



**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA E CONTROLE DO CÂNCER**

PPGCan

CRISTHIANE DA SILVA PINTO

**AVALIAÇÃO DA DOR NOS PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO
ENCAMINHADOS PARA O AMBULATÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS
EXCLUSIVOS**

Orientador: Dr. Luís Felipe Leite Martins

Coorientadora: Dra. Livia Costa de Oliveira

Rio de Janeiro

2024

CRISTHIANE DA SILVA PINTO

**AVALIAÇÃO DA DOR NOS PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO
ENCAMINHADOS PARA O AMBULATÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS
EXCLUSIVOS**

Dissertação apresentada ao Instituto Nacional de Câncer como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva e Controle de Câncer.

Orientador: Dr. Luís Felipe Leite Martins

Coorientadora: Dra. Livia Costa de Oliveira

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INCA/COENS/SEITEC/NSIB
Elaborado pela bibliotecária Izani Saldanha – CRB7 5372

P659a Pinto, Cristhiane da Silva.

Avaliação da dor nos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos / Cristhiane da Silva Pinto. – Rio de Janeiro, 2024.

83 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado) - Instituto Nacional de Câncer, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer, Rio de Janeiro, 2024.

Orientador: Dr. Luís Felipe Leite
Martins. Coorientadora: Dra. Livia
Costa de Oliveira.

CDD edição 23ª

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia/tese/dissertação, desde que citada a fonte.

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Coordenação de Pós-graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do câncer
(PPGCAN)

CRISTHIANE DA SILVA PINTO

AVALIAÇÃO DA DOR NOS PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO
ENCAMINHADOS PARA O AMBULATÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS
EXCLUSIVOS

Orientador: Dr. Luís Felipe Leite Martins
Coorientadora: Dra. Livia Costa de Oliveira

Aprovada em: 28/05/2024.

Examinadores:

Prof. Dr. Luís Felipe Leite Martins - Orientador

Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler - Membro titular interno

Prof. Dr. Carlos Marcelo de Barros – Membro titular externo

Prof^a Dra. Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio – Membro complementar

Prof. Dr. Mario Jorge Sobreira da Silva– Membro suplente interno

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva – Membro suplente externo

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que me ensinaram que eu podia fazer o que eu quisesse

Ao meu marido que me apoiou quando eu mesma não acreditava mais em mim

Aos meus pacientes que me permitem cuidar de seu sofrimento

Aos meus orientadores que nunca desistiram de mim

Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Pós-graduação

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do câncer

(PPGCAN)

**AVALIAÇÃO DA DOR NOS PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO
ENCAMINHADOS PARA O AMBULATÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS
EXCLUSIVOS**

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dor é um dos sintomas mais prevalentes em pacientes com câncer avançado. Promover o seu alívio é um dos princípios que norteiam o cuidado paliativo. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência de fatores associados à dor nos pacientes com câncer avançado em seu primeiro atendimento ambulatorial na Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para elaboração de um relatório técnico. **MÉTODOS:** Realizado estudo transversal de base hospitalar com pacientes encaminhados para o ambulatório no Hospital do Câncer IV (HCIV) em 2022. Coletadas informações demográficas, clínicas e de tratamento da dor. Avaliada a dor e outros sintomas pelo preenchimento da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). **RESULTADOS:** Foram analisados 524 pacientes, 63,4% mulheres, com média de idade de 64 anos. Os tumores mais comuns foram: gastrointestinais (24,6%) e ginecológicos (19,3%). A funcionalidade de 41% dos pacientes estava abaixo de 50 no Karnofsky Performance Status (KPS). Nas prescrições, verificamos que 87,4% dos medicamentos analgésicos eram analgésicos simples, 76,1% opioides (fracos ou fortes), 38,7% adjuvantes. Apenas 20% tinham analgesia de resgate. A maioria dos pacientes (56,9%) relatou dor moderada ou intensa, sendo 61,2% com menos de 60 anos e 61,3% dos pacientes sem uso de adjuvantes. O Equivalente em Miligramas de Morfina (EMM) foi de 23,3 mg, a dose média de Gabapentina foi de 974,2 mg, de Pregabalina foi de 133,3 mg e de Amitríptilina foi de 33,5 mg. Para avaliar a eficácia do tratamento da dor, foi utilizado o Índice de Manejo da Dor (PMI), que foi positivo em apenas 46,2% dos pacientes. **CONCLUSÃO:** Apesar da disponibilidade de um amplo arsenal terapêutico e acesso a medicamentos de qualidade, o controle eficaz da dor ainda não é alcançado em grande parte desses pacientes. Os resultados fornecem pontos de vista importantes sobre as estratégias terapêuticas utilizadas, a eficácia do tratamento da dor e as inter-relações dos sintomas, destacando áreas de atenção e oportunidades para melhoria na prestação de cuidados de saúde.

Palavras-chave: câncer avançado; cuidados paliativos; dor.

Ministério da Saúde

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Pós-graduação

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do câncer

(PPGCAN)

PAIN ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER REFERRED TO THE EXCLUSIVE PALLIATIVE CARE OUTPATIENT CLINIC

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pain is one of the most prevalent symptoms in patients with advanced cancer. Promoting its relief is one of the guiding principles in palliative care. **OBJECTIVE:** To analyze the prevalence and factors associated with pain intensity in patients with advanced cancer during their initial outpatient visit at the Palliative Care Unit of the National Cancer Institute (INCA) for the elaboration of a technical report. **METHODS:** A hospital-based cross-sectional study was conducted with patients referred to the outpatient clinic at Hospital do Câncer IV (HCIV) in the year 2022. Demographic, clinical, and pain treatment information was collected, along with the assessment of pain presence and intensity, and symptoms evaluated by completing the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). **RESULTS:** A total of 524 patients were evaluated, 63.4% of whom were women, with a mean age of 64 years. The most common tumors were gastrointestinal (24.6%) and gynecological (19.3%). Regarding functionality, 41% of patients scored below 50 on the Karnofsky Performance Status (KPS). Upon analyzing analgesic medication prescriptions, it was found that 87.4% were simple analgesics, 76.1% were opioids (weak or strong), 38.7% were adjuvant medications, and only 20% were rescue analgesia. The majority of patients (56.9%) reported moderate or severe pain, with 61.2% of them being under 60 years old and 58.1% being female. It was observed that 61.3% of referred patients were not using adjuvants (52.6% with moderate or severe pain). The Morphine Milligram Equivalent (MME) was 23.3 mg, while the average daily dose of Gabapentin was 974.2 mg, Pregabalin was 133.3 mg, and Amitriptyline was 33.5 mg. To evaluate the effectiveness of pain treatment, Pain Management Index (PMI) was used, which was positive in only 46.2% of patients. **CONCLUSION:** Despite the availability of a wide therapeutic arsenal and access to quality medications, effective pain control is still not achieved in a large proportion of these patients. The results obtained provide important insights into the therapeutic strategies used, the effectiveness of pain treatment, and the interrelations of symptoms in patients with advanced chronic diseases, highlighting areas of attention and opportunities for improvement in healthcare delivery.

Keywords: advanced cancer; palliative care; pain.

APRESENTAÇÃO

Eu, Cristhiane da Silva Pinto, médica formada há 24 anos, sendo 22 deles dedicados aos Cuidados Paliativos, pude ver, ao longo da minha prática clínica, o quanto a dor modifica a vida dos nossos pacientes.

Observei que a dor é capaz de destruir a qualidade de vida, mesmo daqueles que ainda apresentam um bom prognóstico ou uma doença insidiosa e de evolução lenta. Ela pode alterar as relações familiares, sendo geradora de intenso sofrimento para os pacientes e aqueles que os cercam.

Embora nosso arsenal terapêutico tenha melhorado muito ao longo do tempo, a dor segue sendo um inimigo poderoso e um desafio constante. Dessa forma, resolvi dedicar minha dissertação de mestrado ao tema, na tentativa de entender melhor como a dor se comporta em nossos pacientes de Cuidados Paliativos, com o objetivo de criar um relatório técnico que norteie ou profissionais de Saúde, para que possamos minimizar o sofrimento daqueles que necessitam.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n= 524)	pag.24
Tabela 2: Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos, de acordo com a intensidade da dor (n= 524).....	pag.26
Tabela 3: Prescrição de analgésicos, categorizados conforme sua classificação farmacológica, de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos.....	pag.28
Tabela 4: Prescrição de opioides apenas para dor aguda de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n= 524).....	pag.28
Tabela 5: Tratamentos prévios realizados de acordo com a intensidade da dor de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos.....	pag.29
Tabela 6: Dose total de opioides prescritos e sua conversão para o equivalente de morfina em miligramas (MME) para pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=400).....	pag.29
Tabela 7: Dose total e dose média de adjuvantes prescritos para pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=254).....	pag.30
Tabela 8: <i>Pain Management Index</i> dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524)	pag.30
Tabela 9: Estratificação do <i>Pain Management Index</i> dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524).....	pag.31

Tabela 10: Estratificação do *Pain Management Index* de acordo com intensidade da dor dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524) pag.31

Tabela 11: Intensidade da dor de acordo com a intensidade dos outros sintomas do ESAS-r dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524)pag.31

Tabela 12: Razão de Prevalência Bruta e Ajustada das variáveis associadas a presença de dor moderada e intensa de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos pag.32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton revisada (ESAS-r)	pag.7
Quadro 2: Escala original do <i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS)	pag.16
Quadro 3: Medicamentos utilizados para o controle algico no paciente oncológico no INCA.....	pag.18
Quadro 4: Doses equivalentes em miligramas de morfina (MME) para opioides comumente prescritos para tratamento da dor.....	pag.19
Quadro 5: <i>Pain Management Index</i> (PMI)	pag.21

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Estimativa de incidência de câncer no Brasil a cada ano do período de 2023 a 2025..... pag.3
- Figura 2: Fluxograma de seleção de pacientes..... pag.13
- Figura 3: Consumo de analgésicos opioides em MME por 1000 habitantes por dia em 2019..... pag.37

LISTA DE ABREVIAC

AD - Assistência Domiciliar

AINES – Antinflamatrios não esteroidais

AMBD - Ambulatório  Distância

BQT - Braquiterapia

CEP - Comitê de tica em Pesquisa

CG – Cirurgia

CID10 - Código Internacional de Doenças

COVID-19 – Coronavírus SARS – CoV-2

DNT - Doenças não transmissíveis

ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*

ESAS-r - Escala de Avaliao de Sintomas de Edmonton revisada

HC - Hospital do Câncer

HCI – Hospital do Câncer I

HCII – Hospital do Câncer II

HCIII – Hospital do Câncer III

HCIV - Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer

HT – Hormonioterapia

IAHCP - *International Association for Hospice & Palliative Care*

IASP - Associao Internacional para o Estudo da Dor

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95% - intervalos de confiança de 95%

IM - Imunoterapia

INCA - Instituto Nacional de Câncer

KPS - *Karnofsky Performance Status*

MME - *Morphine milligram equivalente*

N – Não

OMS - Organizao Mundial da Saúde

PMI - *Pain Management Index*

QT – Quimioterapia

RXT - Radioterapia

S – Sim

SI - Sem informao

SIM - Sistema de Informaes sobre Mortalidade

SNC - Sistema Nervoso Central

SOS – Socorro ou alerta

SUS - Sistema Único de Saúde

VGT - Virgem de tratamento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	pag.1
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	pag.2
2.1 Cuidados paliativos no contexto do câncer.....	pag.2
2.2 A dor no câncer	pag.4
2.3 A prática clínica na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA.....	pag.8
3. JUSTIFICATIVA	pag.10
4. OBJETIVO	pag.11
4.1 Objetivo Geral.....	pag.11
4.2 Objetivos Específicos.....	pag.11
5. MATERIAIS E MÉTODOS	pag.12
5.1 Delineamento do Estudo.....	pag.12
5.2 População de Estudo.....	pag.12
5.3 Critérios de Elegibilidade e tamanho da população de estudo.....	pag.12
5.4 Coleta e processamento de dados.....	pag.13
5.5 Variáveis do estudo.....	pag.14
5.5.1 Variável dependente: Dor	pag.14
5.5.2 Variáveis independentes.....	pag.14
5.6 Análise estatística.....	pag.21
5.7 Produto Técnico Tecnológico.....	pag.22
5.8 Considerações Éticas.....	pag.22
6. RESULTADOS	pag.24
7. DISCUSSÃO	pag.33
8. CONCLUSÃO	pag.40
REFERENCIAS.....	pag.41
APÊNDICE 1.....	pag.45
Ficha de coleta de dados.....	pag.46

APÊNDICE 2	pag.48
Relatório Técnico Conclusivo.....	pag.49
ANEXO 1	pag.78
Parecer Consubstanciado do CEP	pag.79

1. INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte prematura (entre 30 e 69 anos) na maioria dos países. Sua incidência e a mortalidade pela doença vêm aumentando tanto pelo envelhecimento populacional, quanto pela mudança na distribuição e na prevalência dos seus fatores de risco, especialmente os associados ao desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2020).

A dor crônica, é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2020) como: “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial”. É um dos sintomas que mais frequentemente diminui a qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado nos trabalhos publicados sobre o controle de sintomas em pacientes de Cuidados Paliativos. Encontra-se presente em mais de 80% dos casos, sendo o terceiro sintoma mais frequente (JAW-SHIUN et al., 2010; MERCADANTE et al., 2008).

Acrescente-se que o tratamento oncológico pode ser uma das causas da dor em muitos pacientes, mesmo quando não há doença em evolução. As grandes cirurgias de amputação, a quimioterapia, a imunoterapia, a radioterapia externa e a braquiterapia, são os tratamentos oncológicos mais utilizados, e todos, sem exceção, podem ser geradores de dor, tanto aguda quanto crônica (LLORENS, 1976).

Considerando a importância do estudo e enfrentamento desse sintoma, esse estudo foi desenvolvido para avaliação da prevalência e os fatores associados à dor nos pacientes que chegam no ambulatório do Hospital do Câncer (HC) IV - Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), oriundos das unidades de origem (HC I, II e III) a fim de se realizar um relatório técnico sobre os resultados da pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidados paliativos no contexto do câncer

O câncer é a principal ou a segunda maior causa de morte prematura (isto é, entre 30 e 69 anos) em 134 países dos 183 países avaliados, ocupando o terceiro ou quarto lugar nos outros 45 países. Em 2016, dentre as 15,2 milhões de mortes prematuras causadas por doenças não transmissíveis (DNT) em todo o mundo, o câncer foi responsável por 4,5 milhões, o que representa 29,8% do total. Há diferenças marcantes na taxa de mortalidade por câncer entre países ou regiões, com um aumento progressivo notável nos países de renda média e baixa. Isso se deve principalmente à implementação deficiente de medidas preventivas e diagnósticos em estágios avançados, pela negligência à detecção precoce do câncer (WILD et al., 2020).

O câncer de mama é a forma mais comum de câncer entre as mulheres em todo o mundo, com um total de 2,3 milhões de casos novos, representando 11,7% do total. Em seguida, vem o câncer de pulmão, com 2,2 milhões de novos casos (11,4%); seguido pelo câncer de cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%); o câncer de próstata, com 1,4 milhão (7,3%); e o câncer de pele não melanoma, com 1,2 milhão de novos casos (6,2%) (INCA, 2022).

No contexto da agenda das Metas de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, foi estipulado o objetivo de reduzir em um terço a mortalidade prematura decorrente de DNT até o ano de 2030. As taxas de mortalidade por DNT, incluindo o câncer, estão em declínio na maioria dos países de renda mais elevada. No entanto, esse progresso ainda não foi alcançado em países de baixa renda, o que apresenta desafios para atingir as metas estabelecidas. Intervenções viáveis, acessíveis e econômicas que visem reduzir a exposição aos principais fatores de risco do câncer e outras DNT, bem como aumentar o acesso aos serviços de saúde essenciais, e garantir a disponibilidade de medicamentos e vacinas eficazes e acessíveis, são fundamentais para o controle global dessas patologias (WILD et al., 2020).

Nos últimos dez anos, houve um notável avanço no Brasil em termos de disponibilidade e qualidade das informações relacionadas à incidência e mortalidade por câncer. A vigilância do câncer, inserida no contexto das estratégias de controle das DNT, tem se beneficiado significativamente das informações mais precisas obtidas dos registros de câncer (tanto populacionais quanto hospitalares) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Esses dados fornecem uma base sólida para que os gestores possam monitorar e planejar medidas eficazes de controle do câncer, além de orientar as direções da pesquisa nessa área (WILD et al., 2020).

As estimativas para o Brasil no período de 2023 a 2025 indicam que são esperados 704 mil novos casos de câncer, dos quais 483 mil excluindo os de pele não melanoma. Na figura 1 podemos ver a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023 por sexo, exceto pele não melanoma. (INCA 2023).

Figura 1: Estimativa de incidência de câncer no Brasil a cada ano do período de 2023 a 2025

Localização primária	Casos	%		Localização primária	Casos	%
Próstata	71.730	30,0%	Homens	Mama feminina	73.610	30,1%
Cólon e Reto	21.970	9,2%		Cólon e Reto	23.660	9,7%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.020	7,5%		Colo do útero	17.010	7,0%
Estômago	13.340	5,6%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	14.540	6,0%
Cavidade Oral	10.900	4,6%		Glândula Tireoide	14.160	5,8%
Esôfago	8.200	3,4%		Estômago	8.140	3,3%
Bexiga	7.870	3,3%		Corpo do útero	7.840	3,2%
Laringe	6.570	2,7%		Ovário	7.310	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%		Pâncreas	5.690	2,3%
Fígado	6.390	2,7%		Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10

Fonte: Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil (INCA, 2022)

A incidência de câncer varia consideravelmente de acordo com a região geográfica. As regiões Sul e Sudeste respondem por aproximadamente 70% dos casos, com metade deles concentrados na Região Sudeste. No entanto, é importante ressaltar que há uma significativa disparidade tanto na magnitude quanto nos tipos de câncer encontrados nas diversas regiões do Brasil (INCA, 2022).

Pela definição da *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHCP, 2019), os “Cuidados paliativos são os cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso relacionado com a saúde devido a doenças

graves, e especialmente daqueles que estão perto do fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e seus cuidadores” (RADBRUCH et al., 2020).

O cuidado paliativo deve englobar a prevenção, a detecção precoce, a avaliação abrangente e o manejo de questões físicas, como dor e outros sintomas desconfortáveis, além do sofrimento psicológico, espiritual e das necessidades sociais. Deve oferecer suporte para auxiliar os pacientes a viverem de forma mais plena possível até o fim da vida, promovendo uma comunicação eficaz e auxiliando tanto eles quanto suas famílias na definição dos objetivos do cuidado. É aplicável durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades de cada indivíduo enfermo, reconhecendo e respeitando seus valores culturais e crenças (RADBRUCH et al., 2020).

Pode ser oferecido em conjunto com terapias que modifiquem o curso da doença, muitas vezes impactando positivamente na evolução da condição. Não busca antecipar ou retardar a morte; em vez disso, celebra a vida e reconhece a morte como parte de um processo natural. Oferece apoio à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e no processo de luto. Pode ser implementado em diversos contextos de cuidados de saúde, abrangendo desde o ambiente residencial até instituições de saúde, independentemente do nível de atendimento (primário, secundário ou terciário). Pode ser administrado por profissionais com formação básica em cuidados paliativos, embora casos complexos exijam a assistência de uma equipe multidisciplinar especializada nesse tipo de cuidado (RADBRUCH et al., 2020).

2.2 A dor no câncer

Pacientes com câncer em estágio avançado apresentam restrições físicas e alterações psíquicas/emocionais, que podem ser grandes geradores de sofrimento. O foco dos cuidados paliativos é o controle de sintomas, com o objetivo de proporcionar aos pacientes a melhor qualidade de vida possível. A dor é um dos sintomas que mais recebe atenção e costuma estar intimamente relacionada a outros sintomas (DESANTANA *et al.*, 2020).

A dor é um sintoma multidimensional, apresentando entre elas, a dimensão física, emocional ou psíquica, social e espiritual. A “dor física” é o componente que talvez mais repercute em sofrimento (DESANTANA *et al.*, 2020). No contexto do câncer, a dor pode se originar do próprio tumor, do tratamento oncológico ou por outras causas. Sua prevalência pode variar de cerca de 30% no câncer em estágio inicial até 60 a 80% nos estágios mais avançados (JACOBSEN *et al.*, 2014; PIDGEON *et al.*, 2016).

De acordo com seus mecanismos fisiopatológicos, a dor pode ser classificada como nociceptiva, neuropática e nociplástica (COHEN *et al.*, 2021).

Na dor nociceptiva, as vias nociceptivas estão afetadas, e ocorre ativação pelos nociceptores periféricos (dor somática) ou profundos (dor visceral) ou seja, resulta da atividade nas vias neurais, secundária a estímulos reais ou estímulos que podem potencialmente danificar o tecido. A dor nociceptiva é a forma mais comum de dor crônica (COHEN *et al.*, 2021).

A dor neuropática pode ser resultante de lesão seletiva do trato neoespinotalâmico (dor central) ou de lesões no sistema nervoso periférico (dor periférica). É tipicamente associada a anormalidades sensoriais, como dormência e alodinia (dor causada por estímulos que não são originariamente estímulos álgicos), paroxismos de dor mais proeminentes e, dependendo do(s) nervo(s) afetado(s), achados neurológicos. Habitualmente os pacientes descrevem a dor nociceptiva como dolorida e latejante, enquanto a dor neuropática é geralmente descrita com adjetivos como lancinante e dor tipo tiro. Aproximadamente 15-25% da dor crônica é neuropática (COHEN *et al.*, 2021).

A dor mista, por sua vez, se trata daquela que possui mecanismos ou características nociceptivas e neuropáticas simultaneamente, sendo a mais frequentemente associada à gravidade de doença ou ao surgimento de metástases (PATHMAWATHI *et al.*, 2015).

Recentemente, após a criação do conceito de dor nociplástica foi possível classificar condições de dor crônica com fenótipos bem definidos, mas sem evidências claras de envolvimento nociceptivo ou neuropático. Em 2016, o termo dor nociplástica foi proposto para descrever estados de dor crônica não caracterizados por ativação óbvia de nociceptores ou neuropatia, “mas nos quais achados clínicos e psicofísicos sugerem função nociceptiva alterada”. A dor nociplástica pode ser definida como dor decorrente da função alterada das vias sensoriais relacionadas à dor na periferia e no

SNC, causando aumento da sensibilidade. A dor nociplástica pode se apresentar de forma isolada ou em concomitância com qualquer um dos outros tipos de dor (FITZCHARLES *et al.*, 2021).

Os mecanismos fisiopatológicos que causam esses distúrbios envolvem principalmente processamento sensorial aumentado e vias inibitórias diminuídas. Com poucas exceções, os procedimentos invasivos estão associados a resultados piores em indivíduos com dor nociplástica do que em pacientes com dor nociceptiva ou neuropática (COHEN *et al.*, 2021). Como consequência, esse sintoma pode acarretar um impacto negativo na funcionalidade e na qualidade de vida dos pacientes acometidos (BHATNAGAR; GUPTA, 2015). Desse modo, promover o controle algico é um dos princípios que norteiam o cuidado, sendo a abordagem multidisciplinar essencial. É importante identificar a causa da dor e utilizar as terapêuticas adequadas para seu alívio (ANCP, 2021, INCA, 2021).

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a primeira edição da “escada analgésica”, que representa um protocolo de manejo da dor, cujo objetivo é avaliar e adaptar as medicações utilizadas sequencial e progressivamente, conforme as necessidades do paciente (HAUMANN *et al.*, 2017; MERCADANTE; FULFARO, 2005; VARGAS-SCHAFFER, 2010; WHO, 2002; VENTAFRIDDA *et al.*, 1987).

Em 1991 foi construído, no Hospital Geral de Edmonton, no Canadá, um instrumento para medir a presença e intensidade dos sintomas mais frequentes em pacientes de Cuidados Paliativos, dentre os quais destaca-se a dor. Ele recebeu o nome de *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton) e avalia os nove sintomas mais frequentes em Cuidados Paliativos: dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade, bem-estar e outros (que podem ser preenchidos pelo avaliador e relacionados caso a caso). Foi avaliado como um instrumento de fácil preenchimento mesmo para pacientes com limitações de entendimento.

Em 2011, foi realizado no Brasil, um estudo com o objetivo de validação e tradução transcultural desse instrumento para uso em trabalhos científicos em nosso país, sendo publicado em 2013. Segue abaixo o instrumento validado, que recebeu o nome de Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton revisada (ESAS-r) (MONTEIRO *et al.*, 2013), conforme Quadro 1.

Quadro 1: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton revisada (ESAS-r)

Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de apetite possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Boa sensação de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar
Sem _____outro problema (por exemplo, constipação)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____possível

Fonte: Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL – 2013

A Escala de ESAS avalia numericamente a intensidade do sintoma, numa escala de 0 - 10, onde 0 representa ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua forma mais intensa. Dessa maneira os pacientes podem ser estratificados em 3 grupos conforme a intensidade da dor: dor leve (pontuação 0-3); moderada (pontuação 4-6); intensa (pontuação 7-10) (BELAYNEH et al., 2022).

É possível analisar essa estratificação de forma direta com a Escada Analgésica da OMS (2002) onde o primeiro degrau corresponderá a dor leve, o segundo degrau representará a dor moderada e o terceiro será associado a dor intensa. Dessa forma é possível inferir se o tratamento prescrito estava proporcional à intensidade da dor referida, fazendo uma análise da adequação do tratamento para controle do sintoma.

2.3 A prática clínica na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA

O INCA conta com unidades, estabelecidas em diferentes locais da cidade do Rio de Janeiro, para o tratamento específico do câncer. Essas unidades são chamadas de HC I, II e III. O HCI é a unidade destinada ao tratamento de pacientes com diferentes sítios tumorais primários, como trato gastrointestinal e de cabeça e pescoço. No HCII são tratados os pacientes com tumores ginecológicos e do tecido ósseo conjuntivo e no HCIII são tratados os pacientes com câncer de mama.

O HC IV é a Unidade de Cuidados Paliativos exclusivos do INCA, para onde são encaminhados os pacientes de todas as demais unidades assistenciais (HC I, II e III), seja ao término das possibilidades de linhas de tratamento modificador de doença sem a obtenção da cura, seja pela progressão da doença em vigência de tratamento ou pelo agravamento clínico (INCA, 2021).

Portanto, o objetivo da transferência para o HCIV é o controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais, promovendo a qualidade de vida e a morte com dignidade e sem sofrimento, de pacientes com câncer avançado, além do suporte à família e seus entes queridos. A assistência se dá em cada uma das três seguintes modalidades: atendimento ambulatorial, assistência domiciliar e internação hospitalar (INCA, 2021).

A assistência domiciliar é destinada a pacientes com dificuldade física de locomoção cuja proximidade do domicílio permite a chegada da equipe. A internação hospitalar é destinada ao controle de sintomas de difícil manejo domiciliar, por sua complexidade, necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos eletivos ou de urgência ou ainda aos cuidados em fim de vida que não possam ser manejados em casa. O atendimento ambulatorial, se dá para pacientes cujo perfil funcional permita o seu comparecimento ao HCIV [pacientes com *Karnofsky Performance Status* (KPS) maior ou igual a 50%] ou cuja distância do domicílio inviabiliza a chegada da equipe (INCA, 2021).

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido com pacientes em assistência ambulatorial. Dessa forma, cabe descrever melhor a prática clínica desta modalidade assistencial. A primeira consulta ambulatorial costuma ocorrer em até cinco dias após o encaminhamento do paciente para o HCIV, conforme agendamento. Nesse primeiro

atendimento na unidade, o paciente é avaliado por toda equipe interdisciplinar (composta por exemplo por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista), com o objetivo de organizar um plano de cuidados. As consultas subsequentes são agendadas em média com intervalo de 15 dias, mas isso varia caso a caso (INCA, 2021).

3. JUSTIFICATIVA

Embora existam muitas pesquisas já realizadas em todo o mundo e várias opções de terapêuticas disponíveis, a dor ainda é um sintoma desafiador para o profissional de saúde que assiste o paciente com câncer.

A análise da dor e o melhor entendimento sobre seus fatores associados em pacientes com câncer avançado, pode contribuir para a elaboração de estratégias para a promoção do controle algico, inclusive ainda durante a assistência em unidades de saúde não especializadas em cuidados paliativos.

Escolhemos estudar os pacientes que chegam ao HCIV para atendimento ambulatorial pois percebemos ao longo do nosso tempo de experiência, que esses pacientes parecem chegar com dor mal controlada. Pacientes do ambulatorio foram escolhidos pois nesse setor todos os pacientes são avaliados pela escala de ESAS.

Ao concluir este estudo, espera-se obter uma compreensão mais aprofundada da dor nesse grupo de pacientes, resultando em um impacto positivo tanto para o HCIV quanto para o INCA. Esse impacto envolverá a melhoria da abordagem e a disponibilização de dados essenciais para a elaboração de um protocolo e/ou programa de treinamento em controle da dor, especificamente direcionado ao perfil dos nossos pacientes. Adicionalmente, este estudo contribuirá para o acúmulo de evidências científicas na área.

4. OBJETIVO

4.1 Geral

Analisar a prevalência e a intensidade da dor nos pacientes com câncer avançado em seu primeiro atendimento ambulatorial na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA para melhor compreensão dos fatores que podem estar associados e elaboração de um relatório técnico.

4.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes avaliados;
- Estimar a prevalência e a intensidade da dor;
- Analisar as variáveis correlacionadas à intensidade da dor;
- Correlacionar a intensidade da dor com a medicação em uso em comparação com a escada analgésica e o Índice de Manejo da Dor (PMI);
- Avaliar o controle de dor realizado nas unidades de tratamento;
- Desenvolver um relatório técnico com os dados dessa pesquisa.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Delineamento do Estudo

Estudo transversal de base hospitalar, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA (Número do Parecer: 5.970.435 de 27/02/2023) (ANEXO 1).

5.2 População de estudo

Os casos foram identificados, através da transferência dos pacientes das unidades de tratamento do INCA (HC I, HC II e HC III) para o Ambulatório do HC IV.

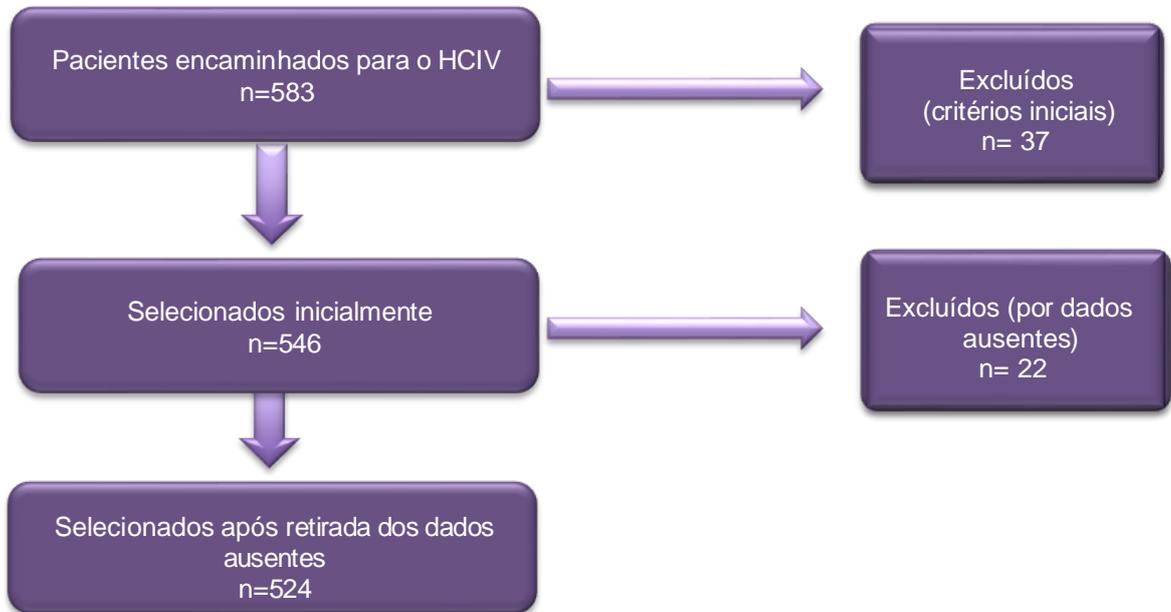
5.3 Critérios de Elegibilidade e tamanho da população de estudo

Foram elegíveis todos os pacientes maiores de 18 anos, encaminhados para a Unidade Cuidados Paliativos do HCIV do INCA no período de 01/01/2022 a 31/12/2022. Foram avaliadas de forma pontual apenas as consultas de primeira vez, onde ainda não havia o contato prévio com profissionais com os profissionais do HC IV, uma vez que o objetivo é avaliar o controle de dor realizado nas unidades de tratamento. Foram excluídos os pacientes acompanhados pela Clínica da Dor dos Hospitais de origem, com vistas a retirar o viés de avaliação do especialista, bem como aqueles que não tinham a escala de ESAS preenchida de forma completa e aqueles cujas receitas das unidades de origem tinham data anterior a seis meses da primeira consulta no HCIV.

Cabe salientar que foi avaliado o ano de 2022 pois foi o ano mais recente cujos dados não foram alterados pela Pandemia de COVID-19, sendo comparáveis aos indicadores pré-pandemia. Foram identificados 583 prontuários de pacientes que tiveram a primeira consulta ambulatorial no período, utilizando os critérios de exclusão, foram retirados mais 37 pacientes, ficando 546 pacientes para serem

avaliados para a coleta de dados. Após a coleta de dados, foram excluídos todos os pacientes que tinham dados em branco, para que não houvesse inconsistência e nem discrepância nos números, ficando com um número final de 524 pacientes (Figura 2).

Figura 2: Fluxograma de seleção de pacientes



Nota: HCIV= Hospital do Câncer IV

5.4 Coleta e processamento de dados

Os dados foram coletados nos prontuários eletrônico (Intranet) e físico e no “Absolute” (programa de cadastro e marcação de consultas utilizado no INCA) e registrados em formulário, desenvolvido para essa pesquisa (APÊNDICE 1), por um aluno de iniciação científica treinado e supervisionado pela pesquisadora responsável. Em seguida, foram digitados no banco de dados de Excel.

5.5 Variáveis do estudo

5.5.1 Variável dependente: Dor

No HC IV, o ESAS-r é utilizado para avaliação dos sintomas dos pacientes ambulatoriais desde a primeira consulta, dessa forma, em nosso estudo, utilizamos como dado principal a pontuação desta escala para avaliação da presença e intensidade da dor e demais sintomas presentes nos pacientes avaliados pela primeira vez no ambulatório da unidade.

A pontuação inicial foi obtida por meio da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), que foi preenchida no momento da consulta, conforme delineado anteriormente. Subsequentemente, categorizamos as pontuações em três níveis distintos conforme a intensidade da dor: dor leve (pontuação 0-3); moderada (pontuação 4-6); intensa (pontuação 7-10), de acordo com os parâmetros estabelecidos pela OMS (escada analgésica). (BELAYNEH ET AL 2022) Após a estratificação desses níveis, aglutinamos os pacientes em dois grupos distintos: um grupo daqueles sem dor ou com dor leve, e outro grupo daqueles com dor moderada ou intensa.

5.5.2 Variáveis independentes

Variáveis sociodemográficas

- Idade: coletada em anos, na data da transferência para o HCIV, codificada em ≤ 60 e > 60 anos, seguindo a orientação da OMS, que classifica como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento.
- Sexo: masculino ou feminino.

- Raça/cor de pele: referente aos dados de identificação conforme atributos adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, que classificam a raça/cor nas seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena e sem informação. Para termos de análise, codificamos essa variável em brancos e não brancos.
- Escolaridade: refere-se ao grau de instrução da paciente no momento da matrícula no INCA, categorizados em: analfabeto, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, superior incompleto, superior completo e sem informação. Para termos de análise codificamos essa variável em três grupos: até o ensino fundamental incompleto, até o ensino médio incompleto e a partir do ensino médio completo em diante.
- Data da matrícula no INCA: data em que o paciente foi matriculado na unidade de tratamento, aquela que consta na intranet ou no prontuário físico.
- Data de encaminhamento para o HC IV: consiste na data em que o paciente foi encaminhado para o HCIV, aquela que consta na intranet, no sumário de encaminhamento.

Variáveis clínicas

- Neoplasia primária, classificada conforme o Código Internacional de Doenças vigente à época da matrícula (CID10). Para termos de análise codificamos em: Tumores de Cabeça e Pescoço, Tumores de Aparelho Digestivo, Tumores de Pulmão e Pleura, Tumores de Ossos e Partes Moles, Tumores de Pele, Tumores de Mama, Tumores Ginecológicos, Tumores Urológicos e Outros (Hematológicos, Tumores Benignos, Nervos, etc.)
- Tratamento para o câncer: se refere ao tratamento antineoplásico realizado no hospital de origem, aquele que inclui todas as modalidades terapêuticas administradas especificamente para tratar o tumor, categorizadas em: nenhum, cirurgia (CG), quimioterapia (QT), radioterapia (RXT), braquiterapia (BQT), hormonioterapia (HT), imunoterapia (IM) e virgem de tratamento (VGT) e sem informação (SI).
- Demais sintomas avaliados no ESAS-r: Em nosso estudo codificamos ainda todos os

outros sintomas do ESAS-r da mesma forma que fizemos com a dor, ou seja, aqueles sem o sintoma ou com ele leve, formando um grupo e aqueles com sintoma moderado ou intenso, constituindo o segundo grupo. Após a codificação, foram realizadas análises utilizando o teste de Qui-Quadrado de Pearson para investigar a associação entre a dor e cada um dos outros sintomas.

- KPS (Quadro 3): se refere à escala de funcionalidade dos pacientes no momento da avaliação na primeira consulta no HC IV. As categorias disponíveis são: 100 (normal, nenhuma queixa, nenhuma evidência de doença); 90 (capacitado para as atividades normais, pequenos sinais e sintomas); 80 (atividades normais com esforço, alguns sinais e sintomas da doença), 70 (Cuidados para si, incapaz de seguir com atividades normais e trabalho ativo); 60 (requer ajuda ocasional, porém está apto a cuidar de muitas de suas necessidades pessoais); 50 (requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada); 40 (incapacitado, requer cuidado especial e assistência); 30 (severamente incapacitado, admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente); 20 (muito doente, admissão hospitalar é necessária, necessitando de cuidados intensivos); 10 (moribundo; processo de fatalidade progredindo rapidamente); 0 (morte) (SCHAG, HEINRICH AND GANZ, 1984). Na primeira consulta os pacientes foram avaliados quanto à sua funcionalidade através da escala de KPS, já descrita anteriormente. Para efeito de análise, agregamos os pacientes em dois grupos: abaixo 50% e maior ou igual a 50%, uma vez que essa funcionalidade é utilizada em nosso serviço como ponto de corte para encaminhamento do paciente para a Assistência Domiciliar (AD) ou para o Ambulatório à Distância (AMBD).

Quadro 2: Escala original do *Karnofsky Performance Status* (KPS)

Condição	Performance Status	Comentários
A. Capaz de exercer atividades normais e trabalhar. Nenhum cuidado especial é necessário	100	Normal, sem queixas. Sem evidências da doença
	90	Capaz de realizar atividades normais. Pequenos sinais ou sintomas de doença
	80	Atividade normal com esforço. Alguns sinais ou sintomas de doença
B. Incapaz de trabalhar. Capaz de morar em casa, cuidar da maioria das necessidades pessoais. É necessário um grau	70	Cuidado consigo mesmo, incapaz de realizar atividades normais ou de realizar trabalho ativo
	60	Requer assistência ocasional, mas é capaz de cuidar da maioria das suas necessidades

variável de assistência	50	Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
C. Incapaz de cuidar de si mesmo. Necessitando de cuidados hospitalares. A doença pode estar progredindo rapidamente	40	Debilitado. Requer cuidados e assistência especiais.
	30	Gravemente incapacitado. A hospitalização é indicada embora a morte não seja iminente
	20	Hospitalização necessária, muito doente, tratamento de suporte ativo necessário.
	10	Moribundo, processos fatais progredindo rapidamente
	0	Morte

Fonte: SCHAG, HEINRICH AND GANZ, 1984

- Progressão de doença: foi classificada conforme sumário de encaminhamento para o HCIV, na intranet. A classificação consiste em: localmente avançada, progressão pulmonar, progressão para sistema nervoso central, progressão para fígado, progressão para pleura, progressão para peritônio, progressão para ossos e progressão para linfonodos. Para fins de análise foram agrupados em: localmente avançada/linfonodos, pulmão/pleura, Sistema Nervoso Central (SNC), fígado/peritônio, ossos.
- Prescrição de analgésico simples: presença na receita prévia ao encaminhamento para o HC IV. Foi avaliada quanto à presença em sim (S) e não (N); qual o medicamento prescrito (Dipirona, Paracetamol, AINES) e a dose prescrita nas 24h, em miligramas.
- Prescrição de opioide prévio: presença na receita prévia ao encaminhamento para o HC IV. Foi avaliada quanto à presença em sim (S) e não (N); qual o medicamento prescrito (Tramadol, Codeína, Morfina, Metadona, Oxycodona e/ou Fentanil) e a dose prescrita nas 24h, em miligramas.
- Prescrição de adjuvante prévio: presença na receita prévia ao encaminhamento para o HC IV. Foi avaliado quanto à presença em sim (S) e não (N); qual o medicamento prescrito (Gabapentina, Pregabalina, Amitriptilina) e a dose prescrita nas 24h, em miligramas.
- Prescrição de medicação de resgate: Foi avaliado se o paciente tinha em sua receita alguma medicação para uso em casos de crise de dor (medicação de resgate). Foi avaliado quanto à presença em sim (S) e não (N)

- Data do óbito: Foi aquela que consta no prontuário da paciente (físico ou eletrônico).

Cabe destacar que neste trabalho, não foram analisados todos os medicamentos com potencial analgésico presentes na grade de medicações do INCA (conforme quadro 3), visto que algumas dessas medicações são utilizadas para outros fins, incluindo protocolos de tratamentos de algumas neoplasias. Como os prontuários físicos das outras unidades não são enviados ao HCIV, onde é aberto um novo prontuário no momento da transferência, e nem todas as clínicas do INCA utilizam o prontuário eletrônico na íntegra, essa informação poderia não estar presente de forma adequada. Portanto, optamos por analisar somente os analgésicos opioides (codeína, tramadol, morfina, metadona, oxicodona e fentanil transdérmico), analgésicos simples (dipirona e paracetamol), anti-inflamatórios não esteroidais (tenoxicam e diclofenaco), gabapentinoides (gabapentina e pregabalina) e dos antidepressivos somente a amitriptilina.

Quadro 3: Medicamentos utilizados para o controle algico no paciente oncológico no INCA

Analgésicos Não Opióides	Analgésicos Opióides	Adjuvantes	
<p>Analgésicos simples</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipirona • Paracetamol <p>Anti-inflamatório não hormonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diclofenaco • Tenoxicam 	<p>Opioides fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codeína • Tramadol <p>Opioides fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morfina • Metadona • Oxicodona • Fentanil transdérmico 	<p>Antidepressivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivo tricíclico (Amitriptilina; Nortriptilina) • Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (Sertralina, Citalopram) • Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e 	<p>Corticosteróides</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona • Prednisona <p>Anticonvulsivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gabapentina • Pregabalina <p>Neurolépticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol • Risperidona

		noradrenalina (Venlafaxina) Agonista GABA (antiespástico de ação medular) • Baclofeno	
Outros			
N-metil-D-aspartato • Cetamina Bisfosfonatos • Zolendronato • Pamidronato		Bloqueador de canal de sódio • Lidocaína venosa Radiofármaco • Samário-153	

Fonte: INCA, 2021; SCARBOROUGH; SMITH, 2018; WHO, 2002

Após a coleta dos dados e a avaliação das medicações em uso até o momento da primeira consulta, os opioides foram convertidos em Morfina, usando-se o equivalente em miligramas de morfina (*Morphine milligram equivalente* - MME) (VON KORFF et al., 2008; NIELSEN et al., 2016), conforme o Quadro 4.

Quadro 4: Doses equivalentes em miligramas de morfina (MME) para opioides comumente prescritos para tratamento da dor

Opioide	Fator de Conversão
Codeína	0,15
Fentanil Transdérmico (em mcg/h)	2,4
Metadona	4,7
Morfina	1
Oxicodona	1,5
Tramadol	0,2

Fontes: Adaptado de Von Korff M, Saunders K, Ray GT, et al. Clin J Pain 2008;24:521–7 e Nielsen S, Degenhardt L, Hoban B, Gisev N. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2016;25:733–7.
 Abreviaturas: mcg/h = micrograma por hora; mg = miligrama; MME = equivalente em miligramas de morfina.

* Multiplique a dose de cada opioide pelo fator de conversão para determinar a dose em MMEs. Os seguintes cuidados devem ser observados: 1) Todas as doses são em mg/dia, exceto fentanil, que é mcg/h. 2) As conversões de dose equianalgésica são apenas estimativas e não podem levar em conta a variabilidade individual na genética e na farmacocinética.

Para fins de avaliação, procedeu-se ao cálculo da dose total de cada opioide prescrito, seguido pela aplicação de um fator de conversão para sua transformação em equivalente de morfina (conforme detalhado no quadro 4). Após essa conversão para MME, os valores foram agregados e o total resultante foi dividido por 1000, obtendo-se, assim, o indicador de qualidade proposto pela OMS (MME por 1000/dia) (Ju C et al., 2022).

Para avaliarmos a adequação do tratamento da dor, utilizamos o *Pain Management Index* (PMI), que compara a intensidade da dor relatada pelo paciente com a potência do analgésico prescrito. Escores analgésicos de 0, 1, 2 e 3 são categorizados da seguinte forma: 0, quando os pacientes não receberam medicação para dor; 1 quando receberam medicamentos não opioides; 2 quando receberam opioides "fracos" e 3 quando receberam opioides "fortes", respectivamente. Nesse mesmo escore, a dor é classificada de forma diferente da escada analgésica da OMS, da seguinte forma: "0" sem dor; de "1-4" dor leve, de "5- 6" dor moderada e de "7-10" dor intensa ou severa. O escore do PMI foi calculado subtraindo-se o escore de dor do escore analgésico. Quando o PMI é negativo consideramos que o manejo da dor foi potencialmente inadequado (MITERA et al, 2010).

Quadro 5: *Pain Management Index* (PMI)

<i>Pain Management Index</i>				
Tipo de Analgésico	Dor			
	Sem dor (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Intensa (3)
Sem analgésico prescrito (0)	0	-1	-2	-3
Não Opioide (1)	1	0	-1	-2
Opioide fraco (2)	2	1	0	-1
Opioide forte (3)	3	2	1	0

Fonte: adaptado de MITERA, G. et al. Assessment of Cancer Pain Management Using the PMI Journal of Pain and Symptom Management Vol. 39 No. 2 February 2010

5.6 Análise estatística

Inicialmente foi realizada uma análise exploratória das variáveis para verificação de incoerências e valores discrepantes (*outliers*). Para variáveis categóricas foram utilizadas tabelas de frequências simples e bivariadas. Em relação às variáveis contínuas, utilizamos medidas de posição e tendência central, medidas

de dispersão, além da representação gráfica.

Também foram calculados os percentuais das variáveis de estudo (preditoras) em relação à variável de desfecho. Para avaliar uma relação inicial foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson, considerando o nível de significância de 5%.

Para medir o grau de associação entre as variáveis preditoras e o desfecho foram estimadas razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) pelo modelo log-binomial, que fornece as razões de prevalência.

O software estatístico utilizado para análise dos dados foi o STATA 15.0 (STATA CORP, 2017).

5.7 Produto Técnico Tecnológico

De acordo com os resultados encontrados a partir das análises dos dados do estudo transversal, além de levantamento bibliográfico sobre o assunto, foi realizado pela pesquisadora principal um Relatório Técnico (APÊNDICE 2) para fornecer ao INCA as informações sobre o controle de dor dos pacientes atendidos em nossa instituição.

Dessa forma, esse Relatório foi estruturado com as seguintes sessões: capa, folha de rosto, apresentação, resumo, introdução, desenvolvimento, recomendações, conclusão e referências, descrevendo a experiência dos pesquisadores nas organizações no desenvolvimento do trabalho. Além de refletir o pensamento do autor, deve ser escrito com base no rigor científico e metodológico (BIANCOLINO et al., 2012). Portanto, segue o formato de um artigo acadêmico mais curto, incluindo ilustrações, conforme Normas da ABNT/NBR-6023.

5.8 Considerações Éticas

Estudo de transversal de base hospitalar, com dados obtidos por revisão de prontuário cuja maioria dos pacientes faleceu. Não estão previstas intervenções, o que nos levou a solicitar dispensa do uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao CEP do INCA.

Houve risco mínimo de exposição das pacientes, uma vez que se manteve o anonimato das informações, segundo o estabelecido na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação pelo CEP (Anexo 1), sendo respeitadas as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

1. RESULTADOS

Foram avaliados um total de 524 pacientes encaminhados para o HCIV e atendidos pela primeira vez no ambulatório da unidade no período de 01/01/2022 a 31/12/2022. Desses pacientes, 63,4% foram mulheres, sendo a média de idade de 64 anos e a mediana de 65 anos (primeiro quartil = 29 anos e o terceiro quartil = 72 anos). Em relação à escolaridade, 41,2% tinham menos que o ensino fundamental completo e 41,8% identificaram-se como de cor branca (Tabela 1).

Os sítios primários mais comuns foram do trato gastrointestinal (24,6%), seguidos por tumores ginecológicos (19,3%), e com progressão de doença mais frequente para pulmão/pleura (31,3%). Em relação à funcionalidade, verificamos que 41% dos pacientes estavam abaixo do KPS 50% (Tabela 1).

Ao analisar as prescrições de medicamentos analgésicos para os pacientes, constatou-se a frequência de prescrição de 87,4% de analgésicos simples, de 76,1% de opioides (fracos ou fortes), de 38,7% de medicamentos adjuvantes e de somente 20% de analgesia de resgate (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n= 524).

Variáveis Sociodemográficas	Total n=524 (%)
Idade (anos)	
<60	185 (35,3)
≥60	339 (64,7)
Sexo	
Feminino	332 (63,4)
Masculino	192 (36,6)
Cor da pele	
Branco	219 (41,8)
Não branco	305 (58,2)
Grau de instrução	
Até ensino fundamental incompleto	216 (41,2)
Até ensino médio incompleto	127 (24,2)
Ensino médio completo e mais	181 (34,6)

Tabela 1: Continuação.

Variáveis Sociodemográficas	Total n=524 (%)
Tipo de tumor primário	
Tumores do Aparelho Digestivo	129 (24,6)
Tumores de Cabeça e Pescoço	67 (12,8)
Tumores Ginecológicos	101 (19,3)
Tumores de Mama	69 (13,2)
Tumores de Ossos e Partes moles	18 (3,4)
Tumores de Pele	40 (7,6)
Tumores de Pulmão e Pleura	38 (7,3)
Tumores Urológicos	38 (7,2)
Outros	24 (4,6)
Progressão de doença	
Fígado / peritônio	117 (22,3)
Localmente avançada / linfonodos	160 (30,5)
Ossos	43 (8,3)
Pulmão / pleura	164 (31,3)
SNC	40 (7,6)
KPS (%)	
<50	215 (41,0)
≥50	309 (59,0)
Prescrição de analgésico simples	
Sim	458 (87,4)
Não	66 (12,6)
Prescrição de opioide	
Sim	399 (76,1)
Não	125 (23,8)
Prescrição de adjuvante	
Sim	203 (38,7)
Não	321 (61,3)
Prescrição de medicação de resgate	
Sim	105 (20,0)
Não	419 (80,0)

Nota: KPS= *Karnofsky Performance Status*; SNC= sistema nervoso central

A maioria dos pacientes (56,9%) apresentou dor moderada ou intensa. Desses, 61,2% tinha idade inferior a 60 anos e 58,1% era do sexo feminino. Pacientes diagnosticados com neoplasias de tecido ósseo/conectivo (55,6%), pele (52,5%) e tumores do sistema urológico (55,3%) predominantemente demonstraram ausência de dor ou relato de dor leve, ao passo que todos aqueles com as diversas localizações tumorais analisadas exibiram, em sua maioria dor de intensidade moderada a intensa.

Entre os pacientes que relataram dor de moderada a intensa, observou-se que a maioria possuía metástases para o SNC (62,5%), metástases ósseas (60,5%), KPS inferior a 50% (63,7%, valor de $p=0,008$), prescrições de analgésicos simples (58,5%, valor de $p=0,045$), opioides (60,4%, valor de $p=0,004$) e adjuvantes (63,5%) (Tabela 2).

Tabela 2: Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos, de acordo com a intensidade da dor (n= 524).

Variáveis	Intensidade da dor		
	Ausente ou leve (n=226; 43,1%)	Moderada ou Intensa (n=298; 56,9%)	Valor de p
Idade (anos)			0,105
<60	71 (38,4%)	114 (61,2%)	
≥60	155 (45,7%)	184 (54,3%)	
Sexo			0,443
Masculino	87 (45,3%)	105 (54,7%)	
Feminino	139 (41,9)	193 (58,1%)	
Cor da pele			0,795
Branco	93 (42,5%)	126 (57,5%)	
Não branco	133 (43,6%)	172 (56,4%)	
Grau de instrução			0,722
Até ensino fundamental incompleto	97 (44,9%)	119 (55,1%)	
Até ensino médio incompleto	55 (44,3%)	72 (56,7%)	
Ensino médio completo e mais	74 (40,9%)	107 (59,1%)	
Tipo de tumor primário			0,478
Tumores de Cabeça e Pescoço	26 (38,8%)	41 (61,2%)	
Tumores do Aparelho Digestivo	50 (38,8%)	79 (61,2%)	
Tumores de Pulmão e Pleura	17 (44,7%)	21 (55,3%)	
Tumores de Ossos e Partes moles	10 (55,6%)	8 (44,4%)	
Tumores de Pele	21 (52,5%)	19 (47,5%)	
Tumores de Mama	32 (46,4%)	27 (53,6%)	
Tumores Ginecológicos	39 (38,6%)	62 (61,4%)	
Tumores Urológicos	21 (55,3%)	17 (44,7%)	
Outros	10 (41,7%)	14 (58,3%)	

Tabela 2: Continuação

Variáveis	Intensidade da dor		
	Ausente ou leve (n=226; 43,1%)	Moderada ou Intensa (n=298; 56,9%)	Valor de p
Progressão de doença			0,184
Localmente avançada / linfonodos	67 (41,6%)	94 (58,4%)	
Pulmão / pleura	73 (43,9%)	91 (30,5%)	
SNC	15 (37,5%)	25 (62,5%)	
Fígado / peritônio	54 (46,5%)	62 (53,5%)	
Ossos	17 (39,5%)	26 (60,5%)	
KPS (%)			0,008
<50	78 (36,3%)	137 (63,7%)	
≥50	148 (48,0%)	161 (52,1%)	
Prescrição de analgésicos simples			0,045
Sim	190 (41,5%)	268 (58,5%)	
Não	36 (54,5%)	30 (45,5%)	
Tipo de analgésicos simples			0,260
Dipirona	176 (40,84%)	255 (59,2%)	
Paracetamol	14 (51,8%)	13 (48,1%)	
Prescrição de opioide			0,004
Sim	158 (39,6%)	241 (60,4%)	
Não	68 (54,4%)	57 (45,6%)	
Tipo de opioide			0,352
Tramadol	50 (35,5%)	91 (64,5%)	
Codeína	18 (46,1%)	21 (53,8%)	
Morfina	83 (42,1%)	114 (57,9%)	
Metadona	4 (30,8%)	9 (69,2%)	
Oxicodona	0 (0,0%)	4 (100,0%)	
Fentanil	3 (50,0%)	3 (50,0%)	
Prescrição de adjuvante			0,014
Sim	69 (36,5%)	129 (63,5%)	
Não	152 (47,4%)	169 (52,6%)	
Tipo de adjuvante			0,973
Gabapentina	55 (36,4%)	96 (63,6%)	
Pregabalina	11 (38,0%)	18 (62,0%)	
Amitriptilina	8 (34,8%)	15 (65,2%)	
Prescrição de medicação de resgate			0,108
Sim	38 (36,2%)	67 (63,2%)	
Não	188 (44,9%)	231 (55,1%)	

Nota: KPS= *Karnofsky Performance Status*; SNC= sistema nervoso central

Verificou-se que 94,1% dos analgésicos simples prescritos consistiam em Dipirona, enquanto 49,2% dos opioides eram de Morfina e 74,4% dos adjuvantes foram Gabapentina (Tabela 3).

Tabela 3: Prescrição de analgésicos, categorizados conforme sua classificação farmacológica, de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos

Tipo de medicação	n	%
Analgesico Simples	458	87,4%
Dipirona	431	94,1%
Paracetamol	27	5,9%
Opioide	399	76,1%
Tramadol	141	35,2%
Codeína	39	9,8%
Morfina	197	49,2%
Metadona	13	3,3%
Oxicodona	4	1,0%
Fentanyl	6	1,0%
Adjuvante	203	38,7%
Gabapentina	151	74,4%
Pregabalina	29	14,3%
Amitriptilina	23	11,3%

Durante a coleta dos dados, observamos que alguns pacientes (16,4%) tinham prescrições de medicamentos opioides destinadas apenas ao alívio da dor aguda, em vez de uso regular, como seria preconizado idealmente. Quando relacionamos esse achado com a intensidade da dor, constatamos que 59,3% desses apresentavam dor moderada ou intensa (Tabela 4).

Tabela 4: Prescrição de opioides apenas para dor aguda de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n= 524).

Opioide somente se necessário	Intensidade da Dor		
	n = 524	Ausente ou Leve	Moderada ou Intensa
Sim	86	35 (40,7%)	51 (59,3%)
Não	438	191 (46,3%)	247 (56,4%)

Quanto aos procedimentos terapêuticos empregados, constatou-se que 66,7% dos pacientes submetidos a braquiterapia relataram dor de moderada a intensa, enquanto essa proporção foi de 58,2% para os pacientes que receberam radioterapia e 57,3% para aqueles que foram submetidos à quimioterapia. No entanto, sem diferenças estatisticamente significantes (Tabela 5).

Tabela 5: Tratamentos prévios realizados de acordo com a intensidade da dor de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos.

Tratamento	Intensidade da Dor		
	Ausente ou Leve	Moderada ou Intensa	Valor de p
Cirurgia	129 (46,1%)	151 (56,9%)	0,145
Quimioterapia	155 (42,7%)	208 (57,3%)	0,765
Radioterapia	87 (41,8%)	121 (58,2%)	0,652
Braquiterapia	6 (33,3%)	12 (66,7%)	0,393
Hormonioterapia	43 (50,6%)	42 (49,4%)	0,129
Virgem de Tratamento	34 (46,6%)	39 (53,4%)	0,522

Os opioides prescritos foram convertidos em morfina e posteriormente somados e divididos por mil, para que dessa forma chegássemos ao índice definitivo de 23,3 MME por 1000/dia, conforme a tabela 6.

Tabela 6: Dose total de opioides prescritos e sua conversão para o equivalente de morfina em miligramas (MME) para pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=400).

Pacientes	Opióide	Dose Diária (mg)	Dose Total (mg)	MME
141	Tramadol	230,2	32458	6491,6
39	Codeína	109,5	4270	640,5
197	Morfina	66,8	13171	13171
13	Metadona	37	480	2256
4	Oxicodona	40	160	240
6	Fentanil	37,3*	224*	537,6
Total em MME por 1000/dia				23,3

Nota: MME= equivalente de morfina em miligramas

*Doses de Fentanil em mcg/h

Ao analisarmos o uso de analgesia adjuvante, constatamos que 61,3% dos pacientes encaminhados não estavam fazendo uso de nenhum medicamento para auxiliar no controle da dor, especialmente no que diz respeito ao componente neuropático associado. Destes, 52,6% relataram sentir dor moderada ou intensa durante a primeira consulta. A dose média diária de Gabapentina foi de 974,2 mg, enquanto a Pregabalina foi de 133,3 mg e a Amitriptilina de 33,5 mg (tabela 7).

Tabela 7: Dose total e dose média de adjuvantes prescritos para pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=254)

Pacientes	Adjuvante	Dose total (mg)	Dose média (mg)
151	Gabapentina	147100	974,1721854
27	Pregabalina	3600	133,3333333
76	Amitriptilina	2550	33,55263158

Para avaliar a eficácia do tratamento da dor, PMI, no qual um PMI negativo indica um manejo potencialmente inadequado da dor. Em nossa investigação, o PMI foi positivo em apenas 46,2% dos pacientes encaminhados, menos da metade. Ao relacionarmos o PMI com a intensidade da dor, constatamos que 23,3% dos pacientes com apresentavam controle inadequado da dor (Tabelas 8 e 9). Desses, 93,4% apresentavam do moderada ou intensa (valor de $p < 0,001$) (Tabela 10).

Tabela 8: *Pain Management Index* dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524)

PMI	Pacientes	%
-3	8	1,53
-2	30	5,73
-1	84	16,03
0	160	30,53
1	114	21,76
2	78	14,89
3	50	9,54

Nota: PMI= *Pain Management Index*

Tabela 9: Estratificação do *Pain Management Index* dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524)

PMI	Pacientes	%
Negativo	122	23,3%
Zero	160	30,5%
Positivo	242	46,20%

Nota: PMI= *Pain Management Index*

Tabela 10: Estratificação do *Pain Management Index* de acordo com intensidade da dor dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524)

PMI	Intensidade da Dor		Valor de p
	Ausente ou Leve	Moderada ou Intensa	
Negativo	8 (6,6%)	114 (93,4%)	<0,001
Zero	31 (19,4%)	129 (80,6%)	
Positivo	187 (77,3%)	55 (22,7%)	

Nota: PMI= *Pain Management Index*.

Cansaço (valor de p= 0,005), ansiedade (valor de p= 0,012) e ausência de bem-estar (valor de p= 0,032) em intensidade moderada ou leve foram sintomas mais frequentes em pacientes com dor de intensidade moderada ou intensa (Tabela 11).

Tabela 11: Intensidade da dor de acordo com a intensidade de outros sintomas do ESAS-r dos pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos (n=524)

Dor	Sintomas ESAS					
	Cansaço		Ansiedade		Bem-estar	
	Ausente ou Leve	Moderada ou Intensa	Ausente ou Leve	Moderada ou Intensa	Ausente ou Leve	Moderada ou Intensa
Ausente ou Leve	110 (48,7%)	116 (51,3%)	101 (44,7%)	125 (55,3%)	129 (57,1%)	97 (43,0%)
Moderada ou Intensa	109 (36,6%)	189 (63,4%)	101 (33,9%)	197 (66,1%)	142 (47,6%)	156 (52,4%)
Valor de p	0,005		0,012		0,032	

Na análise das razões de prevalências brutas, constatou-se que os pacientes que tinham no dia da consulta, a prescrição prévia de adjuvantes, de opioides e um estado funcional pior (KPS ≤ 50) apresentaram maiores prevalências de dor moderada/alta. Este padrão persistiu na análise multivariada, embora essas variáveis relacionadas ao uso prévio de medicamentos tenham apresentado uma associação limítrofe em termos de significância estatística (Tabela 12).

Tabela 12: Razão de Prevalência Bruta e Ajustada das variáveis associadas a presença de dor moderada e intensa de pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório de cuidados paliativos exclusivos

Variáveis	Razão de Prevalência (RP)					
	Bruta	IC _{95%}	Valor de p	Ajustada*	IC _{95%}	Valor de p
Uso de adjuvante prévio						
Sim	1,21	1,04 - 1,40	0,012	1,14	0,98 - 1,32	0,080
Não	1	-	-	1	-	-
Uso de opioide prévio						
Sim	1,32	1,08 - 1,63	0,008	1,24	1,00 - 1,53	0,047
Não	1	-	-	-	-	-
KPS (%)						
<50	1,22	1,06 - 1,42	0,007	1,20	1,04 - 1,39	0,013
>50	1	-	-	1	-	-

Nota: KPS= *Karnofsky Performance Status*; IC= intervalo de confiança.

(*) Ajustada pelo modelo Log-Binomial ajustado por todas as variáveis

2. DISCUSSÃO

O estudo envolveu 524 pacientes encaminhados para o HCIV e atendidos pela primeira vez no ambulatório da unidade durante o ano de 2022. Espera-se que esse tamanho de amostra seja significativo, aumentando a robustez das conclusões do estudo.

Observou-se uma predominância de mulheres, representando 63,4% dos pacientes, em conformidade com a tendência mundial. A média de idade dos pacientes foi de 64 anos, com uma mediana de 65 anos, indicando uma população mais idosa. Esses dados podem estar relacionados às condições de saúde que motivaram o atendimento no HCIV, como neoplasias avançadas sem possibilidades de tratamentos modificadores de doença, refletindo o progressivo envelhecimento populacional.

Em relação à escolaridade, observou-se que 41,2% dos pacientes possuíam educação formal inferior ao ensino fundamental completo. Este dado pode indicar disparidades socioeconômicas na amostra, que podem influenciar tanto o acesso aos serviços de saúde quanto a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde (letramento em saúde). Tais disparidades podem também afetar a utilização correta das medicações prescritas, permitindo inferir o uso inadequado de analgésicos e, conseqüentemente, o controle inadequado da dor. (MARQUES, 2018).

Cerca de 58,2% dos pacientes identificaram-se como não brancos, esse dado pode fornecer informações sobre a composição étnica da população atendida no HCIV, o que pode ser relevante para considerações de saúde pública e equidade no acesso aos serviços de saúde, onde pacientes dessas etiologias tem historicamente mais dificuldade de acesso, dessa forma, acabam fazendo o diagnóstico das doenças oncológicas de forma mais tardia, o que conseqüentemente limita as possibilidades de tratamento e aumenta a chance da incurabilidade da doença. O relatório "Estatísticas de Câncer para Pessoas Afro-Americanas/Negras 2022" destaca várias disparidades e tendências importantes na incidência e mortalidade por câncer entre pessoas afro-americanas/negras nos Estados Unidos. Indivíduos negros enfrentam uma maior carga geral de câncer, com riscos de morte por câncer sendo 19% mais altos para homens e 12% mais altos para mulheres em comparação com seus equivalentes brancos. O relatório também indica disparidades significativas nos resultados do câncer de mama, com as mulheres negras sendo 41% mais propensas a morrer de câncer de mama do que as mulheres brancas. Esta taxa de mortalidade mais alta é parcialmente devido ao diagnóstico em estágio mais avançado e ao menor acesso a cuidados de alta qualidade. O câncer de próstata continua sendo o câncer mais comumente diagnosticado em homens negros, com taxas de incidência 73% mais altas do que em homens brancos, e taxas de mortalidade mais de duas vezes mais altas. A diferença geral na mortalidade por câncer entre negros e brancos está diminuindo, principalmente devido à redução na mortalidade por câncer de pulmão e próstata entre homens negros. No entanto, persistem disparidades significativas, impulsionadas por fatores como racismo estrutural e acesso desigual aos cuidados (GIAQUINTO 2022).

Os tumores mais comuns no grupo estudado foram os tumores do TGI, seguidos por tumores ginecológicos. Esses achados estão em linha com as tendências epidemiológicas conhecidas de câncer em diferentes regiões e populações (INCA, 2022).

A avaliação da funcionalidade dos pacientes por meio da escala de KPS é uma prática clínica padrão no HCIV. A decisão de encaminhar os pacientes para Assistência Domiciliar (AD) ou Ambulatório à Distância (AMBD) com base no KPS igual ou menor que 50% é uma abordagem habitual em nossa prática, permitindo a identificação de pacientes com maior necessidade de suporte e dificuldades para comparecer às consultas presenciais. A descoberta de que 41% dos pacientes estavam abaixo do KPS de 50% já no momento da primeira consulta, destaca a importância da avaliação da funcionalidade na tomada de decisões clínicas e no planejamento do cuidado. A mensuração da dor foi realizada utilizando a ESAS, uma ferramenta amplamente reconhecida na avaliação da intensidade da dor em pacientes com condições crônicas avançadas. A categorização dos níveis de dor em três categorias distintas permitiu uma compreensão clara da gravidade da dor entre os pacientes, evidenciando que pacientes com KPS mais baixo geralmente apresentam maiores índices de dor (HWANG, 2004).

Observou-se que uma proporção significativa de pacientes, representando 56,9% do total e 61,2% dos pacientes com idade inferior a 60 anos, relataram dor moderada ou intensa. Além disso, mulheres apresentaram uma prevalência ligeiramente maior de dor moderada a intensa em comparação com homens (58,1%) (PUD, 2011).

Pacientes diagnosticados com neoplasias de tecido ósseo/conectivo, pele e tumores do sistema urológico tendiam a apresentar ausência de dor ou dor leve. Em contrapartida, outras localizações tumorais frequentemente exibiam dor de intensidade moderada a intensa. Essa variação na intensidade da dor entre diferentes tipos de tumor pode refletir diferenças na agressividade da doença ou no envolvimento de estruturas adjacentes, não foi encontrado estudo similar para comparação.

Quanto à progressão da doença, pacientes com metástases para o SNC ou metástases ósseas tendiam a relatar sintomatologia dolorosa mais intensa, destacando a importância da avaliação e manejo da dor em pacientes com doença metastática avançada dessa origem. Esse dado pode servir de alerta para o planejamento futuro dos cuidados dos pacientes com esse perfil, que serão encaminhados ao HCIV (VIEIRA, 2019).

A avaliação funcional utilizando o KPS demonstrou uma associação significativa entre uma pontuação de KPS inferior a 50% e dor de intensidade moderada a severa (valor de $p < 0,008$). Estes resultados sugerem que a dor pode contribuir para a redução da funcionalidade dos pacientes, ou que pacientes com menor funcionalidade, possivelmente devido a uma progressão mais avançada da

doença, experimentam níveis mais elevados de dor.

A ausência de prescrição de analgésicos simples, opioides e adjuvantes para uma proporção significativa de pacientes que relataram dor moderada a intensa resalta lacunas na gestão da dor e na adequação das intervenções farmacológicas, destacando a necessidade de uma abordagem mais abrangente e proativa para o controle da dor crônica. Em relação ao tipo de analgésico prescrito, a Dipirona foi o analgésico simples mais frequentemente utilizado, enquanto a Morfina e a Gabapentina foram os opioides e adjuvantes mais comumente prescritos, respectivamente. Esses resultados podem refletir as preferências dos clínicos, apesar da disponibilidade de outros medicamentos na instituição.

A observação de que alguns pacientes receberam prescrições de opioides apenas para o alívio da dor aguda, em vez de um uso regular, sugere uma prática clínica que pode não estar alinhada com as diretrizes recomendadas para o manejo da dor crônica. A constatação de que uma proporção significativa (59,3%) dos pacientes que receberam prescrições de opioides apenas para dor aguda apresentavam dor moderada ou intensa sugere que essa estratégia pode não ter sido eficaz para controlar adequadamente a dor crônica. Isso pode indicar a necessidade de uma avaliação mais abrangente da dor, conforme os Guidelines mais atuais e a orientação da OMS, além de uma abordagem ampla que inclua não apenas medicamentos opioides, como terapias não farmacológicas e estratégias de autocuidado para garantir um controle adequado da dor crônica (SWARM, 2019).

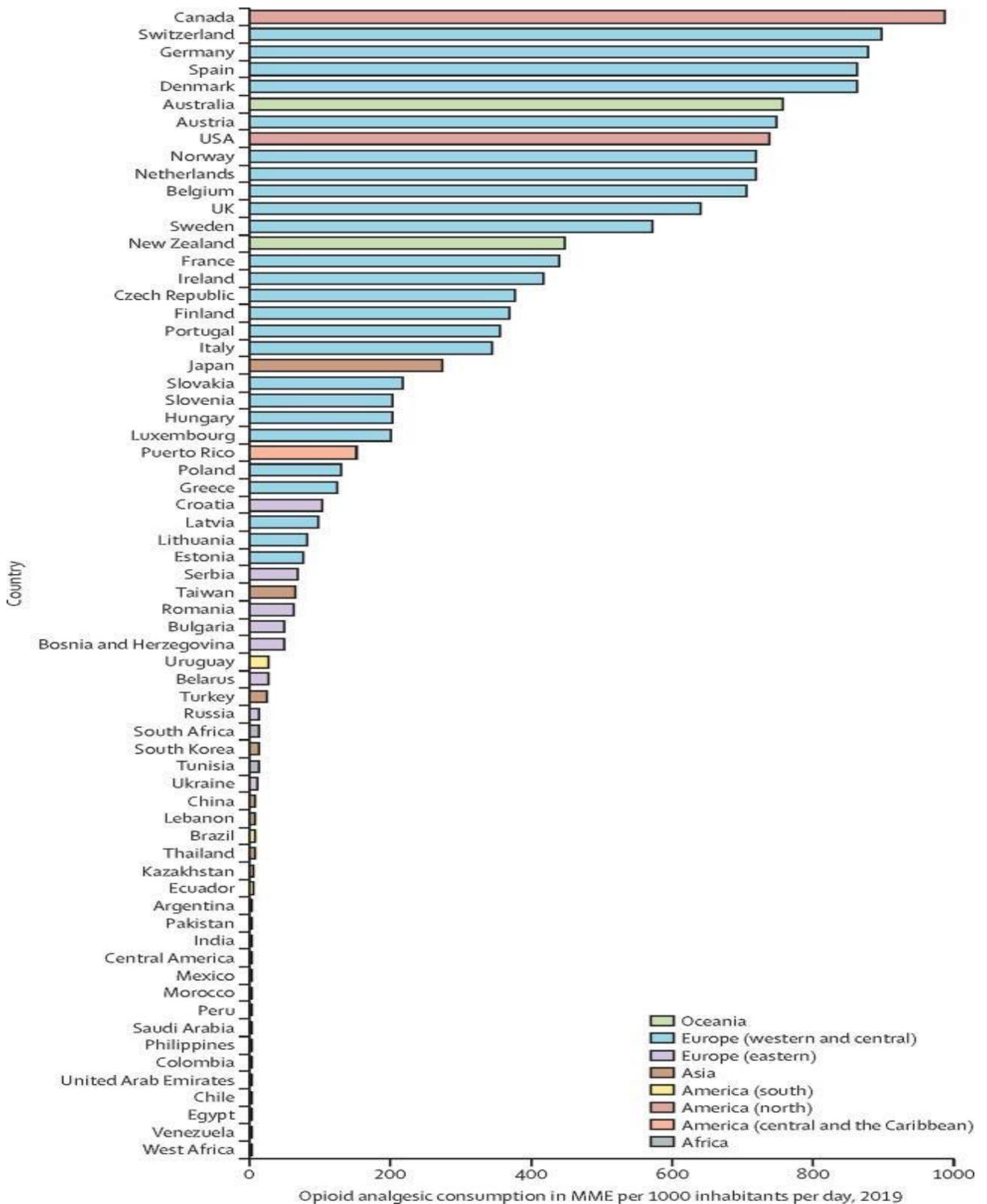
A análise dos procedimentos terapêuticos revelou que uma proporção considerável de pacientes submetidos a braquiterapia (66,7%), radioterapia (58,2%) e quimioterapia (57,3%) relataram dor moderada a intensa. Esses achados sugerem que esses procedimentos podem estar associados a um aumento na sintomatologia dolorosa em uma parcela significativa dos pacientes, embora nosso estudo não tenha apresentado significância estatística em nenhum dos tratamentos realizados (MEZZANOTTE, 2022; POLOMANO 2006; LLORENS, 1976).

Os dados sobre o uso de analgésicos revelam uma alta prevalência, com 87,4% dos pacientes utilizando analgésicos simples e 76,1% usando opioides. Isso pode refletir a natureza grave das condições de saúde dos pacientes, que frequentemente requerem controle da dor, embora o uso alto não necessariamente reflita o uso adequado ou bom controle da dor. Isso é corroborado quando avaliação que a maioria dos pacientes com uso desses mesmos analgésicos apresentavam dor de maior intensidade, como visto na tabela 2. Para entender melhor esse dado, comparamos as doses de medicamentos usadas aferidas no estudo, com o que é

usado habitualmente para o controle adequado da dor, segundo a literatura especializada.

Em nosso estudo, constatamos que as doses prescritas estão significativamente abaixo das recomendações estabelecidas. As doses médias de Gabapentina e Pregabalina foram de 974,2 mg e 133,3 mg, respectivamente, enquanto na literatura são encontradas doses entre 1800 e 2400 mg para Gabapentina e 300 mg para Pregabalina. A baixa proporção de pacientes utilizando medicamentos adjuvantes (38,7%) e analgesia de resgate (20%) sugere possibilidades de aprimoramento na gestão da dor para aprimorar seu controle (WINFFEN 2017; MOORE 2010). Os analgésicos opioides são reconhecidos pela OMS desde 1977 como uma classe essencial de fármacos para tratar a dor. Apesar da ênfase nessa importância, preocupações persistem quanto à disparidade no consumo desses medicamentos em escala global. Uma métrica possível para avaliar essa disparidade é a taxa de consumo de opioides padronizada pela população, expressa em MME por 1.000 habitantes por dia (MME por 1.000/dia) (Ju C et al., 2022).

Figura 3: Consumo de analgésico opioides em MME por 1000 habitantes por dia de 2015 a 2019



Fonte: Ju C, 2022

Ao analisarmos o MME por 1000 habitantes/dia em nosso estudo, que foi de 23,3 mg, e compararmos com as taxas mundiais de consumo de opioides em MME avaliadas em 2019, observamos uma discrepância notável entre países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Nossa taxa é equivalente à de países subdesenvolvidos, apesar de nossa instituição dispor de um arsenal terapêutico de qualidade e conforme os melhores guidelines internacionais para tratamento da dor (Ju C et al., 2022). É importante destacar que nosso estudo abrange um grupo específico e não é representativo da população em geral.

A utilização do PMI como uma medida para avaliar a eficácia do tratamento da dor é uma abordagem clinicamente relevante e significativa. O PMI oferece uma métrica para avaliar se a dor dos pacientes está sendo adequadamente gerenciada, permitindo uma avaliação mais objetiva da qualidade do cuidado prestado. Nossa investigação revelou que 46,2% dos pacientes encaminhados apresentaram um PMI positivo, indicando que menos da metade dos pacientes estava recebendo um manejo adequado da dor. Esse resultado sugere que há margem para melhorias na prestação de cuidados relacionados à dor em nossa amostra de pacientes (MITERA, 2010). Ao relacionarmos o PMI com a intensidade da dor, observamos que 23,3% dos pacientes apresentavam controle inadequado da dor (PMI negativo), a grande maioria desses pacientes (93,4%) relatou dor moderada ou intensa, indicando que a inadequação do controle da dor está correlacionada com níveis mais elevados de sintomatologia dolorosa. Avaliamos também que 30,5% tinham PMI zero e desses, 80,6% tinham dor moderada a intensa, o que de fato nos faz questionar o controle de dor nesse grupo. Em estudo realizado no HCIV, avaliando o controle de dor dos especialistas em Cuidados Paliativos na unidade de internação hospitalar, houve controle adequado em 100% dos pacientes no sétimo dia de acompanhamento. Esse achado ressalta a importância crítica de uma abordagem mais eficaz e abrangente no manejo da dor, nas unidades de origem dos pacientes ao HCIV, especialmente para pacientes com dor moderada a intensa (SAMPAIO, 2024).

Esses resultados têm implicações significativas para a prática clínica, destacando a necessidade de uma abordagem mais proativa e individualizada para o manejo da dor. Estratégias adicionais podem incluir uma avaliação mais abrangente da dor, a implementação de protocolos de tratamento mais robustos e a promoção de uma comunicação aberta entre pacientes e profissionais de saúde para garantir que as necessidades individuais de cada paciente sejam adequadamente atendidas.

Foi observado que uma proporção de pacientes (61,3%) não estava utilizando nenhum medicamento adjuvante para auxiliar no controle da dor. Esse achado

destaca a necessidade de uma abordagem mais abrangente no manejo da dor, considerando não apenas analgésicos tradicionais, mas também medicamentos adjuvantes que auxiliam no controle do componente neuropático da dor, que segundo alguns estudos recentes gira em torno de 34,8% a 54,5% (SATIJA 2021; SINGH 2024), mas que não foi avaliado especificamente em nosso estudo.

Quando avaliamos os outros sintomas da escada de ESAS e correlacionamos com a dor, verificamos uma associação significativa da mesma com o cansaço, a ansiedade e o bem-estar (valor de p 0,005; 0,012; 0,032 respectivamente). Esses achados destacam a inter-relação complexa entre diferentes sintomas em pacientes com doenças crônicas avançadas, enfatizando a importância de uma abordagem holística no manejo dos cuidados (PUD 2011).

As limitações deste estudo incluem a dificuldade de generalização dos resultados, pois foram considerados apenas pacientes encaminhados ao HCIV que receberam o primeiro atendimento no ambiente ambulatorial da unidade. Isso pode ter introduzido um viés de seleção, pois pacientes em assistência domiciliar, internação hospitalar ou não encaminhados ao HCIV não foram estudados, o que restringe ainda mais a abrangência dos resultados.

Cabe destacar ainda a natureza do estudo retrospectivo, onde as informações foram coletadas a partir de dados secundários (prontuários físico e eletrônico) o que pode ter influenciado na qualidade das informações coletadas e perdas. Além disso foi realizado em uma única instituição que atende população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, com características sociodemográficas e clínicas específicas.

Devem ser realizados mais estudos nessa temática, incluindo estudos de coorte prospectivo e ensaios clínicos e acompanhados em ambientes distintos como ambulatorios e assistência domiciliar, de modo a melhor compreender as questões relacionadas a dor e os fatores associados. Inclusive para avaliação de pacientes em tratamento oncológico em diferentes instituições de saúde, pois é fato de que poucos pacientes com câncer conseguem ser matriculados no INCA. Tanto o desenvolvimento de pesquisas quanto a realização de atividades de intervenção nas rotinas institucionais, que corroborem para o melhor controle da dor, devem ser implementadas em todos os cenários, unidades de saúde e níveis de atenção a saúde.

3. CONCLUSÃO

A elaboração deste estudo possibilitou uma avaliação da experiência da dor, sua intensidade e alguns fatores associados em pacientes com neoplasia avançada encaminhados para o ambulatório de Cuidados Paliativos do INCA. De forma indireta, demonstrou-se que, apesar da disponibilidade de um amplo arsenal terapêutico, o controle eficaz da dor ainda não é alcançado em grande parte desses pacientes.

Embora o estudo se restrinja aos pacientes encaminhados para o HCIV, suas descobertas permitem inferir que situações semelhantes podem ocorrer em outras unidades de tratamento, dada a similaridade no perfil dos pacientes. Isso representa uma preocupação significativa. Em suma, os resultados obtidos fornecem insights importantes sobre as estratégias terapêuticas utilizadas, a eficácia do tratamento da dor e as inter-relações dos sintomas em pacientes com doenças crônicas avançadas, destacando áreas de atenção e oportunidades para aprimoramento na prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BARNARD, D. World Health Organization guidelines for national narcotics control policies. *Journal of Palliative Medicine*, v. 5, n. 4, p. 575–577, 1 Aug. 2002.
2. BELAYNEH, Mathieos et al. Edmonton Classification System for Cancer Pain: comparison of pain classification features and pain intensity across diverse palliative care settings in Canada. *Journal Of Palliative Medicine*, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 366-375, 1 mar. 2023. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2022.0187>.
3. BHATNAGAR, S.; GUPTA, M. Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Interventional Pain Management in Cancer Pain. *Indian journal of palliative care*, v. 21, n. 2, p. 137–147, Aug. 2015.
4. BIANCOLINO, César Augusto; KNISS, Cláudia Terezinha; MACCARI, Emerson Antonio; RABECHINI JUNIOR, Roque. Protocolo para Elaboração de Relatos de Produção Técnica. *Revista de Gestão e Projetos*, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 294-307, 1 ago. 2012. University Nove de Julho. <http://dx.doi.org/10.5585/gep.v3i2.121>.
5. BOOKMAN, M. A. et al. Topotecan in squamous cell carcinoma of the cervix: A Phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Gynecologic Oncology*, v. 77, n. 3, p. 446–449, 1 Jun. 2000.
6. CASTILHO, Rodrigo Kappel; SILVA, Vitor Carlos Santos da; PINTO, Cristhiane da Silva (ed.). *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. 624 p.
7. CIPTA, A. M. et al. Cancer-related pain management in clinical oncology. *The Journal of community and supportive oncology*, v. 13, n. 10, p. 347–355, Oct. 2015.
8. DESANTANA, J. M. et al. Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal Of Pain*, v. 3, n. 3, 2020.
9. DIENSTMANN, R. et al. Palliative percutaneous nephrostomy in recurrent cervical cancer: a retrospective analysis of 50 consecutive cases. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 36, n. 2, p. 185–190, 1 Aug. 2008.
10. FITZCHARLES, M.-A. et al. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*, v. 397, n. 10289, p. 2098–2110, 29 May 2021.
11. GADDUCCI, A. et al. Percutaneous nephrostomy in patients with advanced or recurrent cervical cancer. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, v. 21, n. 2, p. 71–73, 1994.
12. GIAQUINTO, A. N. et al. Cancer statistics for African American/Black People 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 72, n. 3, p. 202–229, May 2022.
13. HAUMANN, J.; JOOSTEN, E. B. A.; EVERDINGEN, M. H. J. VAN DEN B. Pain prevalence in cancer patients: status quo or opportunities for improvement? *Current opinion in supportive and palliative care*, v. 11, n. 2, p. 99–104, 16 Mar. 2017.
14. HOMESLEY, H. D. et al. A phase II trial of weekly 1-hour paclitaxel as second-line therapy for endometrial and cervical cancer. *International journal of clinical oncology / Japan Society of Clinical Oncology*, v. 13, n. 1, p. 62–65, 29 Feb. 2008.
15. HWANG, S. S. et al. Prediction of survival for advanced cancer patients by recursive partitioning analysis: role of Karnofsky performance status, quality of life, and symptom distress. *Cancer Investigation*, v. 22, n. 5, p. 678–687, 2004.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
17. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV*. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

18. JACOBSEN, R. et al. Barriers to cancer pain management in Danish and Lithuanian patients treated in pain and palliative care units. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, v. 15, n. 1, p. 51–58, Mar. 2014.
19. JU, C. et al. Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: a longitudinal study. *The Lancet. Public health*, v. 7, n. 4, p. e335–e346, Apr. 2022.
20. LLORENS AS. Control of pain in pelvic cancer. *Gynecologic Oncology*. 1976 Jun;4(2):133-137. DOI: 10.1016/0090-8258(76)90054-8. PMID: 955509.
21. MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S. M. A. LETRAMENTO EM SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 535–559, 16 Apr. 2018.
22. MERCADANTE, S. et al. Sustained-release oral morphine versus transdermal fentanyl and oral methadone in cancer pain management. *European Journal of Pain*, v. 12, n. 8, p. 1040–1046, 1 Nov. 2008.
23. MERCADANTE, S.; FULFARO, F. World Health Organization guidelines for cancer pain: a reappraisal. *Annals of Oncology*, v. 16 Suppl 4, p. iv132-135, 1 May 2005.
24. MEZZANOTTE, J. N. et al. Updates in the Treatment of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Current treatment options in oncology*, v. 23, n. 1, p. 29–42, Jan. 2022.
25. MITERA, G. et al. Assessment of Cancer Pain Management Using the PMI Journal of Pain and Symptom Management Vol. 39 No. 2 February 2010
26. MONTEIRO, D. DA R.; ALMEIDA, M. DE A.; KRUSE, M. H. L. [Translation and cross-cultural adaptation of the Edmonton Symptom Assessment System for use in Palliative Care]. *Revista gaucha de enfermagem / EENFUFGRS*, v. 34, n. 2, p. 163–171, Jun. 2013.
27. MOORE, R. A. et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. In: THE COCHRANE COLLABORATION (Ed.). . *Cochrane database of systematic reviews: protocols*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 1996.
28. MOORE, R. A. et al. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, p. CD007076, 8 Jul. 2009.
29. MUDERSPACH, L. I. et al. A Phase II study of topotecan in patients with squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *Gynecologic Oncology*, v. 81, n. 2, p. 213–215, 1 May 2001.
30. MUGGIA, F. M. et al. Evaluation of vinorelbine in persistent or recurrent squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecologic Oncology*, v. 92, n. 2, p. 639–643, 1 Feb. 2004.
31. PATHMAWATHI, S. et al. Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, v. 16, n. 4, p. 552–560, Aug. 2015.
32. PIDGEON, T. et al. A survey of patients' experience of pain and other symptoms while receiving care from palliative care services. *BMJ supportive & palliative care*, v. 6, n. 3, p. 315–322, Sep. 2016.
33. POLOMANO, R. C.; FARRAR, J. T. Pain and neuropathy in cancer survivors. Surgery, radiation, and chemotherapy can cause pain; research could improve its detection and treatment. *The American journal of nursing*, v. 106, n. 3 Suppl, p. 39–47, 1 Mar. 2006.
34. PUD, D. Gender differences in predicting quality of life in cancer patients with pain. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, v. 15, n. 5, p. 486–491, Dec. 2011.
35. RADBRUCH, L. et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 4, p. 754–764, Oct. 2020.

36. SAMPAIO SGdSM, et al. Pain management adequacy in advanced cancer inpatients in a palliative care unit I. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2024;0:1–8. doi:10.1136/spcare-2023-004538
37. SATIJA, A. et al. The Burden of Cancer-related Neuropathic Pain: A Multi-centric Cross-sectional Observational Study from North India. *Indian journal of palliative care*, v. 27, n. 1, p. 104–108, Mar. 2021.
38. SCARBOROUGH, B. M.; SMITH, C. B. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 68, n. 3, p. 182–196, May 2018.
39. SCHAG, C. C.; HEINRICH, R. L.; GANZ, P. A. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, v. 2, n. 3, p. 187–193, Mar. 1984.
40. SINGH, S. et al. Incidence of Different Characters of Neuropathic Pain in Cancer Patients Coming to Tertiary Care Centre in North India Over A Period of 1 Year - An Observational Study. *Indian journal of palliative care*, v. 30, n. 1, p. 27–33, 16 Feb. 2024.
41. SOPER, J. T. et al. Percutaneous nephrostomy in gynecologic oncology patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 158, n. 5, p. 1126–1131, May 1988.
42. STATA CORP 2017. *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC
43. SUTTON, G. P. et al. Phase II study of ifosfamide and mesna in nonsquamous carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecologic Oncology*, v. 49, n. 1, p. 48–50, 1 Apr. 1993.
44. SWARM, R. A. et al. Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 17, n. 8, p. 977–1007, 1 Aug. 2019.
45. TSAI, J.-S. et al. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 39, n. 4, p. 655–662, Apr. 2010.
46. VARGAS-SCHAFFER, G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Canadian Family Physician*, v. 56, n. 6, p. 514–517, e202–e205, 2010.
47. VENTAFRIDDA, V. et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*, v. 59, n. 4, p. 850–856, 15 Feb. 1987.
48. VERSCHRAEGEN, C. F. et al. Phase II study of irinotecan in prior chemotherapy-treated squamous cell carcinoma of the cervix. *Journal of Clinical Oncology*, v. 15, n. 2, p. 625–631, Feb. 1997.
49. VIEIRA, C. et al. Pain prevalence and treatment in patients with metastatic bone disease. *Oncology letters*, v. 17, n. 3, p. 3362–3370, Mar. 2019.
50. WANG, J. K. Intrathecal morphine for intractable pain secondary to cancer of pelvic organs. *Pain*, v. 21, n. 1, p. 99–102, Jan. 1985.
51. WILD, C.P., et al. *World cancer report: cancer research for cancer prevention*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020.

APÊNDICE 1

FICHA DE COLETA DE DADOS**VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS**

1-Identificação: _____

2-Prontuário: _____

3- Data matrícula no INCA: ____/____/____

4- Data de nascimento: ____/____/____

5- Sexo: (1) feminino (2) masculino (9) sem informação

6-Raça/Cor/Etnia

(1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (9) sem informação

7-Grau de instrução

(1) analfabeto (2) 1º incompleto (3) 1º completo (4) 2º incompleto (5) 2º completo

(6) superior incompleto (7) superior completo (8) pós-graduação (9) sem informação

VARIÁVEIS CLÍNICAS

8- Tumor primário conforme CID10: _____

9- Tratamento para o câncer realizado pela instituição

1- Cirurgia	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	5- Quimioterapia	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
2- Radioterapia	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	6- Braquiterapia	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> SI
3- Hormonioterapia	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	7- Imunoterapia	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> SI
4- Virgem de tratamento	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	8- Sem informação	1 <input type="checkbox"/> Sim

10- Data do encaminhamento para o HCIV: ____/____/____

11- Data da primeira avaliação no HCIV: ____/____/____

12- KPS na primeira avaliação HCIV: _____

13- Progressão de doença (PD):

(1) localmente avançada (2) pulmão (3) Pleura (4) SNC (5) Fígado (6) Peritônio

(7) ossos (8) Linfonodos

14- Prescrição de analgésico simples:

(1) sim (2) não

15- Tipo de analgésico simples:

(1) Dipirona (2) Paracetamol (3) AINE

16- Prescrição de Opioide Prévio:

(1) sim (2) não

17- Tipo de opióide:

(1) Tramadol (2) Codeína (3) Morfina (4) Metadona (5) Oxycodona

(6) Fentanyl Dose: _____ Apenas SOS (1) sim (2) não

18- Prescrição de Adjuvante Prévio:

(1) sim (2) não

19- Tipo de adjuvante:

(1) Gabapentina (2) Pregabalina (3) Amitriptilina Dose: _____

20- Presença de medicação de resgate prescrita:

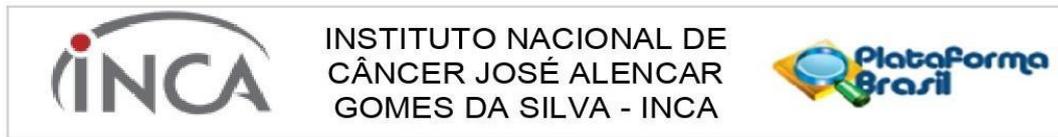
(1) sim (2) não

ESAS-r na primeira consulta:

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/ Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

Data do Óbito: _____ / _____ / _____

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA DOR NOS PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO ENCAMINHADOS PARA O AMBULATÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Pesquisador: CRISTHIANE DA SILVA PINTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66909923.0.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.970.435

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 5.911.654, de 27/02/2023.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 5.911.654, de 27/02/2023.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 5.911.654, de 27/02/2023.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 5.911.654, de 27/02/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Recomendações:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

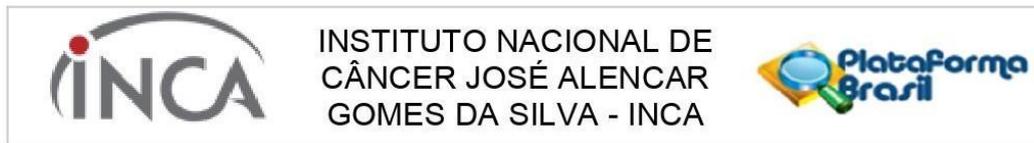
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 5.911.654, de 27/02/2023 (arquivo <RESPOSTA_PARECER_24032023.docx>):

1 - Quanto à PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2060906.pdf

1.1 - Lê-se "Os dados serão coletados das informações disponíveis nos prontuários eletrônico

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 5.970.435

(Intranet) e físico e no "Absolute" (programa de cadastro e marcação de consultas utilizado no INCA) por aluno de iniciação científica treinado e supervisionado pela pesquisadora responsável". Solicita-se incluir na equipe de pesquisadores o aluno que a integrará.

1.1.1 - Caso ainda não haja o aluno nesse momento e o projeto apenas abre a possibilidade de inclusão, solicita-se que o nome do aluno seja apresentado posteriormente a este CEP sob a forma de emenda ao projeto, após a aprovação do mesmo.

RESPOSTA: Não temos ainda o aluno selecionado e o projeto apenas abre a possibilidade de inclusão. O mesmo será apresentado posteriormente a este CEP na forma de emenda e será acrescentado posteriormente no formulário como membro pesquisador da equipe.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 - Por não se tratar de teste de hipótese, preencher este campo como "Não se aplica".

RESPOSTA: Muito obrigada pelo comentário. Corrigimos o campo com: "Não se aplica".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3 - Foi descrito no Projeto que serão convidados 08 profissionais médicos para composição de grupo focal, inclusive com aplicação de TCLE para esse grupo. Esclarecer se eles serão considerados participantes de pesquisa e adequar o número de participantes, bem como os grupos abordados. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

RESPOSTA: Agradecemos pelo comentário. Os profissionais médicos serão considerados participantes de pesquisa. Adicionamos esclarecimentos e adequação ao Projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.4 - Quanto ao grupo focal, esclarecer que as gravações das reuniões não serão compartilhadas e somente utilizadas para fins desta pesquisa.

RESPOSTA: Adicionamos essa informação na sessão de método do Projeto.

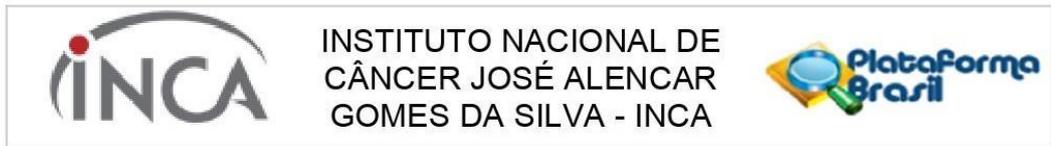
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.5 - Solicita-se adequação da ficha de coleta de dados, aonde encontram-se campos como identificação e matrícula, a fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

RESPOSTA: Realizamos a adequação da ficha de coleta de dados.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 5.970.435

1.6 - Solicita-se assinatura da declaracao_infraestrutura_CEP.doc, pelo diretor-geral do INCA. 2 - Quanto ao TCLE (TCLE.doc)

RESPOSTA: Esse formulário foi anexado de forma inadequada, pois o estudo não é um ensaio clínico e sim estudo transversal com coleta de dados secundários associado a uma segunda parte que consistirá em um estudo qualitativo com grupo focal.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2 - Quanto ao TCLE (TCLE.doc)

2.1 - Considerando que os participantes de pesquisa serão os pacientes cujos prontuários serão avaliados, deve-se incluir termo de solicitação de Dispensa de TCLE para esse grupo que será analisado retrospectivamente.

RESPOSTA: Agradecemos pelo comentário e adicionamos o termo de solicitação de Dispensa de TCLE para esse grupo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2 - Com relação aos custos, é previsto encontro no HCIV para formação e trabalho do GF. Deste modo, deverá ser previsto o custo com o deslocamento desses participantes.

RESPOSTA: Adicionamos essa informação ao orçamento da proposta.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.3. Quanto à confidencialidade, solicita-se esclarecer quais dados serão coletados dos participantes do grupo focal.

RESPOSTA: Agradecemos pelo comentário e adicionamos mais informações a esse respeito na sessão de métodos da proposta.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3 - Quanto ao Formulário para Submissão de Estudos no INCA (formulario_submissao_cris.pdf)

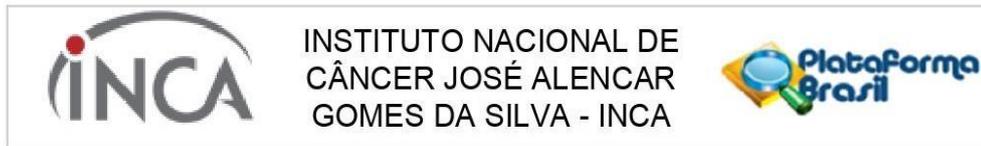
3.1 - É necessário assinalar qual o vínculo da pesquisadora e dos demais participantes no INCA. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Acrescentamos essa informação ao Formulário para Submissão de Estudos no INCA.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3.2 - Na PB lê-se "Os dados serão coletados das informações disponíveis nos prontuários

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 5.970.435

eletrônico (Intranet) e físico e no "Absolute" (programa de cadastro e marcação de consultas utilizado no INCA) por aluno de iniciação científica treinado e supervisionado pela pesquisadora responsável". Solicita-se indicar no formulário de submissão quem será o aluno que fará parte da pesquisa. Caso ainda não se tenha o nome, ver item 1.1.1 acima.

RESPOSTA: Não temos ainda o aluno selecionado e o projeto apenas abre a possibilidade de inclusão. O mesmo será apresentado posteriormente a este CEP na forma de emenda.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4 - Quanto ao Orçamento:

4.1 - É necessário que se inclua no orçamento do projeto e na PB os custos referentes ao deslocamento dos pacientes para a participação no projeto. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: A parte quantitativa do estudo será realizada com dados secundários. Portanto, não haverá custo para o deslocamento de pacientes. Somente para o Grupo Focal, em que de fato haverá deslocamento de participantes, adicionamos essa informação ao orçamento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram respondidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

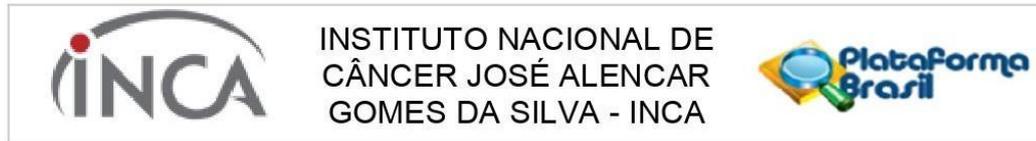
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2060906.pdf	27/03/2023 09:13:01		Aceito
Outros	formulario_submissao_24032023.pdf	27/03/2023 09:12:44	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	RESPOSTA_PARECER_24032023.doc	27/03/2023	LIVIA COSTA DE	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 5.970.435

Parecer Anterior	RESPOSTA_PARECER_24032023.doc	09:12:08	OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE_24032023.pdf	27/03/2023 09:11:18	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_24032023.doc	27/03/2023 09:10:36	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_24032023.docx	27/03/2023 09:10:25	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	27/03/2023 09:10:13	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.pdf	20/01/2023 10:46:09	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Dados_e_amostras.pdf	20/01/2023 10:44:04	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/01/2023 10:40:20	LIVIA COSTA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	02/12/2022 11:02:33	CRISTHIANE DA SILVA PINTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Março de 2023

Assinado por:
Antonio Abilio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

