

# PERFIL DA DOR EM INDIVÍDUOS COM CÂNCER EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Pain profile in cancer patients undergoing chemotherapy

RUSSI, Z.C.

WISNIEWSKI, M.S.W.

WILK, A.E.

Data do recebimento: 18/04/2014 - Data do aceite: 05/06/2014

**RESUMO:** Este estudo objetivou traçar o perfil da dor de indivíduos com câncer e em tratamento em um setor de quimioterapia, *bem como comparar a variável intensidade da dor ao tipo de tumor, uso ou não de analgesia e sexo. Para tanto, a intensidade da dor de origem oncológica foi mensurada através da Escala Análoga Visual (EVA) em voluntários com idade superior a 18 anos, de forma individual e em um único momento, seguida da coleta de dados do prontuário médico. Após a coleta, os dados foram analisados através de estatística descritiva. Foram avaliados 158 indivíduos, de ambos os sexos, com média de idade de 61,37 anos, sendo 44,3% do sexo feminino. Do total da amostra, 56,96% relataram dor de intensidade leve relacionada ao câncer ( $X= 2,59$ ). Nos indivíduos que fizeram uso de analgesia, a média foi de 3,87, enquanto naqueles que não fizeram uso, 1,47. O sexo feminino apresentou maiores médias de intensidade da dor ( $X= 3,99$ ), enquanto que o masculino, 3,71, ambos com uso de analgésicos. Em mulheres, o tumor de orofaringe apresentou a maior média de intensidade da dor ( $X= 7,4$ ) com analgesia, e de pulmão, 6,42, sem analgesia. Em homens, o tumor ósseo ( $X= 4,9$ ) com analgesia e de abdômen ( $X= 2,4$ ) sem analgesia.*

**Palavras-chave:** Neoplasia. Dor nociceptiva. Percepção da dor.

**ABSTRACT:** The aim of this study was to determine the profile of pain in cancer patients and under treatment in a sector of chemotherapy, as well as to compare the variable intensity of pain to the type of tumor, the use of analgesia and sex. Therefore, the intensity of the cancer pain origin was measured by Visual Analogue Scale (VAS) in volunteers over 18 years old, individually and in a single moment, and then by collecting data from medical records. After the collection, the data was analyzed through descriptive statistics. 158 individuals of both gender were evaluated, with mean age of 61.37, 44.3%

were female. 56.96% patients of the sample reported mild pain related to cancer ( $X = 2.59$ ). The mean age for individuals who have made use of analgesia was 3.87, while the mean age for those who did not use it was 1.47. Females presented a higher mean of pain intensity ( $X = 3.99$ ) while males presented 3.71, both using analgesics. The oropharynx tumor showed the highest average pain intensity ( $X = 7.4$ ) with analgesia, and lung tumor presented 6.42 without analgesia in women. Bone tumor ( $X = 4.9$ ) with analgesia and abdomen tumor ( $X = 2.4$ ) without analgesia in men.

**Keywords:** Neoplasia. Nociceptive pain. Perception of pain.

## Introdução

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2010), dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, sendo sempre subjetiva e de ordem pessoal.

Em neoplasias, a dor está presente em todos os estágios evolutivos, sendo uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para indivíduos com câncer em progressão. É considerada o maior temor relacionado a esta afecção, podendo superar até mesmo a ambiguidade da própria perspectiva de sobrevivência. Conforme a evolução da doença, 80% experimentarão dor, que pode ser de intensidade leve, moderada ou intensa, estando as duas últimas presentes em 30% dos pacientes sob tratamento e em 60 a 90% dos casos de doença avançada. Nestes, a sensação algica tem como causa principal o próprio câncer (46 a 92% dos casos) devido a invasão tumoral óssea, visceral ou do Sistema Nervoso Periférico, a extensão direta às partes moles e o aumento da pressão intracraniana (BRASIL; 2002).

A sensação dolorosa em 12 a 29% dos indivíduos pode estar relacionada a situações como linfedema, escaras de decúbito

e constipação intestinal e em 5 a 20% à associação com o tratamento antitumoral e decorrente de procedimentos pós-cirúrgicos, pós-quimioterápicos e/ou radioterápicos ou decorrente de desordens associadas, como osteoartrite (GÄRTNER, 2009).

Inúmeras organizações profissionais em todo o mundo direcionaram seus esforços para minimizar a dor no câncer, resultando em diretrizes para a prática clínica e uma rica literatura sobre os cuidados paliativos. Assim, a dor pode ser completamente aliviada em 80 a 90% dos pacientes, e um nível aceitável de alívio pode ser alcançado na maioria dos demais (IASP, 2010).

Nesta contextualização, objetivou-se mensurar a intensidade da dor oncológica através da Escala Visual Análoga da Dor (EVA) em indivíduos com diagnóstico de câncer e em tratamento no setor de quimioterapia de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), localizada no estado do Rio Grande do Sul e comparar a variável intensidade da dor ao uso de analgésicos, ao sexo e ao tipo de tumor.

## Material e métodos

Estudo quantitativo, exploratório descritivo e documental, realizado de julho a setembro de 2010, no setor de quimioterapia de uma Unidade de Alta Complexidade em

Oncologia – UNACON, conforme aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Protocolo nº 002/PGH/10.

Os voluntários foram entrevistados no setor de quimioterapia da referida unidade de saúde, antes de realizarem a sessão de quimioterapia agendada para o dia. Os mesmos foram entrevistados uma única vez. A abordagem para a mensuração da dor foi efetuada após o paciente informar ao entrevistador se o mesmo havia ou não utilizado, naquela data, qualquer medicamento analgésico prescrito pelo seu médico.

A abordagem para mensuração da dor foi efetuada uma única vez em cada indivíduo. O voluntário recebeu uma folha contendo a Escala Análoga Visual da Dor (EVA), sendo orientado a demarcar sobre a linha o local que mais representava a intensidade de sua dor no exato momento da abordagem. A escala possui uma extensão de 0 ao 10° centímetro, sendo o zero (esquerda) representativo da ausência total de dor, e o 10 (direita), o nível de dor máxima. Preconizaram-se os indicativos da *World Health Organization* (WHO, 1999) para interpretar a intensidade da dor, que considera como leve a intensidade de dor entre 0-4, moderada entre 5-7 e intensa entre 8-10.

Em paralelo, o prontuário de cada indivíduo foi consultado, objetivando identificar cidade de procedência, idade, sexo, tipo de tumor e tipo de tratamento. Após a coleta, os dados foram analisados através de estatística descritiva.

## Resultados e discussões

Foram avaliados 158 indivíduos procedentes de 41 municípios atendidos pela UNACON, a qual abrange a 11ª, 15ª e 19ª CRS/RS no período de julho a setembro de 2010. Destes, 44,3% do sexo feminino, procedentes de 28 cidades da região Alto Uruguai apresentaram 17 tipos diferentes de tumores. Os

demais, 55,4% do sexo masculino, oriundos de 33 cidades da mesma região, apresentaram 21 diferentes tipos de tumores. Os resultados estão descritos na Tabela I.

**Tabela I** - Caracterização da amostra quanto ao sexo, média de idade e número de tumores em indivíduos com diagnóstico de câncer e voluntários deste estudo. 2010

	n	$\bar{X}$ idade e DP	nº de tumores
Feminino	70	57,98 ± 13,49	17
Masculino	88	64,07 ± 11,5	21
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>61,37 ± 12,76</b>	<b>27</b>

Conforme os dados apresentados na tabela I, verifica-se que o sexo masculino apresentou 77,78% do número total de tumores identificados nesta amostra, representando maior diversidade de tipos tumorais diagnosticados que em mulheres, o que correspondeu a 62,96%. Na mesma tabela, é possível verificar menor média de idade no sexo feminino, com idade mínima e máxima entre 29 e 87 anos, respectivamente. Já, no sexo masculino, a idade mínima correspondeu a 31, e máxima 88 anos de idade.

A literatura de base descreve que o risco de desenvolver câncer aumenta de forma proporcional à idade. De acordo com o INCA (BRASIL, 2010), o envelhecimento populacional é a principal causa de câncer em todo o mundo. Quanto mais a população envelhecer, maior é a probabilidade de desenvolver esta patologia. Segundo Audisio et al. (apud POLLOCK et al., 2006), a expectativa de vida cresceu em todos os países industrializados. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico de 2010, a expectativa de vida ao nascer, para ambos os sexos, é de 73,17 anos. A esperança de vida no nascimento para o sexo feminino é de 77 anos, enquanto que para o sexo masculino, 69,4 anos (IBGE, 2010).

Para o INCA (BRASIL, 2010), além do envelhecimento, o tabagismo, o consumo de álcool, o sedentarismo e a ingestão de comidas gordurosas são considerados fatores de risco associado, assim como a exposição ao sol sem proteção, o que justifica, também, o aumento do número de casos de câncer na população mais jovem.

De acordo com EUCAN 90 (Incidência, Mortalidade e Prevalência de Câncer na União Europeia), aproximadamente 58% dos cânceres e 69% das mortes causadas por esta patologia afetam pessoas com 65 anos ou mais. O risco de desenvolver câncer entre pessoas de mais de 65 anos equivale a 2,9 vezes para homens e 2,2 vezes para mulheres em comparação a pessoas da faixa etária de 55-64 anos (CANCER IN THE EUROPEAN UNION, 1995 apud POLLOCK et al., 2006).

De acordo com a avaliação da intensidade da dor, pode-se observar na Tabela II uma média de dor equivalente a 2,59 relatada pelo total de indivíduos abordados na pesquisa segundo a Escala Análoga Visual (0-10). Da mesma forma, observa-se menor intensidade de dor quando o relato do indivíduo foi equivalente a não utilização de analgésicos na data da avaliação (1,47). Em relação aos indivíduos que estavam em uso de analgesia, pode-se visualizar uma média de dor de 3,87.

**Tabela II** - Caracterizando a amostra total através da média da intensidade da dor com e sem uso de analgesia em acometidos por câncer e em tratamento no setor de quimioterapia da UNACON. 2010

	$\bar{X}$ intensidade da dor e DP
Dor total	2,59 ± 1,73
Dor sem analgesia	1,47 ± 2,44
Dor com analgesia	3,87 ± 2,88

De acordo com Pollock et al. (2006), a avaliação da dor inicia com o dimensionamento de sua intensidade, avaliada a partir da

intensidade de sua experiência e mensurada através de escalas, nas quais o indivíduo classifica sua dor numa escala de 0 (ausência de dor) a 10 (pior dor). A utilização de escalas de classificação da dor auxilia na comunicação e, sobretudo, nas mudanças de sua intensidade ao longo do tempo. A Organização Mundial de Saúde preconiza a avaliação e controle da dor e considera como leve a intensidade de dor referida entre 0-4, moderada entre 5-7 e intensa quando for referida entre 8-10 (WHO, 1999).

Para Pena et al. (2008, p. 17), “a dor constitui o sintoma dominante na maioria dos doentes com neoplasia. Atinge 50% dos pacientes no curso da doença, podendo estar presente em até 90% nas fases avançadas”. O mesmo autor afirma que a subjetividade conferida à dor torna-a difícil de interpretar ou descrever, e, por isso, muitas vezes, torna-se um sintoma subdiagnosticado e, consequentemente, subtratado, particularmente em pacientes com câncer.

Para Ferrell (apud POLLOCK et al. 2006), desde o diagnóstico, e, ao longo do tratamento do câncer, 30-45% dos pacientes experimentam dor de moderada a intensa. O mesmo autor afirma que a prevalência aumenta para cerca de 75% no câncer avançado. Dos pacientes com dor, 40-50% a descrevem como moderada a intensa e 25-30% relatam dor muito intensa.

Este estudo constatou que 56,96% dos indivíduos entrevistados sofrem de dor relacionada ao câncer. Destes, 59,14% encontram-se na população feminina e 40,86% na população masculina (Tabela I). Observou-se, também, para o total da amostra, presença de dor leve segundo a classificação da OMS, tanto nos indivíduos que fizeram uso de analgésicos quanto nos que não utilizaram medicação com a finalidade analgésica (Tabela II).

Em relação à mensuração algica por sexo, pode-se constatar, segundo a Tabela III, que os indivíduos do sexo feminino, com ou sem

uso de analgésicos, apresentaram maiores médias de intensidade da dor comparando com o sexo masculino.

**Tabela III** - Demonstrando a média da intensidade da dor com e sem uso de analgesia, no sexo masculino e feminino, em indivíduos acometidos por câncer na UNACON. 2010

Sexo	$\bar{X}$ intensidade de dor e DP
Feminino sem analgesia	2,31 ± 3,03
Feminino com analgesia	3,99 ± 3,18
Masculino sem analgesia	0,88 ± 1,71
Masculino com analgesia	3,71 ± 2,61

Observando a Tabela III, as maiores médias de intensidade de dor apresentam-se no sexo feminino ( $X= 3,99$ ) e no sexo masculino ( $X= 3,71$ ), ambos com utilização de medicação analgésica.

Para Suffon e Porter (2002 apud PENA et al., 2008), a prevalência da dor varia entre os sexos de acordo com a maior frequência da ocorrência natural das lesões causais. Segundo os autores, a dor associada ao câncer e a dor decorrente de amputações, afecções isquêmicas, mielopatias e encefalopatias são mais comuns em homens e têm localização mais difusa.

Para Derbyshire et al. (2002 apud COSTA, 2008), a mulher tem mais capacidade perceptiva e seu limiar sensitivo é mais baixo que no homem, o que poderia refletir-se na diferença dos sexos em relação à percepção da dor. Segundo os autores, estes dados não têm sido confirmados de forma clara em estudos laboratoriais, possivelmente, por envolver fatores culturais. Para Robinson et al. (2001 apud COSTA, 2008), comportamentalmente, a mulher ocidental relata mais dor que o homem e procura mais frequentemente auxílio médico. De acordo com Geenspan et al. (2007 apud COSTA, 2008), o risco de desenvolver dor é maior em mulheres

do que em homens na fase adulta mediana, diminuindo essa diferença após os 45 anos de idade, porém em algumas patologias a dor pode persistir por mais tempo.

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

Diversos estudos citados por Ferrel (apud POLLOCK et al., 2006) demonstram que os pacientes com câncer consomem apenas 50-60% dos medicamentos prescritos mesmo quando estão sentindo dor. O autor relata que a não aceitação pelo paciente dos medicamentos ocorre geralmente pelo temor da adição ou depressão respiratória e da falta de compreensão dos princípios de prevenção da dor por meio de doses rotineiras de analgésicos.

Para Soares (2003 apud SALAMONDE, 2006), a dor abrange muito mais que uma sensação. O autor cita o conceito denominado dor total, criado por Cecily Saunders<sup>1</sup>. Este conceito modificou a imagem da dor, pois abrange vários componentes, tais como: a luta contra a doença e seus respectivos tratamentos; os problemas emocionais (raiva, depressão, desesperança, desespero, culpa, proximidade da morte) e a mudança dos planos de sua vida, pois deixam de lado os de longo prazo, fixando-se em metas de curto prazo.

Dessa forma, em relação às médias de intensidade da dor apresentadas na Tabela III, segundo a percepção da dor nos sexos masculino e feminino, com ou sem uso de analgesia, pode-se apoiar no discurso de

Cecil e Helman (1994, apud SARTI, 2001), os quais afirmam que se deve considerar que a dor é vivenciada nos diferentes âmbitos sociais, de acordo com o significado individual e a cultura a que cada um pertence.

Conforme a avaliação da intensidade da dor na amostra por sexo, observa-se uma relação inversamente proporcional entre o número de indivíduos com uso de analgésicos e a média da intensidade da dor para o sexo feminino, como pode ser visualizado na Tabela IV. Já nos indivíduos que não se submeteram ao uso de analgésicos, pode-se observar que representaram a grande maioria desta amostra, porém a isenção dos analgésicos não garantiu, para o total dos entrevistados,

baixa intensidade da dor ou mesmo ausência deste sintoma.

Para os indivíduos que fizeram uso de analgesia, pode-se observar, nesta tabela, que a média da dor apresentou-se de forma mais intensa nos tumores de orofaringe, melanoma, estômago, mama e pulmão, respectivamente. Já os indivíduos acometidos por tumores de pulmão, SNC, intestino, sistema linfático, colo de útero, mama, vias biliares, melanoma, colón, útero e reto, respectivamente, demonstraram os maiores índices de intensidade da dor, mesmo não utilizando analgesia.

Segundo Dutton (2002), em relação ao câncer de orofaringe, não existe quadro clí-

**Tabela IV** - Demonstrando Média e Desvio Padrão (DP) da intensidade da dor com e sem uso de analgesia, em indivíduos do sexo feminino, acometidos por câncer e em tratamento na UNACON. 2010

Sexo	TU	Com analgesia	$\bar{\chi}$ intensidade da dor e DP	Sem analgesia	$\bar{\chi}$ intensidade da dor e DP
Feminino	Mama	3	5,03 ± 2,02	30	2,13 ± 2,61
	Pulmão	3	3,53 ± 3,74	5	6,42 ± 3,70
	Linfático	-	-	2	3,95 ± 5,58
	Ovário	-	-	2	0 ± 0
	SNC	1	0	1	5,6
	Esôfago	-	-	2	0 ± 0
	Colón	-	-	2	0,85 ± 1,20
	Melanoma	1	6,8	1	1,3
	Útero	-	-	2	0,1 ± 0
	Colo de útero	-	-	4	2,55 ± 4,51
	Sigmóide	-	-	1	0
	Reto	-	-	2	0,05 ± 0,07
	Mieloma múltiplo	1	0	-	-
	Vias biliares	-	-	1	2
	Orofaringe	1	7,4	-	-
	Intestino	-	-	1	4,8
	Estômago	1	6,5	3	0,23 ± 0,208

nico característico. A sua evolução é lenta e, inicialmente, pouco dolorosa. Já dados relatados pela literatura, com respeito ao câncer de pulmão, a dor torácica está presente em 27 a 49% dos casos de neoplasia de pulmão. O tipo de dor é frequentemente intermitente do lado do tumor, tornando-se intensa e persistente devido à extensão para mediastino, pleura ou parede torácica (UEHARA; JAMNIK; SANTORO, 1998).

Os relatos mais intensos da literatura acerca da dor oncológica referem-se ao câncer de mama e seu tratamento. Segundo Gärtner et al. (2009), em estudo realizado na Dinamarca, com 3.754 mulheres entre 18 e 70 anos de idade, tratadas com cirurgia e terapia adjuvante quando indicada, para câncer primário na mama, demonstrou que 47% das pacientes referiram dor, 13% de caráter severo, 39% moderada e 48% leve. Os fatores associados à dor crônica deste estudo incluíram idade mais jovem e radioterapia adjuvante. O estudo concluiu que, após 2 a 3 anos do tratamento do câncer mamário, a dor e a alteração sensorial permaneceram como problemas clinicamente significativos entre mulheres mastectomizadas.

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

Na avaliação da intensidade da dor na amostra relacionada ao sexo masculino, observa-se, da mesma forma, no sexo feminino, poucos indivíduos com uso de analgésicos, porém com a intensidade da dor relativamente alta no pós-ingesta analgésica. Observa-se, também, significativa quantidade de indivíduos que não ingeriram analgésicos, mas que apresentaram dor.

A Tabela V demonstra as médias de inten-

sidade da dor, conforme o tipo de tumor para o sexo masculino. Os indivíduos que fizeram uso de analgesia, ainda assim, apresentaram dor relacionada ao câncer. As maiores médias de intensidade de dor para estes indivíduos apresentaram-se de forma decrescente, nos tumores ósseos, de cabeça e pescoço, próstata, pâncreas e de laringe, respectivamente. Já os indivíduos que não utilizaram nenhum tipo de analgésico antes da entrevista, apresentaram médias de intensidade mais elevadas nos tumores de abdome, em primeiro lugar, seguidos de tumores de reto, pele não melanoma, cabeça e pescoço, pele melanoma, próstata, bexiga, pulmão, estômago, linfoma, laringe, fígado, vias biliares e esôfago.

Segundo Catalan et al. (2006), em um estudo realizado com 115 pacientes com tumores ósseos, a dor apresentou-se com variável intensidade, sendo o sintoma predominante e comumente associado a aumento de volume da região afetada. Segundo os autores, clinicamente, a dor foi o sintoma mais importante, citado por 80,8% dos indivíduos, 93 dos 115 que participaram do estudo.

Para Pimenta, Kaizume e Teixeira (2003), a dor associada ao câncer pode ser devida ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de investigação. Seu controle merece prioridade por várias razões. Primeiro, o não tratamento da dor causa sofrimento desnecessário. A dor prejudica a atividade física, o apetite e o sono. Com sua presença, frequentemente, resultam desesperança e o anúncio do progresso inexorável de uma enfermidade temida, destruidora e fatal. Para o autor, a dor inadequadamente aliviada também pode provocar repercussões nas esferas social, emocional e espiritual, tanto nos pacientes quanto em seus familiares, além de restrição nas atividades de trabalho e lazer, maior ônus financeiro, sofrimento psíquico frente ao desconforto de um ente querido e questionamentos de natureza metafísica, entre outros.

**Tabela V** - Demonstrando Média e Desvio Padrão (DP) da intensidade da dor com e sem uso de analgesia em indivíduos do sexo masculino, acometidos por câncer e em tratamento na UNACON. 2010

Sexo	TU	Com analgesia	$\bar{X}$ intensidade da dor e DP	Sem analgesia	$\bar{X}$ intensidade da dor e DP
Masculino	Cabeça e pescoço	2	4,75 ± 2,05	6	1,28 ± 1,78
	Pele melanoma	-	-	4	1,27± 2,55
	Próstata	2	3,6 ± 5,09	28	1,02 ± 2,06
	Intestino	-	-	3	0,03 ± 0,05
	Laringe	1	1	1	0,5
	Testículo	-	-	1	0
	Reto	-	-	5	2,06 ± 2,66
	Bexiga	-	-	2	0,9 ± 1,27
	Estômago	-	-	8	0,71 ± 1,77
	Cólon	-	-	3	0 ± 0
	Esôfago	-	-	4	0,17± 0,35
	Ósseo	1	4,9	1	0
	Pulmão	-	-	5	0,76 ± 1,25
	Pele não melanoma	-	-	2	1,3 ± 1,27
	Vias biliares	-	-	1	0,2
	Fígado	-	-	1	0,2
	Abdome	-	-	1	2,4
	Leucemia	-	-	1	0
	Linfoma	-	-	3	0,56± 0,55
	Sigmóide	-	-	1	0
Pâncreas	1	3,4	-	-	

## Conclusão

Os resultados permitem concluir que aproximadamente 57% da amostra deste estudo apresentou dor relacionada ao câncer, mensurada em média, como de intensidade leve, presente tanto no sexo feminino como masculino e tanto entre aqueles que fazem ou não uso de medicamentos analgésicos. Identificou-se que as maiores médias de dor leve estão entre as mulheres e que estas são acometidas por câncer em idades inferiores que dos homens, porém estes apresentaram mais incidência de tipos de tumores. Ao es-

tratar a amostra por sexo, analgesia e tipo de tumor, observou-se que as maiores médias de dor moderada e em uso de medicamentos estão no sexo feminino e nos tumores de cabeça e pescoço, melanoma, estômago e mama. Entre os homens, considerando-se as mesmas comparações, a dor moderada foi encontrada em tumor ósseo.

Nesse contexto, pode-se afirmar que uma prática avaliativa da dor, realizada de forma constante, pode proporcionar melhoras globais no processo do cuidado, bem como na subtração da intensidade do quadro algíco destes indivíduos, o que proporciona melhora da qualidade de vida.



## NOTAS

<sup>1</sup> Cecily Sauders, nascida em 22 de junho de 1918 em Barnet, Hertfordshire, Inglaterra, teve sua formação profissional como Enfermeira, Assistente Social e Médica. Fundou o *St. Christopher's Hospice* em 1967, o primeiro *hospice* a reunir especialistas em controle da dor e controle de sintomas dentro dos cuidados humanitários, ensino e pesquisa clínica. O *St. Christopher's Hospice* foi também pioneiro no campo dos Cuidados Paliativos. Cecily inovou ao sistematizar o conhecimento voltado para o alívio da dor e do sofrimento inerentes ao final da vida por meio de abordagem que concilia os aspectos orgânico, psicoemocional, social e espiritual da pessoa doente e daqueles que participam de sua vida: família e amigos próximos (MACIEL, 2006).

## AUTORES

Zequiela Cristiane Russi - Fisioterapeuta, pós-graduada em Fisioterapia Oncológica - URI Erechim. Preceptora de estágio em Fisioterapia Oncológica - URI Erechim. E-mail: zequirussi@yahoo.com.br

Miriam Salete Wilk Wisniewski - Fisioterapeuta, docente do Departamento de Ciências da Saúde da URI Erechim. Mestre em Fisioterapia. E-mail: msalete@uricer.edu.br

Adriana Elisa Wilk - Médica Oncologista Clínica da Fundação Hospitalar Santa Terezinha. E-mail: adriana.wilk@gmail.com.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas 2010**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento\\_estimativa\\_2010](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento_estimativa_2010)>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <[www.inca.gov.br/enfermagem](http://www.inca.gov.br/enfermagem)>. Acesso em: 10 jan.2011.

CATALAN, J. et al. Tumor de células gigante: aspectos clínicos e radiográficos de 115 casos. *Revista Brasileira de Radiologia*, São Paulo, SP, v. 39, n.2, p. 119-122, mar./abr., 2006.

COSTA, C.M.C. Diferenças de dor no homem e na mulher. Campanha de Combate a Dor na Mulher. **SBED/JANSSEN-CILAG**, 2008. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/profissionais/arquivos/fibromialgia.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2014.

DUCCI, A.J.; PIMENTA, C.A.M. Programas educativos e a dor oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 49, n. 3, p. 185-192, jul./ago./set., 2003.

DUTTON, J.M. et al. Metastatic cancer to the Floor of Mouth: The lingual Lymph Nodes. **Head and Neck**, p.401-405, abril, 2002. Disponível em: <[http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario\\_16.pdf](http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_16.pdf)> Acesso em: 24 maio 2014.

GÄRTNER R. et al. Prevalence of and Factors Associated With Persistent Pain Following Breast Cancer Surgery. *JAMA*. V.302, n.18, p. 1985-1992, Nov, 2009. Disponível em: <[www.bibliomed.com.br](http://www.bibliomed.com.br)>. Acesso em: 24 maio 2014.

IBGE. **Censo Populacional 2010**. Disponível em:<[www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/default\\_censo\\_2010.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/default_censo_2010.shtm)>. Acesso em: 8 set. 2011.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Pain terms: International Association for the Study of Pain**, 2010. Disponível em : <[http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2014.

MACIEL, M. G. S. A. Terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática Hospitalar*. São Paulo, SP, ano VII, n. 47, p. 46-49, jan./fev. 2006.

PENA, R. et al. Estimulação elétrica Transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica- uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, RJ, v.54, n.2, p.193-199, abr./maio/jun.2008.

PIMENTA, C.A.M.; KOIZUME, M.S.; TEIXEIRA, M.J.Dor no Doente com Câncer: Características e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, RJ, v.43, n.1, p.21-44, jan./fev./mar., 2003.

POLLOCK, R.E. et al. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. 8ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

SALAMONDE, G.L.F. et al. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, RJ, v.56, n.6, p. 602-618, nov./dez, 2006.

SARTI, C. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, SP, v.10, n.1. p.3-13, jan./jul., 2001.

UEHARA C; JAMNIK S; SANTORO IL. Câncer de pulmão. *Revista Medicina*, Ribeirão Preto, SP, v.31, p. 266-276, abr./jun., 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain, palliative care and the World Health Organization: 2000-2002 priorities**. Geneva: WHO; 1999. Disponível em: <<http://www.whocancerpain.wisc.edu/?q=node/209>>. Acesso em: 24 maio 2014.