente para comprometimento das funções e conseqüentemente piora na qualidade de vida de pacientes com câncer. Para retificar este quadro é necessário que os profissionais de saúde estabeleçam cuidados individualizados aos usuários, cabendo à equipe multidisciplinar entender e reconhecer a complexidade da dor oncológica e qualidade de vida e suas conseqüências multidimensionais, envolvendo fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

**Descritores:** Câncer. Úlcera cutânea. Dor. Medição da dor. Qualidade de vida. Enfermagem.

## ABSTRACT

---

Costa, Aline Isabella Saraiva Costa. **Dor e qualidade de vida: caracterização e avaliação de pacientes oncológicos com feridas tumorais.** 2014. 101f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Tumor wounds generally occur when there is proliferation of malignant cells and disruption of tissue integrity, what contributes to loss the integrity of the structure and function of the tissue. Little is known about the association of pain with wounds tumor and the detriment of the quality of life. The aim of this study was characterize the pain and evaluate the quality of life of cancer patients with tumor wounds in the Brazilian Federal District. It was a quantitative, exploratory, prospective and cross-sectional study that was conducted at the Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base de Brasília and Hospital de Apoio de Brasília. Were included patients with medical diagnosis of neoplasia and tumor wounds, selected through convenience sample, regardless of race, gender, socioeconomic status and level of education. Were excluded those with a history of mental illness or refused to participate. In order to obtain the data, we used the socioeconomic and clinical questionnaires, Brief Pain Inventory (BPI), McGill and EORTC-QLQ 30. For data analysis were used the *Kolmogorov-Smirnov* test and Pearson's correlation. Of the 26 participants, 65.4% were men, 46.2 % browns, the médium age was  $57.92 \pm 12$ , 47 years, 23,1% had cancer located in Larynx and Skin , each and 19,2% on tongue. The tumor wound was exposed in 53.9% of the respondents and 16 participants reported pain related to tumor wound. Through the BPI, was possible observe that the pain is directaly proportional to, mainly, general activity (medium of  $6.05 \pm 4.88$ ), work ( $7.0 \pm 4.7$ ) and relationship ( $8.25 \pm 4.46$ ). Lower scores showed interference in mood ( $5,15 \pm 4,91$ ), walking ability ( $4,4 \pm 4,85$ ), sleep ( $3,90 \pm 4,28$ ) and enjoy life ( $3,90 \pm 4,92$ ). Through the 78 descriptors of the MPQ, the quantitative index of sensory pain was 31.2, with a minimum of 22 points and a maximum of 55 point's. The most frequent categories were sensory and evaluative. In sensory category, the most chosen descriptors were: "pulsing", "throbbing", "stabbing", "'Needled", "fine", "pinch", "evaluative", "burning", "itchy", "heavy", "stretched", "painful" and "heavy". The overall quality of life variable was  $61.5 \pm 24.4$ . Among the functional scales, the cognitive function exhibited the highest score in  $82 \pm 27.2$ , followed by physical function  $56.4 \pm 36.8$  and emotional function (55.8%). The

symptoms scored below 50 %, except for fatigue ( $56.0 \pm 36.2$ ) and pain ( $50 \pm 42.7$ ). It was concluded that the moderate to severe pain intensity directly contributed to impairment of functions and consequently worsen the quality of life of cancer patients. To rectify this situation it is necessary that health professionals establish individualized care to users, while the multidisciplinary team to understand and recognize the complexity of cancer pain and quality of life and its consequences multidimensional, involving physical, psychological, social and spiritual factors.

**Keywords:** Cancer. Skin Ulcer. Pain. Pain Measurement. Quality of life. Nursing.

## RESUMEN

---

Costa, Aline Isabella Saraiva Costa. **Dor e qualidade de vida: caracterização e avaliação de pacientes oncológicos com feridas tumorais.** 2014. 101f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Heridas tumorales con frecuencia se producen cuando hay proliferación de células malignas y la ruptura de la integridad de la piel, lo que contribuye para la pérdida de la integridad de la estructura y función del tejido. Poco se sabe acerca de la asociación de dolor con heridas tumorales y la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue caracterizar el dolor y evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer con heridas tumorales en el Distrito Federal. Este fue un estudio cuantitativo, exploratorio, prospectivo y transversal que se llevó a cabo en el Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base do Distrito Federal y Hospital de Apoio de Brasília. Se incluyeron en el estudio pacientes con el diagnóstico médico de cáncer y heridas tumorales, seleccionados por una muestra de conveniencia, independientemente de su raza, género, nivel socioeconómico y nivel de educación. Se excluyeron aquellos con un historial de enfermedad mental o que se negaron a participar. Para obtener los datos se utilizaron los cuestionarios socioeconómicos y clínicos, Breve Inventario de Dolor (IBD), McGill y EORTC- QLQ 30. Para el análisis de los datos, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la correlación de Pearson. De todos los 26 participantes, 65,4 % eran hombres, 46,2% pardos, tenían una media de  $57,92 \pm 12,47$  años, 23,1% había cáncer localizado en laringe y la piel, y el 19,2% en la lengua. Herida tumoral estaban expuestas en 53,9 % de los encuestados y 16 participantes informaron dolor relacionado con herida tumoral. Con el IBD, se observó que el dolor interfiere principalmente en la actividad general (con media  $6,05 \pm 4,88$ ), trabajo ( $7,0 \pm 4,7$ ) y en la relación con otras personas ( $8,25 \pm 4,46$ ). Las puntuaciones mostraron interferencia menor en el estado de ánimo ( $5,15 \pm 4,91$ ), la capacidad de caminar ( $4,4 \pm 4,85$ ), dormir ( $3,90 \pm 4,28$ ) y disfrutar de la vida ( $3,90 \pm 4,92$ ). Con los 78 descriptores del MPQ, la puntuación de dolor cuantitativa fue 31.2, con un mínimo de 22 y máximo de 55 puntos. Las categorías más frecuentes fueron sensorial y evaluativa. En la categoría sensorial, los descriptores más elegidos fueron "pulsante", "palpitante", "punzadas", "aguller", "fina", "pellizco", "puntada", "ardiente", "picazón", "pesada", "estirada" y "dolorida". La variable calidad de vida global fue  $61,5 \pm 24,4$ . Entre las escalas funcionales,

función cognitiva mostró la más alta puntuación de  $82 \pm 27,2$  , seguido por el funcionamiento físico  $56,4 \pm 36,8$ . Puntuaciones de los síntomas tuvieron puntuaciones abajo de 50 %, excepto para la fatiga (  $56,0 \pm 36,2$  ) y el dolor (  $50 \pm 42,7$ ). Llegase a la conclusión de que el dolor de intensidad moderada a severa contribuyó directamente al deterioro de las funciones y, en consecuencia empeora la calidad de vida de pacientes con cáncer. Para rectificar esta situación, es necesario que los profesionales de la salud establecen una atención individualizada a los usuarios, mientras que el equipo multidisciplinario para entender y reconocer la complejidad del dolor y la calidad de vida de cáncer y sus consecuencias multidimensionales, intervienen factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

**Palabras Clave:** Cancer. Úlcera Cutánea. Dolor. Dimensión del Dolor. Calidad de Vida. Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

---

- Figura 1** Transmissão dos sinais da dor rápida e aguda e da dor lenta e crônica para dentro e ao longo da medula espinhal em seu trajeto até o tronco cerebral. **21**
- Figura 2** Sistema de analgesia do cérebro e da medula espinhal mostrando a inibição dos sinais de entrada da dor ao nível da medula e a presença de neurônios secretores de encefalina que suprimem os sinais da dor tanto na medula quanto no tronco cerebral **21**
- Figura 3** Escala analgésica da OMS modificada para língua portuguesa **23**
- Figura 4** Diagrama corporal do IBD **51**

## LISTA DE TABELAS

---

<b>Tabela 1</b>	Componentes das escalas e itens do EORTC QLQ-30 versão 3.0	<b>42</b>
<b>Tabela 2</b>	Caracterização sócio-demográfica de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>45</b>
<b>Tabela 3</b>	Caracterização da localidade, diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>47</b>
<b>Tabela 4</b>	Sintomas referidos pelos pacientes oncológicos com feridas tumorais em tratamento (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>48</b>
<b>Tabela 5</b>	Lista de medicamentos utilizados (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>49</b>
<b>Tabela 6</b>	Distribuição da frequência e período da dor de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>50</b>
<b>Tabela 7</b>	Distribuição da intensidade da dor e da interferência de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>52</b>
<b>Tabela 8</b>	Correlação de Person e <i>p-valor</i> das variáveis (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>54</b>
<b>Tabela 9</b>	Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria sensorial (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>56</b>
<b>Tabela 10</b>	- Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria afetiva (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>57</b>
<b>Tabela 11</b>	- Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria subjetiva (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>57</b>
<b>Tabela 12</b>	Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria avaliativa (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>58</b>
<b>Tabela 13</b>	Valores mínimos, máximos, medianos e médios ponderados do índice de avaliação de dor (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>59</b>
<b>Tabela 14</b>	Resultado do questionário QLQ-30 (Brasília – DF, Brasil, 2013).	<b>60</b>

## LISTA DE QUADROS

---

<b>Quadro 1</b>	Número de sujeitos da pesquisa	<b>43</b>
-----------------	--------------------------------	-----------

## LISTA DE SIGLAS

---

ACS - American Cancer Society  
AINES – Anti-inflamatório não esteroidal  
CACON - Centro de alta complexidade em oncologia  
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem  
DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis  
DP – Desvio padrão  
EB – Escore bruto  
EORTC - European Organization for the Research and Treatment of Cancer  
FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy-General  
HAB - Hospital de Apoio de Brasília  
HADS - Hospital and Anxiety Depression  
HBDF –Hospital de Base do Distrito Federal  
HUB - Hospital Universitário de Brasília  
IASP - Internacional Association for the Study of Pain  
IBD - Inventário Breve de Dor  
INCA - Instituto Nacional de Câncer  
MPQ - McGill Pain Questionnaire  
NCCN - National Cancer Comprehensive Network  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PGI - Patient Generated Index  
PRI - Pain Rating Index  
QV - Qualidade de Vida  
QTS- Quadro de trabalho semanal  
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SF-36 - Medical Outcomes Study 36-item  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SPSS - Statistical Package for Social Sciences  
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life  
UnB - Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

---

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1.1 A DOR .....	21
1.2 O CÂNCER .....	25
1.2.1 A Dor no Câncer .....	26
1.2.2 Feridas Tumorais.....	28
1.2.3 O Tratamento da Dor e das Feridas Tumorais .....	29
1.3 QUALIDADE DE VIDA .....	32
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>36</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>37</b>
3.1 SUJEITOS .....	37
3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	38
3.3 A COLETA DE DADOS .....	38
3.3.1 Instrumentos Utilizados para a Coleta de Dados .....	38
3.3.1.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	39
3.3.1.2 Inventário Breve de Dor .....	39
3.3.1.3 McGill.....	40
3.3.1.4 O European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire .....	41
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	43
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	45
4.3 DADOS SOBRE A DOR .....	50
4.3.1 Resultados do IBD .....	51
4.3.2 Resultados do MPQ.....	55
4.4 RESULTADOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA .....	60
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
5.1 ANÁLISE DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA .....	62
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA DOR.....	65
5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA.....	68
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
REFERÊNCIAS .....	73
APÊNDICES .....	84

<b>APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS A - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “DOR E QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS TUMORAIS” PELO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “DOR E QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS TUMORAIS” PELO COMITÊ DE ÉTICA DA FEPECS/ SES- DF... </b>	<b>91</b>
<b>ANEXO C – COMUNICADO DE MUDANÇA DO NÚMERO DA CAAE PELA PLATAFORMA BRASIL.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO D – QUESTIONÁRIO INVENTÁRIO BREVE DE DOR. ....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO E – QUESTIONÁRIO MCGILL.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – EORTC QLQ-30 .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DE DOWNLOAD DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (EORTC QLQ-30).....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO H – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO EORTC-QLQ 30.....</b>	<b>101</b>

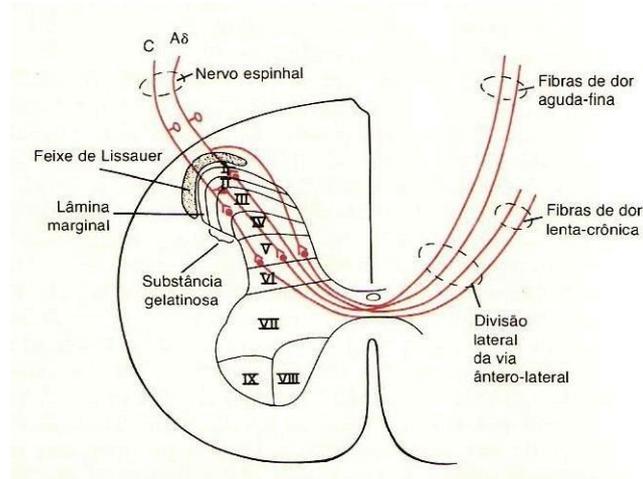
# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A DOR

Em 1979, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) definiu a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial” (MICELLI, 2002).

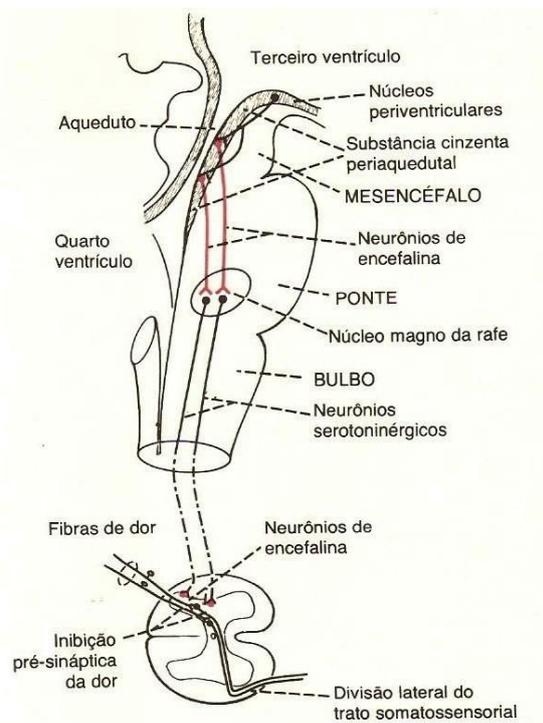
Guyton e Hall (1997) definem o conceito de dupla transmissão dos sinais de dor para o sistema nervoso central. Há dois tipos de dor: uma via de dor rápida e aguda e uma via de dor lenta e crônica. Os sinais da dor rápida e aguda são provocados por estímulos dolorosos mecânicos ou térmicos, transmitidos dos nervos periféricos para medula espinhal por fibras delgadas do tipo A $\delta$  em velocidade entre 6 a 30 m/s. Por outro lado, a dor do tipo lenta e crônica é transmitida por fibras do tipo C em velocidades de 0,5 e 2 m/s. O início súbito da dor é frequentemente uma “dupla” sensação de dor: uma dor rápida e aguda que é transmitida para o cérebro pela via das fibras A $\delta$ , seguida, 1 segundo depois, por uma dor lenta que é transmitida pela via das fibras C. A dor aguda informa acerca de uma provável lesão, o que faz a pessoa que sente, reagir imediatamente. A dor lenta tende a ficar mais intensa com o passar do tempo. Ao entrarem na medula espinhal, os feixes dolorosos tomam duas vias para o cérebro: *Feixe neo-espinotalâmico* e o *feixe paleoespinotalâmico*. O feixe neo-espinotalâmico transmite dor mecânica e aguda térmica. Algumas fibras terminam nas áreas reticulares do tronco cerebral, mas a maioria percorre todo o caminho até o tálamo, onde o sinal será transmitido para outras áreas basais do cérebro. A via paleoespinotalâmica é um sistema mais antigo, a maioria dos sinais passa através de um ou mais neurônios de fibra curta adicionais, dentro das próprias pontas dorsais que, em conjunto, são chamadas de substâncias gelatinosas (Fig.1).

Fig.1. Transmissão dos sinais da dor rápida e aguda e da dor lenta e crônica para dentro e ao longo da medula espinhal em seu trajeto até o tronco cerebral. Fonte: Guyton e Hall (1997).



Apenas 1/10 a 1/40 das fibras vai até o tálamo, no tronco cerebral, elas terminam em uma das três áreas distintas: 1) Núcleos reticulares do bulbo, ponte e mesencéfalo; 2) na área tectal do mesencéfalo, situada profundamente abaixo dos colículos superiores e inferiores; ou 3) região da substancia cinzenta periaquedutal em torno do aqueduto de Sylvius (Fig.2).

Fig. 2. Sistema de analgesia do cérebro e da medula espinhal mostrando a inibição dos sinais de entrada da dor ao nível da medula e a presença de neurônios secretores de encefalina que suprimem os sinais da dor tanto na medula quanto no tronco cerebral. Fonte: Guyton e Hall (1997).



Sendo assim,

“Quaisquer duas pessoas não experienciam da mesma forma estímulos nociceptivos idênticos. Fatores neurofisiológicos, hormonais, culturais, situacionais e psicológicos podem influenciar e interagir entre si, afetando a magnitude da sensação e do desprazer associado à dor.” (SOUSA, SILVA, 2005).

Ferreira e Lauretti (2007) classificam a dor enquanto sua duração em aguda e crônica. A primeira dura de segundos até seis meses e pode ser resultante de cirurgias, procedimentos, traumas, inflamações, relacionado a uma lesão. É um sinal de alerta que prepara o indivíduo para fuga ou ataque, causando alterações como taquicardia, aumento da pressão arterial, taquipnéia, agitação psicomotora e outras. A segunda é contínua mesmo após cura de lesões existentes, dura mais de três meses e dói de maneira ininterrupta, sua persistência acarreta em ‘insônia, anorexia, confinamento no leito, perda do convívio social, redução das atividades profissionais e do lazer, o que acarreta em estresse e sofrimento, tanto para o paciente, como para as pessoas que o cercam.

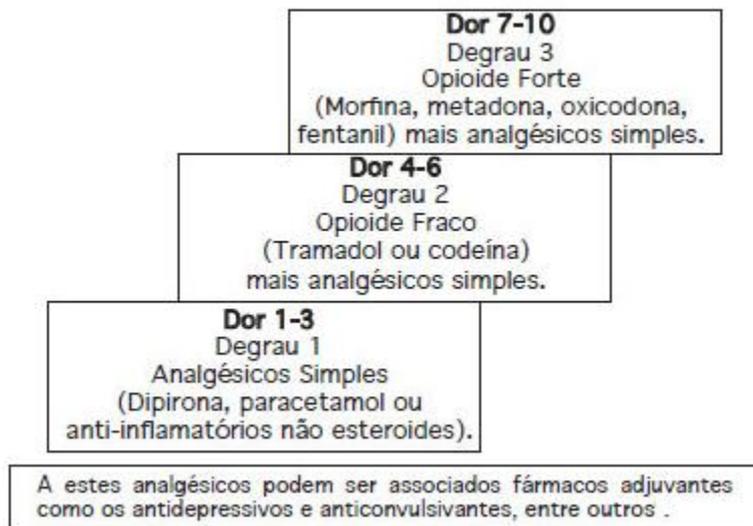
A dor pode ser episódica de acordo com Kazanowski e Lacetti (2005) de três modos: dor incidental, dor de final de dose e dor recrudescente. A dor incidental está relacionada com atividade ou reação a um estímulo emocional. A dor de final de dose surge quando o efeito do analgésico não é mantido conforme o esperado. A dor recrudescente geralmente é de curta duração, não passando de 30 minutos e surge mesmo quando há administração contínua de opioides por gotejamento.

A dor ainda pode ser classificada pelo mecanismo fisiopatológico como nociceptiva, neuropática e mista ou miscelânea. A primeira compreende a dor visceral e somática é concomitante a lesão identificável, quando as fibras nervosas do Sistema Nervoso Periférico (SNP) são ativadas por estímulos térmicos, mecânicos, dolorosos; a segunda é relacionada a processo somatossensorial anormais do Sistema Nervoso Central (SNC) ou SNP. ‘É um estado de má adaptação provocado por alterações funcionais e estruturais das vias sensitivas centrais e periféricas que produzem marcadas modificações e perversões no processo das informações nociceptivas’ (GALVÃO, 2005). Neste contexto, inclui as dores fantasma, dor central, causalgia, dor mielopática, distrofia simpática reflexa, etc. São sensações anormais em dor neuropática: disestesia; hiperestesia; hiperalgesia; alodínea e hiperpatia e a última envolve ambos os processos.

Para alívio da dor, a OMS (1996) elaborou um guia sobre a disponibilidade de opióides intitulado “Alívio da dor no câncer” que tem por base a preconização da via oral como preferencial na administração de fármacos em horários definidos e seu escalonamento progressivo (Fig.3) além de relatar que as medidas de alívio da dor no câncer devem ser paralelas ao tratamento e que seu alívio possa ser maneira satisfatória para o paciente de modo que possa levar a uma vida aceitável e, se ao caso, uma morte sem sofrimento.

Miceli (2002) cita que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou o efetivo controle da dor como uma das três prioridades no sistema de saúde pública, sugerindo que cada governo inclua-o no seu sistema de saúde com a finalidade de aliviar a dor e outros sintomas e a melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer, sendo a educação e o treinamento dos profissionais de saúde, nas diferentes fases e tipos de cuidados, um elemento fundamental para obtenção do tratamento adequado.

Fig. 3. Escala analgésica da OMS modificada para língua portuguesa.



O alívio da dor é um direito humano básico e, portanto, não apenas uma questão clínica, mas também uma situação ética e humanizada que envolve o trabalho de todos os profissionais de saúde, fazendo com que a dor que não se solucione com medicamentos seja amenizada ou controlada (PINTO et al, 2011).

Assim, atualmente a dor é descrita como uns dos cinco sinais vitais para enfatizar seu significado e conscientizar os profissionais de saúde sobre sua importância, tanto na avaliação e na mensuração como no tratamento (SOUZA, 2002). A primeira vez que a dor foi

reconhecida como 5º sinal vital foi em 1996 por James Campbell, ex- Presidente da American Pain Foundation. A inclusão da dor com os outros sinais vitais pode assegurar que os pacientes tenham acesso a intervenções que seriam realizadas caso os outros sinais se alterassem.

Nesse sentido, por ser uma experiência multidimensional, sua avaliação engloba a consideração de inúmeros domínios, incluindo o fisiológico, o sensorial, o afetivo, o cognitivo, o comportamental e o sociocultural. Em outras palavras, a dor afeta o corpo e a mente, e sua complexidade torna-a difícil de mensurá-la. Embora não haja qualquer marcador biológico da dor, a descrição individual e o auto-registro geralmente fornecem evidências acuradas, fidedignas e suficientes para detectar a presença e a intensidade da dor. De fato, não há qualquer marcador biológico disponível até o presente momento para indicar a presença ou o grau da dor (DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2011).

Sendo assim, Chaves (2009) alega que a avaliação deve envolver localização que pode determinar a etiologia; padrão, como ritmo e horários; localização através de um diagrama do corpo humano, intensidade e natureza bem como o grau do alívio obtido pela terapia; respostas comportamentais que incluem respostas verbais, movimentos corporais, expressões fáceis que modificam de acordo com cada indivíduo.

Sousa e Silva (2005) asseguram que há escalas para medir e avaliar a dor, mensuração diz respeito ao escalonamento da dor, ou seja, intensidade; avaliação é o todo, mais complexo, seus efeitos e valores são considerados para um resultado final. São utilizados dois tipos de escalas: unidimensional, quantificam a severidade ou intensidade da dor, bastante utilizada em contextos clínicos e apresenta como finalidade obter informações rápidas, não-invasivas e válidas sobre a dor e analgesia. A segunda denomina-se multidimensional, avaliar e medir as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. Algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e também os auto-registros por parte do paciente. As principais dimensões avaliadas são sensorial, afetiva e avaliativa.

## 1.2 O CÂNCER

Existem relatos sobre o câncer datados de 3.000 a.C. (BRASIL, 2012). Mohallem, Suzuki e Pereira (2007) afirmam que o câncer era uma doença de mau prognóstico, usando a palavra “carcino” para descrevê-lo.

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Esta célula atípica forma um clone e começa a se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente à célula (SMELTZER et al., 2009). No entanto, estas invadem tecidos adjacentes, ganhando acesso a vasos linfáticos que são capazes de disseminar suas células malignas do tumor de origem por todo corpo.

Segundo Brasil (2012), as causas do câncer podem ser internas ou externas. 1) Interna têm-se hormônios, condições imunológicas, mutações genéticas, fatores genéticos e étnicos; 2) externas podem ser causadas por vírus, irradiação, fatores comportamentais como álcool e tabaco, inatividade física, obesidade, poluição ambiental, comportamento sexual, componentes alimentares, o próprio envelhecimento natural do ser humano modificam às células e aumentam sua suscetibilidade maligna. As causas internas e externas podem interagir de diversas formas, aumentando a probabilidade das células normais tornarem-se malignas.

Assim, Brasil (2011) explica que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população. As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool).

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

### **1.2.1 A Dor no Câncer**

A história do câncer, no Brasil, foi descrita de várias formas ao longo dos anos, de tumor maligno e invisível à neoplasia, de tragédia individual a problema de saúde pública, sua historicidade foi marcada pelo incessante esforço das ciências da saúde, recursos e inovações tecnológicas na área médica no combate através de diagnóstico

precoce e atenção preventiva. No entanto, as dificuldades técnicas, o alto e seu caráter individual mostram-se como fatores limitantes da ação terapêutica, contribuindo para que a doença se vincule cada vez mais ao campo de prevenção e da saúde pública (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

O crescimento tumoral rápido e desordenado pode levar a dor neuropática e a danos ao tecido, passando a determinar a sensação dolorosa no leito da ferida. Apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento, o câncer continua trazendo muito desconforto e sofrimento àqueles que o vivenciam, pela presença do tumor, pelo desgaste físico, emocional, espiritual ou social advindos do tratamento ou pelos sintomas impostos pela doença. Dentre os desconfortos experimentados pelos pacientes com câncer, a dor é apontada como muito frequente, acometendo cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença e em torno de 70% daqueles com doença avançada (MORETE e MINSON, 2010).

Pouco se conhece sobre a associação da dor com feridas tumorais, mas sabe-se que essa dor é causada por estimulação de nociceptores pelo trauma de tecidos com diferentes níveis de dor relatados por causa de diferenças no processamento do SNC e SNP. A dor se intensifica com alguns procedimentos utilizados durante o tratamento, como: realização de curativos, tipo de cobertura da ferida, irrigação de líquidos sobre pressão para remoção de materiais aderentes e subprodutos do metabolismo da ferida e desbridamento, que consiste na remoção do tecido necrótico da ferida (STTOTS, 2004).

A dor no paciente com câncer afeta significativamente a saúde pública. Embora a dor seja inevitável, não necessariamente para todas as pessoas com câncer, aproximadamente dois terços das pessoas com doença maligna avançada sente dor. Apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento, o câncer continua trazendo muito desconforto e sofrimento àqueles que o vivenciam, pela presença do tumor, pelo desgaste físico, emocional, espiritual ou social advindos do tratamento ou pelos sintomas impostos pela doença (MORETE e MINSON, 2010).

A dor física e a dor psíquica estão intimamente relacionadas, o que demonstra a importância da interdisciplinaridade na abordagem do paciente com dor oncológica. Vale e Melo e Pinto Filho (2009) afirmam que a dor crônica relacionada ao câncer pode ser mais difícil de ser caracterizada, pois muitos pacientes, principalmente aqueles com doença avançada, possuem múltiplas etiologias e várias fontes de dor. Podendo ser: dor causada pelo tumor, dor causada pelo tratamento do câncer, dor não relacionada ao câncer ou ao seu tratamento.

1) A dor causada pelo tumor pode ocorrer por infiltração óssea podendo se manifestar local ou à distância. O crescimento pode ocasionar lesão, compressão, tração ou laceração das estruturas nervosas, ocasionando dor isquêmica, dor neuropática periférica ou dor mielopática.

2) Compressão ou infiltração de nervos periféricos - a infiltração ou compressão de troncos, plexos ou raízes nervosas pelo tumor, linfonodos ou fraturas ósseas. Estão envolvidos mecanismos gerados por persistente estímulo nocivo mecânico de alta intensidade pela expansão tumoral e mecanismos de desaferentação pela lesão dos nervos e membranas nervosas.

3) Dor causada pelo tratamento do câncer - pode ser por neuralgia pós-cirúrgica causada por trauma durante procedimento cirúrgico, dor fantasma quando após a amputação de um membro ou em outra estrutura somática do corpo que foi amputada, surgindo em menos de 5% dos casos de amputação.

4) Dor não relacionado ao câncer ou ao seu tratamento: Podem ser causadas por osteomielite, osteoporose, neuropatia diabética, hérnia discal, entre outras, sem relação com a dor ocasionada pelo câncer.

### **1.2.2 Feridas Tumorais**

As células cancerígenas podem originar as feridas tumorais que geralmente ocorrem quando há proliferação de células malignas e ruptura da integridade do tecido de modo que haja perda da integridade da estrutura e função do tecido (STOTTS et al., 2004).

O processo de formação das feridas neoplásicas compreende três eventos: 1) Crescimento do tumor que leva ao rompimento da pele; 2) Neovascularização com provimento de substratos para o crescimento tumoral e 3) Invasão da membrana basal das células saudáveis onde há processo de crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida. Com o crescimento anormal e desorganizado, tem-se a formação, no sítio da ferida, de verdadeiros agregados de massa tumoral necrótica, onde poderá ocorrer contaminação por micro-organismos aeróbicos (BRASIL, 2009).

Na formação destas feridas, Haisfield-wolfe e Baxendale-cox (1999) afirmam que a invasão metastática da base da membrana inclui três eventos: a) atração das células específicas para a base da membrana; b) degeneração da base da membrana pelas células

tumorais, com secreção direta de protease e outras enzimas hidrolíticas e formação de uma dura fibrose desmoplásica e c) movimento do tumor por pseudopodia - protusão em direção determinada por quimioatrativos dentro da matriz celular alterada pela proteólise. Pelo crescimento que corre dentro da pele e das estruturas de suporte das células, a vascularização é diminuída, passando a haver isquemia e necrose capilar predominante nas bordas adjacentes da ferida já constituída.

Haisfield-wolfe e Baxendale-cox (1999) complementam alegando que este evento será retroalimentado pelos processos de angiogênese e vasculogênese. De outra forma, a proliferação das células cancerígenas, pode realizar a erosão de vasos sanguíneos adjacentes, ocasionando sangramento que pode levar o paciente a óbito. Durante seu processo de crescimento acelerado, o tumor pode exercer pressão e/ou invasão sobre estruturas e terminações nervosas, ocasionando dor. Pelo processo inflamatório que cursa com este crescimento agressivo, ocorre liberação de histaminas, responsáveis pelas frequentes queixas de prurido ao redor da ferida.

De acordo com Gomes e Camargo (2004) as feridas podem ser classificadas como fechadas ou abertas. Todas as feridas fechadas são classificadas como estágio 1. Feridas abertas são classificadas em 3 estágios: feridas envolvendo derme e epiderme (estágio 2); tecido subcutâneo (estágio 3) e invasão de profundas estruturas anatômicas, que apresenta dor e odor (estágio 4). Como, geralmente, os pacientes com câncer apresentam deficiência nutricional, sem reservas de nutrientes ou em pequena quantidade, o suprimento de energia, aminoácidos e oxigênio ficam comprometidos, prejudicando desta forma a produção de fibroblastos para a contração tecidual (FIRMINO; ARAÚJO; SOBREIRO, 2002).

Cerca de 5% dos pacientes com câncer apresentam algum grau de envolvimento da pele. Ao se considerar a manifestação cutânea metastática da doença, estima-se que 7,6% de pacientes terão feridas tumorais por metástases de tumores sólidos e que 6,6 % terão feridas tumorais por acometimento de tumores hematológicos na pele (FIRMINO e CARNEIRO, 2007).

### **1.2.3 O Tratamento da Dor e das Feridas Tumorais**

Para o controle da dor são utilizados tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

No tratamento farmacológico, os principais fármacos utilizados são: antiinflamatórios, opióides, antidepressivos; anticonvulsivantes, relaxantes musculares,

benzodiazepínicos, neurolépticos, corticoesteróides, triptanos, betabloqueadores, vasoconstritores e outros. A dor de intensidade leve é medicada com fármacos não opióides do tipo anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) que exercem ação analgésica em casos de dor de pequena a média intensidade. O não alívio da dor troca-se a escala analgésica, que de acordo com Oliveira e Torres (2003), acrescentam opióides fracos (codeína, propoxifeno, tramadol). A morfina é a droga opióide potente de 1ª escolha no protocolo da Organização Mundial da Saúde (OMS), empregada na dor de maior intensidade no câncer. Não apresenta dose-teto, seu uso deve ser proporcional ao alívio da dor. A dose média, contudo, fica entre 10 e 15mg por via oral cada 4 horas.

O aparecimento de efeitos adversos pode limitar o uso de analgésicos opióides, sendo os mais comuns a anorexia, constipação, vômitos e boca seca. Alucinações e estados de confusão mental podem ocorrer, principalmente se associados a estados metabólicos decorrentes da moléstia terminal. Estes sintomas devem ser tratados profilaticamente desde a primeira prescrição da morfina (OLIVEIRA; TORRES, 2003, p. 656).

Atualmente, há diversos tipos de tratamentos que não envolvem fármacos na terapia com o paciente oncológico. O tratamento não farmacológico consiste em abordagem por meio de técnicas não invasivas que pode resultar no alívio da dor, o que contribui efetivamente na diminuição da ansiedade, que subsequentemente pode apresentar efeitos analgésicos na intensidade da dor do paciente.

Costa e Reis (2014) comentam que as terapias complementares têm se destacado entre as opções terapêuticas em centros de tratamento de câncer nos Estados Unidos. Entre as razões para essa aceitação está o impacto positivo imediato sobre o estresse e sofrimento do paciente, a relativa facilidade de sua aplicação e a sensação de controle proporcionado.

Vários procedimentos cognitivo-comportamentais têm sido usados no tratamento do câncer, mais especificamente sobre os efeitos adversos intensos do tratamento, a saber: distração cognitivo/atencional, hipnose/imagem guiada, dessensibilização sistemática, reestruturação cognitiva e treinos de relaxamento (LOPES, SANTOS e LOPES, 2008).

Quando o tratamento farmacológico falha, diversos tipos de tratamentos não farmacológicos podem ser aplicados pelas enfermeiras (DE JONG et al., 2007), entre eles:

1) Musicoterapia: Definida pela American Music Therapy Association (2005), com o uso prescrito de música por pessoas qualificadas podem efetuar mudanças positivas no funcionamento psicológico, físico, cognitivo ou social dos indivíduos com problemas de saúde ou educacional. Estudos apontam um crescente interesse na música como intervenção para pacientes com dor, como uma ferramenta terapêutica não invasiva. A música tem sido utilizada para reduzir a dor através de relaxamento e estimulação do sistema nervoso parassimpático (ONIEVA – ZAFRA et al., 2010).

2) Técnicas de relaxamento: As técnicas de relaxamento são definidas de acordo com Kwekkeboom e Gretarsdottir (2006) como um estado de relativa liberdade que se manifesta através sensação de calma, tranquilidade e bem estar. A hipótese para essa teoria é o alívio ou eliminação da dor através da redução da demanda de oxigênio para os tecidos, rebaixamento do nível de ácido lático, redução da tensão muscular esquelético e liberação de endorfinas. Atualmente existem diversas técnicas de relaxamento que podem ser úteis no controle da dor em pacientes com feridas tumorais. A terapia de relaxamento consiste em uma técnica acessível que auxilia a obtenção do equilíbrio entre mente e corpo. Seus efeitos no organismo podem ser facilmente compreendidos se for considerado que há redução na atividade do sistema nervoso autônomo responsável pelo controle das funções viscerais e homeostáticas essenciais à vida (SALVADOR; RODRIGUES; CARVALHO, 2008). Apresenta como benefício a redução de sentimentos como angústia, dor, tensões, ansiedade, frequência cardíaca, pressão arterial, além de promover energia e sono.

3) Termoterapia: Consiste na aplicação do quente e do frio para fins terapêuticos. Acredita-se que o uso de calor reduz a dor por isquemia tecidual a qual aumenta o fluxo sanguíneo e causa relaxamento muscular. Porém, não deve ser aplicado quando existir infecção, hemorragia ativa, traumatismos agudos e insuficiência vascular. No entanto, o frio possui ação analgésica relacionada à contração muscular, diminuição do fluxo sanguíneo e diminuição de edema. O frio também reduz a velocidade da condução nervosa, retarda os estímulos nociceptivos à medula, mas não deve ser aplicada em doente portador de doença vascular periférica, insuficiência arterial, com alteração da sensibilidade e do nível de consciência (BRASIL, 2001).

Desse modo, o controle eficaz da dor por meio de tratamentos não farmacológicos em pacientes que apresentam feridas tumorais consiste em um importante recurso na oncologia.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN-197/97) estabelece e reconhece as Terapias Complementares como especialidade ou qualificação do profissional de

Enfermagem, desde que o profissional tenha concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com carga horária mínima de 360 horas.

### 1.3 QUALIDADE DE VIDA

Nas últimas fases da doença do câncer, não é só a dor que afeta o paciente, mas também uma ampla gama de emoções por perdas e separações, perda do emprego, o medo da solidão, deterioração e abandono, a perda de sentido na vida, falta de controle, do desconhecido, da rejeição, de ser um fardo para os outros, morte, além de sentimentos de descrença, raiva, desamparo e desesperança (GAVIRIA et al., 2007).

Pimenta, Koizume e Teixeira (1997) afirmam que a presença frequentemente resulta em desesperança, e o anúncio do progresso inexorável de uma doença temida, destruidora e fatal. Dor inadequadamente aliviada também provoca repercussões nas esferas social, emocional e espiritual dos pacientes e de seus familiares, como restrição nas atividades de trabalho e lazer, maior ônus financeiro, sofrimento psíquico frente ao desconforto de um ente querido e questionamentos de natureza metafísica, entre outros. Tudo isso ocorre em detrimento da qualidade percebida de vida dos pacientes com câncer.

A Qualidade de vida (QV) é definida pelo World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) (1995) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

O termo QV, segundo Blay e Marchesoni (2013), é o resultado final de um processo de desenvolvimento histórico cujas principais tentativas conceituais surgiram a partir de 384 a.C, quando Aristóteles referiu a associação entre “felicidade” e “bem-estar”. Lapidações conceituais foram sendo delineadas por filósofos, teólogos e interessados propiciando maior abrangência do tema aos anos. A partir do século XX, a expressão “qualidade de vida” tornou-se familiar sendo utilizada no senso comum.

A primeira utilização do termo “Qualidade de Vida” foi atribuída à *Commission on National Goals* do presidente Dwinght Eisenhower no ano de 1096 (Spitzer, 1987; Gough, 1994). Em 1977, “Qualidade de Vida” tornou-se “palavra-chave” em artigos de jornal de acordo com levantamento da *United States National Library of Medicine Medline Cumputer*

*Search Program*, mais de 200 textos com a frase “Qualidade de vida” foram publicados no período de 1978-1980 ( Fayers e Jones, 1983).

A avaliação da QV na oncologia iniciou-se na década de 40, com um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar função física e as condições de desempenho do paciente (SAWADA et al., 2009). Apresenta um conceito geral, subjetivo, multidimensional e bipolar, ou seja, ele é variável de acordo com as experiências e expectativas de cada indivíduo, centrado na avaliação e percepção do paciente (NICOLUSSI e SAWADA, 2011).

Fayer e Machin (2000); Berlin e Fleck (2003) explicam que a OMS criou vários instrumentos na tentativa de mensuração da QV. Os instrumentos de primeira geração, na década de 50, como, por exemplo, Karnofsky Performance Scale é um desses instrumentos que passou erroneamente a ser utilizado com medida de QV, apesar de avaliar outros aspectos da vida diária. Na década de 1970 e 1980, surgiram os de segunda geração cujos focos eram o funcionamento físico, a sintomatologia física e psicológica, o impacto e a percepção da doença e a satisfação com a vida. Como por exemplo, o Sickness Impact Profile e o Nottingham Health Profile. A crítica essencial feita a esses instrumentos é que eles avaliam aspectos subjetivos, como funcionamento social, emocional, físico relacionado com a QV à capacidade de funcionamento e logo, o impacto do estado de saúde. Após estudos, foram criados os instrumentos genéricos que tinha como objetivo o uso na população geral sem características ou condições específicas, também pode ser utilizado para comparar pacientes com diferentes enfermidades comparando com a população em geral. São exemplos: *World Health Organization Quality of Life*, (WHOQOL-100, WHOQOL-bref), *Medical Outcomes Study 36-item short form (SF-36)* e *Patient Generated Index (PGI)*.

Em contrapartida, os instrumentos específicos foram desenvolvidos para avaliar condições ou doenças específicas. São mais sensíveis para população específicas. Esses instrumentos podem favorecer a comparação entre tratamentos diferentes aplicados em grupos de pacientes com o mesmo quadro clínico. Como por exemplo, *Quality of Life in Epilepsy*, *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*, entre outros.

Assim, Bottomley (2002) lista as principais ferramentas utilizadas em oncologia para mensurar a qualidade de vida: *European Organization for the Research and Treatment of Cancer - QLQ-C30*, *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*, *Visual Analogue Scale-Cancer*, *Hospital and Anxiety Depression Scale*, *Generic Profile of Mood States* e *Rotterdam Symptom Checklist*.

A maneira como os estudos passaram a avaliar as mudanças na QV baseia-se em utilizar o próprio paciente como controle e as comparações feitas em relação à expectativa de

função. As escalas significaram um avanço no processo habitual de avaliação subjetiva efetuada pelo médico ou pela equipe, devido à inclusão de itens que refletem a percepção do próprio paciente sobre a situação. A importância de se captar a percepção do paciente foi demonstrada em vários estudos, os quais se evidenciou fraca correlação quando comparada a avaliação subjetiva do médico com a percepção do paciente quando à sua QV (Schipper, 1990; Slevin et al., 1988; Testa e Simonson, 1996).

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

Além, a sua mensuração possibilita comparação entre estudos de tratamento, evidenciando aspectos importantes que podem auxiliar na compreensão da escolha terapêutica, por permitir a identificação de quaisquer aspectos da QV são afetados pela terapia proposta (BLAY e MARCHESONI, 2013).

#### 1.4 ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES

O cuidar faz parte da existência humana desde o nascimento até a finitude, e se constitui uma necessidade primordial do homem no processo de viver. O ato de cuidar contempla o componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana de modo saudável e se insere no contexto da liberdade e da autonomia, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, visto que cuidar propicia condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum (BRASIL, 2008).

Com o envelhecimento da população mundial e o crescente número de diagnóstico de câncer, tornam-se imprescindíveis estudos na área oncologia, sobretudo no cuidar. A dor é frequente, cotidiana e seu controle deve ser uma preocupação do enfermeiro (SILVA e PIMENTA, 2003). A ausência da dor corrobora para uma melhora na qualidade de vida de pacientes com câncer e essa elevação da qualidade de vida gera benefícios como: melhora do humor, aumento da interação na atividade social e diminuição de medicamentos farmacológicos.

Assim, a enfermagem dispõe da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que compreende uma abordagem científica e sistemática no cuidado dos pacientes e seus familiares. Dessa forma, várias atividades de enfermagem, segundo McCAFFERY (1989), Smeltzer et al., (2009), Chaves (2007) podem ser usadas para auxiliar pessoas com câncer, sendo elas: Individualizar o cuidado com o paciente; Incentivar a comunicação continuada nas atividades e tomadas de decisão; Instruir ao paciente a relatar a sensação de alterações corporais; estabelecer relação com o paciente que sente dor; ensinar ao paciente a resposta da dor; usar a situação escalas para avaliar dor, desconforto, medo, fadiga, raiva etc; garantir ao paciente que sabe que a sua dor é real e lidar com outras pessoas que estejam em contato com o paciente; promover repouso e relaxamento; aumentar suas horas totais de sono; ensinar ao paciente novas estratégias para aliviar a dor e o desconforto: distração, imaginação guiada, relaxamento entre outras; avaliar os sentimentos do paciente acerca da imagem corporal e seu nível de auto estima; ajudar o paciente no auto cuidado quando a fadiga, letargia, náuseas e outros sintomas impedirem a independência; Assistir o paciente na seleção e uso de cosméticos, cachecóis, apliques de cabelo e roupas entre outros.

Avaliações realizadas e registradas sistematicamente contribuem para a melhora do manejo dos fenômenos doloroso, fadiga, imagem corporal prejudicada, melhora na qualidade vida, porém, ainda são poucos são os serviços que se utilizam esse instrumento.

Rigotti e Ferreira (2005) delegam ao enfermeiro, o exercício do seu papel no controle dos sintomas do paciente com câncer, ter a responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento, na comunicação das informações sobre a dor e outros sintomas do paciente, como membro da equipe de saúde.

Neste contexto, foi necessário conhecer a influência da dor na qualidade de vida destes pacientes através de escalas multidimensionais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Caracterizar a dor e avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos com feridas tumorais no Distrito Federal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar sócio demograficamente e clinicamente os participantes;
- Caracterizar a dor quanto a sua localização, intensidade e padrão;
- Caracterizar a dor por meio de descritores para dor;
- Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos com feridas tumorais.

### 3 MÉTODO

Este trabalho se trata de um estudo quantitativo, descritivo, prospectivo e transversal.

[...] Esse modelo de estudo descritivo ou exploratório é usado quando pouco é sabido sobre um fenômeno em particular. O pesquisador observa, descreve e documenta vários aspectos do fenômeno. Não há manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenômeno. Desenhos descritivos descrevem o que existe de fato, determinam a frequência em que este fato ocorre e categoriza a informação. Os resultados fornecem a base de conhecimento para hipóteses que direcionam estudos subsequentes tanto correlacionais, quase experimentais ou experimentais (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

Newman et al., (2008) explicam que no estudo transversal, todas as medições são feitas em um único momento, sem período de seguimento. Os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição. Complementam afirmando que esse tipo de estudo pode examinar associações, porém, nesses casos, as variáveis preditoras e de desfecho são definidas apenas com base nas hipóteses de causa-efeito do investigador e não no delineamento do estudo.

#### 3.1 AMOSTRA

Os participantes da pesquisa foram pacientes com diagnóstico médico de neoplasia maligna e com feridas tumorais, selecionados por meio de amostra de conveniência e independentemente de raça, gênero, situação socioeconômica e grau de instrução. Foram considerados elegíveis, portanto, pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com condições físicas e psicológicas para responder as questões do questionário e que falassem português. Foram excluídos aqueles que possuíam histórico de doença mental ou que, em qualquer momento, se recusaram a participar do estudo.

### 3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) com a CAAE de número 16518113.1.0000.0030, número de parecer: 339. 362 com data de 05/07/2013 (Anexo A). Seguido pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) com a CAAE 19857613.0.0000.5553, número do parecer 364.080 com a data de 19/08/2013(Anexo B). Posteriormente, após comunicado da Plataforma Brasil, houve mudança no número da CAAE, sendo aprovada pelo número 16518113.1.3001.553 (Anexo C).

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelos Comitês supracitados. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para que pudessem participar da pesquisa.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Por ocasião da coleta de dados para este estudo, a qual teve a duração aproximada três meses (de 19 de agosto a 16 de dezembro de 2013), foram escolhidas as instituições de saúde que concentram o atendimento aos pacientes com feridas tumorais no Distrito Federal, que são: Hospital Universitário de Brasília (HUB), nos setores de Clínica Médica e no Centro de Alta Complexidade em Oncologia- CACON; Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), na Unidade de Cirurgia e Oncologia; e no Hospital de Apoio de Brasília (HAB), na ala A.

Pequenas alterações de datas foram realizadas de acordo com a quantidade de participantes disponíveis. O turno noturno aplicava-se apenas ao CACON, pois, sendo ambulatório, possuía sessões de radioterapia até às 22 horas. Além disso, todos os seus pacientes se encaixavam nos critérios de inclusão.

#### **3.3.1 Instrumentos Utilizados para a Coleta de Dados**

Os participantes da pesquisa responderam a diversos quesitos distribuídos em quatro questionários apresentados em diferentes fases do levantamento de dados. Os participantes responderam a cada um, em média, por 30 minutos.

- 1) Questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice B)
- 2) Inventário Breve de Dor (IBD - Anexo D)

3) Questionário McGill (MPQ - Anexo E)

4) *European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire* (EORTC-QLQ-30 - Anexo F)

### 3.3.1.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Os participantes da pesquisa responderam a um questionário contendo identificação sobre o seu perfil sociodemográfico, diagnóstico, antecedentes pessoais e sintomas apresentados.

Foram coletados os seguintes dados:

1) Dados sociodemográficos: etnia, idade, sexo, naturalidade, procedência, renda familiar, escolaridade e profissão.

2) Diagnóstico: diagnóstico definitivo, localização da ferida tumoral, se faz quimioterapia e/ou radioterapia e se há efeitos colaterais.

3) Antecedentes pessoais: tabagismo, etilismo, hipertensão arterial, cardiopatias, doenças pulmonares, doenças neurológicas, disfunção na tireoide e doenças hepáticas.

4) Sintomas apresentados durante o tratamento: gastrointestinais, psiquiátricos, respiratórios, geniturinários, neurológicos, aumento de gânglios e/ou alterações metabólicas (perda ou ganho de peso).

### 3.3.1.2 Inventário Breve de Dor

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

O IBD é composto por 15 itens, subdivididos em dois componentes, onde o primeiro refere-se à intensidade da dor, com 8 itens, e o segundo à interferência dela em diferentes aspectos do cotidiano, com 7 itens (YENG et al., 2001). As pontuações para as duas dimensões variam de 0 a 10 e são calculadas utilizando-se a média do total de itens, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a intensidade da dor ou da sua interferência na vida do indivíduo. (FERREIRA et al., 2011).

Primeiramente desenvolvido em Inglês, o Inventário Breve de Dor tem sido utilizado nos Estados Unidos e validado para diversas línguas, inclusive o português do Brasil. Estudos usando o IBD foram conduzidos na França, México, Vietnã, Filipinas, Itália, Taiwan e China e adotado em diversos países com a finalidade de mensuração clínica de dor, em estudos epidemiológicos e para comprovar efetividade de tratamentos de dor (Cleeland et al., 1988; Cleeland, 1990; Larue et al., 1991; Caraceni et al., 1996; Luo-Ping, 1999; Wang 1996). Geralmente, leva de 5 a 15 minutos para ser completado e é útil para uma variedade de populações de pacientes. É um bom instrumento para medida da dor em pacientes com deterioração progressiva (SOUZA; SILVA, 2005).

### 3.3.1.3 McGill

O questionário McGill ou *McGill Pain Questionnaire* é um instrumento multidimensional que fornece medidas quantitativas e permite comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da dor. O questionário foi elaborado em 1975 por Melzack, na Universidade McGill, em Montreal, Canadá, com o objetivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente. Esse é um dos questionários mais referenciados mundialmente e usados na prática clínica (SANTOS et al., 2006).

É compreendido por quatro categoriais divididas em vinte subcategorias que descrevem diferentes qualidades da dor. O sujeito entrevistado tem a opção de escolher uma palavra (ou nenhuma) que melhor retrate sua dor (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Das categorias, dez pertencem à dor sensorial (temporal, espacial, pressão em um ponto, incisão, compressão, tração, calor, vivacidade, surdez e sensorial geral), cinco à dor afetiva (cansaço, autonômica, medo, punição e desprazer), uma a dor subjetiva e quatro mistas/avaliativas (dor/movimento, sensorial, frio e emocional). Cada uma dessas categorias contém de duas a seis palavras que estão em ordem de intensidade. A palavra que representa a pontuação mais baixa de intensidade da dor equivale à pontuação “1” e assim por diante (CAMARGO et al., 2007).

Os valores das palavras escolhidas pelo paciente devem ser somados para se obter tanto o escore separado por categorias quanto o total. Os itens incluídos em cada dimensão foram:

$$1) \text{ Sensorial: } = \sum (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10)$$

$$2) \text{ Afetivo} = \sum (A11, A12, A13, A14, A15)$$

$$3) \text{ Subjetivo} = \sum (AV16)$$

$$4) \text{ Misto} = \sum (\text{M17, M18, M19, M20})$$

$$5) \text{ Escore total} = \sum (\text{S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, A11, A12, A13, A14, A15, AV16, M17, M18, M19, M20}).$$

#### 3.3.1.4 O European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

Para avaliação da QV foi utilizado o questionário EORTC QLQ-30, criado pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer, em 1986, àquela época denominada QLQ-C30 e disponível em três versões. A sua primeira forma, em 1987, apresentava 36 questões, posteriormente reduzida para 30. Em 1993 foi publicado o estudo que avaliava a fidedignidade e validade do EORTC QLQ-30 por Aaronson, Ahmedzair, Bergman e colaboradores (1993). No Brasil, esse estudo foi validado por Eloá Pereira Brabo (2001).

O questionário é usado para medir QV para todos os pacientes com câncer. Aborda vários aspectos da QV classificados em quinze domínios, incluindo cinco subescalas funcionais (física, papel emocional, cognitivo e social), três itens na subescala de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos), itens que avaliam sintomas (Dispneia, Anorexia, Insônia, Constipação e Diarreia), avaliação do impacto financeiro da doença e do tratamento e, por fim, as medidas de saúde global e qualidade de vida (Tabela 1). As questões solicitam que o paciente identifique o que lhe aconteceu na última semana. Em todas elas, exceto nas de números 29 e 30, o paciente seleciona uma entre as opções “não”, “pouco”, “moderado” ou “muito”, sendo que os valores de 1 a 4 são atribuídos para elas nesta ordem. Nas questões 29 e 30, há uma escala crescente de 1 (saúde ou qualidade de vida péssimas) a 7 (saúde e qualidade de vida excelentes). Todas as escalas e itens são transformados em escore de 0 a 100. Nas escalas funcionais e nas de estado de saúde/qualidade de vida, um escore alto representa um elevado nível de funcionamento ou de qualidade de vida. Nas escalas e itens de sintomas, um escore alto significa um nível elevado de sintomatologia ou problemas (WAN et al., 2008).

A determinação dos escores das escalas é feita da seguinte forma (Fayers et al., 2001):

1) Deve-se estabelecer o escore bruto (EB) de cada escala, que é composto pelo somatório do valor das alternativas assinaladas em cada questão/item dividido pelo número de respostas. As alternativas variam de 1 a 4, exceto as questões 29 e 30, como já abordado.

$$\mathbf{EB = \frac{q1 + q2 + q3 + \dots + qN}{N}}$$

N = número total de itens que compõem a escala/item.

2) Após estabelecer o EB, utiliza-se uma transformação linear para estabelecer os escores (S) para que se obtenha a média dos escores de 0 a 100.

3) Assim, realizam-se os seguintes cálculos:

$$\text{Escala funcional/qualidade de vida: } \mathbf{S = \{1 - [(EB-1)/diferença]\} \times 100}$$

$$\text{Escala de sintoma/itens: } \mathbf{S = \{(EB-1)/diferença\} \times 100}$$

$$\text{Estado global de saúde/QV: } \mathbf{S = \{(EB-1)/diferença\} \times 100}$$

O termo *diferença* é a distância numérica entre o máximo e o mínimo valor do EB. Muitos dos itens possuem escores que variam de 1 a 4, tendo-se, assim, a *diferença* 3. Já nos itens 29 e 30, a *diferença* é 6.

Tabela 1 - Componentes das escalas e itens do EORTC QLQ-30 versão 3.0

<b>Escala e itens</b>	<b>N<sup>a</sup> de itens</b>	<b>Diferença entre itens</b>	<b>Itens/Questões</b>
Estado global de saúde/QV	2	6	29 e 30
<b>Escalas Funcionais</b>			
Funcionamento físico	5	3	1 a 5
Desempenho de atividades	2	3	6 e 7
Funcionamento emocional	4	3	21 a 24
Funcionamento Cognitivo	2	3	20 e 25
Funcionamento social	2	3	26 e 27
<b>Escalas de sintomas/itens</b>			
Fadiga	3	3	10,12 e 18
Náuseas e Vômito	2	3	14 e 15
Dor	2	3	9 e 19
Dispnéia	1	3	8
Insônia	1	3	11
Perda de apetite	1	3	13
Constipação	1	3	16
Diarreia	1	3	17
Dificuldade financeira	1	3	28

Foi solicitada autorização para a EORTC para a utilização da versão em português validada para o Brasil do EORTC QLQ-30 (Anexo G).

### 3.4 ANÁLISE DE DADOS

Para que os objetivos desta pesquisa fossem atingidos, foi realizada, inicialmente, uma análise exploratória dos dados para conhecimento do comportamento das variáveis. Para a organização dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel® 2007* para

Windows. Já as análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 para Windows, da SPSS Inc.

A análise dos dados exigiu o recurso da estatística descritiva, onde se incluem as distribuições de frequência e percentagens, as medidas de tendência central (média e mediana) e as medidas de dispersão (desvios-padrão). Para as variáveis quantitativas, verificou-se a normalidade dos dados segundo o teste *Kolmogorov-Smirnov*. A fim de avaliar a associação entre as variáveis do inventário da dor, foi realizada *Correlação de Pearson* (neste estudo, foi considerado um nível de significância de  $p < 0,05$ ).

Para a avaliação dos resultados referentes ao questionário McGill, foi calculada a média e desvio-padrão segundo o *Pain Rating Index (PRI)*, ou seja, o Índice Quantitativo de Dor (Sensorial, Afetiva, Avaliativa e Miscelânea).

Com relação ao questionário EORTC-QLQ-30, a análise foi efetuada por meio do estudo da distribuição da amostra pelo tipo de resposta.

## 4 RESULTADOS

Os resultados obtidos serão apresentados da seguinte forma:

- 1) Caracterização sociodemográfica: com dados obtidos por meio do “Questionário sociodemográfico e clínico”.
- 2) Caracterização clínica e das respostas aos tratamentos: com dados obtidos por meio do “Questionário sociodemográfico e clínico”.
- 3) Dados sobre a dor: com dados obtidos pelos questionários “IBD” e “MPQ”.
- 4) Resultados sobre a qualidade de vida: com dados obtidos por meio do “EORTC QLQ-30”.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Dos 43 participantes iniciais, 17 foram excluídos conforme quadro abaixo, tendo no final 26 participantes que estavam em tratamento nos hospitais da rede pública do Distrito Federal.

Quadro 1. Número de sujeitos da pesquisa



Dos entrevistados, em sua maioria mulheres homens (65,4%). 46,2% dos entrevistados se identificaram como possuindo cor da pele parda, 34,6% caucasiana e 19,2% negra.

A idade dos participantes teve média de 57,92 ( $\pm$  12,47) e mediana de 56,50. A maioria (53,7%) é nascida em estados do Nordeste, enquanto 15,4% são naturais do próprio Distrito Federal. São domiciliados 80,7% no próprio Distrito Federal ou em Goiás.

Quanto à formação acadêmica, 69,3% apresentavam ensino fundamental ou médio, 15,4% concluíram o ensino superior e 11,5% são analfabetos. Com relação às atividades laborais, 42,3% estão aposentados por idade ou pela doença. A renda mensal teve mediana de 1 salário mínimo, sendo que somente 25% dos entrevistados recebiam acima de 2,75 salários mínimos. Quanto aos antecedentes pessoais, 73,1% fumavam, 69,2% consumiam bebidas alcoólicas, 34,6% apresentavam hipertensão arterial e 19,2% tinham algum tipo de doença pulmonar.

Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).

CARACTERÍSTICA	Participantes (n=26)	
	nº	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	9	34,6
Masculino	17	65,4
<b>Etnia</b>		
Pardo	12	46,2
Branco	9	34,6
Negro	5	19,2
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	3	11,5
Ensino Fundamental	12	46,2
Ensino Médio	6	23,1
Ensino Superior	4	15,4
Não respondeu	1	3,8
<b>Profissão</b>		
Aposentado	11	42,3
Do lar	3	11,5

Continuação da Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>CARACTERÍSTICA</b>		
<b>Profissão</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Desempregado	2	7,7
Pescador	1	3,8
Eletricista	1	3,8
Auxiliar de Enfermagem	1	3,8
Pedreiro	1	3,8
Diarista	1	3,8
Produtor	1	3,8
Construção Civil	1	3,8
Jornalista	1	3,8
Professor	1	3,8
Autônomo	1	3,8
	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Idade (anos)	57,9	12,7
	<b>Mediana</b>	<b>P25 - P75</b>
Renda (salários mínimos)	1	1 - 2,75

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES E DAS RESPOSTAS AOS TRATAMENTOS

Na tabela 3, ao se referir à localidade da ferida, estava exposta em 53,9% dos entrevistados. O diagnóstico médico estava 23,1% na laringe, 23,1% na pele e 19,2% na língua, 11,5% na mama, seguidos de ouvido, sistema nervoso central e leiomiossarcoma, cada um com 3,8%, mostrando que 84,7% da amostra possuíam câncer de cabeça e pescoço.

Quanto ao tipo de tratamento para o câncer, 65,4% estavam em tratamento concomitante de quimioterapia e radioterapia. As principais complicações relacionadas à radioterapia foram radiodermites (47,6%), descamação (28,6%) e eritema (23,8%). Já as relacionadas à quimioterapia foram náuseas (63,6%), vômitos (50%) e diarreia (22,7%).

Tabela 3 – Caracterização da localidade, diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).

CATEGORIA	Participantes (n=26)	
	nº	%
<b>Localidade da ferida</b>		
Cervical	10	38,5
Língua	4	15,4
Mama	2	7,7
Axila	1	3,8
Cabeça+Flanco D	1	3,8
Lombar	1	3,8
MMII	1	3,8
Ouvido	1	3,8
Prega Vocal	1	3,8
Mento	1	3,8
Têmpora	1	3,8
Tórax anterior	1	3,8
Tórax posterior	1	3,8
<b>Diagnóstico médico</b>		
Laringe	6	23,1
Pele	6	23,1
Língua	5	19,2
Mama	3	11,5
Mandíbula	1	3,8
Ouvido	1	3,8
Prega vocal	1	3,8
SNC	1	3,8
Hipofaringe	1	3,8
Leiomioma	1	3,8
<b>Tratamento</b>		
Radioterapia	3	11,5
Quimioterapia	2	7,7
Radioterapia e Quimioterapia	17	65,4

Ao serem indagados sobre os sintomas apresentados durante o tratamento, 80,8% afirmaram que perderam ou ganharam peso, 61,5% relataram que apresentavam algum tipo de complicação na pele (erupções, processo infeccioso, radiodermite etc), 50% dos entrevistados apresentavam alteração no sono e 42,3% apresentavam gânglios aumentados (Tabela 4).

Tabela 4 - Sintomas referidos pelos pacientes oncológicos com feridas tumorais em tratamento (Brasília – DF, Brasil, 2013).

SINTOMAS APRESENTADOS	Participantes (n=26)	
	nº	%
<b>Gastrointestinais</b>		
Sim	21	80,7
Não	5	19,3
<b>Psiquiátrico</b>		
Sim	13	50,0
Não	13	50,0
<b>Respiratório</b>		
Sim	6	23,1
Não	20	76,9
<b>Pele</b>		
Sim	16	61,5
Não	10	38,5
<b>Geniturinário</b>		
Sim	2	7,7
Não	24	92,3
<b>Neurológico</b>		
Sim	3	11,5
Não	23	88,5
<b>Aumento de gânglios</b>		
Sim	11	42,3
Não	15	57,7
<b>Metabólico</b>		
Sim	21	80,8
Não	6	19,2

### 4.3 DADOS SOBRE A DOR

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

Ao serem perguntados se sentiam dor, 18 participantes (69%) afirmaram viver com esse sentimento. Destes, 16 referiram dor relacionada às feridas tumorais e 2 referiram dor relacionada a implantação do cateter e ao nervo ciático. Os medicamentos utilizados (Tabela 5) foram Dipirona (24,3%), Paracetamol mais Codeína (21,6%), Tramadol (5,4%), Morfina (21,6%), Fentanil intradérmico (5,4%) e, como adjuvantes, Amitripilina (2,7%) e Gabapentina (5,4%). Afirmaram não fazer uso de medicamentos (13,5%), 24,3% usavam para dor leve, 27% para dor moderada, 27% para dor intensa e 8,1% usavam adjuvantes.

Tabela 5 – Lista de medicamentos utilizados (Brasília – DF, Brasil, 2013).

MEDICAMENTO	Nº	%
Dipirona	9	24,3
Morfina	8	21,6
Tilex	7	18,9
Não	5	13,5
Fentanil	2	5,4
Tramadol	2	5,4
Gabapentina	2	5,4
Paco	1	2,7
Amitripilina	1	2,7

A frequência da dor foi considerada, por 63,2% dos entrevistados, como diária, sem horário específico e sem predominância de período (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da frequência e período da dor de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).

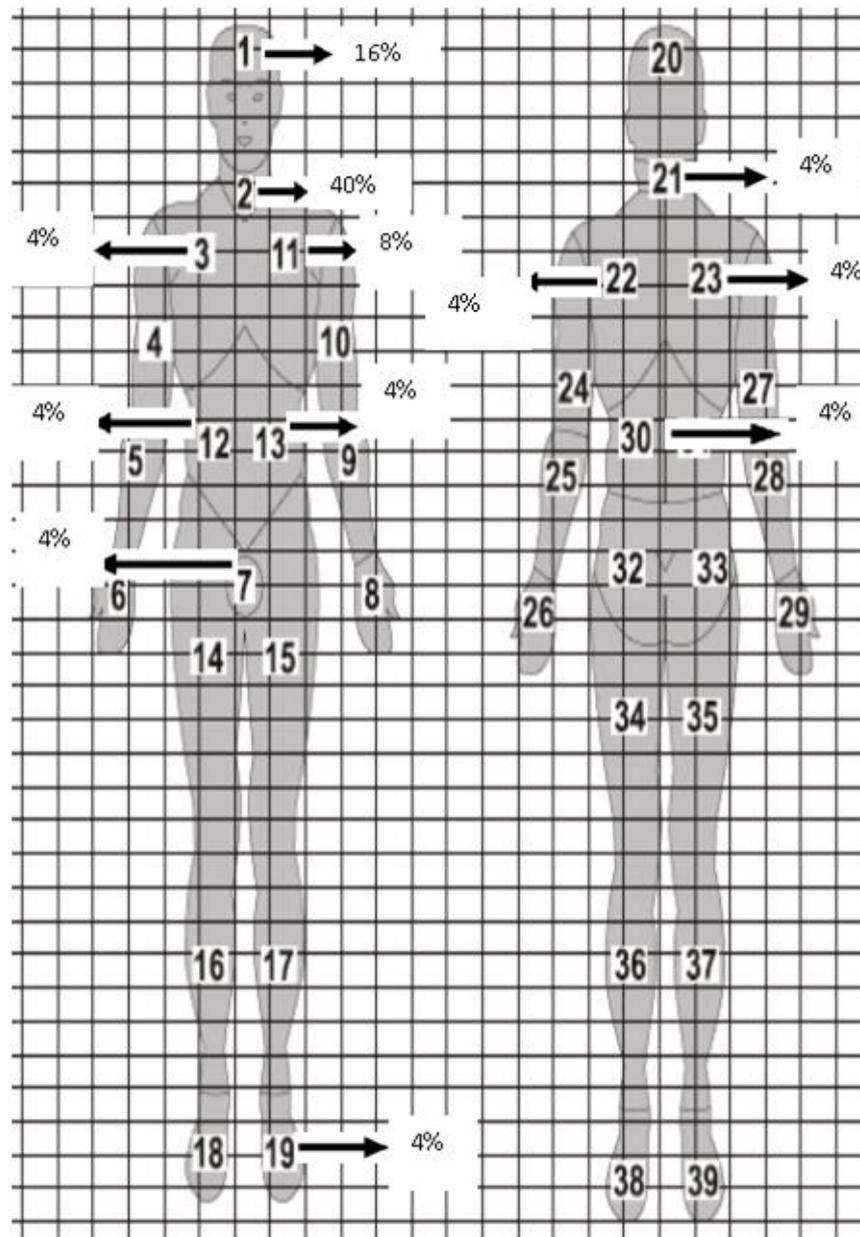
<b>DOR</b>	<b>%</b>
<b>Frequência</b>	
Diária	63,2
A cada 2/3 horas	5,3
Outras	31,6
<b>Turno Predominante</b>	
Manhã	0,0
Tarde	0,0
Noite	21,0
Não há	79,0

#### 4.3.1 Resultados do IBD

A primeira pergunta do IBD refere-se a dor diferente daquela sentida pela maioria das pessoas, como, por exemplo, cefaleia, dor de dente etc. Dos que acusaram sentir dor, 70% responderam que não sentiram dores diferentes.

No diagrama descrito no inventário (Fig. 4), foi solicitado que os participantes apontassem onde sentiam dor. Nota-se que os pontos com incidência da dor são 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 19, 21, 22, 23 e 30 correspondentes a cabeça e cervical, mamas, virilha, tórax anterior e posterior e perna esquerda.

Figura 4 - Diagrama corporal do IBD



As seguintes questões foram sobre a intensidade da dor e sua interferência nas últimas 24 horas, escores de 0 a 10.

Tab. 7 – Distribuição da intensidade da dor e da interferência de pacientes oncológicos com feridas tumorais (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>INTENSIDADE</b>	<b>Média dos escores</b>	<b>DP</b>
Pior dor	4,85	3,96
Dor Fraca	2,35	2,70
Média da Dor	4,15	3,30
Dor Agora	2,10	3,28
Alívio pelos remédios	51,00	42,17
<b>INTERFERÊNCIA</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Atividade Geral	6,05	4,88
Humor	5,15	4,91
Habilidade de Caminhar	4,40	4,85
Trabalho	7,00	4,70
Relacionamento	3,75	4,46
Sono	3,90	4,28
Apreciar a Vida	3,90	4,92

Correlação entre os dados sobre intensidade da dor e interferência causada pela mesma (Tabela 8).



Com o IBD, foi possível observar a interferência da dor em atividades do cotidiano e laboral, em uma escala de zero a dez. A dor interfere, principalmente, na atividade geral ( $6,05 \pm 4,88$ ), trabalho ( $7,0 \pm 4,7$ ) e relacionamento ( $8,25 \pm 4,46$ ). Escores menores foram encontrados no humor, habilidade para caminhar, sono e apreciar a vida.

A *correlação de Pearson* para as variáveis “Pior dor” e “Dor fraca” foi significativa, mostrando que existe uma associação diretamente proporcional, ou seja, quanto maior o paciente avalia sua “pior dor”, maior também tende a ser a avaliação da “dor fraca”. A intensidade dessa correlação mostrou-se forte ( $P=0,802$ ), sendo significativa para avaliar a média da dor ( $P=0,711$ ), causando interferência considerável na atividade geral e humor ( $p=0,001$ ) e no trabalho ( $p=0,003$ ), tendo associação mais fraca com a variável sono ( $p=0,30$ ) e apreciar a vida ( $p=0,28$ ).

A correlação com a “dor fraca” e a “média da dor” foi extremamente significativa ( $P=0,762$ ) e  $p=0,000$ .

A variável “média da dor” teve correlação significativa para “atividade geral” ( $p=0,711$  e  $p=0,001$ ), “humor” ( $P=0,720$  e  $p=0,000$ ), “trabalho” ( $P=0,744$  e  $p=0,000$ ), “apreciar a vida” ( $P=0,689$  e  $p=0,001$ ).

A variável “dor” teve correlação significativa existindo associação diretamente proporcional com as variáveis “habilidade de executar atividade” ( $P=0,549$  e  $p=0,015$ ), “humor” ( $P=0,660$  e  $p=0,002$ ), “sono” ( $P=0,752$  e  $p=0,000$ ) e “apreciar a vida” ( $P=0,804$  e  $p=0,000$ ), mostrando que a dor referida no momento é capaz de interferir na execução de atividades, podendo gerar alterações no humor, ocasionando futuramente alterações no sono e na habilidade de apreciar a vida.

Uma variável que chamou a atenção foi “alívio pelo tratamento”, ou seja, a porcentagem de alívio recebida após medicamento analgésico obteve média de 51%. Pacientes que indicaram “dor agora” tiveram média de  $2,10 \pm 3,28$ . Os dados mostram que apenas 27% faziam uso de medicação para “dor moderada” e outros 27% para “dor intensa ou severa”, mostrando ainda que 63,2% afirmaram conviver com a dor diariamente e 79% não possuem um turno predominante para a mesma, retornando à questão do sub-tratamento para dor.

#### **4.3.2 Resultados do MPQ**

Na categoria “Sensorial” (Tabela 9), composta por dez subcategorias, os descritores mais escolhidos foram: “pulsante” (41,7%), “latejante” (41,7%), “pontadas” (75%),

“agulhada” (55,6%), “fina” (8,3%), “beliscão” (54,5%), “fisgada” (63,6%), “queimação” (38,5%), “coceira” (70%), “pesada” (46,2%), “esticada” (25%), “pesada” (25%) e “doída” (25%)”.

Tabela 9 – Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria sensorial (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>DESCRITORES</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Temporal</b>		
Vibração	1	8,3
Tremor	1	8,3
Pulsante	5	41,7
Latejante	5	41,7
<b>Espacial</b>		
Pontada	9	75
Choque	3	25
<b>Pressão-Ponto</b>		
Agulhada	5	55,6
Facada	2	22,2
Punhalada	1	11,1
Em Lança	1	11,1
<b>Incisão</b>		
Fina	10	83,3
Cortante	2	16,7
<b>Compressão</b>		
Beliscão	6	54,5
Aperto	1	9,1
Mordida	2	18,2
Esmagamento	2	18,2
<b>Tração</b>		
Fisgada	7	63,6
Puxão	3	27,3
Em torção	1	9,1

Continuação da Tabela 9 – Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria sensorial (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>DESCRITORES</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Vivacidade</b>		
Formigamento	1	10
Coceira	7	70
Ardor	1	10
Ferroadada	1	10
<b>Calor</b>		
Calor	3	23,1
Queimação	5	38,5
Fervente	1	7,7
<b>Surdez</b>		
Mal localizada	1	7,7
Dolorida	3	23,1
Machucada	3	23,1
Pesada	6	46,2
<b>Geral</b>		
Sensível	2	16,7
Esticada	3	25
Esfoliante	1	8,3
Doída	3	25
Pesada	3	25

Na categoria “Afetivo” (Tabela 10), composta por 5 subcategorias, os descritores mais escolhidos foram: “cansativo” (50%), “exaustiva” (50%), “enjoado” (66,7%), “amedrontadora” (57,1%) “atormenta” (83,3%) e “miserável” (71,4%).

Tabela 10 – Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria afetiva (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>DESCRITORES</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Cansaço</b>		
Cansativa	6	50
Exaustiva	6	50
<b>Autônoma</b>		
Enjoada	4	66,7
Sufocante	2	33,3
<b>Medo</b>		
Amedrontadora	4	57,1
Apavorante	2	28,6
Aterrorizante	1	14,3
<b>Punição</b>		
Castigante	1	16,7
Atormenta	5	83,3
<b>Desprazer</b>		
Miserável	5	71,4
Enlouquecedora	2	28,6

Na categoria “Subjetiva” (Tabela 11), o descritor mais escolhido foi “chata” (50%).

Tabela 11 – Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria subjetiva (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>DESCRITORES</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Chata	6	50
Que incomoda	2	16,7
Insuportável	4	33,3

Na categoria “Avaliativa” (Tabela 12), composta por 4 subcategorias, os descritores elegidos foram “penetra” (50%), “repuxa” (30%), “rasga” (30%), “aborrecida” (33,3%), “dá náuseas” (33,3%) e “torturante” (33,3%).

Tabela 12 – Distribuição da frequência e percentuais dos descritores do MPQ por categoria avaliativa (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>DESCRITORES</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Movimento</b>		
Espalha	1	10
Irradia	3	30
Penetra	5	50
Atravessa	1	10
<b>Sensorial</b>		
Aperta	2	20
Adormece	1	10
Repuxa	3	30
Espreme	1	10
Rasga	3	30
<b>Frio</b>		
Congelante	1	100
<b>Emocional</b>		
Aborrecida	3	33,3
Dá náuseas	3	33,3
Torturante	3	33,3

Dos descritores verbais da categoria “sensorial”, não foram escolhidos “pancada”, “batida”, “tiro”, “estraçalha”, “cólica” e “doída”. Todos os descritores afetivos foram escolhidos. Os descritores subjetivos “forte” e “desgastante” e os avaliativos “fria”, “gelada”, “agonizante” e “pavorosa” não foram escolhidos.

Com os 78 descritores do MPQ, o PRI foi de 31,2, com mínimo de 22 e máximo de 55 pontos. Assim, o PRI mostra que as categorias mais recorrentes foram a “Sensorial” e a “Avaliativa” (Tabela 13).

Tabela 13 – Valores mínimos, máximos, medianos e médios ponderados do índice de avaliação de dor (Brasília – DF, Brasil, 2013).

<b>PRI</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Sensorial	17,5	18,9	17,5	12	30
Afetivo	3,5	4,07	3,5	1	9
Subjetivo	1	1,85	1	1	5
Avaliativa	5,5	6,35	5,5	1	18
Total	29	31,21	29		

#### 4.4 RESULTADOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Os dados foram contabilizados nas escalas funcionais, de estado de saúde geral e de sintomas.

A Tabela 14 mostra a média da qualidade de vida apontada pelos pacientes. A QV global foi  $61,5 \pm 24,4$ . Entre as escalas funcionais, as médias variaram de 32,1 a 56,4, exceto função cognitiva (82,0), demonstrando um nível pouco satisfatório. Na função desempenho de papel, a media encontrada foi a mais baixa ( $32,1 \pm 16,7$ ) seguido de função social ( $52,8 \pm 44,6$ ), função emocional ( $55,8 \pm 34,1$ ) e função física ( $56,4 \pm 36,8$ ).

Na escala de sintomas, houve comprometimento na seguinte ordem: “fadiga” (56%), “dor” (50%), “insônia” (44,9%), “dificuldade financeira” (43,6%), “constipação” (29,5%), “náuseas e vômitos” (28,2%), “falta de apetite” (25,6%), “dispneia” (7,7%) e “diarreia” (2,6%).

Tabela 14 – Resultado do questionário QLQ-30 (Brasília – DF, Brasil, 2013).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Saúde/QV Global	0,0	100,0	61,5	24,4
Função Física	0,0	100,0	56,4	36,8
Desempenho de Papel	0,0	100,0	32,1	37,4
Função Emocional	0,0	100,0	55,8	34,1
Função Cognitiva	0,0	100,0	82,0	27,2
Função Social	0,0	100,0	52,6	44,6
<b>Sintomas</b>				
Fadiga	0,0	100,0	56,0	36,2
Náusea e Vômito	0,0	100,0	28,2	36,1
Dor	0,0	100,0	50,0	42,7
Dispneia	0,0	66,7	7,7	19,6
Insônia	0,0	100,0	44,9	45,2
Falta de Apetite	0,0	100,0	25,6	39,2
Constipação	0,0	100,0	29,5	40,4
Diarreia	0,0	33,3	2,6	9,1
Dificuldade Financeira	0,0	100,0	43,6	49,7

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 ANÁLISE DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Ao relacionar dados da amostra com outros estudos, características socioeconômicas como maior número de entrevistados como média da idade ( $57,9 \pm 12,3$ ), nível educacional (77,2% com grau de instrução até nível fundamental), uso de álcool (61,4%) e uso de tabaco (65,4%) são semelhantes aos apresentados por Oliveira et al., (2014).

Neste estudo o sexo masculino esteve presente em 65,4% dos entrevistados pode ser explicado pela American Cancer Society (2001) que o câncer de cabeça e pescoço presente em 84,7% atinge predominantemente a faixa etária acima dos 50 anos de idade, numa proporção de 4 homens para 1 mulher. Recente estudo (Curado e Hashibe, 2009) descreve um aumento do número de mulheres e um decréscimo no número de homens relativo à incidência de câncer de cabeça e pescoço.

A média da idade dos entrevistados deste estudo foi semelhante aos dados da *American Cancer Society*, que diz que 77% de todos os cânceres são diagnosticados com 55 anos ou mais e que o envelhecimento é, por si só, um fator de risco para a incidência das neoplasias, pois deixa os indivíduos mais suscetíveis às transformações malignas (Cervi; Hermsdorff; Ribeiro, 2005).

Dentre os entrevistados, 73,1% afirmaram terem sido tabagistas e 69,2% consumiam álcool antes do diagnóstico da doença. Kumar et al., (2008) demonstraram que a cessação do tabagismo reduz, mas não elimina o risco de desenvolvimento de câncer. O risco pode aumentar diretamente com a concentração de álcool. Este age como solvente e, assim, aumenta a exposição da mucosa a agentes carcinogênicos, elevando a absorção celular dos mesmos. O acetaldeído, um metabólito do álcool, pode formar adutos de DNA que interferem na síntese e reparo do DNA (PÖSCHL e SEITZ, 2004). Segundo Marur e Forastiere (2008), o fumo associado ao consumo de álcool eleva em 40 vezes o risco de CEC de cabeça e pescoço.

Além disso, o baixo grau de escolaridade está associado à maior vulnerabilidade para o câncer. Pesquisa realizada por Noce e Rebelo (2008) no Hospital do Câncer do Inca constatou-se que 61% dos pacientes possuíam o primeiro grau incompleto e 13,2% eram analfabetos. Resultado semelhante ao do estudo de Silva et al., (2009), de 13,6% dos pacientes analfabetos e 50% com primeiro grau incompleto, e neste levantamento (46,2% com grau de instrução até o ensino fundamental).

Com relação aos dados estatísticos do câncer, projeção realizada por Brasil (2014) chegou à carga global de 21,4 milhões de novos casos diagnosticados e 13,2 milhões de mortes por câncer em 2030, consequência direta do crescimento e envelhecimento da população, propiciadas pelas reduções da mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento.

Nesta pesquisa, os diagnósticos médicos de maior incidência foram câncer de laringe (23,1%) e pele (23,1%). De acordo com Brasil (2014), no Brasil, estimam-se 6.870 casos novos de câncer de laringe em homens e 770 em mulheres para o ano este ano.

O risco estimado para esse câncer é de 7,03 casos a cada 100 mil homens e de 0,75 a cada 100 mil mulheres. Quase 95% dos casos de câncer de laringe são do tipo histológico carcinoma de células escamosas. Observam-se ainda, em menor frequência, os adenocarcinomas e alguns sarcomas (condrossarcomas). Este tipo de câncer é causado pela associação de álcool e tabaco, tendo como outros fatores: histórico familiar, má alimentação, situação socioeconômica desfavorável, inflamação crônica da laringe causada pelo refluxo gastroesofágico, HPV e exposição a produtos químicos, pó de madeira, fuligem ou poeira de carvão e vapores da tinta (BRASIL, 2014).

Brasil (2014) espera que no ano de 2014, 98.420 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 83.710 nas mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 100,75 casos novos a cada 100 mil homens e 82,24 a cada 100 mil mulheres.

O câncer de pele tem distribuição universal e costuma apresentar-se sob três principais formas: melanoma, carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular (ou epidermóide). Os carcinomas basocelular e epidermóide são também conhecidos como câncer de pele não melanoma, tipo mais frequentes de câncer de pele e câncer mais frequente na população de pele clara. A exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco para o surgimento dos cânceres de pele melanoma e não melanoma. O carcinoma epidermóide ocorre quase exclusivamente em áreas expostas continuamente à radiação solar, enquanto o carcinoma basocelular pode ocorrer em áreas do corpo expostas à radiação solar de forma intermitente. Para o melanoma, a presença de numerosos nevos cutâneos aumenta o risco (BRASIL 2014).

O terceiro diagnóstico médico mais incidente foi a língua (19,2%). Estima-se, de acordo com Brasil (2014), 11.280 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010

em mulheres no Brasil em 2014. Tais valores correspondem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres.

Os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são: tabagismo, etilismo, infecções por HPV, principalmente pelo tipo 16, e exposição à radiação UVA solar (câncer de lábio). Contudo, entre tais fatores, destacam-se o tabagismo e o etilismo. Estudos mostram um risco muito maior de desenvolver câncer na cavidade oral em indivíduos tabagistas e etilistas do que na população em geral, evidenciando a existência de uma sinergia entre o tabagismo e o etilismo. Ressaltam ainda um aumento no risco de acordo com o tempo que a pessoa fuma, com o número de cigarros fumados por dia e com a frequência de ingestão de bebidas alcoólicas. As taxas de incidência para câncer de cavidade oral relacionado à infecção pelo HPV, como amígdala, base da língua e orofaringe, vêm aumentando entre a população de adultos jovens em ambos os sexos. Parte desse aumento pode ser em razão de mudanças no comportamento sexual. (BRASIL, 2014).

No que concerne à exposição da ferida tumoral, mais da metade dos entrevistados detinham em áreas expostas do corpo (53,9%) levando a dano à sua imagem corporal especialmente às mulheres. A elaboração da imagem corporal pelas pessoas pode ser considerada um fenômeno multidimensional, pois envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afeta as emoções, pensamentos e o modo de as pessoas relacionarem-se com os outros, influenciando intensamente a qualidade de vida delas (PRUZINSKY E CASH, 2002).

Entende-se que a imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal experienciada por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável (SCHILDER, 1999).

Além da imagem corporal prejudicada, Bauer, Gerlach e Doughty (2000) asseguram que as feridas tumorais também afetam a visão contínua do seu quadro clínico ao evidenciar que o aparecimento das mesmas pode significar um tratamento ineficaz, o avanço incurável da doença ou até mesmo o fim da vida.

Assim, Agra et al., (2013) deve-se minimizar os desconfortos físicos e problemas sociais, psíquicos e emocionais que podem ser por esse quadro, tornando-se mais acentuados na ocorrência de feridas tumorais. Além disso, fatores como idade, tabagismo, doenças crônicas e tratamento antineoplásico concomitante podem acarretar alterações no processo de cicatrização nesse tipo de paciente (AMARAL; PULIDO; SANTOS, 2012).

Quanto aos sintomas referidos decorrentes do tratamento, os de ordem metabólica causados por ganho ou perda de peso (80,8%) e as gastrintestinais (80,0%) como diarreia, vômito, anorexia e náusea, são condizentes com outros estudos (Pirri et al., 2012; Fernández-Ortega et al., 2012; Gozzo et al., 2013) evidenciando que são estes os efeitos colaterais mais comuns no tratamento quimioterápico.

## 5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor visa a aferir qualidade, duração e impacto na esfera psico-afetiva, além de determinar sua intensidade. Tem a finalidade de auxiliar no diagnóstico, ajudar na escolha da terapia e quantificar a efetividade da terapêutica implementada (MAIANI e SANAVIO, 1985; MELZACK, 1987).

Neste estudo, a dor afetou significativamente a maioria das atividades diárias dos pacientes com câncer, como o sono, o apetite, a atividade física e relacionamentos com outras pessoas. Fato semelhante foi compartilhado no estudo da Kuzeyli et al., (2005), que relatou que a dor contínua e descontrolada teve efeito prejudicial em praticamente todos os aspectos da vida do paciente e que pode produzir ansiedade e sofrimento emocional, reduzir o bem-estar e interferir na capacidade funcional dos pacientes.

Dhingra et al., (2011) em seu estudo com 170 pacientes, chegou, por meio do questionário IBD, a níveis para “dor média” nas últimas 24 horas de  $2,4 \pm 1,7$  (escala de 0-8) e escore para “pior dor” nas últimas 24 horas de  $4,7 \pm 2,4$ . Os índices para “dor média” foram inferiores em relação ao encontrado neste estudo ( $4,15 \pm 3,28$ ). Entretanto, o escore para “pior dor” é semelhante ao deste estudo.

Ferreira et al., (2011), em seu estudo sobre a validação do IBD, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo com 143 participantes, obteve escores de dor e sua interferência nas últimas 24 horas similar ao encontrado no presente estudo.

Uma variável que chamou a atenção foi “alívio pelo tratamento”, ou seja, se houve alívio da dor após o uso de medicação analgésica. A média obtida foi de 51%. A “dor agora” obteve escore de  $2,10 \pm 3,28$ , podendo ser enquadrada tanto como “dor leve” (1-3) como “dor moderada” (4-6), mostrando que há indícios que os pacientes não estavam recebendo medicação analgésica suficiente para alívio da dor. Ainda que 27% dos medicamentos relatados tenham sido utilizados objetivando eliminar a “dor moderada” e 27% para “dor intensa ou severa”, os 63,2% dos participantes revelaram conviver diariamente com dor, sem

turno predominante (79%), indicando, provavelmente, que os pacientes estão sendo subtratados para dor.

Ainda sobre o tratamento, a utilização de opióides fracos foi de extrema importância, por exemplo, a utilização da codeína por 21,6% dos entrevistados. A OMS elegeu a codeína como o fármaco-padrão do segundo degrau da escada analgésica. Suas vantagens são: menor incidência de vômitos, tratamento da tosse, além de se apresentar também sob a forma de solução oral. Como desvantagens, temos uma maior incidência de constipação e os intervalos curtos entre as doses (BRASIL, 2001).

No quesito opióides fortes, foram usados morfina (21,6%) e fentanil intradérmico (5,4%). O fentanil apresenta algumas vantagens, pois, apesar de causar os mesmos efeitos colaterais da morfina, tem a constipação, a sedação e a náusea menos intensas (em alguns pacientes) e seus usos são mais apropriados para as situações em que o paciente possui intolerância à morfina e/ou incapacidade de realizar ingestão oral de medicamentos devido à própria evolução da doença (BRASIL, 2001).

Trabalhos realizados por Te Boveldt et al., (2013), tiveram 428 participantes, dos quais 167 destes relataram dor. 26% relataram sua “pior dor” em níveis moderados e 24% em níveis severos. Portanto, identificaram que 83 dos 428 participantes referiram dor moderada a severa. A mediana da “pior dor” foi 4.0, da “dor fraca” 2.0, da “dor média” 4.0 e da “dor atual” 2.0. Os autores mostraram que mais de um terço de todos os participantes relataram dor. Metade desses teve tratamento analgésico inadequado. Além disso, a alta intensidade de dor interferiu fortemente nas atividades diárias e ainda 10% - 33% dos pacientes com dor leve, cujo nível de dor não é usualmente tratado com opióides, experimentaram moderada a grave interferência nas atividades diárias. Alta intensidade da dor atual e alta interferência nas atividades diárias gerais foram relacionadas a dor de moderada a severa.

Gordon e Rudin (2005); Shen et al., (2008), em seus estudos também revelaram altos níveis de “dor agora” e “pior dor”. McGuire (2004); Goudas et al., (2005); Van den Beuken et al.,(2007); Portenoy e Lesage, (1999), em seus estudos, demonstraram que a interpretação de índices de satisfação em manejo da dor é influenciada por vários fatores, entre eles: o fato de não estar tendo um tratamento adequado para dor, pode ser questionado se os pacientes estão tendo uma boa relação com a equipe médica ou a equipe de enfermagem.

O recebimento da informação é fundamental no tratamento. A comunicação é uma ferramenta indispensável para o cuidado e deve ser relatada de forma clara e objetiva.

A equipe de enfermagem precisa estar preparada, disposta e envolvida para entender que a comunicação tem um papel significativo e para estabelecer essa relação precisa reconhecer que o paciente oncológico necessita de um cuidado humanizado com informações adequadas e que as ações sejam direcionadas para melhor atender ao processo saúde e doença, suprimindo assim as necessidades tanto do paciente quanto do acompanhante, nos diferentes níveis de atenção com o objetivo de buscar qualidade de vida (BRASIL, 1999).

Em relação ao questionário MPQ, a categoria sensorial é formada por palavras e expressões que descrevem aspectos físicos sensoriais da experiência dolorosa. Boreau et al., (1990) sugerem que pacientes que sofrem de dor neuropática apresentam preferências por descritores sensoriais das subcategorias: temporal, espacial, pressão-ponto, calor entre outras. A categoria sensorial foi a que obteve maior pontuação. Assim, a dor foi caracterizada como “pulsante”, “latejante”, “pontadas”, “agulhada”, “fina”, “beliscão”, “fisgada”, “queimação”, “coceira”, “pesada”, “esticada” e “doída”.

Descritores para dor oncológica câncer foram inicialmente descritas por Payne (1987) e Payne (1989) que observaram que a dor somática ou nociceptiva ocorrem como resultado da ativação de nociceptores na pele ou em tecidos profundo. Estes receptores sensoriais são sensíveis para tumores de tecido danificados ou liberação química e que são predominantes na pele, músculos e tecido conjuntivo, bem como vísceras torácica e abdominal.

Tipos de dor somática e visceral são classificados como nociceptiva. Considerando-se que, dor somática é bem localizada, dor visceral é profunda e mal localizada. Payne (1987) observou que a dor visceral, resulta da infiltração, compressão, distensão, ou alongamento das vísceras torácicas e abdominais.

A dor neuropática envolve lesão do sistema nervoso periférico e / ou central que leva a fibra sensorial e alterações moleculares (Chang et al., 2006). Especialistas em dor, Payne (1989), Portenoy (1997), Boureau et al.,(1990) e Stute et al.,(2003) classificaram descritores para dor que estão presentes no MPQ em descritores para dor neuropática e nociceptiva. Para nociceptiva, têm se “latejante”, “mordida”, “cólica” e “doída”, Para neuropática, “choque”, “tiro”, “agulhada”, “punhalada”, “queimação”, “formigamento”, “coceira”, “adormece”, “rasga” e “fria”.

O fato dos pacientes entrevistados referirem dor neuropática torna-se mais difícil de ser tratada que nociceptiva. A dor neuropática é de difícil tratamento e em geral há necessidade de associação de terapias farmacológicas e não farmacológicas para seu controle adequado (Jensen e Finnerup, 2007). O uso de opioides fortes em pacientes com dor

neuropática apresenta resposta variável e menor efetividade. Dworkin et al., (2007) demonstraram que para o controle da dor neuropática são necessárias doses elevadas de opioides com conseqüente aumento na incidência de efeitos adversos. A associação de fármacos, como anticonvulsivantes e/ou antidepressivos, opioides e corticoides, é a melhor forma de tratamento desse tipo de dor, devendo, portanto, ser uma estratégia estimulada para seu melhor controle.

Em um estudo americano (Dobratz, 2009) que determinava palavras de ordem nociceptivas e neuropáticas em pacientes com câncer avançado, obtiveram palavras semelhantes quanto às que não foram selecionadas pelos pacientes, como: “estraçalha”, “pancada” e “pavorosa”.

### 5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

O questionário utilizado apontou no quesito qualidade de vida global, a média de  $61,5 \pm 24,4$ , média similar a referência do valor global preconizado pela EORTC ( $61,3 \pm 24,2$ ) para todos os tipos de câncer (Scott et al., 2008). Valor similar encontrado em diversos estudos utilizando o mesmo questionário (Vergara et al., 2013; Almeida et al., 2013).

Na escala funcional, a função cognitiva obteve maior média ( $82 \pm 27,2$ ), seguido de função social ( $52,6 \pm 44,6$ ) e desempenho de papel ( $32 \pm 37,4$ ) com a menor média. Mar et al., (2002) em estudo brasileiro acharam dados semelhantes em comprometimento nas funções física (91%), social (86%), cognitiva (85%).

Scott et al., (2008) descrevem em seu estudo valores de referências para qualidade de vida segundo o questionário EORTC-QLQ30 para todos os tipos de câncer, sendo esses: função física ( $76,7 \pm 23,2$ ), desempenho de papel ( $70,5 \pm 32,8$ ), função emocional ( $71,4 \pm 24,2$ ), função cognitiva ( $82,6 \pm 21,9$ ) e função social ( $75,0 \pm 29,1$ ). Deve-se atentar para as diferenças entre as populações das quais as amostras se originam: Holanda, Alemanha, Noruega e Brasil entre outras. Dos dados demonstrados, apenas há compatibilidade, neste estudo, na função cognitiva.

Os comprometimentos das funções social e emocional estão relacionados à presença de feridas tumorais, em 53,9% localizada em locais expostos do corpo e a localidade do câncer ser em 84,7% de cabeça e pescoço.

Vários estudos (Buchaman et al., (2013), Neilson et al., (2013); Gil et al., (2012)) têm mostrado que o estresse psicossocial ocorre em alguns pacientes de cabeça e pescoço após

tratamento. Os sintomas mais comuns são a angústia psicossocial e a depressão. A presença destes sintomas não necessariamente indica que um indivíduo tem depressão clínica. A presença de múltiplos sintomas, no entanto, necessita uma avaliação mais aprofundada para diagnóstico médico.

Na escala de sintomas, a fadiga obteve maior média ( $56\pm 36,2$ ), seguida de dor ( $50\pm 42,7$ ). De acordo com *National Cancer Comprehensive Network* (NCCN) (2010), o sintoma da fadiga relacionada ao câncer é definido como um sintoma persistente, um senso subjetivo de cansaço relacionado de cansaço físico, emocional e cognitivo ou exaustão relacionada ao câncer ou ao seu tratamento que não seja proporcional à atividade realizada recentemente a qual poderia interferir com a capacidade funcional usual do paciente. A fadiga relacionada ao câncer é o sintoma mais prevalente na doença, sendo relatado por cerca de 50 - 90% dos doentes com câncer (HOFMAN et al., 2007) .

Parker et al, 2008; Cleeland et al., 2003; Collado-Hidalgo et al., 2006; Scott et al., 2002; Fan et al., 2005 afirmam que entre os mecanismos descritos sobre fadiga relacionada ao câncer estão os efeitos do câncer e seu tratamento sobre o sistema nervoso central, metabolismo energético muscular, sono, ritmo circadiano, mediadores inflamatórios e de estresse, ativação do sistema imune, alterações hormonais relacionadas aos efeitos sobre o eixo hipotálamo-pituitário, menopausa precoce ou privação androgênica em homens.

Campos et al., (2011) afirmam que todos os pacientes com câncer devam ser investigados para fadiga relacionada ao câncer através de história clínica, exame físico, exames laboratoriais relevantes, informações obtidas através do paciente ou familiares e averiguar a intensidade da mesma.

O *guideline* da NCCN (2010) pede uma avaliação inicial para a presença de fadiga e o seu nível de intensidade. Sendo medido através de uma escala de 0 a 10. Para fadiga leve (0 a 3) recomendação suporte educacional e permanente reavaliação. Moderado (4 a 6) a grave (7 a 10) recomendado avaliação por um médico. NCCN recomenda a obtenção de histórico clínico que incluam o início fadiga, padrão, duração, se muda ao longo do tempo; fatores associados ao alívio e o impacto da fadiga. Também é fundamental avaliar o estado da doença, regime de tratamento e a resposta ao tratamento, a fim de determinar a influência da doença na experiência de fadiga do paciente. Devem ser investigados os medicamentos que pode conter agentes farmacológicos que causem fadiga.

Campos et al., (2011) descreve em seu estudo o algoritmo para diagnóstico e tratamento não farmacológico para fadiga relacionada ao câncer. Em casos de fadiga leve (1 a 3) deve-se utilizar tratamento não farmacológico como terapia cognitiva comportamental,

aconselhamento sobre manejo de estresse, terapia do sono, exercícios físicos, acupuntura e outros. Em caso moderado a grave (4 ou superior) deve-se utilizar tratamento farmacológico como psicoestimulantes e antidepressivos (se a fadiga estiver associada a depressão) e corticoides para pacientes com câncer terminal ou avançado devido aos efeitos colaterais.

Vogelzang et al., (1997), Patrick et al., (2003) e Luthy (2011) afirmam que o paciente receia reportar sintomas, entre eles a fadiga, e receber um tratamento menos agressivo que possa ter menor chance de cura.

Outro sintoma pouco reportado e ainda mal avaliado é a dor, referida como segundo maior sintoma na escala utilizada. Esta costuma ser um dos sintomas mais prevalentes em pacientes com câncer de qualquer origem, o que ocasionalmente interfere em atividades diárias.

Subtratamento da dor pode ter diversas causas como a relutância dos muitos pacientes em discutir a dor com o seu médico ou pedir medicação para dor. Esta hesitação tem uma variedade de razões, tais como preocupações sobre a dependência e o medo que dor de irá distrair o médico do tratamento oncológico, comunicação ineficaz com cuidadores e avaliação da dor inadequada, esta subavaliação e subtratamento da dor do câncer influenciam a qualidade de vida destes pacientes (Ward et al., 1993; Antón et al., 2012). Além disso, a dor do câncer está associada com ansiedade, depressão e distúrbios do sono (Chen; Chang; Yen, 2000; Davis e Walsh, 2004). Os sintomas álgicos somam-se às incapacidades relacionadas à neoplasia e seu tratamento e pode causar insônia, anorexia, confinamento no leito, isolamento social o que acarreta grande estresse e sofrimento ao doente (Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, 2010). Dificultando as atividades diárias e afetando a qualidade de vida.

Barnes e Bruera (2002) afirmaram que na medida em que o câncer avança, a fadiga pode coexistir com outros sintomas como depressão, dor, anorexia, insônia, ansiedade, náuseas e dispneia, todos podem contribuir para aumento da fadiga.

Nicolussi et al., (2014) pontuam que o câncer causa déficits nas funções desempenhadas e a presença de demais sintomas prejudicam a QV. A melhoria na QV dos pacientes pode ocorrer na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos possam ser evitados e controlados, e também na adesão a tratamentos complementares eficazes que possam auxiliar os pacientes a enfrentarem melhor a doença e o tratamento recebido.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência da dor coopera para uma melhor qualidade de vida de pacientes com câncer. Ressalta-se que a abordagem terapêutica multidisciplinar para a dor em pacientes com câncer é necessária não apenas com a farmacoterapia, mas com a gestão integral das necessidades físicas, psicossociais dos pacientes.

Para compreender as necessidades destes pacientes, o respectivo trabalho evidenciou que dos 26 participantes, 65,4% homens com idade de 57,6 anos, maioria (53,7%) são nordestinos, 80,7% domiciliados no próprio Distrito Federal ou entorno, grau de instrução baixo com apenas 15,4% como ensino superior completo e em média um salário mínimo. O câncer esteve localizado em áreas de cabeça e pescoço em 84,7%, 65,4% faziam tratamento com radioterapia e quimioterapia concomitantemente, sendo relatado sintomas metabólicos (80,8%), gastrointestinais (80,7%), e pele (61,5%). 18 pacientes referiram dor, constituindo-se 56% localizada na área de cabeça e pescoço, 16 destes participantes referiram dor associada à ferida tumoral, sendo utilizado, na maioria dos entrevistados, fármacos para dor moderada, tendo a média da intensidade da dor referida de 4,85 (escala de 0 a 10), diária (63,2%) e sem turno predominante (79%), sendo descrita com descritores verbais de categoria sensorial, mostrando que apesar dos medicamentos utilizados, ainda há dor e que a mesma interferiu na sua atividade geral, trabalho e no humor, referida com maioria dos descritores verbais do tipo sensorial (“pulsante”, “latejante”, “pontadas”, “agulhada”, “fina”, “beliscão”, “fisgada”, “queimação”, “coceira”, “pesada”, “esticada” e “doída”). A dor agora referida foi de intensidade 2,1 manifestando correlação proporcional de interferência nas variáveis: humor, sono e apreciar a vida. A qualidade de vida referenciada alcançou média de 61,5 (0-100) com apenas a função cognitiva com média 82%, as demais níveis abaixo de 60%. Na escala de sintomas, os mais apontados foram fadiga (56%), dor (50%) e insônia (44,9%).

Apesar da analgesia otimizada com opióides, a persistência da dor em pacientes com câncer de cabeça e pescoço está normalmente relacionada à presença de comprometimento neural. Principalmente em tumores de orofaringe (base da língua) e laringe que comprimem o ramo do nervo vestibulococlear, presentes neste estudo. Na amostra estudada, a grande maioria dos tumores localmente avançados com comprometimento de nervo periférico é submetida à radioterapia pela demora na fila para serem operados. Estes pacientes já apresentavam dor neuropática antes ou até mesmo alteração em nervo periférico. Um ponto importante que foi observado é que apenas 5,4% dos pacientes utilizaram medicamento

específico para dor neuropática tornando a analgesia com opióide apenas ineficaz na maioria dos casos. Tal fato não permite atribuir relações causais da origem da dor com ferida, tumor, radioterapia ou outro.

Sendo assim, para retificar os itens acima e diminuir a intensidade da dor e aumentar a qualidade de vida é necessário ser capaz de avaliar de forma holística cada doente antes, durante e depois das estratégias de tratamento deve-se utilizar ferramentas de avaliação multidimensionais destinadas a averiguar condições físicas e psicossociais que contribua para redução de sintomas físicos e melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico. A incorporação da avaliação da QV na prática clínica é de grande relevância, pois permite visualizar a efetividade do tratamento e a redução dos efeitos adversos.

Em relação as limitações deste estudo. Começa pela amostra reduzida de 26 participantes, sendo necessário um estudo com maior número de sujeitos no intuito de tornar a generalização dos resultados possível e eliminar possíveis vieses. Além do número reduzido da amostra, a maioria dos pacientes encontrava-se em estado debilitado, sendo imprescindível maior tempo para execução das perguntas do questionário que por sua vez era extenso. Um dos questionários, o MPQ, apresentou dificuldade em sua execução. Dos pacientes que referiram dor, nem todos conseguiram compreender a sua execução, sendo necessárias explicações sobre conceitos dos descritores verbais. Dos 18 pacientes que referiram dor, 4 não responderam o MPQ devido a esforço físico para verbalizar.

A experiência de lidar com pacientes oncológicos sempre é gratificante. Eles sempre apresentam uma visão diferenciada de mundo que foi modificada pela doença. Enquanto enfermeira, sinto que muito contribuí nas horas difíceis, principalmente durante o tratamento radioterápico ou quimioterápico. Percebi que muitos dos enfermeiros que estavam presentes no cuidado destes pacientes padeciam de pouca informação sobre manejo da dor, principalmente. Deixando de lado, as perspectivas subjetivas dos pacientes. Creio que assim como eu, poucos tiveram a oportunidade de estudar oncologia mais profundamente durante a graduação. Sendo apenas passado o conteúdo em uma ou duas aulas, dando maior importância à área de saúde pública, saúde da mulher, saúde da criança entre outras e esquecendo que o câncer está presente em todas essas “saúdes”. Além disso, deve-se cobrar mais a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições hospitalares e de atenção básica com a finalidade de ter uma melhora na comunicação entre as equipes durante os turnos de trabalho, além de servir de fonte de pesquisa futuras e melhora da assistência.

A complexidade de cuidados ao paciente com câncer seja na esfera técnico-científica ou na esfera psíquica e social faz com que enfermeiros de modo geral reconheçam o seu

despreparo para lidar com essas pessoas. É imprescindível que haja capacitações permanentes nesta área. Tendo em vista que o Brasil é um país que está em transformação na sua pirâmide etária. Dentre em breve, ou melhor, já se tem um número alarmante de casos de câncer no país. E estes casos tenderam aos cuidados paliativos. O que torna mais que alarmante a necessidade de expandir os conhecimentos sobre a oncologia nas aulas de graduação.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos capazes de descrever com maior precisão a QV e as necessidades da população com feridas oncológicas, sendo recomendável a replicação deste trabalho de investigação com um maior número de sujeitos no intuito de tornar a generalização dos dados possível.

## REFERÊNCIAS

- AARONSON, N.K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J Natl Cancer Inst.** v. 85, n.5, p. 365-76, 1993.
- AMARAL, A.F.S.; PULIDO, K.C.S.; SANTOS, V.L.C.de G. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. spe. 2012.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Clinical Oncology. Atlanta: ACS,2001.
- AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. Frequently asked questions about music therapy. Disponível em < <http://www.musictherapy.org/faqs.html>>. Acesso em: 02 mai. 2013.
- AGRA, G. et al. Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Rev Bras Cancer.**, v.59, n. 1, p. 95-104. 2013.
- ALMEIDA, A.F.de et al. Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas por Câncer no Trato Aerodigestivo Superior em um Hospital Universitário. **Rev Bra Cancer**, v.59, v.2, p. 229-237. 2013.
- ANTÓN, A. et al. Pain in clinical oncology: Patient satisfaction with management of cancer pain. **Eur J Pain**, v. 16, p.381-389. 2012.
- ASHING-GIWA, K.T. The contextual model of HRQoL: A paradigm for expanding the HRQoL framework. **Qual Life Res.**, v. 14, n. 2, p. 297-307. 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Consenso Brasileiro de Fadiga. **Rev Bras Cuidados Paliativos**, v. 3, n. 2, Supl 1, p. 1-31. 2010.
- BARNES, E.; BRUERA, E. Fatigue in patients with advanced cancer: a review. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 12, p.424-428. 2002.
- BAUER, C.; GERLACH, M.; DOUGHTY, D. Care of Metastatic Skin Lesion. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, v.24, n.4, p. 247-51. 2000.
- BERLIN, M.T.; FLECK, M.P.A. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.25, n.3, p. 249-52. 2003.
- BLAY, S.L.; MARCHESONI, M.S.M. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Qualidade de Vida: Saúde e Trabalho. DINIZ, D.P. 2ºed. Barueri, SP:Manole, 2013.
- BOTTOMLEY, A. The Cancer Patient and Quality of Life. **The Oncologist**, v. 7, p.120-125p, 2002.
- BOUREAU, F.; DOUBRERE, J.F.; LUU, M. Study of verbal description in neuropathic pain. **Pain.**, v. 41, p.145-152.1990.
- BRABO, E.P. *Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento*

*do Câncer. 2006.* Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Resolução COFEN - 197/1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialização e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.abenanacional.com.br/Resolucao%20COFEN%20197%201997.pdf>>. Acesso 17 abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280\\_07\\_04\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html)>. Acesso em 25 mar 2014.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle de Dor. Rio de Janeiro. 1ª ed. 2001. 118p. Disponível em: < [www1.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf)>. Acesso em 12 jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério Nacional De Câncer. Série Cuidados Paliativos. Tratamento e Controle de Feridas Tumorais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas\\_Tumorais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf)>. Acesso em: 10 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro : INCA, 2012. 129 p. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ABC\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ABC_do_cancer_2ed.pdf)>. Acesso em: 2 dez 2013.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em 3 jan 2014.

BUCHMAN, L. et al. Psychosocial distress is prevalent in head and neck cancer patients. **Laryngoscope**, v. 123, n. 6, p. 1424–1429. 2013.

CAMARGO, P.R et al. Pain in workers with shoulder impingement syndrome: an assessment using the dash and McGill pain questionnaires. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 11, n. 2, p. 161-167. 2007.

CAMPOS, M.P. de O et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 57,n. 2. 2011.

CARACENI, A. et al. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory. **Pain.**, v. 65, p. 87–92. 1996.

CERVI, A., HERMSDORFF, H.H.M.; RIBEIRO, R.C.L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 8, n.4, p. 407-18. 2005.

CHANG, V.T.et al. Update in cancer pain syndromes. **J Palliat Med.**, v, 9, p. 1414-1434. 2006.

CHAVES, L. D. Dor como 5° sinal vital. In: Onofre Neto, Carlos Mauricio de Castro Costa, Manoel Jacobsen Teixeira et al (orgs). **Dor: princípios e praticas**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 109-113.

CHAVES, L.D. A sistematização da assistência de enfermagem no cuidado do individuo com dor. In: Elisabeth Leão e Lucimara Duarte Chaves (orgs). **Dor 5° Sinal Vital: Reflexoes e Intervencoes de Enfermagem**. Martinari, 2007, p. 87-95.

CHEN, M.L.; CHANG, H.K.;YEH, C.H. Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. **J Adv Nurs**, v. 32, p. 944-951.2000.

CLEELAND, C.S.; et al. Multidimensional measurement of cancer pain: comparisons of US and Vietnamese patients. **J Pain Symptom Manage.**, v. 3, p. 23-37. 1988.

CLEELAND CS. Assessment of pain in cancer: measurement issues. In: Foley KM, eds. **Advances in pain research and therapy**. New York: Raven, 1990. p. 47–55.

CLEELAND, C.S.et al. Are the symptoms of cancer and cancer treatment due to a shared biologic mechanism? A cytokine-immunologic model of cancer symptoms. **Cancer**, v.97, n. 11, p. 2919-25. 2003.

COLLADO-HIDALGO, A. et al. Inflammatory biomarkers for persistent fatigue in breast cancer survivors. **Clin Cancer Res.**, v. 12, n.9, p. 2759-66. 2006.

COSTA, A.I.S., REIS, P. E. D. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. **Rev Dor.**, v. 15, n.1, 2014.

CURADO, M.P.; HASHIBE, M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. **Curr Opin Oncol.**, v. 21, n. 3, p. 194-200. 2009.

DAVIS, M.P.; WALSH, D. Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control. **Am J Hospice Palliat Care**, v. 21, p.137-142.2004.

DA SILVA, José Aparecido; RIBEIRO-FILHO, Nilton Pinto. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor**,v. 12, n. 2. 2011.

DAUT, R.L.; CLEELAND, C.S.; FLANERY, R.C. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. **Pain**. v. 17, n. 2, p.197-210. 1983.

DHINGRA,L. et al. Pain in Underserved Community-Dwelling Chinese American Cancer Patients: Demographic and Medical Correlates. **The Oncologist**.,v. 16, p. 523–533. 2011.

DE JONG, A.E.E. et al. Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. **Burns**, v. 33, p. 811-827. 2007.

DOB RATZ, M.C. Word Choices of Advanced Cancer Patients: Frequency of Nociceptive and Neuropathic Pain. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 25, n. 6, p. 469-475. 2009

DWORKIN, R.H. et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. **Pain.**, v. 132, n. 3, p. 237-51. 2007.

FAN, H.G. et al. Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1- and 2-year follow-up of a prospective controlled study. **J Clin Oncol.**, v. 23, n. 31, p. 8025-32. 2005.

FAYERS, P.M.; JONES, D.R. Measuring and analysing quality of life in cancer clinical trials: a review. **Statistics in Medicine**. V.2, p. 429-446. 1983

FAYER, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life- assessment, analysis and interpretation**. England. Wiley: 2000.

FAYERS P.M. et al. **The EORTC QLQ-30 Scoring Manual**. 3ed. Brussels: European Organization for research and Treatment fo Cancer. 2001.

FERNÁNDEZ-ORTEGA, P.P. et al. Chemotherapy. Induced nausea and vomiting in clinical practice: impacto on patients' quality of life. **Support Care Cancer.**, v. 20, n. 12, p.3141-48.2012.

FERREIRA, A.S.M.; LAURETTI, G.R. Estudo dos efeitos da massoterapia no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Rev. Dor**, v.8, n.2, p. 983-993,2007.

FERREIRA, K.A.et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Support Care Cancer.**, v. 19, n. 4, p. 555-11. 2011.

FIRMINO, F.; ARAÚJO, D.F.; SOBREIRO, V. O controle do odor em feridas tumorais através do uso do metronidazol. **Prática Hospitalar**, v.4, n. 24, p.30-3. 2002.

FIRMINO, F.; CARNEIRO, S. Úlceras por Pressão, Feridas Neoplásicas e Micoose Fungóide: Reflexões da Prática Assistencial no Rio de Janeiro. **Prática Hospitalar**, n.50, p. 79-84. 2007.

GALVÃO. A. C. R. Dor Neuropática: tratamento com anticonvulsivantes. São Paulo: Segmento Farma, 2005.

GAVIRIA, A.M et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. **Psicología desde el Caribe**, v.20, p.50-75. 2007.

GIL, F. et al. First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. **Stress Health**, v. 28, n. 5, p. 362–367.2012.

GOUCH, I.R. Quality of life as na outcome variable in oncology and surgery.. **Aust. N. Z. J. Surg**, v.64, p. 227-235. 1994.

- GOMES, I.P.; CAMARGO, T.C. Feridas Tumorais e cuidado de Enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. **R Enferm UERJ**, v.12, p. 211-16. 2004.
- GORDON, D.B.; RUDIN, N.J. Management of the patient with chronic pain: Aspects of quality assurance and outcomes. In: Pappagallo M, ed. *The Neurological Basis of Pain*. First Edition. New York: McGraw-Hill, 2005. p.273–288.
- GOUDAS, L.C. et al. The epidemiology of cancer pain. **Cancer Invest.**, v. 23, p. 182–190. 2005.
- GOZZO, T.O. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, 110-116. 2013.
- GUYTON, Aarthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1997. 1014 p.
- HAISSFIELD-WOLFE, M.E.; BAXENDALE-COX, L.M. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. **Oncol Nur Forum.**, v.26,n. 6, p. 1055-64.1999.
- HOFMAN, M. et al. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. **Oncologist**, v.12, p. 4-10. 2007.
- JENSEN, T.S.; FINNERUP, N.B. Management of neuropathic pain. **Curr Opin Support Palliat Care.**, v.1, n.2, p. 126-31. 2007.
- KAZANOWSKY, M.; LACETTI, M.S. Dor: **Fundamentos, abordagem clinica e tratamento**. Rio de janeiro: Editora Guanabara Koogan, S.A, 2005.
- KUMAR B. et al. EGFR, p16, HPV Titer, Bcl-xL and p53, sex, and smoking as indicators of response to therapy and survival in oropharyngeal cancer. **J Clin Oncol.**, v. 26, p. 19, p. 3128-37. 2008.
- KUZEYLI Y.Y.; UYAR, M.; FADILLIOLU, C. Cancer pain and its influence on quality of life. **Agri.**, v. 17, n.4, p. 17-22. 2005.
- KWEKKEBOOM, K.L., GRETARSDOTTIR, E. Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 38, n.3, p. 269-277, 2006.
- LARUE, F.; CARLIER, A.M.; BRASSEUR, L. et al Assessing the prevalence and severity of cancer pain in France. **BMJ.**, v. 310, p.1034–1037.1991.
- LOPES, R.F.; SANTOS, M.R.; LOPES, E.J. Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. **Rev Bras Ter Comp Cogn.**, v. 10, n.1, p. 39-49. 2008.
- LUO-PING, G.E.R et al. Validation of the Brief Pain Inventory in a Taiwanese Population. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.18, n.5, p. 316-22. 1999.
- LUTHY, C. et al. Patients' views about causes and preferences for the management of cancer-related fatigue-a case for non-congruence with the physicians? *Support Care Cancer*, v.19,n.3, p. 363-70. 2011.

- MAIANI, G.; SANAVIO, E. Semantics of pain in Italy: the italian version of the McGill pain questionnaire. **Pain**, v.22, p.399-405. 1985.
- MARUR, S.; FORASTIERE, A.A. Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment. **Mayo Clin Proc.**,v. 83, n. 4, p. 489-501.2008.
- MARTINS, A. M. et al. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 14, n.2, p. 74-87. 2012.
- McGUIRE, D.B. Occurrence of cancer pain. **J Natl Cancer Inst Monogr.**, v. 32, p. 51–56. 2004.
- McCAFFERY, M.; BEEBE, A. Pain clinical for nursing practice. USA: Mosby; 1989.
- VALE E MELO, I.T.; PINTO FILHO, W.A. Dor no Câncer. In: Onofre Neto, Carlos Mauricio de Castro Costa, Manoel Jacobsen Teixeira et al (orgs). **Dor: princípios e praticas**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 109-113.
- MICELI, A.V.P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Rev Bras de Cancerologia**, v. 48, p.363-73. 2002.
- MOLHALLEM, A.G.C; SUZUKI, C.E.; PEREIRA, S.B.A. In: **Enfermagem Oncológica**. MOLHALLEM, A.G.C.; RODRIGUES, A.B.(orgs). Barueri, SP: Manole, 2007;
- MORETE, M. C.; MINSON, F. P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. Dor.**, v. 11, n.1, 74-80. 2010.
- MELZACK, R. The short-form of McGill pain questionnaire. **Pain**, v.30, p.191-7. 1987.
- NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Cancer-related fatigue (version 1.2011). 2010. Disponível em: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp). Acesso em 10 jul 2014.
- NEILSON, K. et al. A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. **Psycho-Oncol**, v. 22, n. 8, p.1843–1848. 2013.
- NICOLUSSI, A.C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev Rene.**, v. 15, n.1, p.132-40. 2014.
- NEWMAN, T. B. et al. Delineando Estudos Transversais e de Caso-Controle. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Delineando a Pesquisa Clínica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127.
- NICOLUSSI, A. C; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 759-66. 2011.
- NOCE, C.W.; REBELO M.S. Avaliação da relação entre o tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. **Rev bras cancerol.**, v. 54, n.2, p.123-9. 2008.

- ONIEVA-ZAFRA, M.D. et al. Effect of Music as Nursing Intervention for People Diagnosed with Fibromyalgia. **Pain Management Nursing**, v. 11, n.3, p.1-8. 2010.
- OLIVEIRA, A. S.; TORRES, H. de P. O Papel dos Bloqueios Anestésicos no Tratamento da Dor de Origem Cancerosa. **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 53, n. 5, p. 654 – 662. 2003.
- OLIVEIRA, K.G. et al. Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic therapy. **BMC Cancer.**, v.14, n.39. 2014.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: OMS; 1996. p. 64.
- PARKER, K.P. et al. Sleep/Wake patterns of individuals with advanced cancer measured by ambulatory polysomnography. **J Clin Oncol.** V. 26, n.15, p. 2462-72. 2008.
- PATRICK, D.L. et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: **Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue**, v.95, n.15, p. 1110-7. 2002.
- PAYNE, R. Anatomy, physiology, and neuropharmacology of cancer pain. **Med Clin N Am.**, v. 71, p. 153-167.1987.
- PAYNE, R. Cancer pain: anatomy, physiology, and pharmacology. **Cancer.**, v. 63, p. 2266-2274. 1989.
- PÖSCHL, G.; SEITZ, H.K. Alcohol and cancer. **Alcohol Alcohol**, v. 39, n. 3, p.155-65. 2004.
- PORTENOY, R.K. The physical examination in cancer pain assessment. **Sem Oncol Nurs.**, v. 13, p. 25-29.1997.
- PIMENTA CAM, KOIZUME MS, TEIXEIRA MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev Bras Cancerol**, v.43, p. 21-44. 1997.
- PIMENTA, C. A. de M; TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Ver. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p. 473-83. 1996.
- PIRRI, C. et al. Nausea still the poor relation in antiemetic therapy? The impact on cancer patients' quality of life and psychological adjustment of nausea, vomiting and appetite loss, individually and concurrently as part of a symptom cluster. **Support Care Cancer.**, v. 21, n. 3, p. 735-48. 2012.
- PINTO, M.H. et al. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. **Cogitare enferm.**, v. 16, n. 4, p.647-53. 2011.
- PORTENOY, R.K.; LESAGE, P. Management of cancer pain. **Lancet**, v. 353, p. 1695–1700. 1999.
- PRUZINSKY, T.; CASH, T.F. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York, London: The Guilford Press; 2002.

- RIGOTTI, M.A.; FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, v.12,n.1, p. 50-4. 2005.
- SALVADOR, M.; RODRIGUES, C.C; CAMPOS DE CARVALHO, E. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. **Rev.Rene**, v. 9,n.1, p. 120-128. 2008.
- SANTOS, C.C. dos et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta Fisiatr.**, v.13, n.2,p. 75-82. 2006.
- SAWADA, N. O et al . Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 581-587 2009.
- SCOTT, H.R. et al. The systemic inflammatory response, weight loss, performance status and survival in patients with inoperable non-small cell lung cancer. **Br J Cancer**, v. 87, n. 3, p. 264-7. 2002.
- SCHIPPER, H. Quality of life meaning and measurement. In: FOLEY, K.M. Advances in pain research and therapy. New York: Raven, 1990.
- SCHILDER, P.A. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- SCOTT, N. et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values. July 2008. Disponível em: [http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference\\_values\\_manual2008.pdf](http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference_values_manual2008.pdf). Acesso em: 5 fev 2014.
- SHEN, Q. et al. Postoperative pain management outcome in Chinese inpatients. **West J Nurs Res.**, v. 30, p. 975–990. 2008.
- SILVA, M.C. et al. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Rev bras cancerol.**, v. 55, n.4, p.329-35.2009.
- SILVA, Y.B. da; PIMENTA, C.A.M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.2, p. 109-18. 2003
- SLEVIN, M.L. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the paciente?. **British Journal Cancer**, v. 57, p. 109-112, 1998.
- SMELTZER, C.S, BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.320-327.
- SPITZER, W.O. State of Science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. **Journal of Chronic Diseases**.v.40, p. 465-471. 1987.
- SOUSA, F. A. E.F.; SILVA, J. A. da. MENSURANDO DOR. **Rev. Dor.**, v.6, n.4, 680-687, 2005.
- SOUZA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-Am.**, v. 10, n. 3, p. 446-447. 2002.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n. 3. 2007.

SOUSA, F.F.; SILVA, J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor**, v.6, n.1, p.469-513. 2005.

STOTTS, N.A. et al. Wound care pain in hospitalized adult patients. **Heart & Lung**, v. 33, n. 5. p. 321-32. 2004.

STUTE, P. et al. Analysis and treatment of different types of neuropathic cancer pain. **J Pain Symptom Manage.**, v. 26, p.1123-1131. 2003.

TE BOVELDT, N. et al. Pain and Its Interference with Daily Activities in Medical Oncology Outpatients. **Pain Physician**, v. 16, p. 379-389. 2013.

TEIXEIRA, L.A.; FONSECA, C.M.O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. 127f. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_desconhecida\\_saude\\_publica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf)>>. Acesso em: 3 Dez 2013.

TESTA, M.A.; SIMONSON, D. Assessment of quality of life outcomes. **N Engl. J. Med.**, v.334, n.13, p. 835-840, 1996.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. v.41,n. 10, 1403-9. 1995.

VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN MH, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. **Ann Oncol.**, v. 18, p. 1437–1449. 2007.

VERGARA, N. et al. Quality of Life and Nutritional Status Among Cancer Patients on Chemotherapy. **Oman Medical Journal**, v. 28, n. 4, p. 270-274. 2013.

VOGELZANG, N.J. et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The Fatigue Coalition. **Semin Hematol.**, v.34, n. 3 Suppl 2, p. 4-12. 1997.

WAN, C. et al. Validation of the implified Chinese version of EORTC QLQ-C30 from the measurements of five types of inpatients with cancer. **Annals of Oncology**, v.19, p. 2053–2060. 2008.

WANG, X.S.,et al. The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): its development and use in a study of cancer pain. **Pain**, v. 67, p. 407–416.1996.

WARD, S.E. et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. **Pain.**, v. 52, p. 319-324. 1993.

YENG, T.L. et al. Avaliação funcional do doente com dor crônica. **Rev. Med.**, v. 80, n. esp. pt1, p.443-73. 2001.

.

.

## APÊNDICES

---

### APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

- 1) Você está sendo convidado(a) para participar deste estudo sobre Dor e Qualidade de Vida em pacientes feridas tumorais que será desenvolvida pela mestrandia do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, **ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA** sob orientação do Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> **IVONE KAMADA** que poderá ser encontrada no Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte ou pelo telefone (61) 31071765. O projeto tem como título “**Dor e qualidade de vida: caracterização e avaliação de pacientes oncológicos com feridas tumorais**”.
- 2) Essa pesquisa possui como objetivos: - Caracterizar a dor e Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos com feridas tumorais; - Caracterizar sócio demograficamente e clinicamente os participantes com feridas tumorais; - Caracterizar a dor quanto a sua localização, intensidade e padrão; - Caracterizar a dor por meio de descritores para dor; - Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos com feridas tumorais.
- 3) Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao pesquisador questões relacionadas a dados socioeconômicos, dados relacionados à doença, à dor e à sua qualidade de vida.
- 4) Você levará aproximadamente 20 minutos para responder às perguntas solicitadas, mas estará em ambiente confortável e em companhia do pesquisador. Irá contribuir para conhecermos um pouco mais sobre sua doença e seu dia-a-dia.
- 5) Riscos e desconfortos: falar sobre os hábitos de vida pode ser desconfortável para alguns indivíduos, havendo a possibilidade de risco de constrangimento ou desconforto emocional durante a entrevista. Caso qualquer pergunta possa gerar algum tipo de incômodo, você não precisará responder e isso não acarretará em nenhum prejuízo pessoal. Entretanto, estarei pronta para compartilhar qualquer aspecto desejável.

Benefícios: não há benefícios pessoais. Entretanto, as informações que serão fornecidas auxiliarão na compreensão dos sentimentos de dor e qualidade de vida do paciente com ferida tumoral colaborando para melhor atendimento prestado pelo enfermeiro e os demais profissionais de saúde. Esses dados serão mantidos sob guarda do pesquisador por no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Despesas e indenização: não haverá nenhum custo para você por estar participando da pesquisa. Não haverá, também, nenhuma indenização pela sua participação.

Aos entrevistados será garantido o direito do:

- A) Esclarecimento sobre a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos sobre a pesquisa.
- B) Esclarecimento sobre a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga prejuízo.
- C) Compromisso sobre a segurança da sua identificação e que será mantido o caráter confidencial da informação.

Diante das informações acima expostas, eu \_\_\_\_\_ concordo em participar desta pesquisa na qualidade de entrevistado (a) estando informado (a) e esclarecido (a) que os dados serão utilizados exclusivamente nesta investigação, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e que minha participação é voluntária e que eu receberei uma cópia assinada pela pesquisadora responsável comprovando a minha participação neste estudo. Caso não tenha condição física atual ou limitada para assinar este documento, autorizo meu representante legal assim fazê-lo.

Caso haja dúvidas em relação a este projeto, você poderá entrar em contato com:

-Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília que fica no Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte, Brasília-DF ou pelo telefone: (61) 3107-1947 ou por e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br).

-Comitê de Ética da FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde situado na SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício ou pelo telefone : (61)3325 4956 ou por e-mail:[gab.fepecs@saude.df.gov.br](mailto:gab.fepecs@saude.df.gov.br).

-Pesquisador responsável, Aline Isabella Saraiva Costa, (61) 8340-0720 ou pelo e-mail: [Aline.sa.costa@htomail.com](mailto:Aline.sa.costa@htomail.com).

Desde já agradecemos pela sua cooperação.

\_\_\_\_\_  
Aline Isabella Saraiva Costa  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado  
ou representante legal.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
Etnia: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Natural: \_\_\_\_\_ Procedente: \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Renda familiar: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_

### II. DIAGNÓSTICO

2. 1Diagnóstico Definitivo (Estadiamento): \_\_\_\_\_  
2.2 Localidade da Ferida tumoral? \_\_\_\_\_  
2.3 Tipo de tratamento:  
-Radioterapia: ( ) SIM ( ) NÃO  
2.4 Apresentou alguma complicação? ( ) eritema ( ) descamação ( ) queimaduras ( )  
outros  
2.5 Quimioterapia: ( ) SIM ( ) NÃO  
Sobre a quimioterapia:  
a) Neoadjuvante ( ) Sim ( ) Não N° de ciclos \_\_\_\_\_  
b) Adjuvante ( ) Sim ( ) Não N° de ciclos \_\_\_\_\_  
2.6 Apresentou alguma complicação:  
( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Diarréia ( ) outros

### III – ANTECEDENTES PESSOAIS

Fuma (Tabagismo )	( ) sim ( ) não
Bebe ( Etilismo)	( ) sim ( ) não
Pressão Alta (Hipertensão Arterial)	( ) sim ( ) não
Problemas no Coração (Cardiopatias)	( ) sim ( ) não
Doença no pulmão (Pulmonar)	( ) sim ( ) não
Doença Mental (Neurológica )	( ) sim ( ) não
Problemas na Tireóide	( ) sim ( ) não
Doença no Fígado (Hepática)	( ) sim ( ) não

### IV - SINTOMAS APRESENTADOS

( ) Gastrointestinais: Constipação, Diarréia, Vômitos, Náuseas, falta de apetite (Anorexia)

- )Psiquiátricos: Delírios, Alteração do sono
- )Respiratórios: Falta de ar (Dispneia)
- )Pele: erupções, processo infeccioso, radiodermites
- )Genitourinários: infecções bacterianas, candidíase,
- )Neurológicos
- )Aumento dos gânglios
- )Metabólicos:ganho ou perda de peso

## **V- DADOS SOBRE A DOR**

5.1 Você sente dor?  ) Sim  )Não

5.2 Sua dor está relacionado com a ferida tumoral?  ) Sim  )Não

5.3 Faz uso de Medicamentos para dor?  ) Sim  )Não

5.4 Medicamentos para dor: \_\_\_\_\_

5.5 Frequência da sua dor:

- )Diária
- )A cada 2-3 dias
- )Outras

5.6 Qual o período que predomina sua dor?

- )Manhã
- )Tarde
- )Noite
- ) Não há

## ANEXOS

### ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “DOR E QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS TUMORAIS” PELO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB.



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DOR E QUALIDADE DE VIDA: Caracterização e Avaliação de Pacientes Oncológicos com Feridas Tumorais

**Pesquisador:** ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 16518113.1.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 339.362

**Data da Relatoria:** 05/07/2013

##### Apresentação do Projeto:

Feridas tumorais geralmente ocorrem, quando há proliferação de células malignas e ruptura da integridade do tecido de modo que haja perda da integridade da estrutura e função do tecido. Pouco se é conhecido sobre a associação da dor com feridas tumorais. Além disso, há o detrimento da qualidade percebida de vida dos pacientes com câncer.

##### Objetivo da Pesquisa:

###### 2.1 Objetivo Geral

- Caracterização da dor e avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos com feridas tumorais no Distrito Federal.

###### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sócio demograficamente e clinicamente os participantes com feridas tumorais;
- Caracterizar a dor quanto a sua localização, intensidade e padrão;
- Caracterizar a dor por meio de descritores para dor;
- Avaliar a qualidade de vida.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 339.362

da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados adequadamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo não aparece na plataforma caracterizado como multicêntrico por limitações do sistema. Entretanto a pesquisadora apresenta a caracterização no método do estudo.

A pesquisadora apresenta ponderação entre risco e benefícios de maneira adequada, considerando que de acordo com a Resolução 196/96 não existem danos apenas físico, mas psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer fase de uma pesquisa .

Há apresentação na metodologia do local de desenvolvimento da pesquisa (setores envolvidos), especificação das possibilidades de interrupção do estudo, bem como do tempo de duração, conforme solicitação.

Foi acrescentado no Termo de Consentimento o campo para assinatura do representante legal por se tratar de um estudo que abordará por vezes sujeitos com fragilidades e falta de autonomia.

Os critérios de inclusão e exclusão foram elencados. A coleta de dados será feita por questionários estruturado, corretamente apresentados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão corretos.

**Recomendações:**

(1) Readequar na plataforma o tipo de estudo como "multicêntrico"; IMPOSSIBILITADO POR LIMITAÇÃO NO SISTEMA, mas apresenta adequação no método do estudo.

(2) Ponderação entre riscos e benefícios, considerando que o pesquisador alega "não haver riscos nesse estudo devido a não exposição do paciente à substâncias tóxicas ou a quaisquer intervenções". Deve ser considerado de acordo com a Resolução 196/96 que quando há possibilidade de danos não apenas à dimensão física, mas psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente há riscos; PENDÊNCIA ATENDIDA

(3) Relevância em acrescentar no Termo de Consentimento a assinatura do representante legal para essas situações. Considerando que o conhecimento da falta de autonomia por vezes condicionada as fragilidades vivenciadas pelo paciente na condição atual pode ser um limitante para assinatura do TCLE. PENDÊNCIA ATENDIDA

(4) Acrescentar na metodologia o local de desenvolvimento da pesquisa (qual(is) setores envolvidos), especificação das possibilidades de interrupção do estudo, bem como do tempo de

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 339.362

duração. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

(5) Acrescentar no TCLE o contato telefônico (celular) do pesquisador responsável. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

(6) No TCLE deve apresentar clareza/objetividade em relação aos riscos e benefícios do estudo proposto pois o pesquisador apresenta nesse item que "falar sobre os hábitos de vida pode ser desconfortável para alguns indivíduos. Entretanto, estarei pronta para compartilhar qualquer aspecto desejável." Mas, deve ser claro para o usuário quanto a existência ou não dos riscos e dos benefícios que serão obtidos a partir do estudo. Assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos. Consultar modelo na página do CEP. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

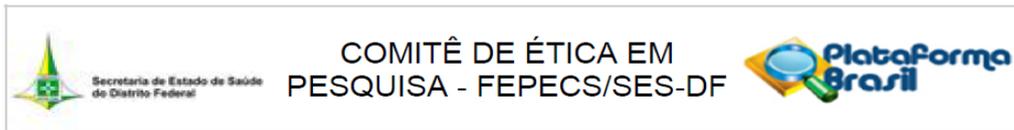
**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 23 de Julho de 2013

---

**Assinador por:**  
**Natan Monsores de Sá**  
**(Coordenador)**

**ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA “DOR E QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS TUMORAIS” PELO COMITÊ DE ÉTICA DA FEPECS/ SES- DF.**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DOR E QUALIDADE DE VIDA: Caracterização e Avaliação de Pacientes Oncológicos com Feridas Tumorais.

**Pesquisador:** ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19857613.0.0000.5553

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 364.080

**Data da Relatoria:** 19/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

Sem alterações.

**Objetivo da Pesquisa:**

Sem alterações.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sem alterações.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem alterações.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora atendeu a Pendência (TCLE).

**Recomendações:**

Apresentar Relatório Final ao término do projeto através da Plataforma Brasil

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 364.080

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 19 de Agosto de 2013

---

**Assinador por:**  
**luiz fernando galvão salinas**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO C – COMUNICADO DE MUDANÇA DO NÚMERO DA CAAE PELA PLATAFORMA BRASIL.

[Plataforma Brasil] - Comunicado



Equipe Plataforma Brasil [Adicionar aos contatos](#) 10/04/2014 ▶

Ações ▾

Para: ALINE ISABELLA SARAIVA COSTA ▾

Prezado Centro Coordenador do CAAE 16518113.1.3001.5553,

Devido a um erro no sistema Plataforma Brasil, informamos que o número CAAE 16518113.1.0000.0030 do projeto 'DOR E QUALIDADE DE VIDA: Caracterização e Avaliação de Pacientes Oncológicos com Feridas Tumoriais' foi gerado em um formato indevido. Após identificarmos o problema, foi programado a criação de um novo número CAAE 16518113.1.3001.5553 para o projeto, garantindo a permanência do histórico e de todos os dados do projeto.

O procedimento de criação do novo número CAAE foi realizado em 05/04/2014.

Desde já agradecemos a compreensão e pedimos desculpas pelo transtorno.

Atenciosamente,

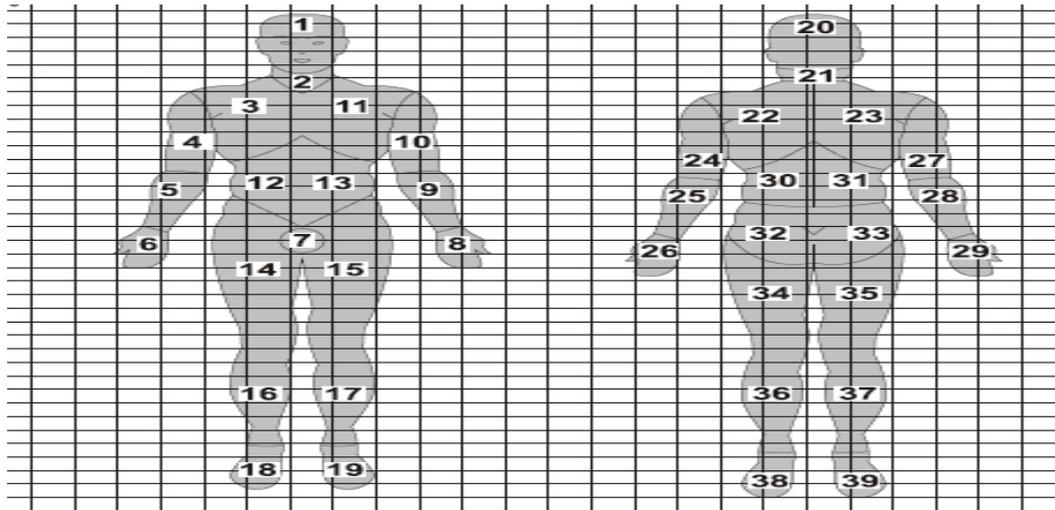
Equipe Plataforma Brasil.

**ANEXO D – QUESTIONÁRIO INVENTÁRIO BREVE DE DOR.**

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (cefaleia, dor de dente). Você teve hoje, dor diferente dessas?

( ) Sim ( ) Não

2) Mostre no diagrama, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média de sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor ocorre agora.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

7) Que tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?

8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade de melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações. Circule a porcentagem que melhor demonstra o alívio que você obteve.

Sem alívio | 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% | alívio completo

9) Circule o número que descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

Atividade geral

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Humor

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Habilidade de caminhar

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Trabalho

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Relacionamento com outras pessoas

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Sono

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Apreciar a vida

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

## ANEXO E – QUESTIONÁRIO MCGILL

Algumas palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual. Diga-me quais palavras melhor descrevem a sua dor. Não escolha aquelas que não se aplicam. Escolha somente uma palavra de cada grupo. A mais adequada para a descrição de sua dor.

### 1

- 1-Vibração
- 2-Tremor
- 3-Pulsante
- 4-Latejante
- 5-Como batida
- 6-Como pancada

### 2

- 1-Pontada
- 2-Choque
- 3-Tiro

### 3

- 1-Agulhada
- 2-Perfurante
- 3-Facada
- 4-Punhalada
- 5-Em lança

### 4

- 1-Fina
- 2-Cortante
- 3-Estraçalha

### 5

- 1-Beliscão
- 2-Aperto
- 3-Mordida
- 4-Cólica
- 5-Esmagamento

### 6

- 1-Fisgada
- 2-Puxão
- 3-Em torção

### 7

- 1-Calor
- 2-Queimação
- 3-Fervente

- 4-Em brasa

### 8

- 1-Formigamento
- 2-Coceira
- 3-Ardor
- 4-Ferroada

### 9

- 1-Mal localizada
- 2-Dolorida
- 3-Machucada
- 4-Doída
- 5-Pesada

### 10

- 1-Sensível
- 2-Esticada
- 3-Esfoliante
- 4-Doída
- 5-Pesada

### 11

- 1-Cansativa
- 2-Exaustiva

### 12

- 1-Enjoada
- 2-Sufocante

### 13

- 1-Amendrotadora
- 2-Apavorante
- 3-Aterrorizante

### 14

- 1-Castigante
- 2-Atormenta

**15**

- 1-Miserável
- 2-Enlouquecedora

**16**

- 1-Chata
- 2-Que incomoda
- 3-Desgastante
- 4- Forte
- 5-Insuportável

**17**

- 1-Espalha
- 2-Irradia
- 3-Penetra
- 4-Atravessa

**18**

- 1-Aperta
- 2-Adormece
- 3-Repuxa
- 4-Espreme
- 5-Rasga

**19**

- 1-Fria
- 2-Gelada
- 3-Congelante

**20**

- 1-Aborrecida
- 2-Dá náuseas
- 3-Agonizante
- 4-Pavorosa
- 5-Torturante

**Número de descritores**

**Sensorial** .....

**Afetivo** .....

**Avaliativo**.....

**Miscelânea**.....

**Total**.....

**Índice de dor**

**Sensorial**.....

**Afetivo**.....

**Avaliativo**.....

**Miscelânea**.....

**Total**.....

## ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – EORTC QLQ-30

Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você, Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial

1.	Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo, carregar uma bolsa de compras pesadas ou uma mala?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
2.	Você tem qualquer dificuldade, quando faz uma grande caminhada?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
3.	Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
4.	Voce tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
5.	Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4

### DURANTE A ÚLTIMA SEMANA

6.	Você se sentiu limitado (a) para realizar seu trabalho ou cumprir suas atividades diárias?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
7.	Você se sentiu limitado (a) em suas atividades de lazer?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
8.	Você teve falta de ar?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
9.	Você tem tido dor?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
10.	Você precisou repousar?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
11.	Você tem tido problemas financeiros?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
12.	Você tem se sentido fraco(a)	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
13.	Você tem se sentido sem apetite	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
14.	Você tem se sentido nauseado?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4

### DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

15.	Você tem vomitado?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
16.	Você tem ficado constipado?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
17.	Você tem tido diarreia?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
18.	Você esteve cansado(a)?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
19.	A dor interferiu em suas atividades diárias?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
20.	Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou assistir televisão?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
21.	Você se sente tenso(a)?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4

		1	2	3	4
22.	Você se sente preocupado(a)?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
23.	Você se sentiu irritado(a) facilmente?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
24.	Você se sentiu deprimido(a)?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
25.	Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
26.	A sua condição física ou tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
27.	A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4
28.	A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	NÃO 1	POUCO 2	MODERAMENTE 3	MUITO 4

Para as seguintes perguntas, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica em você

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssimo

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida global, durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssimo

Ótima

## ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DE DOWNLOAD DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (EORTC QLQ-30).

QLQ-C30 download request from Aline Costa

↑ ↓ ✕



qlqc30@eortc.be Adicionar aos contatos 02/08/2013 ▶  
Para: aline.sa.costa@hotmail.com ✉

Ações ▾

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms  
 Firstname: Aline  
 Lastname: Costa  
 Hospital/Institution: Universidade de Brasilia  
 Address: SQN 404, bloco h, apto 202. Asa norte  
 County/State: brasil  
 Postal Code: 70845080  
 Country: Brazil  
 Phone: 556183400720  
 Fax:  
 Email: aline.sa.costa@hotmail.com  
 Protocol: Characterization and Evaluation of Oncology Patients with Wound Tumor.

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese  
 QLQ-C30 Scoring Manual  
 Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter  
 Scoring Instructions: Information INFO25

## ANEXO H – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO EORTC-QLQ 30

Correlação													
		Pior Dor	Dor Fraca	Média da Dor	Dor Agora	Alívio pelos Tratamentos	Atividade Geral	Humor	Habilidade de Caminhar	Trabalho	Relacionamento com Outras Pessoas	Sono	Apreciar a Vida
Pior Dor	Correlação de Pearson	1	,802	,711	,358	,146	,693	,663	,214	,624	,292	,486	,490
	P-valor		,000	,000	,121	,540	,001	,001	,365	,003	,212	,030	,028
Dor Fraca	Correlação de Pearson	,802	1	,762	,537	-,091	,606	,571	,174	,502	,083	,550	,581
	P-valor	,000		,000	,015	,703	,006	,009	,464	,024	,726	,012	,007
Média da Dor	Correlação de Pearson	,711	,762	1	,618	-,020	,711	,720	,345	,744	,189	,598	,689
	P-valor	,000	,000		,004	,933	,001	,000	,136	,000	,425	,005	,001
Dor Agora	Correlação de Pearson	,358	,537	,618	1	-,252	,549	,660	,133	,431	-,040	,752	,804
	P-valor	,121	,015	,004		,283	,015	,002	,576	,058	,868	,000	,000
Alívio pelos Tratamentos	Correlação de Pearson	,146	-,091	-,020	-,252	1	,256	,213	,363	,149	,286	,106	,006
	P-valor	,540	,703	,933	,283		,291	,368	,115	,532	,222	,658	,981
Atividade Geral	Correlação de Pearson	,693	,606	,711	,549	,256	1	,797	,660	,865	,312	,540	,706
	P-valor	,001	,006	,001	,015	,291		,000	,002	,000	,194	,017	,001
Humor	Correlação de Pearson	,663	,571	,720	,660	,213	,797	1	,612	,704	,373	,722	,824
	P-valor	,001	,009	,000	,002	,368	,000		,004	,001	,106	,000	,000
Habilidade de Caminhar	Correlação de Pearson	,214	,174	,345	,133	,363	,660	,612	1	,609	,347	,271	,412
	P-valor	,365	,464	,136	,576	,115	,002	,004		,004	,134	,248	,071
Trabalho	Correlação de Pearson	,624	,502	,744	,431	,149	,865	,704	,609	1	,252	,403	,532
	P-valor	,003	,024	,000	,058	,532	,000	,001	,004		,284	,078	,016
Relacioname nto com Outras	Correlação de Pearson	,292	,083	,189	-,040	,286	,312	,373	,347	,252	1	-,095	-,036
	P-valor	,212	,726	,425	,868	,222	,194	,106	,134	,284		,689	,881
Sono	Correlação de Pearson	,486	,550	,598	,752	,106	,540	,722	,271	,403	-,095	1	,840
	P-valor	,030	,012	,005	,000	,658	,017	,000	,248	,078	,689		,000
Apreciar a Vida	Correlação de Pearson	,490	,581	,689	,804	,006	,706	,824	,412	,532	-,036	,840	1
	P-valor	,028	,007	,001	,000	,981	,001	,000	,071	,016	,881	,000	