

Natasha Takeda

**TERAPIA OCUPACIONAL MODULANDO A DOR EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista, “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título
de Mestre em Pesquisa e Desenvolvimento:
Biotecnologia Médica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete de Angelis Nascimento

BOTUCATU

2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Takeda, Natasha.

Terapia ocupacional modulando a dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos / Natasha Takeda. – Botucatu : [87 p.], 2009

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2009.

Orientador: Prof^ª Dr^ª. Maria Salete de Angelis Nascimento

Assunto CAPES: 21400000

1. Terapia ocupacional. 2. Dor. 3. Oncologia.

CDD 616.99406

Palavras chave: Atividades terapêuticas; Dor oncológica; Terapia ocupacional.

DEDICATÓRIA

Aos pacientes da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos, na maioria já falecidos que, participando do estudo, colaboraram para esta iniciativa visando à melhora da qualidade de vida de seus semelhantes.

Aos meus pais e minha irmã, pelo constante incentivo e apoio para a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos de trabalho e do Programa de Pós-Graduação, Tânia, Sandra, Gustavo e Sandro pelos estímulos nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Salete de Angelis Nascimento, pelos ensinamentos, orientações, postura profissional e humana, de grande importância para a realização deste trabalho.

Ao Dr. Edmundo de Carvalho Mauad, médico e diretor técnico da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, pelo incentivo quanto ao meu ingresso como aluna do Programa de Pós-Graduação.

À Dra. Scylla Duarte Prata pela oportunidade em poder realizar esta pesquisa na Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos e fornecer o suporte necessário para sua concretização.

À equipe do departamento de Cuidados Paliativos da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos, Dr. Leonardo de Oliveira Consolim, Dra. Maria Salete de Angelis Nascimento e Dra. Renata dos Santos; enfermeiros; técnicos de enfermagem; reabilitação; farmacêuticos e demais profissionais.

À equipe do Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP): Stela, Dra. Maria do Rosário, Dr. André, Dr. José Humberto, Thiago, Allini e Silvana pelos ensinamentos a respeito de técnicas de elaboração e orientação dos aspectos estatísticos.

Ao departamento do Hemocentro da Unesp-Botucatu: Dra. Elenice Deffune, Dra. Maria Inês de Moura Campos Pardini, Dr. Paulo Eduardo de Abreu Machado e Janisse pelo incentivo e oportunidade em fazer parte do Programa em Pesquisa e Desenvolvimento: Biotecnologia Médica.

**“I believe we must apply the science
and the art of pain relief as if a life
depended on it. Certainly the
quality of life does”.**

Spross J, 1985

Resumo

Takeda N, Nascimento MSA. Terapia Ocupacional modulando a dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

Estudos têm relacionado o uso de atividades terapêuticas como uma técnica não-farmacológica efetiva para o controle da dor oncológica e de outros sintomas decorrentes da doença, contribuindo de maneira significativa na melhora da qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados de um programa de terapia ocupacional aplicado a pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, no que se refere à modulação da dor, qualidade de vida e sintomas emocionais. Após a aprovação do comitê de ética e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram incluídos 59 pacientes portadores de neoplasia avançada, em cuidados paliativos e que apresentavam dor E.V.A ≥ 5 cm (Escala Visual Analógica). Foram avaliados: dor (E.V.A, questionário de McGill e consumo de opióides), qualidade de vida (questionário SF-12) e sintomas de ansiedade e depressão (questionário HADS). Os pacientes foram aleatoriamente distribuídos, por sorteio de envelopes, em dois grupos e acompanhados diariamente por 10 dias consecutivos. O grupo intervenção realizou 30 minutos de atividades terapêuticas associado a orientações quanto ao desempenho das atividades de vida diária. O grupo controle recebeu somente orientações quanto atividades de vida diária. Os grupos foram demograficamente e clinicamente semelhantes em relação: sexo, cor, religião, escolaridade, estado civil, presença de cuidador, qualidade da dor, localização da dor e topografia do câncer. O grupo intervenção apresentou redução da dor (E.V.A e questionário de McGill) durante os dez dias de estudo. O grupo controle não apresentou diminuição satisfatória da dor. A média do consumo de morfina foi semelhante quando comparado os grupos ($p > 0,05$). Entretanto, analisando cada grupo separadamente, no grupo controle observou-se maior consumo de morfina quando comparado ao grupo que realizou atividades terapêuticas. A qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão melhorou em relação ao primeiro e último dia do estudo comparando-se os dois grupos. Analisando separadamente cada grupo, os sintomas de ansiedade e depressão no primeiro e último dia de estudo, verificou-se somente a melhora dos sintomas de

ansiedade no grupo intervenção. O programa de terapia ocupacional com o uso de atividades terapêuticas associada a orientações quanto à realização de atividades de vida diária mostrou-se um recurso adjuvante eficaz na modulação da dor, melhora da qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

Palavras-chave: Atividades terapêuticas, Dor oncológica, Terapia ocupacional.

Abstract

Takeda N, Nascimento, MSA. Occupational Therapy modulates the pain in cancer patient under palliative care.

Studies have connected the use of therapeutic activities as non-pharmacological practice effective for the control of cancer pain and other passing symptoms from the disease by helping to improve the quality of life in a significative way. The aim of this study was to create a program of occupational therapy as a helping technique in the modulation of the pain in cancer patients under palliative care. After the approval of the ethics committee and signature of the free and evident consent term, 59 patients who had advanced cancer in palliative care and had VAS \geq 5 cm (Visual Analogue Scale) pain were included. Pain (VAS, McGill questionnaire and opioids consumption), quality of life (questionnaire SF-12) and anxiety and depression symptoms (questionnaire HADS) were evaluated. The patients were aleatorically distributed, by raffle envelopes, into two groups and accompanied daily for consecutive 10 days. The intervention group performed 30 minutes of therapeutic activities associated guidance on the performance of activities of daily life. The control group received only orientations of activities of daily life. The groups were similar demographically and clinically in relation to sex, race, religion, graduation, marital status, the presence of caregiver, quality of pain, localization of the pain and topography of cancer. The intervention group presented decreasing of the pain (VAS and McGill questionnaire) during ten days of the study. The control group did not present satisfactory reduction of pain. The average of morphine consumption was similar compared to the groups ($p > 0.05$). However, analyzing each group separately in the control group was observed a large consumption of morphine when compared to the group which accomplished therapeutic activities. The quality of life and anxiety and depression symptoms got better in relation to the first and the last day of the study comparing the two groups. Analyzing each group separately, the anxiety and depression symptoms at the first and the last day of study, found out only a recovery of the anxiety symptoms in the intervention group. The program of occupational therapy with use of the therapeutic activities to orientations as to accomplishment of activities of daily life showed a helping efficient claim in the modulation of the pain,

recovery of the quality of life and anxiety and depression symptoms in cancer patients under palliative care.

Keywords: Therapeutic activities; Cancer pain; Occupational therapy.

Lista de ilustrações

Figura 1-	Escada analgésica de dor.....	19
Figura 2-	Bordado em meio ponto.....	32
Figura 3-	Escala analógica visual.....	35
Figura 4-	Média da intensidade da dor pela escala visual analógica antes da intervenção de terapia ocupacional realizada diariamente, segundo grupo	45
Figura 5-	Média da intensidade da dor pela escala visual analógica após a intervenção de terapia ocupacional realizada diariamente, segundo grupo.....	45
Figura 6-	Média do consumo de morfina (mg), segundo grupo.....	46

Lista de quadros

Quadro 1-	Protocolo do programa de terapia ocupacional para modulação da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.....	30
Quadro 2-	Escala do estado funcional de Karnofsky.....	34

Lista de tabelas

Tabela 1-	Número e porcentagem de pacientes com câncer em cuidados paliativos, segundo grupo e características demográficas e clínicas da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008.....	43
Tabela 2-	Número de pacientes com câncer em cuidados paliativos, segundo tipo topográfico e grupo da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008.....	44
Tabela 3-	Estatística descritiva das variáveis quantitativas de pacientes com câncer em cuidados paliativos, no primeiro e último dia do estudo, segundo questionário de dor McGill da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008.....	47
Tabela 4-	Estatística descritiva das variáveis quantitativas de pacientes com câncer em cuidados paliativos, no primeiro e último dia do estudo, segundo questionário de qualidade de vida e ansiedade e depressão da Fundação Pio XII -Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008.....	48
Tabela 5-	Número de pacientes com câncer em cuidados paliativos, segundo questionário de ansiedade e depressão, da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008.....	49

Sumário

Resumo	
Abstract	
Lista de ilustrações	
Lista de quadros	
Lista de tabelas	
1.	Introdução..... 14
1.1	Incidência do câncer..... 14
1.2	Cuidados paliativos..... 14
1.3	Dor em pacientes com câncer..... 16
1.4	Tratamento farmacológico da dor em pacientes com câncer em cuidados paliativos..... 18
1.5	Tratamento não farmacológico da dor em pacientes com câncer em cuidados paliativos..... 20
1.6	Importância do presente estudo..... 23
2.	Hipótese..... 25
3.	Objetivo..... 26
4.	Materiais e métodos..... 27
4.1	Delineamento..... 27
4.2	Casuística..... 27
4.3	Metodologia..... 28
4.4	Variáveis de estudo..... 29
4.4.1	Grupos: intervenção e controle 29
4.4.2	Protocolo de terapia ocupacional para modulação da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos..... 30
4.4.3	Avaliação de Karnofsky performance scale..... 33
4.4.4	Avaliação da dor..... 35
4.4.5	Avaliação do consumo de opióides..... 36
4.4.6	Avaliação da qualidade de vida (SF-12)..... 36
4.4.7	Avaliação de ansiedade e depressão (HADS)..... 38
5.	Análise estatística..... 40

6.	Questões éticas.....	41
7.	Resultados.....	42
7.1	Avaliação demográfica e clínica dos grupos.....	42
7.2	Avaliação do efeito analgésico.....	44
7.2.1	Avaliação pelos valores da escala visual analógica de dor (E.V.A).....	44
7.2.2	Média do consumo diário de morfina (mg).....	46
7.3	Avaliação da dor, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão.....	46
8.	Discussão.....	50
9.	Conclusão.....	56
	Referências.....	57
	Anexos.....	69
	Apêndices	80

1. Introdução

1.1 Incidência do Câncer

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Estima-se que em 2020 o número de novos casos anuais seja da ordem de 15 milhões.¹

No Brasil, as estimativas de neoplasia para o ano de 2008 e válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 novos casos de câncer, sendo esperados 231.860 novos casos para o sexo masculino e 234.870 para sexo feminino. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão o câncer de próstata e de pulmão no sexo masculino e o câncer de mama e de colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo.¹

O câncer é a segunda causa de mortalidade, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório. Aproximadamente 60% dos pacientes, quando diagnosticados, já estão numa fase avançada da doença, que independente da terapêutica realizada, evoluirá para a morte.²

Diante disso, os cuidados paliativos se apresentam como uma forma inovadora de cuidado na área da saúde.³

1.2 Cuidados Paliativos

Apesar dos avanços na medicina moderna, nem todo câncer é curável. Quando a cura não é possível, o alívio do sofrimento, melhorando assim a qualidade de vida do paciente, passa a ser o objetivo principal da medicina. O reconhecimento dessa realidade é importante na prática ativa dos cuidados paliativos oncológico, uma vez que o período de transição da fase curativa para a paliativa pode ser curto e definido para muitos pacientes, mas também pode permanecer por meses, ou até mesmo se prolongar de um ano para outros.⁴

O termo *palliare* tem origem no latim e significa *proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, a perspectiva do cuidar e não somente curar*.⁵ A Organização

Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos *como cuidado total, ativo e contínuo, de pacientes e seus familiares, por uma equipe multiprofissional quando o tratamento curativo não é mais responsivo.*⁶

Anteriores ao surgimento dos cuidados paliativos, pacientes com câncer avançado eram vistos como dependentes de suas famílias, incapazes de tomar decisões e terem iniciativas com respeito ao destino de sua vida e, normalmente, encontravam-se impedidos de participar nas questões da sociedade a qual estavam inseridos.⁷

Porém, com seu surgimento, esta filosofia mudou. Associada com as premissas de ética e cuidados, os cuidados paliativos tornou-se um valioso instrumento para melhorar as condições de vida de pacientes oncológicos e seus familiares, por oferecer um cuidado humanizado e garantir uma qualidade de vida que seja adequada as suas necessidades.⁷

A prática de cuidados paliativos se originou no movimento hospice, quando a médica inglesa Cecily Saunders, após reconhecer que as necessidades dos doentes que morriam nos hospitais não eram supridas, espalhou junto com outros colaboradores, uma nova filosofia de cuidar, contendo dois elementos principais que preconizavam: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças e o cuidado nas dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e seus familiares.⁵

A palavra hospice tem origem no latim *hospes*, significa estranho e anfitrião, *hospitalis* significa amável, ou seja, bem-vindo ao estranho e evoluiu para hospitalidade. Em 1840, na França, os hospices eram abrigos para viajantes ou peregrinos durante seus percursos e tinham caráter religioso, onde se prestavam os cuidados para os que estavam morrendo. Em 1900 criou-se o primeiro hospice em Londres e em 1967, Cecily Saunders fundou o St. Christopher's Hospice, que revolucionou essa filosofia e deu início a outros hospices independentes.⁵

Saunders foi pioneira na defesa do cuidado e na abordagem centrada no paciente em fase terminal.^{8,9} Posteriormente, incorporada a essa filosofia, desenvolveu-se uma nova especialidade, a medicina paliativa, com equipes de saúde especializada no controle da dor e no alívio de sintomas.⁵

Nos últimos anos, vem sendo constantemente discutidas novas formas de melhorar os cuidados e a qualidade de vida dos pacientes sob condições paliativas, pois com o avanço da farmacoterapia, os indivíduos portadores de doenças

avançadas, podem ter os sintomas controlados e uma expectativa de vida maior, o que não significa necessariamente vida melhor.¹⁰

Com o avanço do câncer é comum o aparecimento de sintomas físicos, decorrentes do tumor primário e/ou metastático ou das reações do organismo. A dor é o sintoma mais presente e incapacitante, tem efeito profundo em todos os aspectos da vida do indivíduo e, frequentemente, está relacionada aos sintomas de ansiedade e/ou depressão.^{11,12,13,14} Contudo, a possibilidade de poder continuar a desempenhar as atividades do dia a dia, por parte do sujeito, é vital para uma melhor qualidade de vida.¹⁵ Assim, o conceito de saúde amplia-se e o bem-estar passa a ser um aspecto tão importante quanto à ausência de doença.¹⁶ Conseqüentemente, a satisfação do indivíduo com a vida e suas adaptações a uma condição mórbida tornam-se componentes importantes no planejamento terapêutico.¹⁵

Diante disso, o cuidado paliativo surge como uma especialidade multiprofissional que atua no controle da dor, bem como nos problemas psicológico, social e espiritual, que interferem na qualidade de vida de pacientes com doenças incuráveis.¹⁷

1.3 Dor em pacientes com câncer

O conceito de dor hoje mundialmente usado é o da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) e definiu a dor como *uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais e sendo um fenômeno subjetivo que cada indivíduo aprende a utilizá-la a partir de experiências prévias.*¹⁸

A dor é um fenômeno individual, complexo e multifatorial, envolve vários aspectos da vida dos indivíduos: quantitativos, sensitivos e hedônicos e gera repercussões biopsicossociais, que interfere no desempenho ocupacional diário.¹⁹

A dor não controlada de um paciente portador de doença fora de possibilidade terapêuticas de cura pode ter uma conotação terrível pelo fato de anunciar a morte sendo, portanto, indiscutível a importância do alívio da dor em todas as fases da doença, do início do tratamento até as últimas horas de vida, e o conhecimento de seu controle por toda a equipe de saúde.²⁰

Cecily Saunders, na década de 1960, acrescentou ao conhecimento da dor o conceito de dor total, através do qual admite que uma pessoa sofra não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas conseqüências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar. De fato, ao abordar pacientes portadores de doenças evolutivas e sem possibilidade de cura, percebe-se muitas vezes que em determinadas situações os medicamentos não são suficientes para proporcionar o alívio completo da dor, que abrange um sentido maior que é o de viver os últimos dias, de não entender por que está gravemente enfermo, de perder o controle de sua vida, da impossibilidade de desempenhar seu papel familiar e de não conseguir compreender o real sentido para a sua vida.²⁰

A dor é de grande intensidade nos pacientes oncológicos, sendo o sintoma mais incapacitante e presente em todas as fases evolutivas da doença neoplásica, com uma incidência de 30 a 70%. É observada em 20 a 50% dos casos durante o diagnóstico e em 70 a 90% dos casos avançados, sendo muito intensa em 60% a 90% destes doentes.^{21,22} Pode ser causada por diversos fatores, dentre eles os relacionados ao próprio tumor, através da compressão de estruturas adjacentes, da localização do tumor ou metástases, por fatores relacionados à doença, relacionados ao tratamento ou por uma doença associada.²³ Além disso, os sintomas algícos associados às incapacidades relacionadas ao câncer e seu tratamento podem causar grande prejuízo funcional, como problemas de ansiedade e/ou depressão, perda do convívio social, confinamento ao leito, redução das atividades diárias e de lazer.^{24,25}

As alterações fisiológicas, psicológicas e psicossociais são expressivas em pacientes com câncer. A espoliação física em decorrência de vômitos, inapetência e menor aproveitamento nutricional contribuem para a inatividade física e mental. As atividades de vida diária e as atividades profissionais, lazer, sociais e familiares são profundamente afetadas em conseqüência da dor, de alterações psicoafetivas e tratamentos necessários. A incerteza quanto ao futuro, o medo da morte e da mutilação, a perda da autonomia e da posição socioeconômica são fatores que geram ansiedade. A dor persistente, a incapacidade física, a falta de esperança, a preocupação com a incurabilidade da doença, a desfiguração, a perda da importância do indivíduo no ambiente social, profissional e familiar, as perdas econômica, o isolamento e a sensação de abandono e inutilidade são fatores que contribuem para o desenvolvimento de depressão.¹¹

Portanto, o tratamento para o controle da dor em pacientes com câncer é multiprofissional e segue princípios que incluem a escolha do analgésico conforme a intensidade da dor, esquema do horário de uso das medicações, doses resgates e os ajustes das doses de acordo com a necessidade individual de cada paciente,²⁶ como também é de grande importância o alívio das queixas físicas, espirituais, emocionais e sociais.²⁷

1.4 Tratamento farmacológico da dor em pacientes com câncer em cuidados paliativos

Quando a terapêutica especificamente antitumoral não é mais o objetivo do tratamento, o controle de sintomas se torna fundamental para o cuidado do paciente. Como cada sintoma é um fenômeno dinâmico, o paciente deve ser reavaliado com frequência por uma equipe multiprofissional, para que as intercorrências sejam prontamente controladas e o paciente viva confortavelmente.²⁸

Portanto, a avaliação da dor do paciente e a eficácia do plano de tratamento deve ser contínua e os relatórios documentados. Ela deve ser avaliada e registrada em intervalos regulares após o início do tratamento e a cada relato de dor, pois a avaliação e reavaliação do alívio são igualmente importantes. Em um intervalo adequado depois de cada intervenção farmacológica ou não farmacológica, o paciente deve fornecer novamente uma classificação da intensidade da sua dor para avaliar a eficácia das intervenções.²⁹

Para o eficiente controle farmacológico da dor, é importante seguir três etapas sequenciais de analgésicos, que se tornou conhecida como escada analgésica (figura 1), preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A correta posologia, possíveis associações e medicamentos adjuvantes são fundamentais para a analgesia ser bem sucedida.²⁸



Figura 1- Escada analgésica de dor ²⁸

A farmacoterapia analgésica tem a via oral como forma de administração preferencial, exceto em situações que a impossibilitem, como em casos de náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição, alterações de nível de consciência, etc.³⁰

O "primeiro degrau" propõe que analgésicos comuns e antiinflamatórios não-hormonais devam ser primariamente empregados no combate de dores de intensidade leve a moderada. Podem-se associar outros medicamentos, chamadas de "drogas adjuvantes", isto é, medicações cuja indicação original de uso não é analgésica, mas que atuam como tal, como por exemplo, antidepressivos e anticonvulsivantes, que podem ser utilizadas a qualquer momento.⁶

O "segundo degrau" é iniciado quando a dor persistir ou aumentar e preconiza-se adicionar (e não substituir) ao esquema medicamentoso prévio opióides fracos, tais como a codeína e o tramadol, entre outras.⁶

Se ocorrer persistência ou aumento da dor, o "terceiro degrau" é atingido, com a introdução de opióides fortes ao esquema prévio, em substituição aos opióides fracos. Os protótipos deste grupo são o sulfato de morfina e a metadona, contudo, há situações onde faz-se necessário o uso de drogas mais potentes, como por exemplo a oxicodona, que apresenta equianalgesia duas vezes maior que o sulfato de morfina, ou mesmo o fentanil, um opióide sintético com potência analgésica 80 a 100 vezes superior à da própria morfina.⁶

O padrão aceito de alívio da dor estabelecido ao longo da década tem sido o uso de um opióide de ação prolongada, morfina cronogramada, associado ao uso de opióides de ação curta, morfina de liberação imediata, em um esquema de acordo com a necessidade para dor incidental. A OMS estabeleceu a morfina como padrão de analgesia. Preparações que estendem a analgesia por 8, 12 ou 24 horas foram

reconhecidos por fornecer um alívio da dor e qualidade de vida muito melhor ao reduzir as interrupções no sono e intensificar alívio de maneira consistente. Pacientes em uso de analgésicos de ação prolongada precisam de analgésicos de ação curta disponível, para episódios de dor incidental que podem ocorrer nos intervalos das doses regulares de ação prolongada.²⁹

Mundialmente, a morfina é o maior representante e o medicamento mais usado para o sucesso do controle da dor moderada a severa. É um medicamento de custo acessível e muito seguro quando respeitados intervalos de ação, uso regular e passos para o ajuste de doses. O uso da morfina, assim como de qualquer outro opióide forte, pode ser diminuído ou interrompido quando a causa de uma dor for controlada. Porém, precisa ser realizado com cautela, com diminuição de doses na mesma progressão do seu aumento. A morfina está disponível no Brasil sob a forma de solução oral e de comprimidos de liberação imediata, contendo respectivamente 10 mg/ml e 10 e 30 mg, para prescrição a cada quatro horas. Existem cápsulas de liberação cronogramada, morfina LC, para uso a cada 12 horas com 30, 60 e 100 mg. Esta apresentação não deve ser usada por sonda enteral. As ampolas contêm 2 mg/ml ou 10 mg/ml e devem ser usadas preferencialmente por via subcutânea de forma intermitente (cada quatro horas) ou contínua em 24 horas.⁶

1.5 Tratamento não farmacológico da dor em pacientes com câncer em cuidados paliativos

O tratamento dos doentes com dor crônica deve contemplar as interações biológicas e psicossociais da doença.³¹ Assim, para o alívio adequado da dor ser atingido, muitas vezes é necessário à combinação de estratégias medicamentosas e não medicamentosas. A maioria dos pacientes se beneficiam com a associação de abordagens farmacológicas e técnicas de alívio da dor física, emocional, espiritual ou social. O controle da dor necessita de uma abordagem multiprofissional: médica, enfermagem, nutrição e reabilitação para satisfazer as complexas necessidades físicas e psicossociais dos pacientes, dado ao reconhecimento da natureza multidimensional da dor.^{17,29}

A reabilitação é o processo que ajuda o indivíduo a alcançar seu melhor potencial físico, psicológico, social, vocacional e educacional, compatível com suas dificuldades emocionais e físicas, limitações ambientais, desejos e planos de vida.³²

A Terapia Ocupacional integra a equipe de reabilitação, fornece cuidados para este grupo específico de pacientes, ³³ facilita e capacita os indivíduos a alcançar o máximo de independência funcional, tanto físico como psicológico, em todas as atividades diárias, independente de sua expectativa de vida. ^{34,35}

Um indivíduo pode beneficiar-se da Terapia Ocupacional em qualquer estágio de uma doença, do diagnóstico primário, através de tentativas de tratamento curativo, do paliativo e finalmente a doença terminal. ³⁶

A Terapia Ocupacional fornece uma variedade de intervenções práticas e psicossociais para ajustar o indivíduo as incapacidades decorrentes do avanço da doença. ^{37,38} Estudos têm avaliado sua importância na prática médica em oncologia e cuidados paliativos, ^{14,34,39} sua contribuição na melhora do desempenho ocupacional e controle dos sintomas dos pacientes. ^{39,40,41,42,43,44,45}

O primeiro registro da Terapia Ocupacional no campo do alívio da dor foi apresentado por Grant em 1978, em Sydney/Austrália, durante a décima Conferência da Associação Australiana de Terapia Ocupacional. Neste evento, padronizaram-se os tipos de intervenção terapêutico-ocupacional e a influência destas em pacientes com lombalgia, cervicalgia, dor em membro fantasma e dor no câncer. A intervenção oferecida incluía a mobilização precoce após procedimentos dolorosos, avaliações funcionais, avaliação e simplificação das tarefas de trabalho, avaliação para implante de eletrodos, atividades terapêuticas diversas, grupos de discussão e grupos de relaxamento com os pacientes. A partir daí, o papel da Terapia Ocupacional no alívio da dor vem sendo estudado e implementado enquanto ação terapêutica em equipes multiprofissionais. ⁴⁶

A Terapia Ocupacional se destaca pelo uso das atividades (terapêuticas) como instrumento de trabalho. Porém, é necessário distinguir atividade humana e atividades terapêuticas. A atividade humana (ação) é algo inerente ao homem desde o seu nascimento. É através da atividade que o homem se desenvolve, se experimenta, organiza sua realidade interna e seu mundo externo. Mostra sua preocupação e capacidade em como sobreviver, ter prazer, resolver problemas e se relacionar. ⁴⁷ Por outro lado, as atividades terapêuticas são formas mais ou menos concretas através da qual a atividade humana se manifesta. Elas implicam um agente, uma matéria e um objetivo. ⁴⁸ Assim, é utilizada pelo terapeuta ocupacional de diferentes maneiras e com objetivos diversos, como diagnóstico, prevenção, reabilitação e promoção do desenvolvimento. ⁴⁷

O uso das atividades dentro do contexto de Terapia Ocupacional é utilizado como um terceiro termo de uma construção triádica, que ocorre a partir do pressuposto de que existe um terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo, que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional.⁴⁸

Na realização de atividades terapêuticas, mesmo as mais simples, imediatamente são desencadeadas atividades de ensino, cooperação, observação, informação, diálogo, relacionamento e significação.⁴⁸

Para que as atividades tenham finalidade terapêutica é necessário que sejam estruturadas de acordo com as necessidades apresentadas pelo sujeito e que tenha significado para o mesmo ao realizá-las. A seleção dos tipos de atividades terapêuticas adequadas para cada indivíduo é realizada através de um instrumento utilizado pela Terapia Ocupacional chamada de análise de atividades. A análise de atividades oferece uma abordagem sistemática para observar o potencial terapêutico das atividades, que inclui fatores que devem ser considerados a respeito daquele que desempenha a atividade, o contexto ambiental e na escolha de uma atividade como propósito, a terapêutica.⁴⁷ Esta análise prévia da atividade tem como objetivo possibilitar o conhecimento das potencialidades e dificuldades do sujeito, para determinar se ele é capaz de desempenhar a atividade, se e como ela precisa ser modificada para ele ou se tem potência terapêutica para atender às suas necessidades.⁴⁹

Assim, a Terapia Ocupacional estuda o papel ocupacional dos indivíduos,^{34,39,50,51} tem como propósito intervir nas incapacidades ou doenças físicas e psíquicas através de atividades significativas ao paciente, transformando sua vida, facilitando o desenvolvimento de talentos e habilidades ainda não descobertos, permitindo-lhes fazer e descobrir-se.^{52,50,53} Os terapeutas ocupacionais possuem um treinamento no campo da saúde física, mental e social, assim desenvolvem alto nível de especialização dentro de cada área.³⁴ Ou seja, avalia a função física, psicológica e social do indivíduo, identifica áreas de dificuldades e envolve o indivíduo em um programa estruturado de atividades para superar essas incapacidades.⁵⁴ A Terapia Ocupacional defende a idéia de que através da realização de atividades terapêuticas o indivíduo pode alcançar o bem-estar, autonomia e influenciar seu estado de saúde.⁵⁵

O terapeuta ocupacional analisa e promove a vida ocupacional do paciente em seus diferentes aspectos. Define ações de prevenção ou propõe e desenvolve um programa de tratamento para melhoria do seu estado geral de saúde, com a manutenção da vida ativa nas diferentes áreas ocupacionais. Além disso, promove a qualidade de vida e a melhora do desempenho funcional/ocupacional, com maior grau de autonomia e independência na vida cotidiana, por eliminar, reduzir ou evitar os processos de exclusão social.⁴⁶

Os terapeutas ocupacionais têm a função de auxiliar cada indivíduo a alcançar o seu papel ocupacional, dados as limitações de tempo e a capacidade física.^{12,50,52} Ocupação são as atividades rotineiras que as pessoas realizam em suas vidas e envolvem complexas interações de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. A habilidade em continuar a desempenhar as atividades de vida diária é frequentemente o objetivo principal dos pacientes acometidos por doença. Quando isto não é possível, a impotência, perda de controle e perda de autonomia são apenas um dos fatores que podem dificultar os esforços para manutenção da auto-estima do paciente.^{35,53,56,57}

O terapeuta ocupacional auxilia o indivíduo a restabelecer sua autonomia sobre a vida e focalizar o que é importante para si, sendo encorajado a viver dentro de suas limitações e maximizar seu potencial a cada dia. Assim, as intervenções são estabelecidas a partir do desejo e a necessidade do paciente e implementadas em discussão colaborativa com o mesmo. Cada paciente participa do planejamento de seu tratamento de acordo com suas circunstâncias, afirmando sua individualidade e estabelecendo seus próprios objetivos.^{34,36,55}

Portanto, o papel da Terapia Ocupacional em cuidados paliativos são amplos e desafiantes^{12,66,67,68,69} e direcionado a ajudar o indivíduo a valorizar sua vida remanescente e viver no presente, por oferecer maneiras para manter-se em condições físicas e emocionais para executar atividades funcionais e de valor a si mesmo, ajustar o paciente aos efeitos e implicações da doença e auxiliar na preparação a um fim de vida com dignidade e respeito.^{34,69,70}

1.6 Importância do presente estudo

Dadas às próprias características da doença e considerando que no Brasil as medidas preventivas são pouco aplicadas, pela falta de conhecimento da população

seja pela dificuldade de acesso a serviços de atenção primária, é freqüente que a identificação da ocorrência do câncer aconteça em fase adiantada da doença, quando a dor já afastou o indivíduo de suas atividades cotidianas e prejudicou a qualidade de sua vida. Apesar de nos últimos anos, a área de atuação dos terapeutas ocupacionais ter crescido nos mais variados âmbitos da saúde, como em assistência ambulatorial, unidades especializadas, hospices ou atendimento a domicílio, o corpo de literatura em Terapia Ocupacional é limitado.^{13,39} Poucos estudos têm avaliado a relevância das intervenções do terapeuta ocupacional em oncologia e, principalmente, em cuidados paliativos. O terapeuta ocupacional pode contribuir para a melhora da qualidade de vida nas relações interpessoais e diminuir a dor e o sofrimento através de orientações nas atividades diárias e o emprego de atividades terapêuticas, especialmente em processos de adoecimento e hospitalização.⁴⁶

2. Hipótese

H0 : Terapia Ocupacional não diminui os sintomas de dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

H1: Terapia Ocupacional diminui os sintomas de dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

3. Objetivo

- Avaliar os resultados de um programa de terapia ocupacional aplicado a pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, no que se refere à modulação da dor e melhora dos sintomas de ansiedade e depressão e da qualidade de vida.

4. Materiais e métodos

4.1 Delineamento

Para cumprir o objetivo proposto, realizou-se um ensaio clínico, prospectivo, randomizado e controlado. Os pacientes foram separados por grupos, aleatoriamente, através de sorteios com envelopes pré-estabelecidos por grupos.

4.2 Casuística

Fizeram parte do estudo portadores de neoplasia avançada, sem possibilidades terapêuticas de cura, internados para controle algico na Unidade de Cuidados Paliativos da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos entre os meses de julho/2007 e julho/2008; de ambos os sexos; idade superior a 18 anos; que apresentavam segundo a Escala Visual Analógica de Dor, (E.V.A) (figura 3) uma dor numericamente superior ou igual a 5; expectativa de vida maior de 3 meses; Karnofsky Performance Status entre 40 e 70% (quadro 2); que não estivessem em quimioterapia e/ou radioterapia paliativa e anti-álgica e em vigência de tratamento analgésico com morfina.

Foram excluídos do estudo, pacientes afásicos e com distúrbios de visão grave, pacientes internados para controle algico em situações considerados urgência em dor como: fratura óssea, infecções, compressão medular, metástase em Sistema Nervoso Central, que incapacitassem a realização do estudo e aqueles que não tinham capacidades cognitivas para entenderem os questionários da pesquisa.

Foi realizada uma pré-análise nos dados com 30 pacientes e baseado nesta análise, foi estimado que seriam necessários 88 pacientes para este estudo. Nesta análise, o valor médio do escore da E.V.A para o grupo intervenção foi de 6,3 e para o grupo controle de 6,5. Os valores dos desvios-padrão foram de 1,7 e 1,6 respectivamente, $\alpha = 5\%$ e poder do teste de 80%. Porém, pela análise estatística com 58 pacientes, 29 pacientes em cada grupo, verificou-se significância estatística e por este motivo finalizou-se o estudo.

4.3 Metodologia

A idéia para o presente estudo surgiu durante observações na prática clínica como terapeuta ocupacional onde se verificava que pacientes com câncer em cuidados paliativos relatavam melhora na dor após intervenções de terapia ocupacional, com orientações quanto à realização das atividades de vida diária associada a atividades terapêuticas. Assim, foi realizado durante 6 meses, um estudo piloto com 20 pacientes, ambos os sexos, para determinar os tipos de atividades terapêuticas adequados para pacientes oncológicos que internavam para controle algico na Unidade de Cuidados Paliativos da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos. Foi proposto aos pacientes 6 tipos de atividades pré-selecionadas pela terapeuta ocupacional através de um instrumento específico, análise de atividades, e aplicados todas as atividades a cada paciente por um período que variou de 8 a 15 dias. As atividades selecionadas foram: cachecol em tear de pregos, bordado em talagarça e jogo dominó. Os critérios utilizados para selecionar as atividades terapêuticas e que também foram utilizadas no presente estudo, basearam-se na ordem de preferência em realizar as atividades, a satisfação do paciente e na diminuição da intensidade da dor pela Escala Visual Analógica de Dor (EVA) durante o estudo-piloto. A média para execução dessas 3 atividades foi de 10 dias e o tempo de realização foi de aproximadamente 30 minutos diária.

Durante a realização do estudo piloto verificou-se que frequentemente os pacientes antes de iniciarem a intervenção de terapia ocupacional, com orientações quanto à realização de atividades diárias associada às atividades terapêuticas, queixavam-se de ansiedade, tristeza, ociosidade e dificuldades nas tarefas rotineiras e que após a intervenção, relatavam uma melhora nestes sintomas. Por essa razão, após o estudo piloto criou-se um programa de terapia ocupacional, contendo as três atividades terapêuticas: cachecol em tear de pregos, bordado em talagarça e jogo dominó, para verificar sua eficácia na modulação da dor e melhora dos sintomas de ansiedade/depressão e qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

Foi formulada uma ficha de terapia ocupacional para registrar, em ordem crescente de preferência, as atividades que cada paciente desejou desenvolver.

A ficha de terapia ocupacional foi aplicada aos pacientes que participaram do grupo intervenção no primeiro dia de internação (apêndice B).

4.4 Variáveis de estudo

4.4.1 Grupos: intervenção e controle

Os pacientes foram aleatoriamente distribuídos em duas amostras, sendo um grupo controle e outro de intervenção. Cada grupo foi composto por 29 indivíduos, obtidos por sorteio de envelope. A resposta foi avaliada visando comparar os dois grupos.

O grupo 1 (intervenção) recebeu o tratamento farmacológico para dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) (figura 1) e acompanhamento de terapia ocupacional, com orientações quanto as atividades de vida diária (AVDs) associada a realização de atividades terapêuticas.

O grupo 2 (controle) recebeu o tratamento farmacológico para dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) (figura 1) e apenas orientações de AVDs pela terapeuta ocupacional.

Foram utilizados instrumentos de avaliação para se mensurar os sintomas de dor, ansiedade e/ou depressão e as variações da qualidade de vida dos indivíduos. O profissional que administrou as atividades terapêuticas e realizou orientações de AVDs não foi o mesmo que coletou os dados dos pacientes.

Todos os pacientes foram acompanhados diariamente por 10 dias consecutivos. O critério estabelecido para determinar o tempo de seguimento de cada paciente em estudo, baseou-se na média de dias para a realização das 3 atividades terapêuticas selecionadas no estudo-piloto e na média de permanência, internados, dos pacientes na Unidade de Cuidados Paliativos da Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, que são de 10 dias.

Durante o período de estudo, todos os pacientes receberam o acompanhamento diário de terapia ocupacional, de acordo com o grupo ao qual foram selecionados, durante aproximadamente 30 minutos, calculado a partir do estudo piloto.

Vale ressaltar que para que as atividades utilizadas sejam terapêuticas necessitam estar dentro de um plano tratamento e serem analisadas de acordo com os objetivos destes e com as correntes que regem o trabalho do terapeuta.⁴⁷

Os dados relacionados à demografia, intensidade, qualidade e localização da dor e controle de medicamentos foram anotados para cada paciente segundo protocolo no apêndice C.

Para caracterização da amostra a ser estudada foram definidas variáveis quanto parâmetros funcionais, avaliação da dor, consumo de opióide, avaliação da qualidade de vida e avaliação da ansiedade/depressão.

4.4.2 Programa de terapia ocupacional para modulação da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos

Protocolo do programa de terapia Ocupacional para modulação da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos
1º Avaliação médica: análise clínica detalhada e ajuste das medicações;
2º Avaliação da Terapia Ocupacional: análise do desempenho ocupacional do paciente para realização das atividades terapêuticas;
3º Prescrição das atividades terapêuticas;
4º Sessões de terapia ocupacional supervisionadas, com monitorização da dor por um terapeuta ocupacional;

Abaixo são descritas as técnicas para a realização das atividades terapêuticas administradas aos pacientes do grupo de intervenção.

Cachecol em tear de pregos

Material Usado:

- 1 tear de pregos para cachecol
- 2 novelos de lã
- 1 agulha de crochê

Passos para se fazer o cachecol:

1. Meça a linha no tear e corte todas as franjas na mesma medida;
2. Depois de cortar todas as franjas faça nozinhos em cada uma, deixando uma argolinha e coloque em cada prego;
3. Após ter colocado todas as franjas, amarre a linha no prego da ponta e faça zigue-zague, colocando um prego sim e um não;
4. Volte fazendo o zigue-zague nos pregos que ficaram de fora;
5. Com a agulha de crochê puxe a argola da franja de baixo e passe por cima do zigue-zague;
6. O cachecol vai saindo por baixo do tear;
7. Repita a seqüência do zigue-zague e da agulha até que o cachecol fique no comprimento que você deseja;
8. Para arrematar é só colocar todas as argolas feitas em linha que estão de um lado do tear para o outro com a ajuda da agulha, mas isto deve ser feito um prego de cada vez;
9. Após passar uma parte da linha no prego do outro lado do tear, passe duas linhas de franja no meio do ponto e amarre. Esta vai ser a franja da outra ponta do cachecol.

Bordado em talagarça (tapeçaria)

Material Usado:

- Talagarça medindo 20cm x 15 cm
- 1 agulha de saco
- Lãs de paratpet em cores diversas

Ficou definido após a realização do estudo piloto, que o motivo e o tipo de ponto a ser bordado serão listras e meio-ponto respectivamente, devido a dificuldades demonstradas pelos pacientes.

Passos para se fazer o bordado:

1. Escolhe-se 2 cores de lã paratapet;
2. Trabalha-se uma cor de cada vez;
3. Toda amarração, durante a confecção da tela, deve ser iniciada passando por uma linha no verso da talagarça ou por dentro de outros pontos. Assim também deve ser a finalização da linha.
4. Para o preenchimento em meio-ponto trabalhe a agulha sempre em movimentos diagonais, casa a casa. Inicie os pontos mantendo a distância de 3 casas nas quatro extremidades;
5. Procure deixar o ponto fofinho, para isso, não puxe demais a linha contra a talagarça;
6. Corte eventuais rebarbas de talagarça, se desfeita. E está pronta a telinha.

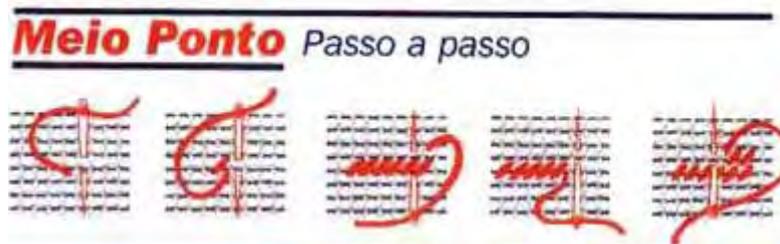


Figura 2- Bordado em meio-ponto

Jogo dominó

O jogo dominó é um jogo para dois ou mais jogadores que consiste em 28 pedras ou dominó. Todas as pedras têm dois extremos, numerados do zero a seis, com um número em cada um. Sempre há um e só um de cada combinação.

Regras do jogo:

Cada jogador começa com sete pedras. Todas as pedras restantes, que não forem repartidas, formam o que é chamado o monte.

Quem tiver a dupla mais alta começa a partida jogando esta peça. Se nenhum dos dois tiver uma dupla, o que tiver a pedra com o valor mais alto começa o jogo colocando-a sobre a mesa. O jogo continua com a colocação de uma pedra por parte do outro jogador em algum dos extremos do dominó inicial, fazendo

coincidir o número de pontos de sua pedra com o número de pontos da pedra inicial.

Se o jogador não tiver nenhuma pedra que coincida com a pedra inicial, deverá tomar outro dominó do monte até que encontre um apropriado.

Se não puder jogar e o monte não tiver mais pedras, deverá ceder a vez.

Quando um jogador colocar sua última pedra sobre a mesa, a rodada terminará e se converterá no ganhador dessa rodada, somando a seu favor o total das pedras que restaram a seu adversário.

Quando nenhum dos dois competidores tiver pedras para colocar e não houver mais pedras no monte, dá-se por finalizada a rodada. O jogador cujas pedras sem jogar somarem menos ganhará essa rodada, colocando a seu favor os pontos originados da soma das pedras restantes que seu adversário ficou sem jogar.

O jogo termina quando um dos jogadores atingir 100 pontos a favor (50 ou 250, dependendo das opções de jogo adotadas)

5º Reavaliação multiprofissional com nova prescrição de exercícios para novo ciclo, 10, 20 e 30 dias, de acordo com a reavaliação realizada. Após alta hospitalar, paciente é estimulado a continuar o programa em casa.

Quadro 1- Protocolo do Programa de Terapia Ocupacional para modulação da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos

4.4.3 Avaliação de Karnofsky performance scale

Karnofsky Performance Scale - KPS (quadro 2), é uma escala que propõe medida de parâmetros funcionais nos pacientes com câncer para avaliar a evolução da doença ou os efeitos do tratamento. Avalia de forma subjetiva e genérica as capacidades: laborativa, de cuidar de si próprio e mobilidade do paciente.⁷¹

Os pacientes foram avaliados no primeiro e último dia do estudo pelo médico responsável.

Condição	Performance (%)	Comentários
Apto para atividades normais; nenhum cuidado especial é necessário.	100	Normal, sem queixas, sem evidência da doença.
	90	Apto a fazer atividades normais; sinais ou sintomas leves de doença.
	80	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas da doença.
Inapto para o trabalho; apto para viver em casa; cuida da maioria das necessidades pessoais; assistência variável é necessária.	70	Cuida de suas necessidades; inapto para atividades normais ou fazer trabalho ativo.
	60	Requer assistência ocasional
	50	Requer considerável assistência e cuidados médicos freqüentes.
Inapto a cuidar de si mesmo; requer cuidado hospitalar ou equivalente; doença pode progredir rapidamente.	40	Incapacitado; requer cuidados e assistência.
	30	Severamente incapacitado; hospitalização é indicada, embora morte não iminente.
	20	Muito doente; hospitalização é necessária.
	10	Moribundo; processo fatal progredindo rapidamente.
	0	Morte.

Quadro 2- Escala do estado funcional de Karnofsky ⁷¹

4.4.4 Avaliação da dor

Na admissão dos pacientes neste estudo foram anotadas, após avaliação clínica detalhada, as características da dor em relação à intensidade, localização e qualidade e registrada as medicações analgésicas em uso e suas respectivas dosagens (apêndice C).

A dor foi avaliada por 2 instrumentos distintos: Escala Visual Analógica de dor (E.V.A) (figura 3) e Questionário de Dor McGill (anexo A).

A intensidade da dor foi avaliada diariamente em todos os pacientes que participaram do estudo, através da E.V.A, um instrumento padrão para mensurar a intensidade da dor e aceita como instrumento de pesquisa.^{72,73}

Corresponde a uma auto-avaliação da dor e consiste em uma reta de 10 centímetros de comprimento, desprovido de números, na qual há apenas indicação na extremidade esquerda de “ausência de dor” (correspondente a 0 cm) e na direita, de “dor insuportável” (correspondente a 10 cm). Os participantes foram instruídos a fazer uma marca na reta que correspondesse à própria avaliação da intensidade de sua dor. Quanto mais altos os valores, maior a intensidade da dor.⁷³

Este instrumento foi escolhido para a pesquisa devido ao seu menor poder de susceptibilidade de vieses, como o paciente se condicionar a escolher sempre o mesmo símbolo, número, fáceis e cores, como ocorre em outras escalas de dor.

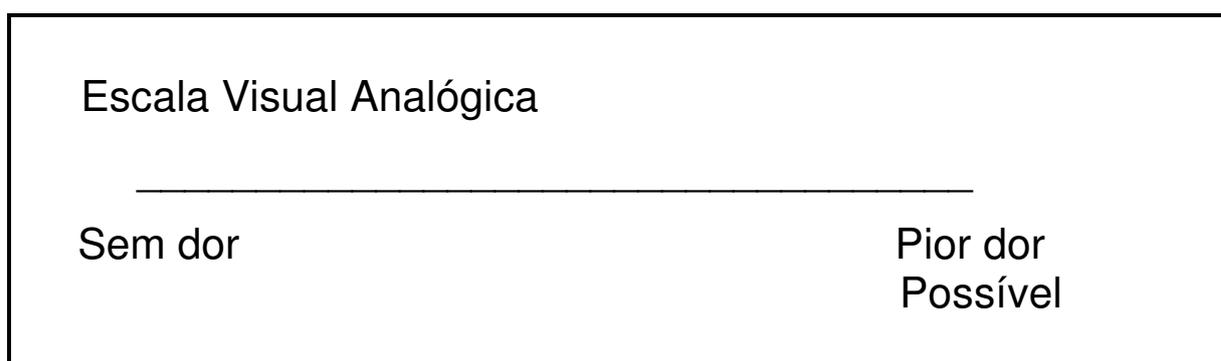


Figura 3- Escala visual analógica⁷³

A segunda medida foi realizada pelo Questionário de Dor McGill, no primeiro e último dia de estudo, ao final de 10 dias consecutivos. Trata-se de um instrumento que avalia qualitativa e quantitativamente a dor, por isso sua escolha, para avaliar todas as dimensões da dor de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. Seus

itens estão agrupados em quatro categorias (sensitiva, afetiva, avaliativa e mista) e 20 subcategorias. Em cada subcategoria, apresentam-se palavras (cada uma com um número correspondente) que qualificam e quantificam a dor. Quanto maior o escore, mais intensa é a dor. A pontuação máxima na categoria sensitiva são 42, na afetiva são 14, na avaliativa são 5 e na miscelânea são 17. Foi utilizado o Questionário de Dor McGill já adaptado e validado para a língua portuguesa por Pimenta e Teixeira (1996).⁷⁴

4.4.5 Avaliação do consumo de opióide

Todos pacientes receberam analgésico conforme a intensidade da dor e os princípios do guia para alívio da dor do câncer.⁶ O consumo de analgésico opióide foi expresso em termos de média de consumo diário em relação à avaliação inicial (linha basal) e foi calculada e analisada estatisticamente .

4.4.6 Avaliação de qualidade de vida (SF-12)

Tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada, em pesquisa com câncer, por parâmetros biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Porém, os resultados do tratamento oncológico precisam também ser medidos em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao doente. Daí a necessidade de se estabelecer o impacto da doença e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do paciente.⁷⁵

O aumento da expectativa de vida em decorrência da evolução dos cuidados de saúde levou a um questionamento sobre a qualidade desta sobrevivida e como isto é valorizado pelos pacientes, pelos familiares, pela comunidade e pela própria equipe de saúde.¹⁰

Apesar de estarem disponíveis instrumentos de pesquisa de qualidade de vida, a análise sobre a qualidade de vida em geral apresentam-se ausente em muitos estudos. É preferível, assim, que um indicador próprio de qualidade de vida seja incluído de forma importante no processo de planejamento para o ajuste de tratamentos oncológicos.⁷⁶

Embora o interesse crescente, não há um consenso sobre a definição de qualidade de vida e se observam diversos enfoques nas publicações sobre o

assunto. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a define como *a percepção do indivíduo de uma posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.*⁷⁷

Diversos autores concordam que a qualidade de vida é um fenômeno subjetivo, intimamente relacionado a bem-estar, valores humanos e ao conceito da OMS de saúde como uma visão global e multidimensional da situação de saúde.^{10,75,76}

Muitas publicações fazem referência à dor como causa de desconforto físico, psicológico e social nos doentes. Portanto, a dor não é um sintoma único, mas uma experiência que compromete as várias dimensões que compõe o conceito de qualidade de vida.^{10,78,79}

Os programas de tratamento da dor em pacientes com câncer por equipe multiprofissional necessitam de constante avaliação, sendo imprescindível assim, a implantação de mecanismos adequados que permitam quantificar os benefícios da intervenção terapêutica.¹⁰

O *Short Form-12* (SF-12) apresenta uma estrutura baseada em 10 itens, extraído dos domínios do SF-36, e itens acrescentados para melhorar a estimativa das 2 componentes criadas a partir do SF-36. Os resultados são expressos, portanto, através das componentes (físico e mental), de forma normalizada, através de desvios padrões da média americana (Z escore, com média = 50 e desvio padrão = 10).⁸⁰

O grande objetivo do desenvolvimento do SF-12 foi proporcionar um questionário curto e rápido, devido ao perfil clínico dos pacientes estudados, e que fosse capaz de representar as medidas sumárias do SF-36 com uma acurácia de 90%.⁸⁰ A escolha para o atual estudo partiu deste mesmo princípio.

O SF-12 (anexo B) já está traduzido e validado nos países em que já se realizou a tradução e adaptação cultural do SF-36, já que seus itens são extraídos desta ferramenta, incluindo o Brasil, onde foi realizado por Camelier (2004).⁸¹

Um indivíduo, treinado pelo pesquisador, foi responsável em coletar os dados desta avaliação.

4.4.7 Avaliação de ansiedade e depressão (HADS)

Os indivíduos com dor crônica, caracteristicamente, apresentam comprometimentos emocionais, como depressão e ansiedade, hostilidade, adotam posturas particulares, exageram as preocupações somáticas e o período de repouso. A depressão e a ansiedade agravam a dor. O sofrimento crônico pode modificar o relacionamento familiar e criar ambiente depressivo, ansioso e de desespero que agrava os desconfortos.⁸²

Neste sentido, os sintomas de ansiedade e/ou depressão são, normalmente, de gravidade proporcional à intensidade da dor e inversamente proporcional às perspectivas de alívio; quanto mais otimistas as perspectivas de alívio, menores os sintomas. Ansiedade e depressão são dois sintomas que por vezes se confundem, já que podem resultar em perda do interesse por qualquer atividade, alterações do comportamento e perda do apetite, que afeta diretamente sua qualidade de vida. Ansiedade caracteriza-se como em estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo ou de emoção a ela relacionada e depressão uma desordem mental caracterizada por tristeza, inatividade, dificuldade de pensar ou concentrar-se; além de alterações do apetite, sonolência diurna/ou insônia à noite, sensação de desespero e, por vezes, pensamentos ou tentativas de suicídio.⁸³

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (anexo C) possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. A avaliação da frequência da ansiedade e da depressão foram obtidas a partir das respostas aos itens da HADS. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond & Snaith (1983)⁸⁴ recomendados para ambas as subescalas:

- HADS-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;
- HADS-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

A HADS validada em língua portuguesa para o Brasil por Botega (1998), é de fácil manuseio e de rápida execução em pacientes hospitalizados e pode ser auto-administrado ou realizado pelo entrevistador⁸⁵, sendo este o motivo de sua escolha para esta pesquisa.

Devido ao grau de instrução dos pacientes que comumente internam na Unidade de Cuidados Paliativos da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de

Barretos e para confiabilidade dos resultados, a coleta de dados foi realizada por um psicólogo.

5. Análise estatística

Para avaliar se as variáveis quantitativas foram aderentes à distribuição normal, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov. Levando-se em conta que a maioria das variáveis não tinha distribuição normal, optou-se por trabalhar, em sua maioria, com testes não paramétricos.

Primeiramente foi feita a comparação dos grupos (intervenção e controle) pelo teste de associação pelo Qui-Quadrado (variáveis qualitativas) ou o teste Mann-Whitney (variáveis quantitativas).

A comparação da porcentagem de pacientes com ansiedade ou depressão, no primeiro e último dia do tratamento, foi feita separadamente para cada grupo pelo teste de McNemar.

Foram feitos os gráficos das médias e respectivos intervalos de 95% de confiança para o uso de morfina e da Escala Visual Analógica de dor (EVA), para todos os dias de tratamento.

Por último foram feitas as comparações das médias dos escores HADS-A e HADS-D, EVA, SF-12, McGill, no primeiro e último dia do tratamento, segundo grupo, utilizando análise de variância com dois fatores, sendo um fator (grupo intervenção x controle) e o outro fator medida repetida (antes x depois). As comparações múltiplas foram feitas pelo teste de Bonferroni.

Em todas as análises considerou-se significativo quando $p < 0,05$.

6. Questões éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos em 12 de julho de 2007, protocolo nº. 083/2007 (anexo D).

Conforme exigências formais dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil (1996) que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos, todos pacientes foram informados sobre as razões e os objetivos do estudo e convidados a fazer parte, assinando o consentimento por escrito, caso aceitasse participar da pesquisa (apêndice A).

Foi garantido o direito de recusa ou desistência em qualquer momento do estudo e também a sigilidade quanto a sua identidade e que as informações obtidas seriam exclusivamente utilizadas para finalidades científicas. A recusa ou desistência em participar do estudo não acarretou em prejuízo ao paciente.

7. Resultados

7.1 Avaliação demográfica e clínica dos grupos

Os grupos, intervenção e controle, foram semelhantes entre si em relação à avaliação demográfica e clínica: sexo, cor, religião, escolaridade, estado civil, presença de cuidador e qualidade da dor ($p>0,05$) (tabela 1).

Os grupos, intervenção e controle, foram semelhantes entre si em relação à topografia do câncer ($p>0,05$) (tabelas 2).

Os grupos também se mostraram semelhantes em relação à localização da dor, sendo a dor óssea a mais presente (81%) nos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos do estudo.

Tabela 1 - Número e porcentagem de pacientes com câncer em cuidados paliativos, segundo grupo e características demográficas e clínicas da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008

Variável	Categoria	Grupo				p (X ²)
		intervenção		controle		
		n	%	n	%	
sexo	masculino	11	37,9	14	48,3	0,596
	feminino	18	62,1	15	51,7	
cor	branca	24	82,8	22	75,9	0,746
	parda	5	17,2	7	24,1	
religião	católica	23	79,3	16	55,2	0,093
	não católica	6	20,7	13	44,8	
escolaridade	analfabeto + EF incompleto	24	82,8	27	93,1	0,420
	outros	5	17,2	2	6,9	
estado civil	casado	19	65,5	20	69,0	1,000
	não casado	10	34,5	9	31,0	
presença de cuidador	sim	23	79,3	22	75,9	1,000
	não	6	20,7	7	24,1	
qualidade da dor	agulhada + latejante	18	62,1	21	72,4	0,576
	queimação	11	37,9	8	27,6	
total		29	100,0	29	100,0	

n – número de pacientes, % - porcentagem de pacientes, p(X²) – teste Qui-Quadrado

Tabela 2 - Número de pacientes com câncer em cuidados paliativos, segundo tipo topográfico e grupo da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008

Tipo Topográfico	Grupo		Total	
	intervenção	controle	n	%
mama	5	0	5	8
genitourinário	8	11	19	33
pulmão	2	2	4	7
digestivo alto	5	7	12	20
colorectal	5	3	8	14
outros	4	6	10	18
Total	29	29	58	100

n – número de pacientes, % - porcentagem de pacientes.

7.2 Avaliação do efeito analgésico

7.2.1 Avaliação pelos valores da Escala Visual Analógica de Dor (E.V.A)

A intensidade da dor, segundo a E.V.A, no grupo intervenção reduziu-se significativamente no decorrer dos 10 dias de programa de terapia ocupacional diária, com orientações quanto AVDs associadas a realização de atividades terapêuticas. No grupo controle, onde o programa de terapia ocupacional incluiu somente orientações quanto AVDs, a redução da intensidade da dor não foi satisfatória (figura 4 e 5).

A comparação da intensidade da dor pelo teste de Mann-Whitney, entre os dois grupos no primeiro dia de estudo, não mostrou diferença significativa ($p=0,707$). No último dia de estudo observou-se melhora significativa da dor ($p<0,001$).

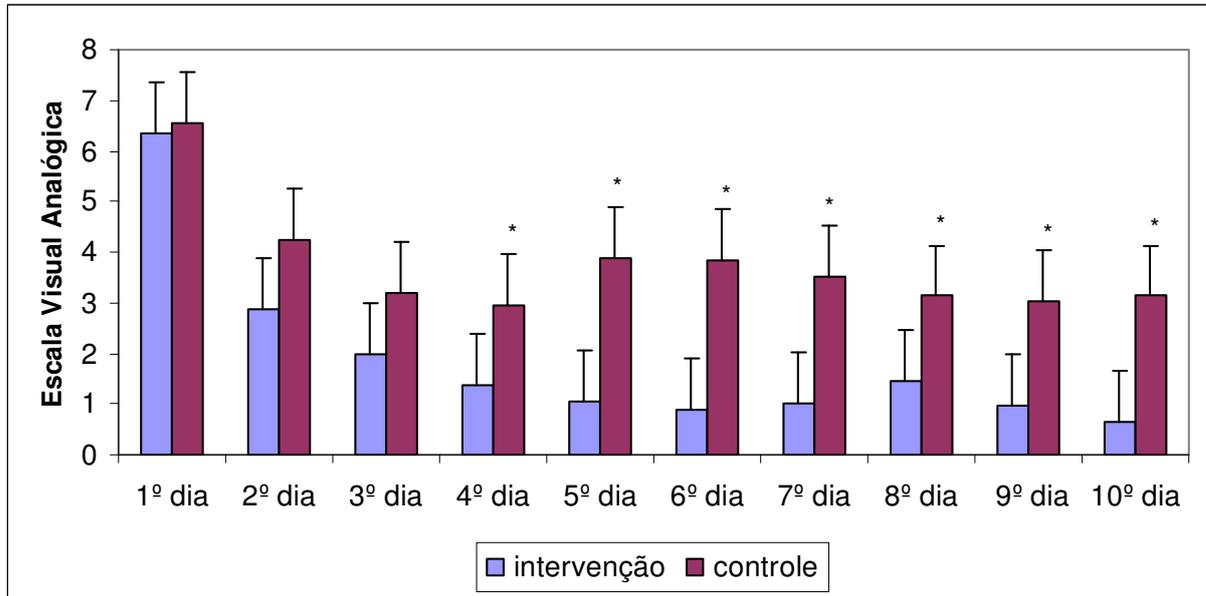


Figura 4- Média da intensidade da dor pela Escala Visual Analógica antes da intervenção de terapia ocupacional realizada diariamente, segundo grupo ($p<0,05$) *

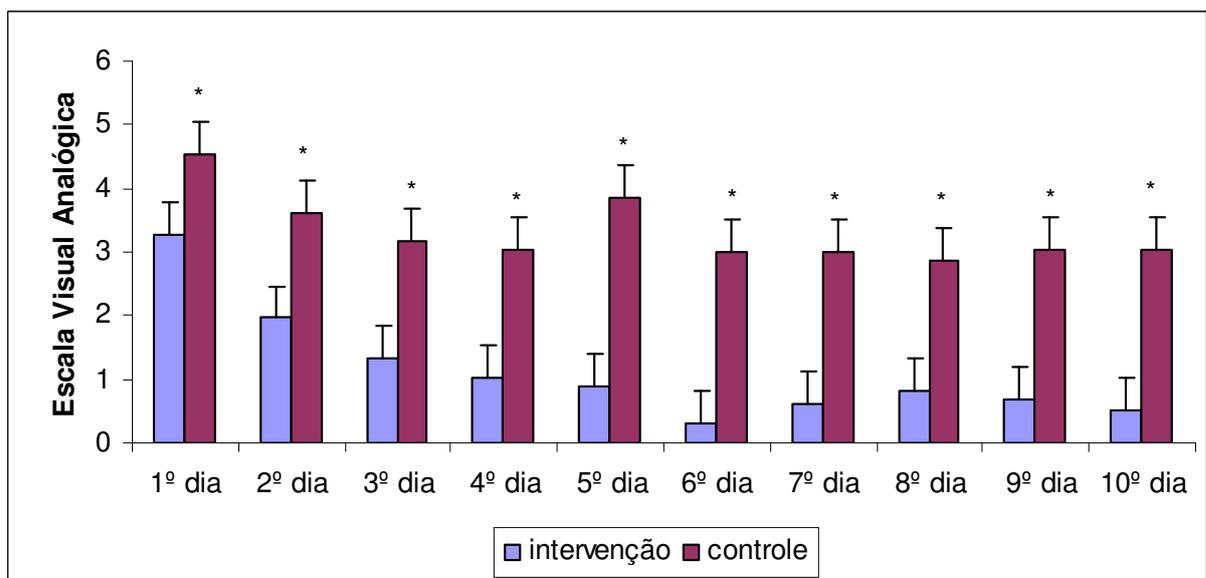


Figura 5- Média da intensidade da dor pela Escala Visual Analógica após a intervenção de terapia ocupacional realizada diariamente, segundo grupo ($p<0,05$) *

7.2.2 Média do consumo diário de morfina (mg)

A média do consumo de morfina, em mg, foi semelhante entre os grupos quando analisada diariamente durante o período de estudo de 10 dias ($p>0,05$) (figura 6).

Na análise estatística do consumo de morfina (mg) entre o primeiro e último dia de estudo, pelo teste de Mann-Whitney, também não revelou diferença significativa ($p=0,215$).

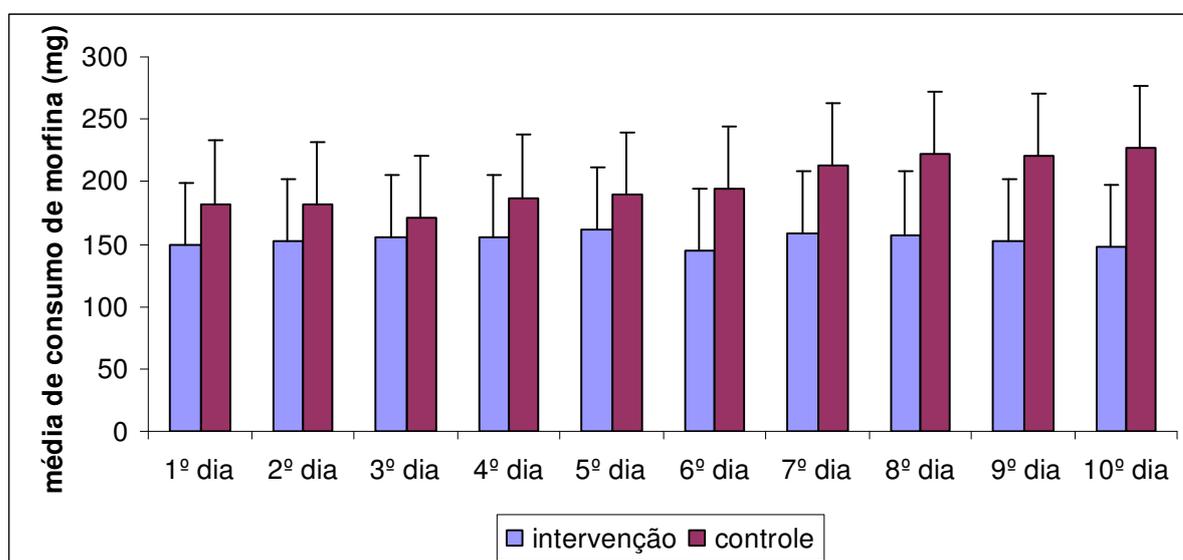


Figura 6- Média do consumo de morfina (mg), segundo grupo

7.3 Avaliação da dor, qualidade de Vida e sintomas de ansiedade e depressão.

Segundo Questionário de Dor McGill, no grupo intervenção, houve melhora significativa da dor na área sensitiva e afetiva ($p<0,05$) e melhora relevante na área avaliativa ($p=0,081$) e miscelânea ($p=0,053$), o que refletiu uma melhora da dor em todas suas dimensões (tabela 4).

Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo questionário SF-12, houve melhora em ambos os domínios, físico e mental ($p<0,05$), com conseqüente melhora da qualidade de vida percebida pelo paciente no grupo intervenção (tabela 5).

Houve melhora em relação à ansiedade e depressão no grupo intervenção, segundo Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão ($p<0,05$) (tabela 5),

demonstrando o alívio de sintomas emocionais que agravam as queixas álgicas relatadas em pacientes com câncer.

Analisando-se separadamente cada grupo, os sintomas de ansiedade e depressão no primeiro e último dia de estudo, verificou-se somente a melhora dos sintomas de ansiedade no grupo intervenção (tabela 6).

Tabela 3 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas de pacientes com câncer em cuidados paliativos, no primeiro e último dia do estudo, segundo questionário de dor McGill da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008

	variável	intervenção		controle		p (M-W)
		n	média (dp)	n	média (dp)	
	McGill sensitiva	29	24,16 (6,2)	29	24,17 (7,4)	0,901
1º	McGill afetiva	29	9,17 (2,2)	29	9,48 (2,7)	0,510
D						
I	McGill avaliativa	29	3,62 (1,4)	29	3,69 (1,3)	0,889
A						
	McGill miscelânea	29	9,66 (3,4)	29	9,79 (4,0)	0,969
	McGill total	29	46,62 (9,5)	29	47,14 (12,7)	0,669
	McGill sensitiva	29	15,28 (10,6)	29	23,18 (8,9)	0,014
10º	McGill afetiva	29	6,03 (3,9)	29	8,23 (3,7)	0,046
D						
I	McGill avaliativa	29	2,31 (1,6)	29	3,18 (1,8)	0,081
A						
	McGill miscelânea	29	7,10 (4,8)	29	10 (4,6)	0,053
	McGill total	29	30,72 (18,9)	29	44,59 (16,9)	0,009

n – número de pacientes, dp - desvio padrão, p (M-W) - teste Mann-Whitney.

Tabela 4 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas de pacientes com câncer em cuidados paliativos, no primeiro e último dia do estudo, segundo questionário de qualidade de vida e ansiedade e depressão da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008

	variável	intervenção		controle		p (M-W)
		n	média (dp)	n	média(dp)	
1º D I A	SF – 12 PCS	29	30,77 (6,6)	29	27,87 (6,9)	0,079
	SF – 12 MCS	29	36,16 (11,5)	29	34,91 (11,5)	0,581
	HADS ansiedade	29	9,9 (4,5)	29	9,0 (3,9)	0,459
	HADS depressão	29	9,0 (4,2)	29	9,5 (3,4)	0,731
						0,031
10º	SF – 12 PCS	29	35,52 (8,6)	29	31,11 (8,0)	
	SF – 12 MCS	29	46,93 (12,2)	29	36,58 (10,8)	0,004
	HADS ansiedade	29	7,03 (3,9)	29	9,5 (4,0)	0,034
	HADS depressão	29	7,24 (4,2)	29	9,9 (3,8)	0,044

n – número de pacientes, dp - desvio padrão, p (M-W) - teste Mann-Whitney, PCS - domínio físico, MCS - domínio mental.

Tabela 5– Número de pacientes com câncer em cuidados paliativos, segundo questionário de ansiedade e depressão, da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos de 2007-2008

variável	intervenção		p	controle		p
	deixaram de ser	passaram a ser		deixaram de ser	passaram a ser	
ansiedade	14/18	3/11	0,013	4/12	4/10	1,000
depressão	9/16	4/13	0,267	5/14	5/8	1,000

p – valor estatístico

8. Discussão

Com o aumento global no número de pacientes com câncer avançado vivendo por períodos cada vez maiores,⁶ surgiu a crescente necessidade de intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas que visam apoiar este grupo de indivíduos no enfrentamento de vários problemas e sintomas, entre eles a dor.^{21,86,87,88}

O processo integrado do tratamento da dor nestes pacientes deve adequar-se a natureza complexa e multifatorial desta e de suas repercussões.²⁶

O conceito denominado dor total abrange vários componentes: 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, por deixar de lado os de longo prazo e fixar-se em metas de curto prazo.²¹ Frequentemente relatam uma redução de suas habilidades diárias,^{62,89,90} que podem levar ao surgimento de sentimentos de impotência e inutilidade.^{88,89} Nessas situações, as atividades terapêuticas podem proporcionar uma ampla oportunidade para lidar com as conseqüências de doenças graves.^{91,92,93}

No Reino Unido, Estados Unidos e Canadá, as atividades terapêuticas são utilizadas por diversos profissionais, como um valioso recurso terapêutico em serviços de cuidados paliativos, fornecendo suporte para indivíduos com câncer avançado.^{63,65,94,95,96,97} Os benefícios citados através do engajamento em atividades terapêuticas incluem aumento de energia e sensação de bem estar, redução da dor e emoções negativas, a oportunidade de se expressar e entender os próprios sentimentos, fortalecer a auto-estima, alívio da tensão muscular, ansiedade e melhora da qualidade de vida.^{60,61,62,63,64,65,69}

Através de revisão de literatura nacional e internacional, poucos estudos foram realizados com o intuito de avaliar o uso das atividades terapêuticas como um recurso no controle dos sintomas de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. A maioria desses foi publicada há mais de dez anos, sendo estudos não controlados e com amostras pequenas, assim, com critérios metodológicos não bem estabelecidos, não sendo possível, portanto, assegurar sua eficácia como modalidade terapêutica em terapia ocupacional nessa clientela.

No nosso estudo, apesar de terem sido adotados critérios metodológicos aparentemente bem estabelecidos, concluímos que a população estudada foi muito

homogênea quanto ao tipo de dor. Oitenta e um por cento dos pacientes apresentaram dor tipo nociceptiva (óssea), o que se justifica pela alta prevalência do câncer de mama e próstata, nos quais a metástase óssea é a mais comum. Portanto, não podemos concluir através dos nossos resultados, que o programa de terapia ocupacional criado para o estudo foi eficaz a todos os tipos de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, como aqueles com dor do tipo neuropática. Porém, o número de pacientes incluídos em nosso estudo, 59 pacientes, foram superiores ao dos estudos encontrados, demonstrando que nossos resultados em relação ao controle de sintomas (dor e sintomas de ansiedade e depressão) e consequente melhora da qualidade de vida em pacientes oncológicos paliativos apresentaram maior base científica, assegurando com mais qualidade os resultados obtidos para pacientes com dor tipo nociceptiva.

Uma avaliação prospectiva realizada com trinta pacientes oncológicos em condições paliativas e em regime de atendimento domiciliar, afirmou através da análise de entrevistas estruturadas que as atividades terapêuticas, ou seja, qualquer atividade significativa e com propósito ao paciente, pode contribuir como uma potente técnica não invasiva, utilizada pela terapia ocupacional, na modulação da dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos, por atuar em componentes psicológicos que influenciam os mecanismos de modulação da dor.¹²

Em nosso estudo, o grupo de pacientes que realizou diariamente atividades terapêuticas apresentou melhora da dor, de acordo com a Escala Visual Analógica de Dor (E.V.A) e Questionário de Dor de McGill, que inclui as dimensões sensitiva, afetiva, avaliativa e de miscelânea.

Embora a dimensão avaliativa e de miscelânea de McGill não tenham apresentado diferença estatística, os resultados revelaram relevância, comprovando que as atividades terapêuticas atuaram em todas as dimensões da dor: física, psicológica, espiritual e social, chamada de dor total e demonstrando que a dor com suas diferentes qualidades, sofreram influência na interpretação da informação processada por unidades cognitivas, sendo condicionada pelas experiências prévias e podendo gerar respostas diferentes à experiência dolorosa em diferentes indivíduos e em diferentes momentos do mesmo indivíduo.^{58,63,64,65,98}

Apesar da análise estatística do consumo diário de morfina, entre os grupos, não ter revelado significância, quando analisado separadamente, observou-se no

decorrer dos 10 dias de estudo que o grupo intervenção consumiu menor quantidade de morfina e se manteve praticamente constante em relação ao controle.

Flowers et al. (1981),⁹⁹ através de uma avaliação prospectiva com 54 pacientes com dor crônica em coluna que receberam orientações quanto atividades de vida diária e realizaram atividades terapêuticas (trabalhos em couro e madeira) também demonstraram uma redução na intensidade da dor, redução do uso de drogas analgésicas, retorno as atividades de vida diária e menor necessidade de assistência médica e melhora no padrão emocional.

Outro estudo aleatório, duplo cego e com 30 indivíduos saudáveis, demonstrou que o grupo de indivíduos que recebeu atividades terapêuticas (jogos) apresentou melhor tolerância à dor quando submetidos a situações dolorosas.⁶¹

Estes achados vêm comprovar também a teoria da comporta defendida por Melzack & Wall (1965)⁵⁷ e outros modelos teóricos que consideram a importância dos aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e culturais para o manejo da dor.^{100,101,102}

A Teoria da Comporta da Dor forneceu a estrutura teórica que explicou a integração de estímulos periféricos aos fenômenos corticais e afetivos. Esse modelo teórico prevê que no corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal e em outras estruturas rostrais do sistema nervoso central, ocorre a modulação da dor.⁵⁷ Na medula espinhal, estímulos nódicos advindos da periferia interagem com estímulos periféricos não-nódicos (mecânicos e térmicos) e com estímulos nervosos descendentes, inibitórios ou excitatórios, advindos da ativação de estruturas encefálicas. Esses sistemas descendentes, rostro-caudais, são ativados e sofrem interferência do pensamento e do afeto (conceito individual sobre dor, atribuição de significado à situação, experiências passadas e ocorrência de ansiedade ou depressão, entre outras), de estímulos nódicos (a própria dor), de impulsos não-nódicos oriundos do sistema sensitivo-discriminativo (tato e temperatura) e de estímulos advindos dos órgãos dos sentidos (sons, imagens, cheiros). Dessa interação (periferia, medula espinhal e estruturas encefálicas), a transmissão do impulso nervoso será modulada (abre-se ou fecha-se a comporta) e, do corno posterior da medula, levada a estruturas subcorticais e corticais envolvidas na percepção e na apreciação da dor. Essa teoria prevê a somação de estímulos, isto é, a dor resultante final não depende apenas da quantidade de nocicepção, mas de sua interação com diversos outros estímulos.^{57,103,104} A Teoria da Comporta

propiciou o desenvolvimento de diversas intervenções para o controle dos quadros dolorosos, incluindo as que se propõem a atuar nos componentes cognitivos e comportamentais da dor, como o programa de terapia ocupacional criado para este estudo.^{102,105,106,107}

Este estudo também demonstrou que os pacientes que realizaram atividades terapêuticas apresentaram melhora da qualidade de vida (SF-12) e dos sintomas de ansiedade e depressão (HADS). Dados que se assemelham aos descritos na literatura.

La Cour et al. (2007)⁹⁷ em um estudo de casos com oito pacientes oncológicos paliativos demonstraram através de análise fenomenológica de entrevistas estruturadas que as atividades terapêuticas (trabalho em madeira e cerâmica, jardinagem e pintura) ajudaram os pacientes a se adaptar com as mudanças dos planos de vida em decorrência do diagnóstico de câncer avançado, esquecer as preocupações diárias e desenvolver sentimentos de esperança e felicidade, por proporcionar a exploração e aquisição de novas habilidades de maneira prazerosa. O estudo também evidenciou que as atividades terapêuticas possibilitaram os pacientes a encontrar novas formas de lidar com experiências difíceis, pois através do envolvimento ativo na realização de atividades terapêuticas e a geração de diferentes produtos, foram trabalhadas questões psicológicas (ansiedade e depressão), existenciais (como o medo e as conseqüências de morrer) e físicas (como o controle dos sintomas de fadiga e dor), melhorando assim, a qualidade de vida e sintomas emocionais de pacientes com câncer avançado sem possibilidades terapêuticas de cura.

Em outro estudo piloto com três pacientes portadoras de câncer de mama em cuidados paliativos provou que as pacientes que realizaram atividades significativas (jardinagem, caminhadas e passeios) e que foram orientadas a como retornar as suas atividades diárias, recuperaram a satisfação em viver ativamente e conseguiram distrair-se com a realização de atividades, esquecendo-se do fato de serem portadoras de uma doença grave. Evidenciou também que atividades significativas podem desencadear mensagens que enfatizam sentimento de saúde e bem-estar, ou seja, melhora da qualidade de vida, ao invés de desenvolverem sentimentos negativos (ansiedade e depressão) devido à doença.⁴⁵

Igualmente, na avaliação prospectiva de vinte e três pacientes portadores de neoplasia avançada em hospice, Lyons et al. (2002)¹⁵ revelaram que as atividades

terapêuticas (pintura, mosaico, passeios, jogos, jardinagem e artesanatos diversos) desenvolveram habilidades motoras, sociais e cognitivas, essenciais para a manutenção dos sentimentos de vitalidade e autonomia dos pacientes. Neste mesmo estudo também se verificou que estas atividades estimularam a interação social e o sentimento de comunidade, evitando os processos de isolamento/exclusão e sendo uma forma de esquecer as preocupações que normalmente os afligem. Facilitou o processo de expressão de sentimentos, evitando o desenvolvimento dos sintomas de ansiedade e depressão, e estimulou os pacientes a planejarem novos objetivos de vida, por oferecer oportunidades ao paciente em refletir sobre seu passado, presente e futuro e reorganizar suas experiências atuais dentro do contexto mais amplo de sua vida.

Assim, nosso estudo vem comprovar o valioso papel desempenhado pelas atividades terapêuticas, por desenvolverem maneiras para se adaptar e lutar com o declínio das habilidades físicas e preocupações em relação ao futuro através do engajamento em atividades terapêuticas.

Os resultados também revelaram que a união entre atividades terapêuticas e o retorno às atividades diárias com maior independência é positiva, já que as atividades se mostraram eficaz no controle dos sintomas oncológicos paliativos, como a dor e sintomas de ansiedade e depressão, por fornecer suporte para os indivíduos se reorganizarem no período de transição de uma vida cheia de planos interrompida pela notícia de um câncer avançado, melhorando assim a qualidade de vida desses pacientes.

A relação de vida diária com atividades terapêuticas é rara em pesquisas sobre terapia alternativas em cuidados paliativos, mas com o significativo aumento de pacientes em fases paliativas de câncer vivendo em casa, pesquisas sobre a função e potencial de atividades terapêuticas fora de instituições podem também oferecer uma importante sugestão para melhorar os cuidados paliativos em domicílio.

Após a conclusão deste estudo, observou-se a importância em se incluir os cuidadores de pacientes oncológicos paliativos nas pesquisas, já que são eles que passam a maior parte do tempo com os pacientes, fornecendo suporte psicológico necessário para que o paciente consiga realizar os tratamentos necessários, adaptando-se as limitações biopsicossociais decorrentes do avanço do câncer.

Assim, seria de grande validade desenvolver propostas de intervenções para a melhora da qualidade de vida desses cuidadores.

Também foi observada a necessidade em se incluir na grade de graduação de Terapia Ocupacional, matérias específicas da atuação dos terapeutas ocupacionais em pacientes oncológicos e em cuidados paliativos, para que estes profissionais ao saírem para o campo de trabalho, encontrem-se mais embasados para os cuidados a esses pacientes, proporcionando qualidade as suas intervenções e qualidade de vida a esses pacientes.

9. Conclusão

Na população analisada o programa de terapia ocupacional mostrou ser um método eficaz no controle de dor e sintoma de ansiedade e depressão, melhorando a qualidade de vida de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>.
2. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde, perfil de mortalidade do brasileiro. Disponível em: http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf.
3. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas em cuidados paliativos. *Acta Bioethica* 2006; 12(2):231-42.
4. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal?. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2001; 47(2):92.
5. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. *O mundo da saúde*. São Paulo: São Camilo; 2003; 27(1):58-63.
6. World Health Organization (WHO). *Cancer Pain Relief: with a guide to opioid availability*. 2ªed. Geneva: World Health Organization; 1996:70.
7. Santos MCL, Pagliuca LMF, Fernandes AFC. Palliative care to the cancer patient: reflections according to Paterson and Zderad's view. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2007; 15(2): 350-4.
8. Boulay S. *Changing the face of death: the story of Cecily Saunders*. 4 ed. Norfolk: RMEP;1996:30.
9. Pessini L. A medicina e seus objetivos. In: Pessini L, editor. *Distanásia: até quando prolongar a vida?*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola; 2001:48-53.

10. Barros N. Desenvolvimento e validação de escala para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer avançado. [dissertação] Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.
11. Teixeira MJ, Simioni CVMG. Dor no doente com câncer. In: Teixeira MJ, editor. Dor: manual para o clínico. São Paulo:Atheneu; 2006:389-99.
12. Kealey P, Mcintyre I. An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: a patient and carers perspective. *European Journal of Cancer Care* 2005; 14:232 -43.
13. Rahman H. Journey of palliative care in hospice: perspectives of occupational therapists. *Qualitative Health Research* 2000; 10(6):806- 18.
14. Armitage K, Crowther L. The role of the occupational therapist in palliative care. *European Journal of Palliative Care* 1999; 6(5):154-7.
15. Lyons M, Orozovic N, Davis J, Newman J. Doing being-becoming: occupational experiences of persons with life-threatening illness. *The American Journal of Occupational Therapy* 2002; 56:285- 95.
16. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). *Rev. Saúde Publica* 1999; 33(2):198-205.
17. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer* 2001; 92(4): 1049-52.
18. Turk DC, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser JD,Butler SH, Chapman CR, et al, eds. *Bonica's Management of Pain*. 3 rd ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 17-25.

19. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. Cancer patients in pain: considerations for assessing the whole person. *Hematol Oncol Clin Am* 2002; 16: 511-25.
20. Maciel MGS. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. *Prática Hospitalar* 2004; 35: set - out.
21. Salomonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFC. 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* 2006; 56(6):602-18.
22. Teixeira MJ. Dor no doente com câncer. In: Teixeira MJ, Márquez JO, Yeng LT, editores. *Dor: contexto interdisciplinar*. 20 ed. Curitiba: Maio; 2003:327-41.
23. Takito D, Lemonica L. Cuidados com o doente terminal: considerações técnico-científico, ética e humanitária. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica* 2000; 1:23-32.
24. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994; 330: 592-6.
25. Pimenta CAM, Koizume MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia* 1997; 43(1):21-44 .
26. Ahmedzai S. New approaches to pain control in patients with cancer. *European Journal of Cancer* 1997; 33(6):8-14.
27. Koseki NM. Conceitos básicos em cuidados paliativos: doentes terminais e pré-terminais. In: Teixeira MJ, editor. *Dor: manual para o clínico*. São Paulo: Atheneu; 2006.p. 511-19.
28. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ministério da Saúde/Brasil. Normas e recomendações do INCA/MS: Controle de Sintomas do câncer avançado em adultos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2000; 46(3):243-56.

29. Ferrell BR. Controle da dor. In: Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B, editores. Manual de oncologia clínica da UICC. 8 ed. São Paulo; 2006:773-83.
30. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ministério da Saúde/Brasil. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf.
31. Yeng LT, Teixeira MJ, Kaziyama HHS, Fernandes MM. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. In: Teixeira MJ, editor. Dor: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu 2006:113-125.
32. DeLisa JA, Currie DM, Martin GM. Rehabilitation medicine: past present and future. In: DeLisa JA, Gans BM, editors. Rehabilitation medicine: Principles and practice. Philadelphia: Lipincott-Raven 1998:3-31.
33. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (NICE). Improving outcomes in breast cancer. Nice: London; 2002.
34. Penfold SL. The role of the occupational therapist in oncology. *Cancer Treatment Reviews* 1996; 22:75-81.
35. Hinojosa J, Kramer P. Statement-fundamental concepts of occupational therapy: occupation, purposeful activity, and function. *American Journal of Occupational Therapy* 1997; 51(10):864-6.
36. Occupational Therapist's Reference Book. Parker Sutton in Association with the British Association of Occupational Therapists: Norwich; 1992.
37. Lee CO. Part I: expanded psychosocial interventions in cancer care: an introduction to diversional therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2003; 7(6):682-84.

38. Vockins H. Occupational Therapy Intervention with Patients with Breast Cancer: a survey. *European Journal of Cancer Care* 2004; 13(1):45-52.
39. Cooper J. Occupational therapy in oncology and palliative care. Whurr Publications Limited, London, 1998:59-86
40. Martin SM, Hanson C. The differences in body image between patients with and without lymphedema following breast cancer treatment. *Occupational Therapy in Mental Health* 2000; 15: 49-69.
41. Shearsmith-Farthing K. The management of altered body image: a role for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 2001; 64(8):387-92.
42. Othero MB, Costa DG. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador: terapia ocupacional e psicologia. *Prática Hospitalar* 2007; 53:167-70.
43. Hindley M, Johnston S. Stress management for breast cancer patients: service development. *International Journal of Palliative Nursing* 1999; 5(3):135-41.
44. Unruh AM, Smith N, Scamell C. The occupation of gardening in life threatening illness: a qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2000; 67:70-7.
45. Vrkljan B, Miller-Polgar J. Meaning of occupational engagement in life-threatening illness: a qualitative pilot Project. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2001; 68(4):237-46.
46. De Carlo MMRP, Queiroz MEG, Santos WA, Barreira KS, Pacher MP. Terapia Ocupacional em dor e dos cuidados paliativos: constituição do campo e formação profissional. *Revista Dor* 2008; 6(2):560-66.

47. Frost M. The role of physical, occupational and speech therapy in hospice: Patient empowerment. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2001; 18(6): 397- 402 .
48. Benetton MJ. Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da Terapia Ocupacional. CETO – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. 2 ed. rev. São Paulo: Diagrama & Texto; 1999.
49. Castro ED, Lima EMFA, Castiglioni MC, Silva SNP. Análise de atividades: apontamentos para uma reflexão atual. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM, editores. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contexto hospitalares*. São Paulo: Rocca, 2004:47-73.
50. Dawson, S. The role of occupational therapy groups in an Australian hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 1993; 10(4):13-7.
51. Dawson S, Baker J. Hospice and palliative care: a Delphi survey of occupational therapists roles and training needs. *Australian Occupational Therapy Journal* 1995; 42:119-27.
52. Lloyd, C. Managing occupational role performance with the terminally ill patient. *British Journal of Occupational Therapy* 1989; 52:227-31.
53. Wilcock A. Reflections on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1998; 65(5):248-56.
54. College of Occupational Therapists. Core skills and a conceptual framework for practice: a position statement. London (UK); 1994.
55. Steawart A. Empowerment and enablement: occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 1994; 57(7):248- 54.
56. Fischer RA, McDaid P. Occupational therapy. *Palliative Day Care* 1996; 2:13-21.

57. Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory. *Science* 1965; 150(699): 971-9.
58. Blakeney AB. Occupational therapy intervention in chronic pain. In: Cromwell FS, editor. *Occupational therapy and the patient with cancer*. New York: The Haworth Press 1984; 3:43-54.
59. Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor aguda e crônica. In: Teixeira MJ, editor. *Dor: manual para o clínico*. São Paulo:Atheneu; 2006: 9-24.
60. McCormack GL. Pain management by occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy* 1988; 42(9):582-90.
61. Heck SA. The effect of purposeful activity on pain tolerance. *American Journal of Occupational Therapy* 1988; 42:577-81.
62. Baley S. The arts in spiritual care. *Seminars in oncology Nursing*; 1997; 16(4): 242- 47.
63. Connell C. Beyond the image: Art therapy and a note on poetry. In: Barraclough J, editor. *Integrated Cancer Care: Holistic, complementary and creative approaches*. Oxford: Oxford University Press; 2001:94-107.
64. Heywood K. Introducing art therapy. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 2003; 9: 125-32.
65. Reynolds F, Prior S. Creative adventures and flow in art-making: A qualitative study of women living with cancer. *British Journal of Occupational Therapy* 2006; 69(6):255-262.
66. Broadwell DC. Rehabilitation needs of the patients with cancer. *Cancer* 1987; 60(3):563-8.

67. Holpkins KF, Tookman AJ. Rehabilitation and specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 2000; 6:123-30.
68. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. *Fulfilling Lives: Rehabilitation in Palliative Care*. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (NICE), London; 2000.
69. Lee WTK, Chan HF, Wong E. Improvement of feeding independence in end-stage cancer patients under palliative care: a prospective, uncontrolled study. *Support Care Cancer* 2005; 13:1051-6.
70. Bye RA. When clients are dying: Occupational therapists perspectives. *Occupational Therapy Journal of Research* 1998; 18(1):3-24.
71. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncology* 1984; 2:187-93
72. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2(7889):1127-31.
73. Collins SL, Moore RA, Mcquay HJ. The Visual Analogue pain intensity scale. What is moderate pain in millimeters?. *Pain* 1997; 72:95-7.
74. Pimenta AAM, Teixeira MJ. Questionário de Dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP* 1996; 30(3):473-83.
75. Kligerman J. Câncer e Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Cancerologia* 1999; 45(2): 5-7.
76. Ventafrida V, Scaffidi E, Sbanotto A, Godhirsch A. Atendimento de apoio e avaliação da qualidade de vida. In: Pollock, RE; Doroshov, JH; Khayat, D; Nakao, A; O'Sullivan, B; editores. *Manual de oncologia clínica da UICC*. 8 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006: 835-850.

77. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-9.
78. Loeser JD, Egan KJ. *Managing the chronic pain patient: theory and practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center*. New York:Raven Press; 1989:253.
79. Moinpur CM, Chapman RC. *Pain management and quality of life in cancer patients*. A University of Washington Publication:Seattle; 1992.
80. Caponero R, Vieira DE, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer. *Revista Prática Hospitalar* 2004, 35(8): 9-17.
81. Camelier A. *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP*. [thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2004.
82. Reynolds F. Coping with chronic illness and disability through creative needlecraft. *British Journal of Occupational Therapy* 1997; 60(8):352-56.
83. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Diseases Iv (DSM-IV-TR): Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução: Cláudia Dornelles. 4^o ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
84. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-70.
85. Botega NJ, Ponde MD, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998; 47(6):285-9.
86. Koop K. At opleve, vide, kunne...Hverdagsliv og mestring i forbindelse med kraefsygdom (to experience, to know, to be able...Everyday life and mastery in

relation to cancer sickness?). In Hansen, H.P., Tishelman, C, editors. *Komplekst og Varieret (Complexed and varied)*. Lund: Studentlitteratur, 1997: 51-63.

87. Jacobsen B, Jorgensen SD, Jorgensen SE. *Kraeft og Eksistens – om at leve med Kraeft. Cancer and existence – on living cancer*. Dansk Psykologisk Forlag, 1998.

88. Zachariae B, Mehlsen MY. *Kraeftens Psykologi, Psykologiske og sociale aspekter ved kraeft (Cancer Psychology, Psychological and Social Aspects of Cancer)*. Copenhagen: Hans Reitzels Press; 2004.

89. Rasmussen B. *In pursuit of a meaningful living amidst dying: Nursing practice in a hospice*. Umeå(Sweden): Umeå Univeristy Medical Dissertation, New Series n°592 (Department of Nursing and the Department of Community Medicine and Rehabilitation, Division of Geriatric Medicine); 1999.

90. Taylor K, Currow D. A prospective study of patients` identified unmet activity of daily living nedds among cancer patients at a comprehensive cancer care centre. *Australian Journal of Occupational Therapy Journal* 2003; 50(2):79-85.

91. Gabriel B, Bromberg E, Vandenvovenkamp J, Walka, P., Kornblith, A.B., Luzzato, P. Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: A pilot study. *Psycho-Oncology* 2001; 10:114-23.

92. Richardson A. The arts in cancer care: Learning from experience. *European Journal of Oncology Nursing* 2001; 5:75-6.

93. Reynolds F, Prior S. "A lifestyle coat-hanger": A phenomenological study of the meanings of artwork for women coping with chronic illness and disability. *Disability and Rehabilitation* 2003; 25(14):785-94.

94. Pratt M, Wood MJM. *Art Therapy in Palliative Care: The Creative Response*. London:Routledge; 1998:169-75.

95. Kenneth EC, Payne M. Understanding why palliative care patients “like day care” and “getting out”. *Journal of palliative care* 2005; 21: 292-8.
96. Luzzatto P, Sereno V, Capps R. A communication tool for cancer patients with pain: The arts therapy technique of the body outline. *Palliative and Supportive Care* 2003; 1:135-42.
97. La Cour K, Josephsson S, Tishelman C, Nygard L. Experiences of engagement in creative activity at a palliative care facility. *Palliative Support Care* 2007; 5(3):241-50.
98. Nakazone Jr S, Contin I, Orii TC, Morales JMG, Nakamura T, Takahashi F. Aplicação do questionário de McGill em pacientes sintomático para DTM. *Revista Dor* 2005; 2(6):553-9.
99. Flowers A, Naxon E, Jones RE, Mooney V. An occupational therapy program for chronic back pain. *The American Journal of Occupational Therapy* 1981; 4(35):43 – 8.
100. Keefe FJ, Lefebvre JC. Behaviour Therapy. In: Wall P, Melzack R, editors. *Textbook of Pain*. 3rd ed. Churchill Livingstone: Edinburgh; 1994:1376-80.
101. Turk DC, Meichenbaum D.A Cognitive-behavioral Approach to Pain management. In: Wall P, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. 3rd ed. Churchill Livingstone:Edinburgh.; 1994:1337-48.
102. Sanders SH. Operant Conditioning With Chronic Pain. Back to Basics. In: Gatchel RJ, Turk DC. *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. Guilford: New York; 1996:112-30.
103. Melzack R, Wall PD. *The Challenge of Pain*. 2nd ed. London:Penguin Books; 1991:15-33.

104. Fordyce WE. Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness. Mosby: Saint Louis; 1976:4-25.
105. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive Behavioral Perspective. Guilford: New York; 1983.
106. Tigges KN, Sherman LM, Sherwin FS. Perspectives on the pain of the hospice patient: the roles of the occupational therapist and physician. In: Cromwell FS, editor. Occupational therapy and the patient with cancer. New York: The Haworth Press, 1984; 3:55-8.
107. Brown P. The growth of the hospice movement: a role for occupational therapy. In: Cromwell FS, editor. Occupational therapy and the patient with cancer. New York: The Haworth Press, 1984; 3:119-28.

Anexo A - Questionário de dor McGill

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal	1-castigante	1-espalha
2-tremor	2-aperto	localizada	2-atormenta	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	2-dolorida	3-cruel	3-penetra
4-latejante	4-cólica	3-machucada		4-atravesa
5-como batida	5-esmagamento	4-doída		
6-como pancada		5-pesada		
2	6	10	14	18
1-pontada	1-fisgada	1-sensível	1-amedrontadora	1-aperta
2-choque	2-puxão	2-esticada	2-apavorante	2-adormece
3-tiro	3-em torção	3-esfoliada	3-terrorizante	3-repuxa
		4-rachando	4-maldita	4-espreme
			5-mortal	5-rasga
3	7	11	15	19
1-agulhada	1-calor	1-cansativa	1-miserável	1-fria
2-perfurante	2-queimação	2-exaustiva	2-enlouquecedora	2-gelada
3-facada	3-fervente			3-congelante
4-punhalada	4-em brasa			
5-em lança				
4	8	12	16	20
1-fina	1 formigamento	1-enjoada	1-chata	1-aborrecida
2-cortante	2-coceira	2-sufocante	2-que incomoda	2-dá náusea
3-estrapalha	3-ardor		3-desgastante	3-agonizante
	4-ferroada		4-forte	4-pavorosa
			5-insuportável	5-torturante

Dimensão sensitiva 1 – 10

Dimensão avaliativa 16

Dimensão afetiva 11 - 15

Miscelânea 17 - 20

Anexo B – Questionário de qualidade de vida (SF-12)

INSTRUÇÕES: QUEREMOS SABER SUA OPINIÃO SOBRE SUA SAÚDE. ESSA INFORMAÇÃO NOS AJUDARÁ A SABER COMO O(A) SR(A). SE SENTE E COMO É CAPAZ DE FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA. RESPONDA CADA QUESTÃO INDICANDO A RESPOSTA CERTA. SE ESTÁ EM DÚVIDA SOBRE COMO RESPONDER A QUESTÃO, POR FAVOR, RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

1. EM GERAL, O(A) SR(A). DIRIA QUE SUA SAÚDE É: (MARQUE UM)

1 () excelente

4 () regular

2 () muito boa

5 () ruim

3 () boa

AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE COISAS QUE O(A) SR(A). FAZ NA MÉDIA, NO SEU DIA A DIA (DIA TÍPICO/COMUM).

O (A) SR(A). ACHA QUE SUA SAÚDE, AGORA, O DIFICULTA DE FAZER COISAS DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO:

2. ATIVIDADES MÉDIAS (COMO MOVER UMA CADEIRA, FAZER COMPRAS, LIMPAR A CASA, TROCAR DE ROUPA)?

1 () sim, dificulta muito

2 () sim, dificulta um pouco

3 () não, não dificulta de modo algum

3. O(A) SR(A). ACHA QUE SUA SAÚDE, AGORA, O DIFICULTA DE FAZER ALGUMAS COISAS DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SUBIR TRÊS DEGRAUS OU MAIS DEGRAUS DE ESCADA?

1 () sim, dificulta muito

2 () sim, dificulta um pouco

3 () não, não dificulta de modo algum

DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO:

4. FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA?

1 () sim

2 () não

5. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SENTIU-SE COM DIFICULDADE NO TRABALHO OU EM OUTRAS ATIVIDADES, POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA?

1 () sim

2 () não

DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS, COMO POR EXEMPLO:

6. FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS?

1 () sim

2 () não

7. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS, COMO POR EXEMPLO: DEIXOU DE FAZER SEU TRABALHO OU OUTRAS ATIVIDADES CUIDADOSAMENTE, COMO DE COSTUME, POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS?

1 () sim

2 () não

8. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ALGUMA DOR ATRAPALHOU SEU TRABALHO NORMAL (TANTO O TRABALHO DE CASA COMO O DE FORA DE CASA)?

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1 () não, nem um pouco | 4 () bastante |
| 2 () um pouco | 5 () extremamente |
| 3 () moderadamente | |

ESTAS QUESTÕES SÃO SOBRE COMO O(A) SR(A). SE SENTE E COMO AS COISAS TÊM ANDADO, PARA O(A) SR(A)., DURANTE AS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, PARA CADA QUESTÃO, POR FAVOR, DÊ A RESPOSTA QUE MAIS SE ASSEMELHA À MANEIRA COMO O(A) SR(A) VEM SE SENTINDO

QUANTO TEMPO DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS:

9. O(A) SR(A) TEM SE SENTINDO CALMO E TRANQUÍLO:

- | |
|----------------------------------|
| 1 () todo tempo |
| 2 () a maior parte do tempo |
| 3 () uma boa parte do tempo |
| 4 () alguma parte do tempo |
| 5 () uma pequena parte do tempo |
| 6 () nem um pouco do tempo |

10. QUANTO TEMPO DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: O(A) SR(A) TEVE BASTANTE ENERGIA

1 () todo tempo

2 () a maior parte do tempo

3 () uma boa parte do tempo

4 () alguma parte do tempo

5 () uma pequena parte do tempo

6 ()nem um pouco do tempo

11. QUANTO TEMPO DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: O(A) SR(A) SENTIU-SE DESANIMADO E DEPRIMIDO?

1 () todo tempo

2 () a maior parte do tempo

3 () uma boa parte do tempo

4 () alguma parte do tempo

5 () uma pequena parte do tempo

6 ()nem um pouco do tempo

12. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, EM QUANTO DO SEU TEMPO A SUA SAÚDE OU PROBLEMAS EMOCIONAIS ATRAPALHARAM SUAS ATIVIDADES SOCIAIS, TAIS COMO: VISITAR AMIGOS, PARENTES, SAIR, ETC?

1 () todo tempo

2 () a maior parte do tempo

3 () uma boa parte do tempo

4 () alguma parte do tempo

5 () uma pequena parte do tempo

6 ()nem um pouco do tempo

Anexo C - Escala hospitalar de ansiedade e depressão

Este questionário ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p>	<p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p>
<p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas coisas de antes:</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Não tanto quanto antes</p> <p>2 () Só um pouco</p> <p>3 () Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 () Nunca</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>3 () Quase sempre</p>
<p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 () Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2 () Sim, mas não tão forte</p> <p>1 () Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 () Não sinto nada disso</p>	<p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 () Completamente</p> <p>2 () Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 () Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p>

<p>D 4) Dou uma risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p>	<p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p>
<p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p>	<p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p>
<p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p>	<p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p>
<p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p>	<p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca 0 () Nunca</p>

Anexo D – Carta do Comitê de ética em pesquisa

Anexo E –

Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido

I. Dados sobre a pesquisa:

1. Título: Terapia Ocupacional modulando a dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.
2. Pesquisadora: Natasha Takeda, CREFITO 3/6732 – T.O.
3. Pesquisa com baixo risco para o paciente.
4. Duração da pesquisa: 10 dias consecutivos.

II. Informações dadas aos pacientes:

A doença que você tem é muito grave e está muito avançada, portanto necessita de cuidados especiais de toda a equipe do hospital (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.) para que possam ser controlados todos os sintomas (dor, ansiedade, depressão, etc.).

Assim, você é convidado a participar desta pesquisa, onde queremos verificar se com a realização de atividades terapêuticas (como: bordado em talagarça, cachecol em tear e jogo dominó) esses sintomas diminuirão ou não. Os pacientes serão divididos em 2 grupos através de sorteios, se você cair no grupo 1 receberá o tratamento clínico medicamentoso e de Terapia Ocupacional e se cair no grupo 2, receberá apenas o tratamento médico. Para pesquisa será realizada:

- Duas avaliações de dor
- Uma avaliação de qualidade de vida ;
- Uma avaliação de ansiedade e depressão;
- Uma ficha de Terapia Ocupacional .

A ficha de Terapia Ocupacional será realizada no início do tratamento, somente naqueles que participarão do grupo 1. A avaliação de qualidade de vida e uma avaliação da dor (McGill) serão aplicadas no início e também no final do tratamento, em ambos os grupos. A outra avaliação da dor (E.V.A) será realizada durante os 10 dias de tratamento, todos os dias, nos dois grupos.

Assim, se você estiver no grupo 1, receberá atividades terapêuticas pela terapeuta ocupacional durante 30 minutos por 10 dias, enquanto que no grupo 2 receberá somente o atendimento médico. Você poderá recusar-se em participar ou desistir em qualquer momento desta pesquisa.

III. Riscos:

- Durante a realização de atividades terapêuticas, poderão ocorrer alergias com algum tipo de material utilizado, por exemplo: novelo de lã e agulha de metal.
- Você poderá apresentar indisposição e/ou fraqueza durante alguma atividade terapêutica ou ocorrer dor e desconforto, devido à falta de hábito em realizar algum tipo de atividade depois que ficou doente.

Caso isso ocorra à atividade será interrompida, você receberá da equipe médica o tratamento adequado para dor e/ou alergia e poderá escolher se continua ou não no estudo.

IV. Benefícios:

Oferecer a você mais uma opção de tratamento para o controle da dor, ansiedade e/ou depressão e melhora da qualidade de vida, o que tornará o atendimento mais completo.

V. Direitos do paciente:

- A participação ou não participação, bem como o abandono desta pesquisa não acarretará em riscos adicionais a você, nem afetará seu tratamento no hospital.
- A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa.
- A segurança de que não serei identificado, e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade.
- O compromisso de me proporcionar informações atualizadas durante o estudo, ainda que esta mesma possa afetar minha vontade de continuar participando.

- A garantia de que não terei gastos e que não está previsto despesas adicionais durante minha participação no estudo, caso isto ocorra, as despesas serão de responsabilidade do pesquisador.
- A disponibilidade de tratamento médico e a reparação do dano sofrido pelo paciente, pôr parte da instituição à saúde, em caso de prejuízos que a justifiquem diretamente causados pela pesquisa.

Eu, _____, R.G: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar.

Barretos, ____ de _____ de 2007/08.

Assinatura do Paciente

Nome:

Assinatura da Testemunha

Natasha Takeda

Terapeuta Ocupacional - pesquisadora responsável

Apêndice B - Ficha de terapia ocupacional

A. CLASSIFICAÇÃO POR ORDEM CRESCENTE DE PREFERÊNCIA:

- () Cachecol em tear de madeira
- () Bordado em talagarça
- () Jogo dominó

**Apêndice C - Protocolo de estudo terapia ocupacional modulando a dor em
pacientes oncológicos sob cuidados paliativos**

IDENTIFICAÇÃO:

Data: _____

Nome: _____ Religião: _____

Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____ Registro: _____

Altura: _____ peso: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____ Estado civil: _____

Tabagista: () Sim () Não Estilista: () Sim () Não

Diagnóstico: _____

Metástase: _____

ESCALA DO ESTADO FUNCIONAL DE KARNOFSKY

KPS INICIAL: _____

KPS FINAL: _____

AVALIAÇÃO DA DOR INICIAL:

Localização da dor: _____

Duração da dor: _____

Qualidade da dor: _____

Intensidade da dor (EAV): _____

TERAPIA OCUPACIONAL

Data de início: _____

(EAV – 10 cm):sessão 1 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 2 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 3– A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 4 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 5 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 6 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 7 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 8 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 9 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

sessão 10 – A.O: _____

EAV antes: _____ depois: _____ últimas 24 horas: _____

CONSUMO DE ANALGÉSICOS

DIAS	OPIÓIDES	RESGATES/DIA	TOTAL DIÁRIO
1			
2			
3			
4			

5			
6			
7			
8			
9			
10			

OUTROS ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES

--

OBSERVAÇÕES

--