



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA



Cronicidade e  
Adoecimento:  
uma compreensão interdisciplinar

GRUPO DE PESQUISA

**MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE**

**MARCÍLIA DA ANUNCIÇÃO RODRIGUES**

**APOIO SOCIAL E SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM PACIENTES DO  
AMBULATÓRIO DE DOR DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Salvador  
2023

**MARCÍLIA DA ANUNCIÇÃO RODRIGUES**

**APOIO SOCIAL E SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM PACIENTES DO  
AMBULATÓRIO DE DOR DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

Área de concentração: Hospitalar.

**Orientadora:** Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro.

**Coorientadora:** Dra. Suzane Bandeira de Magalhães.

Salvador  
2023

**MARCÍLIA DA ANUNCIACÃO RODRIGUES**

**APOIO SOCIAL E SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM PACIENTES DO  
AMBULATÓRIO DE DOR DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Josiane Mota Lopes

Doutora em Medicina e Saúde Humana – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

---

Dra. Aline Tonheiro Palmeira

Doutora em Saúde Coletiva – UFBA  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

---

Gabriela Botelho Martins

Doutora em Estomatologia Clínica – PUCRS  
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Dedico este trabalho ao Hospital Aristides Maltez, aos pacientes e familiares que frequentam a Clínica da Dor.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer a Deus por essa caminhada. Agradeço a meus pais, Mauro e Rita, por terem me apoiado e por sempre me ajudarem em tudo o que preciso; e ao meu irmão Rafael, por ter me dado explicações e norte quando eu resolvi estudar dor e fisiopatologia da dor.

Agradeço também a Thomas, por todo o amor e companheirismo nesse tempo do mestrado. Em vários momentos, achei que não ia dar conta, e estava lá por mim e para me ajudar a ver que iria conseguir finalizar essa etapa.

Ao Hospital Aristides Maltez, que permitiu a realização desta pesquisa, por ter sido, em tão pouco tempo, um lugar maravilhoso, uma verdadeira escola. E um agradecimento, em especial, ao Ambulatório1, mais especificamente a Adriana, ao Dr. Sandro e ao Dr. Joseph. Muitíssimo obrigada!

Déa (Andréa Santa Rosa), eu não tenho palavras para agradecer a você todo o apoio emocional. Tornou-se uma amiga muito especial que o mestrado me deu. Queria agradecer também a Júlia Dias, Levi Moura e Mariana Oliveira por toda a ajuda nesse processo.

Por fim, mas não menos importante, à minha orientadora e à minha coorientadora, Dra. Martha e Dra. Suzane. Sei que foi um período turbulento e que tivemos situações muito complicadas em nossas vidas. Mas saber que, mesmo aos “trancos e barrancos”, vocês estavam lá, foi muito gratificante. Muito obrigada por tudo! Só vocês sabem o quanto sou grata.

Engraçado é que, no final de tudo, ao olhar para toda essa trajetória, vi que o meu trabalho estava o tempo todo comigo. Tive ansiedade e momentos depressivos. Achei que não iria conseguir, mas a fé e o apoio social dos meus familiares e amigos fizeram toda a diferença nesse caminho.

A todos vocês, o meu muito obrigada!

## RESUMO

**Introdução:** Uma das maiores queixas dos pacientes oncológicos é a dor. Ela é descrita como angustiante e incontrollável, o que afeta a qualidade de vida desses pacientes. Além da dor persistente e quase sempre intensa, é bastante encontrada na literatura a presença de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas com câncer. O tratamento do câncer pode ser medicamentoso e não medicamentoso e, dentre os mecanismos auxiliares no tratamento para controle algico, a literatura aponta ser relevante ter um bom apoio social e possuir algum tipo de religiosidade/espiritualidade. **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em um ambulatório de dor de um hospital oncológico. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, utilizando um questionário para obtenção de dados sociais, demográficos e clínicos, e escalas para avaliação da dor, sintomas de ansiedade e depressão, presença de religiosidade e apoio social. Os sujeitos foram entrevistados de dezembro de 2020 a novembro de 2021. **Resultados:** 175 sujeitos foram avaliados, sendo, em sua maioria, do sexo feminino. A maioria dos indivíduos apresentou sintomas ansiosos, boa relação religiosa/espiritual e apoio social satisfatório, o que impactou a diminuição de sintomas depressivos. **Conclusão:** A dor oncológica impacta de forma significativa o indivíduo com câncer, e ter apoio social e possuir alguma religião/espiritualidade auxilia de forma positiva a diminuição de sintomas depressivos.

**Palavras-chave:** Câncer; Dor oncológica; Ansiedade; Depressão; Apoio social; Religiosidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** One of the main symptoms reported by cancer patients is pain. It's described as anguishing and unmanageable, which affects these patients' quality of life. Aside from the persistent and almost always intense pain, it's frequently described in literature, that cancer patients exhibit anxiety and depression symptoms. Cancer treatment may involve the use of medicaments, and among the auxiliary mechanisms for pain management, literature shows that good social support and some type of religiousness/spirituality are important. **Objective:** Assess the psychosocial profile of patients admitted to the pain clinic of a cancer hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted, utilizing a questionnaire to collect social, demographic and clinical data; as well as scales evaluating pain, anxiety, depression, religiousness and social support. The individuals were interviewed between December of 2020 and November of 2021. **Results:** A total of 175 individuals, mostly women, were analyzed. The majority of individuals presented anxiety symptoms, a good relationship with religion/spirituality and satisfactory social support, which lowered depression symptoms. **Conclusion:** Cancer pain significantly affects an individual with cancer, and having social support and possessing some sort of religion/spirituality helps positively in diminishing depressive symptoms.

**Key-words:** Cancer; Cancer pain; Anxiety; Depression; Social support; Religiosity.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 - Escada analgésica .....</b>	<b>19</b>
---	-----------



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil. ....	28
<b>Tabela 2</b> - Características clínicas dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil. ....	32
<b>Tabela 3</b> - Avaliação do apoio social a partir do Questionário MOS-SSS aplicado nos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil.....	33
<b>Tabela 4</b> - Avaliação da Religiosidade Organizacional e Não Organizacional por meio do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Ba .....	34
<b>Tabela 5</b> - Correlação entre os domínios do apoio social, a intensidade da dor e sintomas ansiosos e depressivos dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil ..	36

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CA** – Câncer

**DEP** – Departamento de Ensino e Pesquisa

**EVA** – Escala Visual Analógica

**HADS** – Hospital Anxiety and Depression Scale

**HADS-A** – Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety

**HADS-D** – Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression

**HAM** – Hospital Aristides Maltez

**INCA** – Instituto Nacional de Câncer

**IARC** – International Agency for Research on Cancer

**MOS-SSS** – Medical Outcomes Study - Social Support Scale

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**RI** – Religiosidade Intrínseca

**RNO** – Religiosidade Não Organizacional

**RO** – Religiosidade Organizacional

**R/E** – Religiosidade/ Espiritualidade

## LISTA DE SÍMBOLOS

**XXI** Vinte e um

**g** Grama

**+** Mais/soma

**±** Mais ou menos

**%** Percentual

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	13
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	13
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
<b>3.1</b>	<b>Câncer</b> .....	14
<b>3.2</b>	<b>Caracterização da dor</b> .....	16
<b>3.3</b>	<b>Avaliação e tratamento da dor oncológica</b> .....	17
<b>3.4</b>	<b>Aspectos psicossociais na dor oncológica</b> .....	20
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	25
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>6</b>	<b>PRODUTO</b> .....	39
<b>6.1</b>	<b>Objetivo</b> .....	39
<b>6.2</b>	<b>Percurso metodológico</b> .....	39
6.2.1	Público-alvo .....	39
6.2.2	Resultados esperados.....	39
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	41
	<b>APÊNDICES</b> .....	50
	<b>ANEXOS</b> .....	64

## 1.INTRODUÇÃO

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP, 2020), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial do tecido. É uma experiência pessoal e subjetiva influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. No contexto da oncologia, a dor é um dos sintomas mais prevalentes no paciente oncológico, podendo ou não estar associada ao tumor ou ao tratamento (Lisboa & Costa, 2019; Serrano, 2019).

Estudos que vêm sendo feitos na área de oncologia mostram que pacientes que são diagnosticados com algum tipo de câncer demonstram maiores níveis de ansiedade e depressão do que outros pacientes que não possuem essa condição (Tabriz, Mohammadi, Roshandel & Talebi, 2019).

Outros sintomas, como maior irritabilidade, isolamento, desesperança, alteração nos níveis de sono e apetite também estão presentes, mostrando-se evidentes em qualquer fase do tratamento, afetando a qualidade de vida e a adesão ao processo terapêutico desses pacientes (Salvetti, Machado, Donato & da Silva, 2020).

O indivíduo que vivencia o câncer e apresenta dor no processo da doença tem medo, angústias e crenças de que a doença é incurável e pode levá-lo à morte, já que essa é uma ideia social e cultural do câncer (Ongaro et al., 2019; Colares & Gomides, 2020).

Algumas pesquisas apontam que a religiosidade e/ou a espiritualidade auxilia no processo de enfrentamento da doença, desde o diagnóstico até o tratamento, podendo trazer reflexões acerca do ser e do significado da vida, servindo como um auxílio para enfrentar a doença e todo o seu processo. Outro componente que pode ajudar o paciente é o apoio social, que desempenha um papel central no indivíduo e nas pessoas próximas, sendo um fator de relevância para o bem-estar (Anuk, Özkan & Özkan, 2019; Mantuani, 2019; Reginato, 2018). Dessa forma, este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em um ambulatório de dor de um hospital oncológico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em um ambulatório de dor de um hospital oncológico.

### **2.2 Específicos**

1. Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes de um hospital oncológico;
2. Identificar a presença de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor oncológica;
3. Verificar se existe correlação entre o apoio social, a dor e os sintomas depressivos no enfrentamento da dor oncológica.

### **3.REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Câncer**

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019) define câncer como um conjunto de doenças com crescimento desordenado de células a partir de mutação no DNA, que afeta órgãos e tecidos, podendo se desenvolver a partir de qualquer órgão ou tecido, existindo mais de duzentos tipos estudados (Oncoguia, 2021).

O câncer (CA) se tornou uma das principais causas de morte no mundo, e é esperado um aumento gradativo de casos da doença devido ao envelhecimento e às mudanças do estilo de vida da população (Ominelli & Araújo, 2019).

Bray e colaboradores (2018) relatam que as doenças não comunicáveis são responsáveis pela maioria das mortes no mundo e que há expectativa de que o câncer seja a doença com a principal causa mortis, representando a mais importante barreira de expectativa de vida no século XXI.

No ano de 1965, foi criada a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, 2021), sendo essa uma área especializada da própria Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de promover a colaboração internacional nas pesquisas sobre Oncologia.

Em 2020, segundo dados do IARC, o número de novos casos de câncer no Brasil foi de 592.212, sendo os de próstata e mama os mais recorrentes. No mesmo ano, o número de mortalidade no Brasil chegou a 259.949 casos, sendo o câncer de pulmão o que mais causou mortes, conforme informações apuradas pelo Instituto Globocan.

O INCA (2019) considera o CA como principal problema de saúde pública no mundo, e estima que, no Brasil, no triênio 2020-2022, ocorrerão 625 mil novos casos de câncer; 450 mil, excluindo o câncer de pele não melanoma, já que este será o mais incidente (177 mil casos), seguido pelos cânceres de mama, cólon e reto, pulmão e estômago.

Nos homens, os tipos de CA mais frequentes são os de próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão, (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5%) e nas mulheres serão mama (29,7%),

cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%). Esses dados excetuando o câncer de pele não melanoma, que em ambos os gêneros, representou cerca de 27,1% de todos os casos de CA em homens e nas mulheres de 29,5%.

Ainda segundo o INCA (2021), o CA é uma doença crônica e suas manifestações podem surgir de forma tardia, após uma exposição, que pode ser única, como, por exemplo, a radiação, ou de forma contínua, como a partir do uso do tabagismo. Esses fatores podem ser encontrados em ambientes físicos ou serem herdados, ainda de hábitos individuais no ambiente social e/ou cultural.

Os fatores de risco bem conhecidos para o aparecimento do câncer são: o tabagismo, as infecções, a baixa ingestão de vegetais, o sedentarismo, a baixa ingestão de frutas, o sobrepeso e/ou obesidade, a alta ingestão de sal (maior que 10g/dia), os agentes ocupacionais, o uso frequente de álcool, o consumo de carnes processadas, a exposição solar, o tabagismo passivo, poluição, o uso de contraceptivo oral, a ausência de amamentação e a ingestão de carnes vermelhas (maior que 70g/dia) (Ominelli & Araújo, 2019).

Identificado o tipo de câncer, é necessário traçar o plano de atuação para tratá-lo com o objetivo de eliminar a doença (Baldotto & da Silva, 2019), sendo os tratamentos mais utilizados para a cura e/ou controle da doença a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e o transplante de medula óssea, além dos cuidados paliativos (CP) para aqueles que são identificados como fora de recursos de cura (INCA, 2019).

Todos os tratamentos podem ser aplicados de maneira concomitante ou complementar, dependendo do plano de atuação traçado pelo profissional, sendo a cirurgia o meio mais invasivo (INCA, 2019).

Na quimioterapia, são utilizados medicamentos, administrados pela via oral; intravenosa; intramuscular; subcutânea; intratecal e de forma tópica. A radioterapia, por sua vez, utiliza radiação ionizante que visa destruir ou impedir que as células do tumor aumentem, além da cirurgia para a retirada do tumor (INCA, 2019).

Já o transplante de medula óssea é utilizado principalmente para as leucemias e linfomas. Esse transplante pode ser alogênico e autólogo. No transplante tipo alogênico, as células são



originárias de outro indivíduo (doador), o qual tenha uma compatibilidade do material sanguíneo, sendo a primeira opção para ser esse doador um irmão, seguido dos pais, caso esse não seja compatível. Já no tipo autólogo, as células são originárias do próprio indivíduo. Essas células, da medula ou do sangue periférico, do próprio paciente, são coletadas e congeladas para uso posterior (INCA, 2019; REDOME, 2022).

Outro tratamento indicado para pessoas com câncer sem possibilidade de cura são os cuidados paliativos. Esse recurso terapêutico auxilia o paciente no manejo dos sintomas de difícil controle e na melhora da condição clínica. Esse método participa de todos os graus da doença no paciente dando suporte aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, garantindo qualidade de vida, conforto e dignidade para o paciente (INCA, 2019).

### **3.2 Caracterização da dor**

A dor desempenha uma função de proteção, porém, quando persistente, ela perde essa função protetora e passa a representar uma condição prejudicial para o organismo (Serrano, 2019).

A sua classificação pode atender ao critério temporal, etiológico e estar relacionada aos mecanismos de ação envolvidos. Quanto à classificação temporal, ela pode ser aguda e/ou crônica.

A dor aguda é uma dor breve, iniciada por uma lesão, a qual sintetiza e libera substâncias algôgenas, que são condensadas e liberadas estimulando as terminações nervosas. É natural que essa dor seja cessada em um curto espaço de tempo, porém, em decorrência da ativação de vias neuronais de modo estendido, ela pode modificar o seu caráter, podendo se tornar crônica. A dor crônica é aquela que persiste por mais de três meses, relacionada, ou não, a uma causa que possa ser identificada, podendo persistir após a retirada da causa da dor. Não exerce função de proteção e por si só já é considerada uma doença (Araújo & Romero, 2015; Sírio Libanês, 2021b).

A dor crônica é prevalente em 20% da população mundial, podendo impactar, de forma significativa, a qualidade de vida do indivíduo (Sica et al., 2019). Depressão, ansiedade, risco de suicídio e fadiga intensa são algumas respostas que podemos encontrar em pessoas que possuem algum tipo de dor crônica (Serrano, 2019; Dydyk, Yarrarapu & Conermann, 2020).

A dor oncológica é uma dor crônica em pacientes com CA e é presente em diversas fases do tratamento. Ercolani, Hopf e Schwan (2018) ressaltam que 50,7% dos pacientes sentem dor em qualquer estágio do tumor, 55% apresentam dor durante o tratamento, 39,3% sentem algum tipo de dor após a finalização do tratamento e 66,4% possuem dor quando estão com a doença avançada, em metástase ou na fase final desta.

Quanto aos mecanismos de ação, a dor pode ser: nociceptiva, neuropática, mista ou nociplástica. A dor nociceptiva é aquela que aparece devido a uma lesão real do tecido e se divide em somática e visceral. A primeira é de fácil localização e se caracteriza como latejante e em *facadas*. A segunda, uma dor visceral e difusa, de difícil localização, e se apresenta como se estivesse roendo o local ou em forma de cólicas. Já a dor neuropática decorre de uma lesão parcial ou total das vias nervosas do sistema nervoso, sendo dividida em periférica ou central (Serrano, 2019; Silva, 2021; Sírio Libanês, 2021a).

A dor neuropática central ocorre devido a lesões/doenças que envolvem o sistema nervoso somatossensorial, torna-se crônica e apresenta frequente perda de função. Já a dor neuropática periférica é definida como dor advinda de lesão, que pode ser direta ou proveniente de alguma doença que afete o sistema somatossensitivo. Ela se divide em periférica ou central, sendo periférica quando são afetados os nervos periféricos, como o nervo craniano, ou raízes medulares posteriores, e central quando são lesões medulares ou encefálicas. Esses tipos de dores se caracterizam por apresentar sensação de *queimação*, *picada*, *formigamento* ou *descargas elétricas*. E a dor tipo mista é causada por componentes neuropáticos e nociceptivos (Serrano, 2019; Silva, 2021; Sírio Libanês, 2021a).

A dor nociplástica é uma dor causada sem evidências de lesão tecidual, ou seja, a dor existe, mas sem um estímulo aparente (Silva, 2021). Esse tipo de dor, também chamada de desmodulatória, é causada por alterações da nocicepção, porém sem evidências de alguma lesão tecidual ou no sistema nervoso central (Sírio Libanês, 2021a).

### **3.3 Avaliação e tratamento da dor oncológica**

Para a diminuição da dor no paciente oncológico, é necessário caracterizar o tipo de dor para avaliar a sua importância no contexto geral do sofrimento desse paciente. Para essa avaliação devem ser usados instrumentos que avaliam a intensidade da dor e como esta influencia no

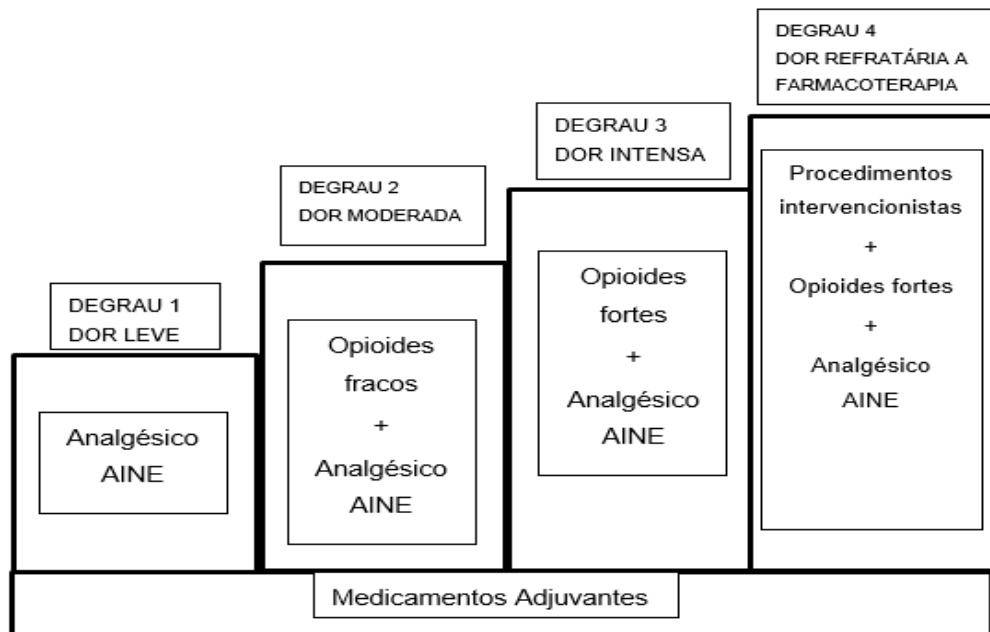
padrão do sono, do humor, das atividades diárias, sociais, dentre outros (Andrade Neto, Lopes & Nunes, 2019).

Os instrumentos utilizados para a avaliação da dor possibilitam identificar, de forma quantitativa, a intensidade, a fim de que o paciente seja tratado adequadamente, e compreender o impacto do processo algico no dia a dia e na qualidade de vida deste indivíduo. As escalas podem ser unidimensionais, que são de fácil aplicação e focadas na avaliação da intensidade da dor aguda, ou multidimensionais que avaliam a dor em mais de uma dimensão, possuindo maior complexidade, abordando aspectos além da intensidade, como, por exemplo, localização e qualidades afetivas e sensoriais da dor (Martinez, Grassi & Marques, 2011).

Cerca de um terço dos pacientes oncológicos relatam dor no decorrer da doença, cuja intensidade aumenta à medida que o câncer vai avançando (Andrade Neto, Lopes & Nunes, 2019; van den Beuken-van Everdingen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen & Janssen, 2016). Essa dor pode ser advinda do próprio tumor ou dos tratamentos, causando, assim, uma debilidade ao paciente (Serrano, 2019).

Em 1986, a OMS desenvolveu um protocolo para tratamento da dor oncológica que tinha como fundamento o uso gradual de medicamentos analgésicos e adjuvantes. O seu elemento-base era uma escada de 4 degraus, cujo objetivo era verificar a intensidade da dor e o tipo de medicação que deveria ser administrado para o controle algico (Andrade Neto, Lopes & Nunes, 2019).

A OMS, em 1996, dez anos após a primeira publicação do protocolo para o tratamento da dor, publicou a segunda edição, a qual ainda é referência mundial, contendo as recomendações para o uso da escada analgésica. Tais recomendações revelam uma prescrição muito simples para que os familiares e o próprio paciente possam entender. O uso da escada deve respeitar cinco princípios defendidos pela OMS: a medicação deve ser dada, preferencialmente, via oral; necessário que se respeite os intervalos entre as administrações da medicação; esse medicamento deve estar de acordo com a intensidade da dor; deve ser adequada para cada paciente e ser reavaliada de forma periódica para que sejam ajustadas as doses e haja mudança de medicamento, caso necessário (Andrade Neto, Lopes & Nunes, 2019; Silva, 2021).

**Figura 1** - Escada analgésica

Fonte: Sírío Libanês (2021b); Silva (2021)

A escada analgésica recomenda o uso de categorias e de alguns medicamentos básicos para o paciente com dor oncológica. As classes de medicamentos são divididas nas seguintes categorias: não opioides, opioides fracos, opioides fortes, antagonistas opioides, antidepressivos, anticonvulsivantes e corticosteroides. Os opioides são o alicerce do tratamento da dor moderada e intensa (Andrade Neto, Lopes & Nunes, 2019).

Quando a dor não é aliviada após intervenções medicamentosas, são propostos tratamentos mais intervencionistas para o seu controle. Essas alternativas de tratamento visam não só aumentar analgesia e qualidade de vida como diminuir efeitos colaterais causados pelas medicações. São considerados os principais métodos utilizados nos tratamentos intervencionistas: os bloqueios anestésicos, os bloqueios neurolíticos químicos, a neurólise por radiofrequência convencional, as cimentoplastias, as infusões no neuroeixo, a estimulação medular e os tratamentos neurocirúrgicos (Mansano, Oliveira & Assis, 2019).

A dor pode estar presente em qualquer estágio da doença, ligada ao próprio tumor ou aos tratamentos realizados, a cirurgia, a radioterapia, que pode causar mucosite/ esofagite, e a quimioterapia, que pode causar nevralgia pós-herpética e neuropatias periféricas (Andrade Neto, Lopes & Nunes, 2019; Lima et al., 2019).

A dor oncológica referida pelo sujeito costuma ser significada como *angustiante* e *incontrolável*, podendo ser focal, multifocal ou generalizada. Dores que não são bem controladas acabam prejudicando o paciente, debilitando a sua capacidade física, o seu bem-estar psicológico e sua vida social. Logo, é importante que cada quadro seja abordado por uma equipe multiprofissional para que a intervenção seja integrativa (Andrade Neto, Lopes & Nunes, 2019; Lima et. al., 2019; van den Beuken-van Everdingen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen & Janssen, 2016).

Ao ser diagnosticado o câncer, o foco de atenção frequentemente está relacionado a intervenções para conter o avanço da doença. E, assim, a avaliação da dor, na maioria das vezes, não é logo realizada, o que leva o paciente à avaliação e ao tratamento tardio da dor (Lima, Rosa & Mello, 2019).

Na avaliação da dor oncológica, devem ser levados em conta os aspectos físicos e o sofrimento social, psicológico e espiritual. Essa forma de abordagem deve ser vista como parte da atenção à saúde, e a não compreensão dos aspectos relacionados à dor total está associada a maiores níveis de estresse para o paciente (Fukushima & Vidal, 2019).

Estudos mostram que o tratamento da dor em pacientes oncológicos deve ser iniciado no começo do tratamento oncológico, atuando de forma preventiva, com a junção de medicamento e técnicas complementares/alternativas (Lisboa & Costa, 2019). É necessário reconhecer a dor e suas múltiplas causas para que as modificações ocorram com êxito no tratamento (Palma, 2014).

### **3.4 Aspectos psicossociais na dor oncológica**

Como a dor é uma experiência subjetiva, revela-se como única para cada indivíduo sendo necessário ainda levar em conta aspectos biológicos, físicos, emocionais, sociais, espirituais (Lisboa & Costa, 2019) e culturais, evidenciando-se, assim, a sua natureza multidimensional (Serrano, 2019).

Quando a dor se torna crônica, ela interfere na qualidade de vida, alterando de forma negativa o humor, o padrão do sono, os comportamentos diários, a alimentação e os relacionamentos afetivos (Vieira, Bittencourt, Leal, Santos & Azevedo, 2018).

Algumas respostas relacionadas a essa condição são: o medo, a ansiedade e a depressão. Estudos mostram que pacientes com dores severas e de longa duração estão associados a maior risco de desenvolver depressão (Tabriz, Mohammadi, Roshandel & Talebi, 2019).

Arantes, Romano e Siqueira Júnior (2019) retratam que, em pacientes oncológicos, quando a dor é mal controlada, o paciente passa a experimentar intenso sofrimento físico e psíquico, além da diminuição da adesão ao tratamento e aumento do risco de mortalidade.

Turke e colaboradores (2020) relatam que pessoas que são diagnosticadas com algum tipo de câncer, quando são comparadas a outras que não possuem essa condição, mostram mais sintomas de exaustão emocional e física, além de altos níveis de ansiedade e depressão.

Páras-Bravo e colaboradores (2020) afirmam que 30% dos pacientes oncológicos sofrem com alguma doença emocional durante o tratamento.

Os sintomas de ansiedade e depressão podem ser vistos em qualquer etapa do tratamento oncológico, além de variar de acordo com a evolução da doença, afetando, assim, a qualidade de vida, a adesão ao tratamento e o autocuidado desse paciente (Salvetti, Machado, Donato & da Silva, 2020).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013), na sua quinta edição (DSM-5), define ansiedade como a antecipação de uma ameaça que está por vir, sendo associada a respostas fisiológicas, como tensão muscular e vigilância de forma excessiva. Já a depressão é caracterizada pela presença de humor triste, vazio ou irritável, perda de prazer e vem acompanhada de alterações que podem afetar, de forma significativa, o indivíduo e seu funcionamento.

Perissinotti, Oliveira, Souza e Siqueira (2019) revelam que 20% dos pacientes oncológicos apresentam depressão grave, raiva e ansiedade, além de processo de luta desadaptativa e sentimento de falta de controle em sua vida. O local e o tipo de câncer, além da presença de dor persistente, podem causar ou agravar sintomas depressivos no paciente. Já os sintomas ansiosos aparecem entre 10% e 12% dos pacientes com câncer, sendo suas maiores taxas em jovens, mulheres e naqueles com a doença em seu estágio mais avançado.

Souza, Gibello e Di Tommaso (2019) mostram que organizações e sociedades internacionais que estão à frente para o combate ao CA recomendam que sejam integrados os cuidados paliativos de forma precoce, durante todo o curso da doença.

Segundo a OMS (2020), os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares que estão enfrentando problemas que associados a doenças que possuem risco de vida. Estudos recentes mostram que esse tratamento sendo realizado concomitantemente ao usual traz uma melhora no humor, no entendimento do prognóstico, na qualidade de vida e na sobrevida do paciente.

Diante do agravamento de uma doença crônica, o apoio e a rede social empobrecidos, a solidão, o luto, o sofrimento psicológico, a depressão, dentre outros, são fatores que, em algum grau, se transformam em estressores agudos na dor oncológica (Perissinotti, Oliveira, Souza & Siqueira, 2019).

O apoio social é definido como existência ou disponibilidade das pessoas que permitem que outros saibam que elas se importam, valorizam e amam esse indivíduo (Anuk, Özkan & Özkan, 2019), produzindo um aumento de autocuidado e melhor da qualidade de vida (Fachado, Rodriguez & Castro, 2013).

Em seus estudos, Ongaro e colaboradores (2019) mostram que o apoio social desempenha um papel central no impacto da doença no indivíduo e nas pessoas que estão próximas, sendo um fator de relevância para o bem-estar.

Segundo Fachado, Rodriguez e Castro (2013), a família se constitui como grupo relevante por desempenhar uma função importante no manejo de uma enfermidade crônica. Para eles, a família pode influenciar na saúde dos seus pelo viés psicofisiológico (afeto e outros estímulos positivos, os quais produzem euforia, e outros benefícios que acabam se sobressaindo aos fatores estressantes, liberando substâncias neuroquímicas, como endorfina) e pelo viés comportamental (influência, como dietas, exercícios físicos, aderência a tratamentos médicos etc).

Para Ongaro e colaboradores (2019), o apoio da família ao paciente com câncer é visto como de grande importância para o processo como um todo, inclusive para o enfrentamento da

doença. Receber esse tipo de apoio faz com que o indivíduo responda de forma positiva e adote comportamentos mais dispostos em relação ao tratamento e ao seu bem-estar (Kolankiewicz, Souza, Magnago & de Domenico, 2014).

Outro componente de enfrentamento positivo ao processo de adoecimento é a religiosidade e/ou a espiritualidade (R/E). A OMS relata o bem-estar espiritual como uma dimensão do estado de saúde, juntamente com o biológico, o psíquico e o social (Anuk, Özkan & Özkan, 2019).

A religiosidade está ligada à religião, que é associada a dogmas religiosos. É uma prática institucionalizada, com rituais e símbolos, e compartilhada por uma comunidade. A espiritualidade é entendida como a busca pessoal por um significado e sentido entre a existência e o sagrado, e pode estar ou não vinculada a uma religião (Miranda, Lanna & Felipe, 2015; Reginato, 2018), além disso, é comum que a espiritualidade coexista com a religiosidade (Mantuani, 2019).

Adoecer traz à tona reflexões que estão relacionadas à formação do ser e ao que o define e dá significado à sua vida. No adoecimento do câncer, aparecem incertezas acerca da doença, além de proporcionar ao sujeito um momento de reflexão do significado da vida e uma necessidade de suporte espiritual.

Segundo Fernandes e colaboradores (2020), para o paciente oncológico, fatores como espiritualidade e religiosidade podem servir tanto como auxílio para enfrentar a doença e o seu processo como um todo quanto como autoconhecimento e contato com o íntimo, levando a uma busca por conforto e até mesmo um sentido à vida (Mantuani, 2019).

No tratamento de pessoas com doenças que ameaçam a vida, como pode ser o caso do câncer, a R/E é vista como um recurso que serve para lidar com sintomas físicos e as limitações que a doença traz (Karnakis & Adriazola, 2019).

A necessidade espiritual pode ser colocada como a procura por um significado em todas as experiências da vida e o suporte como intervenção com base nos valores de cada indivíduo (Reginato, 2018).



Muitos estudiosos buscaram compreender a representação de doenças como o câncer em nossa cultura. Um dos maiores representantes é Laplantine (2010), que, em seus estudos em 1943, aponta o câncer como uma doença característica do século XX, um corpo estranho que provoca degradação para quem possui a doença e a representa como uma “doença que corrói, mata de dentro para fora”. Em toda a sua obra, o autor define o câncer em três modalidades de doença: Resignação, Humilhação e Submissão à resistência. Na doença Resignação, a pessoa aceita os sintomas e não se queixa, como se precisasse passar por isso, ir até o limite do sofrimento. Já na Humilhação, o indivíduo vivencia a doença como uma infâmia, uma experiência imunda; e esse tipo de doença é a que mais aparece na literatura no século XX. E, por fim, quando fala da doença Submissão à resistência, o autor descreve que, passando da submissão e aceitação total dos sintomas, o indivíduo pode começar a se recusar a aceitar a doença e seus horrores, o que impede a pessoa de seguir em frente. Quando se trata da religiosidade/espiritualidade, existe a doença como salvação que, sendo vivenciada como algo que liberta, ilumina e irá enriquecer de alguma maneira.

## 4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo do tipo corte transversal. A pesquisa foi realizada entre dezembro de 2020 e novembro de 2021, na Clínica da Dor, localizada no Ambulatório 1 do Hospital Aristides Maltez, que é um hospital filantrópico, especializado no tratamento para o câncer. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes atendidos na Clínica da Dor do referido hospital. Os pacientes encaminhados para a Clínica da Dor estão em diferentes fases do seu tratamento de câncer na instituição.

Foram utilizados como critérios de inclusão todos os sujeitos atendidos no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, com idade entre 18 e 80 anos e excluídas aquelas pessoas que apresentaram dificuldades cognitivas e/ou condições que impossibilitaram o entendimento das questões.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); Escala Visual Analógica para dor (EVA); Escala de Religiosidade de Duke; Escala de Apoio Social (MOS-SSS), além de consulta de prontuário para busca de dados, para buscar informações acerca dos medicamentos utilizados e quais intervenções para dor realizaram.

O questionário sociodemográfico categorizou variáveis, como sexo, idade, naturalidade, religião, presença de filhos, nível de escolaridade, presença de alteração de sono, apetite e ocupação atual, além dos dados clínicos, como tipo de câncer, sítio primário, recidiva ou não da doença, tratamentos realizados para o câncer, comorbidades, classe de medicamentos e uso de procedimentos de intervenção para controle da dor.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) possui 14 questões das quais sete são voltadas para a avaliação dos sintomas de ansiedade (HADS-A) e sete para os sintomas de depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos. A escala HAD é uma escala que avalia sintomas e não tem função diagnóstica. As subescalas possuem os seguintes pontos de corte: sem sintomas de ansiedade, de 0 a 7 pontos; e com sintomas de ansiedade,  $\geq 8$ . Sem sintomas de depressão, de 0 a 8; e com sintomas de depressão,  $\geq 9$  (Botega, Bio, Zomignani, Garcia Júnior & Pereira, 1995).

A Escala analógica visual (EVA) é uma escala unidimensional que avalia a intensidade da dor no sujeito, possuindo a variação entre 0 (zero), como ausência de dor, e 10 (dez), considerado nível de dor máxima. (Martinez, Grassi & Marques, 2011)

A Escala de Religiosidade de Duke foi desenvolvida por Koenig et al em 1997, traduzida para o português brasileiro por Moreira-Almeida, Peres, Aloe, Lotufo Neto, & Koenig em 2008 e validada no Brasil por Taunay et al em 2012, sendo a população-alvo estudantes universitários e pacientes psiquiátricos. Ela mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso: Religiosidade Organizacional (RO, item 1): frequência a encontros religiosos; Religiosidade Não Organizacional (RNO, item 2): frequência de atividades religiosas privadas; Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3-5): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo. Fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos. Para se realizar o cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam contabilizados em um escore total, mas sim analisados separadamente.

A Escala Medical Outcomes Study (MOS-SSS) foi desenvolvida por MOS em um estudo que abrangeu adultos que possuíam doenças crônicas. Essa escala abarca cinco dimensões de apoio social: material (provisão de recursos práticos e ajuda material); afetiva (demonstrações físicas de amor e afeto); interação social positiva (contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se); emocional (habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo, situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida); informação (contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem). Para todas as perguntas, cinco opções de resposta são apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”). Assume-se que maiores índices no escore total dos respectivos fatores indicam maior percepção do tipo de apoio. Destaca-se que para a soma do escore total não é necessária a inversão de nenhum item (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005).

Para análise e tabulação dos dados, foi utilizado o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). As variáveis quantitativas foram expressas por média e desvio-padrão, e as qualitativas por frequência absoluta e relativa. As variáveis referentes às escalas

MOS-SSS e DUKE foram consideradas como escores e apresentadas como mediana e intervalo interquartilico. E a escala DUKE também foi interpretada e apresentada como proporção.

As correlações foram classificadas de acordo com Dancey e Reidy (2006) como:

- **r = 1** – correlação perfeita;
- **0,7 a 0,9** – correlação forte;
- **0,4 a 0,6** – correlação moderada;
- **0,1 a 0,3** – correlação fraca;
- **0** – ausência de correlação.

Foram considerados estatisticamente significantes os valores de **p < 0,05**.

Esta pesquisa foi submetida ao Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) e Diretoria Técnica do HAM e, após aprovação, foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada em 19 de novembro de 2020, sob o CAAE: 39303320.1.0000.0050. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 175 pacientes com idade que variou de 23 a 88 anos, média entre  $56,03 \pm 13,5$  anos. Destes, a maior parte do sexo feminino, residentes em outra cidade da Bahia, com filhos, desempregados, nível de escolaridade média e com religião (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil.

VARIÁVEIS	N (%)
Sexo	
Feminino	105 (60)
Naturalidade	
Outra cidade da Bahia	117 (69,7)
Salvador	44 (25,1)
Outro estado do Brasil	14 (8,0)
Religião	
Católico	69 (39,4)
Evangélico	67 (38,3)
Não tenho	29 (16,6)
Espírita	6 (3,4)
Afro-brasileiro	2 (1,1)
Outra	2 (1,1)
Número de filhos	
De 1 a 4 filhos	113 (64,6)
Mais de 5 filhos	31 (17,7)
Nenhum	31 (17,7)
Escolaridade	
Fundamental 1 e 2	93 (53,1)
Ensino médio	51 (29,1)
Sem escolaridade	20 (11,4)
Superior	11 (6,3)
Ocupação atual	
Desempregado	86 (49,1)
Aposentado	66 (37,7)
Empregado	23 (13,1)

Ao analisar os dados sociodemográficos, pessoas de meia-idade, com filhos e o com ensino fundamental, se mostram compatíveis com os perfis encontrados na literatura para essa população (Kolankiewicz, Souza, Magnago & de Domenico, 2014; Miranda, Lanna & Felipe, 2015; Paras-Bravo et. al., 2020; Yilmaz, Piyal & Akdur, 2017).

A predominância do sexo feminino foi observada em vários estudos (Anuk, Özkan & Özkan, 2019; Bergerot, Laros & Araújo, 2014; Matos, Meneguim, Ferreira & Miot, 2017; Salvetti, Machado, Donato & da Silva, 2020; Turke et. al., 2020). Diversos estudiosos afirmam que mulheres possuem mais variações hormonais, menor limiar e tolerância à dor, além das características anatômicas e funcionais das mulheres, como menor estrutura óssea e articulações mais frágeis, fatores que vêm a contribuir para uma sobrecarga mecânica, tornando as mulheres mais suscetíveis a dores (Sá, Baptista, Matos & Lessa, 2009; Silva, Daltro, Castro, Castro, Borges & Matos, 2021).

O catolicismo foi a religião mais prevalente nessa amostra. Estudos afirmam que o catolicismo não busca o “porquê” da dor, do adoecimento ou do sofrer do indivíduo, e sim o “para quê”, pois a sua crença é de que tudo o que vivenciamos é direcionado a um “futuro glorioso em Deus” (Matos et. al., 2017; Miranda, Lanna & Felipe, 2015; Pereira, 2018; Salvetti, Machado, Donato & da Silva, 2020).

Apenas uma pequena parte dos participantes deste estudo encontrava-se em atividade laboral. Isso pode ser devido a toda contingência de dificuldades que o Brasil enfrenta, na qual três de cada dez brasileiros estão desempregados no país. De acordo com este levantamento, ao final do 1º trimestre de 2022, o número de trabalhadores desempregados há mais de 2 anos era de 3.463 milhões – cerca de 29% do total de desempregados no país (IBGE, 2022).

Como o câncer é uma doença crônica e com longa trajetória de cuidados, que vão desde o diagnóstico até a conclusão do tratamento, o INCA (2020) publicou uma cartilha, atualmente em sua 5ª edição, tratando dos direitos do paciente com câncer. O afastamento da pessoa com CA é um direito do trabalhador, desde que este comprove a necessidade do mesmo, além da licença para o tratamento médico, direito a saque do FGTS e PIS/PASEP.

Foi apontado neste estudo que a grande maioria das pessoas atendidas pelo Hospital Aristides Maltez reside em outra cidade do interior da Bahia. Isso se deve ao fato de que o hospital em questão é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, especializado no tratamento do câncer e o principal no atendimento oncológico para a população carente do estado da Bahia. Essa instituição atende, de forma exclusiva, os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui cobertura estadual.

Ao analisar as características clínicas desta amostra (Tabela 2), foi evidenciado que uma parte dos pacientes que procuram o Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez apresenta doença relacionada ao Tecido Ósseo Conectivo, seguido de câncer do trato gastrointestinal; Cabeça e Pescoço; Ginecológico; Mama e Pulmão. Grande parte não sabe qual é o sítio primário da doença; não apresenta metástases e realizou tratamentos com quimioterapia, radioterapia e cirurgia para controle da doença.

Uma pequena parte dos pacientes avaliados 36 (20,6%) relatou estar sem dor no momento da avaliação; a grande maioria desses pacientes apresentou dor do tipo mista, apesar de apenas uma pequena parte da amostra ter realizado intervenção minimamente invasiva para controle da dor.

Uma pequena parte dos participantes deste estudo, quando questionada pela pesquisadora, afirmou apresentar alguma alteração do apetite. Em contrapartida, grande parte revelou alteração no padrão do sono.

Amaral e colaboradores (2022) corroboram com esse achado ao afirmar que, pessoas que possuem algum tipo de câncer desenvolvem distúrbios do sono após o diagnóstico, reduzindo a qualidade de vida, acarretando também prejuízos no humor e diminuição de energia. A taxa de incidência de distúrbios relacionadas ao sono em pacientes oncológicos variou de 30% a 93,1%. Essa dificuldade no sono pode estar associada ao diagnóstico da doença, presença de sintomas de ansiedade ou outro sintoma relacionado ao próprio tratamento, podendo ocorrer antes, durante ou até mesmo após o tratamento.

Marques e colaboradores (2021) realizaram uma pesquisa sobre o comprometimento de apetite e seus fatores associados em pacientes com CA, que demonstrou que indivíduos diagnosticados com câncer possuem alta prevalência de distúrbios do apetite, o que pode causar um impacto nutricional e conseqüente piora na qualidade de vida dessas pessoas. Eles também ressaltam que a perda de apetite é mais comum em pessoas idosas e isso está associado a alterações metabólicas originadas ou decorrentes do tumor.

Ao analisar os dados da escala HAD, os resultados mostraram maior presença de sintomas ansiosos e menor presença de sintomas depressivos.

Bergerot, Laros e Araújo, por meio de pesquisa feita em 2014, utilizando também a escala HAD, apontaram baixa presença de sintomas depressivos na maioria de sua amostra. Enquanto no estudo de Salvetti, Machado, Donato e da Silva (2020), que utilizou a mesma escala, não foi evidenciada a presença de nenhum dos dois sintomas em sua amostra. Outro estudo de Páras-Bravo e colaboradores, em 2020, encontrou maior presença de sintomas ansiosos em pacientes oncológicos.

Ao analisar o tipo de tratamento mais frequente encontrado nesta amostra, verifica-se que a cirurgia aparece como mais prevalente. Diversos estudos, entre eles os de Özçinar e colaboradores (2018) e Paras-Bravo e colaboradores (2020), apontam que essa é a modalidade de tratamento na oncologia mais importante para a doença, podendo ter função curativa ou higiênica (Baldotto & da Silva, 2019; INCA, 2021).

No câncer, a dor é o sintoma mais frequente, prioritariamente para controle da dor do tipo mista, isto se deve às características da doença oncológica que contém componentes nociceptores e neuropáticos (Silva, 2021).

Ao verificar os medicamentos mais encontrados nessa população, verifica-se prevalência na escada analgésica do degrau 3. Neste degrau, são utilizados opioides fortes, analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e medicamentos adjuvantes, como antidepressivos e anticonvulsivantes. Essas medicações são a primeira escolha para pessoas que sentem dor intensa, conforme o encontrado na avaliação da escala de dor (EVA).



**Tabela 2** - Características clínicas dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil.

VARIÁVEIS	N (%)
<b>TIPO DE CÂNCER</b>	
Tumor do tecido ósseo conectivo	34 (19,4)
Tumor de trato gastrointestinal	26 (14,9)
Tumor de cabeça e pescoço	25 (14,3)
Tumor ginecológico	22 (12,6)
Tumor de mama	20 (11,4)
Tumor de pulmão	12 (6,9)
	9 (5,1)
<b>SÍTIO PRIMÁRIO</b>	
Sem informação	90 (51,4)
Com informação	85 (48,6)
<b>METÁSTASE</b>	
Sem informação	100 (57,2)
Não	58 (33,1)
Sim	17 (9,7)
<b>TRATAMENTOS:</b>	
Cirurgia	94 (53,7)
Radioterapia	73 (41,7)
Quimioterapia	70 (40,0)
Iodoterapia	10 (5,7)
<b>TIPO DE DOR</b>	
Mista	113 (64,6)
Neuropática	26 (14,9)
<b>REALIZOU INTERVENÇÃO MINIMAMENTE INVASIVA PARA CONTROLE DA DOR</b>	
Não soube informar	98 (56,0)
Não fez intervenção para controle da dor	51 (29,1)
Fez intervenção para controle da dor	26 (14,9)
<b>EVA – NO MOMENTO DA PESQUISA</b>	
LEVE	22 (12,5)
MODERADA	55 (31,4)
GRAVE	98 (56,0)
<b>DEGRAU ANALGÉSICO</b>	
DEGRAU 1	11 (6,3)
DEGRAU 2	45 (25,7)
DEGRAU 3	102 (58,3)
NÃO TEM INFORMAÇÃO	17 (9,7)
<b>ALTERAÇÃO DO APETITE</b>	
SIM	26 (14,9)
NÃO	149 (85,1)
<b>ALTERAÇÃO DO SONO</b>	
SIM	98 (56,0)
NÃO	77 (44,0)
<b>ANSIEDADE (HADS)</b>	
Sim	90 (51,4)
Não	85 (48,6)
<b>DEPRESSÃO (HADS)</b>	
SIM	53 (30,3)
Não	122 (69,7)

Quando a coleta de dados foi iniciada, o mundo estava atravessando a pandemia de Covid-19. Os achados deste estudo podem expressar os sentimentos mais prevalentes em todo o mundo, ao se falar do SARS-COV 2, uma enfermidade que assolou rapidamente o mundo e desencadeou sentimentos, como insegurança, temor, necessidade de isolamento social imposta socialmente e pessoalmente, afetando, assim as relações afetivas e laborais, além de um extremo desconhecimento da doença.

Uma revisão sistemática com metanálise realizada em 2021 mostrou que a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com câncer, durante a pandemia ultrapassou 30%, sendo a ansiedade o sintoma mais experimentado por essa população (Ayubi & Khazaei, 2021).

Na Tabela 3, foi avaliado o apoio social a partir da aplicação do Questionário MOS-SSS. Quanto à rede social ou apoio estrutural, observou-se nesta amostra que os participantes têm ao menos 7 pessoas para contar no dia a dia.

Santana e colaboradores (2008) afirmam que rede social é o grupo de pessoas com o qual o indivíduo possui algum vínculo, compreendendo o contato, a frequência e a qualidade dessa composição (se são pessoas de grupos sociais ou não). O que, segundo esses autores, difere de apoio social, que diz respeito à qualidade dessa rede social.

Percebe-se, neste estudo, que todos os tipos de apoio social foram significativamente positivos. Apoio social positivo significa que os indivíduos têm alguém com quem contar, receber ajuda e auxílio emocional (Santana, Zanin & Maniglia, 2008).

**Tabela 3** - Avaliação do apoio social a partir do Questionário MOS-SSS aplicado nos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil.

<b>Dimensões</b>	<b>Mediana [IQR*]</b>
<b>Apoio Estrutural</b>	7 [4-10]
<b>Apoio Funcional</b>	
Apoio material	20 [19-20]
Apoio afetivo	15 [15-15]
Apoio emocional	39 [31-40]
Interação social positiva	19 [15-20]

Os aspectos religiosos foram avaliados a partir do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), por meio de três dimensões presentes na escala: Religiosidade Organizacional (RO) e Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). (Tabela 4)

**Tabela 4** - Avaliação da Religiosidade Organizacional e Não Organizacional por meio do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Ba

Variáveis	n (%)
<b>Religiosidade Organizacional</b>	
Nunca	102 (58,3)
Mais do que uma vez por semana	30 (17,1)
Uma vez por semana	13 (7,4)
Duas a três vezes por mês	13 (7,4)
Algumas vezes por ano	11 (6,3)
Uma vez por ano ou menos	5 (2,9)
<b>Religiosidade Não Organizacional</b>	
Mais do que uma vez ao dia	73 (41,7)
Diariamente	59 (33,7)
Duas ou mais vezes por semana	21 (12,0)
Raramente ou nunca	11 (6,3)
Uma vez por semana	7 (4,0)
Poucas vezes por mês	3 (1,7)

Em relação à RO, uma pequena parte da amostra revela que os participantes frequentam algum encontro religioso mais de uma vez por semana. A Religiosidade Não Organizacional mostrou que uma parte se dedica a atividades diariamente, e a Religiosidade Intrínseca mostra uma boa resposta com mediana de 3 (3-5). A parte da RI é calculada de acordo com um somatório entre 3 (três) respostas dadas nas 3 (três) perguntas que foram feitas ao paciente a partir da Escala de Religiosidade de Duke, sendo a soma igual a 3 um indicativo para uma ótima RI. Esse tipo de religiosidade (RI) é descrito como uma busca de internalizar os aprendizados que são propostos na religião, que se mostra na vivência do indivíduo para consigo e para com o outro (Taunay et al., 2012). Então, quando a mediana é 3 significa que os pacientes do Ambulatório de Dor do HAM têm uma boa conexão com os princípios que possuem por meio da religião deles e vivem o dia a dia em consonância com esses aprendizados.

Uma grande parte da amostra avaliada referiu “nunca”, quando questionada sobre a ida a alguma igreja, templo ou encontro religioso. Isso se deu em virtude da intensidade da dor, decorrente do processo de adoecimento, e em função de, naquele momento, o mundo estar atravessando a pandemia de Covid-19 (Silva, Daltro, Castro, Castro, Borges & Matos, 2021; Tabriz, Mohammadi, Roshandel & Talebi, 2019).

Segundo Aapro e colaboradores (2021), com a pandemia de Covid-19, medidas de isolamento social foram adotadas em todo o país e houve uma proibição de ida da população a todos os locais públicos, inclusive templos religiosos foram fechados para evitar aglomerações. E, como pessoas adoecidas pelo câncer e em tratamento são consideradas mais vulneráveis a complicações pela contaminação da Covid-19, a restrição a esse público foi mais efetiva. Isso reforça os resultados encontrados neste estudo, que apontam a presença da religiosidade relacionada a atividades religiosas privadas, como, por exemplo, preces, orações, meditação e a busca e vivência da religiosidade e de suas crenças.

Toloi (2018) afirma que todo o processo de adoecimento e incertezas advindo do câncer gera para o indivíduo uma busca de reavaliação do significado da vida, além de maior necessidade e suporte espiritual.

Segundo Oliveira, Vasconcelos, Amaral e Sá (2020), a espiritualidade ajuda as pessoas a dar sentido às experiências que vivem, e isso faz com que aumentem a capacidade de resiliência no enfrentamento do processo de adoecimento e do tratamento oncológico.

Neste estudo, parece haver uma associação entre bom nível de religiosidade/espiritualidade e os baixos níveis de depressão encontrados. Uma metanálise, realizada em 2018, mostra que a espiritualidade traz melhora na qualidade de vida e reduz sintomas depressivos (Xing, Guo, Bai, Qian & Chen, 2018). Outro estudo, feito no ano seguinte, afirma que o bom suporte espiritual é um fator protetivo contra a depressão, a desesperança e o desejo de morte (Fukushima & Vidal, 2019).

Ao correlacionar apoio social, intensidade da dor e sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes avaliados, pode-se perceber que existe uma correlação negativa entre todas as variáveis. Com esses dados, foi possível perceber estatisticamente significativa o apoio

material, afetivo e emocional em pessoas com sintomas depressivos e a interação social foi significativa em pessoas com sintomas ansiosos e depressivos (Tabela 5).

**Tabela 5** - Correlação entre os domínios do apoio social, a intensidade da dor e sintomas ansiosos e depressivos dos 175 pacientes avaliados de dezembro de 2020 a novembro de 2021, no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez, em Salvador – Bahia – Brasil

Variáveis	R	p
Apoio material		
HAD-A	- 0,173	0,022
HAD-D	-0,258	<b>0,001</b>
EVA	- 0,083	0,275
Apoio afetivo		
HAD-A	- 0,198	0,009
HAD-D	- 0,344	<b>&lt;0,001</b>
EVA	-0,165	0,029
Apoio emocional		
HAD-A	-0,230	0,002
HAD-D	-0,342	<b>&lt;0,001</b>
EVA	- 0,033	0,664
Interação social		
HAD-A	-0,270	<b>&lt;0,001</b>
HAD-D	-0,369	<b>&lt;0,001</b>
EVA	-0,107	0,159

O apoio social é o aspecto qualitativo e funcional da rede social de um indivíduo; é ter alguém com quem contar para receber os diversos tipos de apoios existentes, para se perceber valorizado. Quando esse tipo de suporte não é eficaz e a rede social também é insuficiente, existe a predisposição à sintomatologia depressiva durante o enfrentamento de neoplasia, como, por exemplo, um câncer (Santana, Zanin & Maniglia, 2008).

Um estudo feito por De Roda e Fuertes (1992) relata que quanto maior o nível de apoio social, menor é o mal-estar psicológico ao qual a pessoa está sujeita. O apoio social mínimo funciona como um moderador dos efeitos dos acontecimentos estressantes.

Gariépy, Honkaniemi e Quesnel-Vallée realizaram uma revisão sistemática em 2016, com o objetivo de verificar se existia associação entre a presença de suporte social e os sintomas depressivos. Concluíram que existe forte evidência de que o suporte social é um importante e significativo protetor contra a depressão. Dos estudos selecionados, a fonte de suporte mais citada foi o apoio do cônjuge, seguido pelo apoio da família, dos amigos e de crianças.

Em 2018, o estudo realizado, por Sette e Capitão, com pacientes adultos oncológicos, mostrou que o suporte social percebido como positivo tem um efeito moderador na relação dos sintomas depressivos e da dor.

Uma revisão sistemática feita com a população idosa, mostrou, em 33 estudos, resultados favoráveis entre suporte social e sintomas depressivos. O apoio do cônjuge, principalmente do gênero masculino, e de amigos foi bastante destacado. Em contrapartida, o apoio de familiares obteve uma associação baixa quando relacionado a essa população. Eles discutem essa diferença mostrando que o papel de familiares é modificado no processo do envelhecimento e que as pessoas se tornam menos capazes de oferecer esse tipo de suporte (Gariépy, Honkaniemi & Quesnel-Vallée, 2016).

Algumas limitações deste estudo precisam ser pontuadas. Inicialmente, verificou-se comprometimento baixo na adesão de alguns participantes a esta pesquisa. Isso pode ter ocorrido em razão de apresentarem quadro de dor intensa no momento da avaliação; alguns se sentiam impossibilitados de responder ao questionário e escalas; muitos relatavam urgência no atendimento e no retorno ao seu domicílio por residirem em cidades do interior do estado e virem ao hospital com a ambulância da prefeitura apenas para a consulta no Ambulatório de Dor e, por fim, o período da coleta de dados no momento da pandemia pela Covid-19 impactou negativamente o acesso e a frequência dos pacientes à instituição e a este trabalho.

É necessário reforçar a importância do Ambulatório de Dor como centro de tratamento e pesquisa, principalmente em uma instituição de referência para o tratamento do câncer no estado da Bahia. No entanto, ainda são necessárias medidas de sensibilização do corpo clínico deste hospital, a fim de que os pacientes possam ser encaminhados na fase precoce do tratamento para o cuidado da dor, já que muitos pacientes recebem esse cuidado em fase final de vida e com um processo longo de dor em todo o curso de seu tratamento. Como perspectivas futuras: 1. Penso que ainda seja necessária a presença de um profissional de

psicologia como representante da saúde mental na equipe cuidadora, formada por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a fim de que a dor seja avaliada e amenizada em suas múltiplas facetas, além de ser implementado um cuidado ostensivo, diário e sob a orientação de um suporte educativo, garantindo, assim, melhor assistência aos pacientes com dor atendidos na Instituição; 2. Penso que sejam importantes novos estudos, com diferentes abordagens metodológicas e assistenciais, que possam garantir mais conhecimento acerca dessa população, e investimentos para o controle e alívio adequados da dor.

## **6 PRODUTO**

A partir dos resultados obtidos por esta pesquisa, foi desenvolvida uma cartilha de orientação acerca do adoecimento por câncer e da importância do suporte social e religiosidade/espiritualidade como mecanismos protetores contra sintomas ansiosos e depressivos para familiares e acompanhantes dos pacientes que frequentam o Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez.

### **6.1 Objetivo**

Orientar os familiares/acompanhantes de pacientes com câncer no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez acerca da importância do apoio social no enfrentamento da doença e do seu tratamento.

### **6.2 Percurso metodológico**

A confecção da cartilha ocorreu após a escrita da dissertação, quando foi possível observar o impacto do apoio social no tratamento dos pacientes com câncer e o papel dos familiares/acompanhantes nesse processo.

#### **6.2.1 Público-alvo**

Familiares/acompanhantes de pacientes que frequentam a Clínica da Dor do HAM.

#### **6.2.2 Resultados esperados**

Espera-se que familiares/acompanhantes tomem conhecimento sobre a importância do apoio social como estilo de enfrentamento e do papel deles como fornecedores de apoio social para todo o processo do paciente, desde o diagnóstico até o tratamento.



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Ambulatório de Dor do HAM apresenta prevalência de pacientes do sexo feminino, meia idade, residentes em cidades do interior do estado, com filhos e desempregadas. Esses pacientes apresentam bom nível de apoio social, de religiosidade ou espiritualidade, o que favoreceu a adesão positiva ao tratamento, fator este que esteve associado a menor presença de sintoma depressivo e intensidade moderada de dor.

## REFERÊNCIAS

- Aapro, M., Lyman, G. H., Bokemeyer, C., Rapoport, B. L., Mathieson, N., Koptelova, N., Cornes, P., Anderson, R., Gascón, P., & Kuderer, N. M. (2021). Supportive care in patients with cancer during the Covid-19 pandemic. *ESMO open*, 6(1), 100038. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2020.100038>
- Alonso Fachado, A., Rodríguez, M., & Castro, L. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*. 19. 118-123. Recuperado de [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/ParaSaberDe\\_vol19\\_n2\\_3.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf)
- Andrade Neto, A. F., Lopes, G. C. N., & Nunes, B. L. C. (2019). Princípios e Fundamentos do Tratamento Clínico da Dor Oncológica. In.: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Anuk D, Özkan M, Kizir A, & Özkan S. (2019). The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC Psychiatry*. 19(1). 10.1186/s12888-019-2251-z.
- Arantes, L. M., Romano, F. R. de S., & Siqueira Júnior, J. F. da. (2019). Multidisciplinaridade e Multiprofissionalidade no Tratamento da Dor no Câncer. In.: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Araújo, L. C., & Romero, B. (2015). Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. *Revista Dor*, 16(4), 291-296. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.201500600>
- Ayubi, E., Bashirian, S., & Khazaei, S. (2021). Depression and Anxiety Among Patients with Cancer During Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gastrointest Cancer*. 52, 499–507. <https://doi.org/10.1007/s12029-021-00643-9>
- Baldotto, C. S., & da Silva, A. V. T. (2019). Princípios de Oncologia. In.: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.

- Bergerot, C. D., Laros, J. A., & Araújo, T. C. C. F. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF* [online]. 19(2), 187-197. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004>
- Botega, N. J. et al. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública* [online]. 29(5), 359-363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018).
- Colares, G. C., & Gomides, L. F. (2020). Impacto da Espiritualidade e da Religiosidade na modulação da dor em pacientes oncológicos. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences. JAPHAC* (7), 42-54. ISSN 2358-3495. Recuperado de [https://www.academia.edu/49413812/IMPACTO\\_DA\\_ESPIRITUALIDADE\\_E\\_DA\\_RELIGIOSIDADE\\_NA\\_MODULACAO\\_DA\\_DOR\\_EM\\_PACIENTES\\_ONCOLOGICOS](https://www.academia.edu/49413812/IMPACTO_DA_ESPIRITUALIDADE_E_DA_RELIGIOSIDADE_NA_MODULACAO_DA_DOR_EM_PACIENTES_ONCOLOGICOS)
- Dancey, C., & Reidy, P. (2006). Estatística sem matemática para psicologia: usando o SPSS para Windows. 3.ed. Porto Alegre: Artmed. 178-218.
- de Roda A. B. L., & Fuertes F.C. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de psicología social*. 7(1), 53-59. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/28276449\\_Apoyo\\_social\\_percibido\\_su\\_efecto\\_protector\\_frente\\_a\\_los\\_acontecimientos\\_vitales\\_estresantes](https://www.researchgate.net/publication/28276449_Apoyo_social_percibido_su_efecto_protector_frente_a_los_acontecimientos_vitales_estresantes)
- Dydyk AM, Yarrarapu SNS, & Conermann T. (2020). Chronic Pain. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553030/?report=printable>
- Ercolani, D. S., Hopf, L. B. S., & Schwan, L. (2018). Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. *Acta méd. (Porto Alegre)*. 39(2), 151-162. Recuperado de <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/14.pdf>
- Fernandes Ferreira, L., de Pinho Freire, A., Luiza Cunha Silveira, A., Pereira Martins Silva, A., Corrêa de Sá, H., Soares Souza, I., Stefany Araújo Garcia, L., Silva Peralta, R., &

Moreira Borges Araújo, L. (2020). A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 66(2).

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>

Fukushima, F. B., & Vidal, E. I. de O. (2019). Espiritualidade. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 209(4), 284–293.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

GLOBOCAN Global cancer statistics 2018: estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394–424.

<https://doi.org/10.3322/caac.21492>

Griep, R. H. et al. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 21(3), 703-714. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>

IARC - International Agency for Research on Cancer. Recuperado de

[https://www.iarc.who.int/cards\\_page/about-iarc/](https://www.iarc.who.int/cards_page/about-iarc/)

IASP - International Association for the Study of Pain. Recuperado de [https://www.iasp-](https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475)

[pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475](https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475)

IBGE - Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Recuperado de

<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>

INCA - Instituto Nacional do Câncer. Recuperado de [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Recuperado de

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>

- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Fatores de risco. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2020). Direitos sociais da pessoa com câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 5. ed., 1. reimpr. – Rio de Janeiro: INCA.
- Karnakis, T., & Adriazola, I. O. (2019). Qualidade de Vida e Bem-Estar do Paciente com Câncer. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Kolankiewicz, A. C. B. et al. (2014). Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42491>
- Laplantine, F. (2010). Antropologia da doença. 4 ed, São Paulo: Ed Martins Fontes.
- Lima, A. C. B., Rosa, P. J. B., & Mello, S. S. de. (2019). Epidemiologia da Dor no Câncer. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.] 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Lisboa, D. C. S., & Costa, D. S. (2019). Manejo da dor em oncologia: contribuições da psico-oncologia. In: Psico-oncologia: caminhos do cuidado / organização Marília A. de Freitas Aguiar ... [et al.]. – São Paulo: Summus.
- Mansano, A. M., Oliveira, C. A. de, & Assis, F. D. (2019). Princípios e Conceitos da Intervenção em Dor. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.] 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Mantuani, S.de B., & Liberato, R. (2019). Resignificar a vida pelo câncer: A espiritualidade como estratégia de enfrentamento. In.: Psico-oncologia: caminhos do cuidado [recurso eletrônico]. Marília A.de Freitas Aguiar [Org.]. – São Paulo: Summus.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5. (2014). American Psychiatric Association. Maria Inês Corrêa Nascimento [Trad.]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

- Marques, R. A. et al. (2021). Comprometimento do apetite e fatores associados em pessoas idosas hospitalizadas com câncer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]*. 24(2). <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200339>
- Martinez, J. E., Grassi, D. C., & Marques, L. G. (2011). Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras Reumatol*. 51(4), 299-308. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbr/a/NLCV93zyjfqB6btxpNRfBzJ/?lang=pt>
- Matos, T. D. S. et al. (2017). Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]*. 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>
- Miranda, S. L., Lanna, M. A. L., & Felipe, W. C. (2015). Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão [online]*. 35(3), 870-885. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>
- Oliveira, S. S. W. et al. (2020). Spirituality in coping with pain in oncological patients: systematic review. *BrJP [online]*. 3(2), 158-163. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200028>
- Ominelli, J., Monteiro, M., & Araújo, L.H. (2019). Epidemiologia do Câncer. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO). Palliative Care. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Oncoguia – tipos de câncer. Recuperado de <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer/83/1/>
- Ongaro, J. D., Seabra, C., Mamaluque, M. G. C., Aguiar, M. A. F., Sebben, R., & Tavares, G. R. (2019). O Impacto do câncer na família. In: Psico-oncologia: caminhos de cuidado [recurso eletrônico]. Marília A.de Freitas Aguiar [Org.]. São Paulo: Summus.

- Özçınar, B., Güler, S. A., Kocaman, N., Özkan, M., Güllüoğlu, B. M., & Özmen, V. (2018). Complications Associated with Loco-Regional Treatment of Breast Cancer and Their Impact on Quality-of-Life. *European journal of breast health*, 15(1), 51–58.  
<https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.4198>
- Palma, R. R. (2014). A resiliência familiar e a equipe multiprofissional da dor. In: A psicologia da dor. Andréa G. Portnoi [Org.] 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 272 p.
- Parás-Bravo, P., Paz-Zulueta, M., Boixadera-Planas, E., Fradejas-Sastre, V., Palacios-Ceña, D., Fernández-de-Las-Peñas, C., & Alonso-Blanco, C. (2020). Cancer Patients and Anxiety: A Gender Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1302. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041302>
- Pereira, A. A. et al. (2015). A vivência do paciente oncológico e suas estratégias de enfrentamento. In.: Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cadernos de Psicologia: OS TEMPOS NO HOSPITAL ONCOLÓGICO. Rio de Janeiro: INCA. 51-59. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-37490>
- Perissinotti, D. M. N., Oliveira, W. L., Souza, L. P. M., & Siqueira, J. L. D. (2019). Comportamento e Aspectos Psicossociais do Paciente Oncológico. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- REDOME – Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea. Recuperado de <http://redome.inca.gov.br/medula-ossea/tipos-de-transplante/#:~:text=Existem%20dois%20tipos%20de%20transplante,pela%20medula%20de%20um%20irm%C3%A3o>
- Reginato, V. (2018). O conceito de espiritualidade e sua interface com a medicina. In: Espiritualidade e oncologia: conceitos e prática. Felipe Moraes Toledo Pereira [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Sá, Kátia et al. (2009). Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Pública [online]*. 43(4), 622-630.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000032>.

- Salveti, M. G. et al. (2020). Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>
- Santana, J. J. R. A., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia (Ribeirão Preto) [online]*. 18(40). 371-384. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200013>
- Serrano, S.C. (2019). Taxonomia da Dor no Câncer. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Sette, C., & Capitão, C. (2018). Efeito moderador do suporte social em pacientes oncológicos. Ver. *Psicologia Saúde & Doenças*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/326881351\\_Efeito\\_moderador\\_do\\_suporte\\_social\\_em\\_pacientes\\_oncologicos](https://www.researchgate.net/publication/326881351_Efeito_moderador_do_suporte_social_em_pacientes_oncologicos)
- Sica, A., et al (2019). Cancer- and Non-cancer Related Chronic Pain: From the Physiopathological Basics to Management. *Open medicine (Warsaw, Poland)*, 14, 761–766. <https://doi.org/10.1515/med-2019-0088>
- Silva, S. M. C. (2021). Manejo da dor oncológica, Salvador – Bahia, 19 de julho de 2021. Palestra proferida no Hospital Aristides Maltez via plataforma Youtube. Link de acesso: <https://youtu.be/GI1Rl3-zLq8>
- Silva, S. M. C. et al. (2021). Impairment of quality of life due to anxiety and depression in patients with chronic pain. *BrJP [online]*. 4(3), 216-220. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210038>
- Sírio-Libanês (2021a). Dor para não especialista – Unidade 1: Fisiopatologia, classificação e avaliação da dor. Sírio-Libanês [Ed.]. Hospital Sírio-Libanês. 38p.
- Sírio-Libanês (2021b). Dor para não especialista – Unidade 2: Dor Aguda. Sírio-Libanês [Ed.]. Hospital Sírio-Libanês. 36p.
- Sírio-Libanês (2021c). Dor para não especialista – Unidade 3: Princípios Básicos da Dor Crônica. Sírio-Libanês [Ed.]. Hospital Sírio-Libanês. 53p.



- Souza, P. M. R., Gibello, J., Di Tommaso, A. B. G. (2019). Princípios, Fundamentos e Objetivos dos Cuidados Paliativos. In: Tratado de dor oncológica. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Tabriz, E. R., Mohammadi, R., Roshandel, G. R., & Talebi, R. (2019). Pain Beliefs and Perceptions and Their Relationship with Coping Strategies, Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Cancer. *Indian journal of palliative care*, 25(1), 61–65. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_137\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_137_18)
- Taunay, Tauily Claussen D'Escragnolle, et al. (2012). "Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL)/Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL)." *Revista de Psiquiatria Clínica*. 39(4). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rpc/a/4cfvHfcWjTRfWNVpVnrT6hj/?lang=pt#>
- Toloi, D. A. (2018). A relevância da espiritualidade em pacientes com câncer. In: *Espiritualidade e Oncologia: Conceitos e Prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Turke, K. C. et al. (2020). Depression, anxiety and spirituality in oncology patients. *Revista da Associação Médica Brasileira [online]*. 66(7), 960-965. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.960>
- van den Beuken-van Everdingen, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pain and symptom management*, 51(6). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>
- Vieira, F. M. A. C., Bittencourt, S. G., Leal, V. C. L. V., Santos, G. M., Azevedo, D. C. V. (2018). Aspectos Médico-Legais da Dor no Câncer. In: *Tratado de dor oncológica*. Paulo Renato Barreiros da Fonseca [Ed.]. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Vieira, S. (2011). *Introdução à bioestatística*. Rio de Janeiro :Elsevier. 345 p.
- Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 97(35). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011948>

Yilmaz, M. S., Piyal, B., & Akdur, R. (2017). Social support and quality of life in a group of cancer patients (Ankara, Turkey). *Turkish journal of medical sciences*, 47(3), 732–737. <https://doi.org/10.3906/sag-1508-42>

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ

#### Liga Bahiana Contra o Câncer

#### Ambulatório de Dor

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### “AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DOR DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO”.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para avaliar como você está se sentindo em relação ao seu tratamento e o controle de sua dor. O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil psicológico, a religiosidade e o apoio social dos sujeitos atendidos no Ambulatório de Dor do Hospital Aristides Maltez. Para isso, faremos uma entrevista com você para conhecer um pouco sobre o seu estilo de vida, a história do seu adoecimento e da sua dor, e aplicaremos três escalas: uma para avaliar se apresenta sintomas ansiosos/depressivos, uma escala para conhecer acerca do apoio social que você tem e uma escala para conhecer o seu nível de religiosidade/ espiritualidade. Ao responder às nossas perguntas, você tem o risco de se emocionar e se sentir triste. Se isso acontecer, por favor, nos avise e faremos um atendimento de suporte psicológico acolhendo o seu sofrimento e, se necessário, encaminharemos você para o atendimento especializado no serviço de psicologia, pois os pacientes internados e acompanhados pelo serviço de dor que fizerem parte desta pesquisa, já dispõem de acompanhamento psicológico pela unidade responsável. Caso você tenha algum prejuízo e este esteja relacionado a esta pesquisa, fique certo de que cuidaremos para que você seja devidamente indenizado e ressarcido se houver custos. Entendemos que o maior benefício deste trabalho é conhecer melhor o perfil psicológico e o quanto a relação com a religiosidade/espiritualidade e o apoio social desses sujeitos estão relacionados à resposta ao tratamento e ao quadro de dor que apresentam. Durante a participação neste estudo, você estará sempre acompanhado de um profissional da psicologia, para assegurar que será acolhido e cuidado em todo o seu processo de tratamento. Além da equipe de saúde que cuidará de você, os seus registros médicos poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez e pela equipe de pesquisadores envolvidos. O seu nome não será revelado, ainda que as informações do seu registro médico sejam utilizadas como instrumento de aprendizagem ou de publicação, a qual ocorrerá independentemente dos resultados obtidos. Para fazer parte desta pesquisa, não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o paciente/ familiares, pois responder aos questionamentos e às escalas é um ato voluntário, e você pode se recusar a responder ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que tenha nenhum prejuízo no seu tratamento ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou seja, esta pesquisa é independente, e não respondê-la não implica nenhuma interferência no seu atendimento no Hospital Aristides Maltez, independentemente de você participar ou não. Todos os documentos dessa pesquisa serão guardados por 5 (cinco) anos pela psicóloga responsável pela pesquisa. Após esse período, eles serão destruídos, de forma que a sua visualização ou leitura não seja possível. Esse documento será assinado pela pesquisadora responsável e pelo participante e entregue em duas vias, sendo uma da pesquisadora responsável e a outra do participante da pesquisa. Qualquer dúvida que você tiver poderá contatar Marcília da Anunciação Rodrigues, no endereço: Rua Thomaz Gonzaga, 225, Pernambués – Salvador, Bahia – CEP: 41100-000, ou pelo telefone (71) 98431-5545 e e-mail: [psi.marciarodrigues@yahoo.com.br](mailto:psi.marciarodrigues@yahoo.com.br), assim como poderá procurar o Comitê de Ética deste hospital,

localizado na Av. D. João VI, 332 – Unidade Oncologia Pediátrica, 4º andar, telefone (71) 3357-6997. **E-mail:** [cep@aristidesmaltez.org.br](mailto:cep@aristidesmaltez.org.br). Brotas. CEP 40285-001, Salvador, Bahia, BRASIL. O **CEP/LBCC/HAM também tem a finalidade de sanar dúvidas não respondidas pelos pesquisadores ou denúncias referentes a esta pesquisa.**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez – Liga Bahiana contra o Câncer.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador:

\_\_\_\_\_



Polegar

## APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico

### NOME DO PACIENTE:

#### 1. Número do prontuário:

2. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Outro ( )

#### 3. Idade:

#### 4. Naturalidade/Procedência:

5. Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo

6. Filhos? Quantos? São adultos ou crianças? Reside(m) em sua casa?

7. Tem religião? Sim ( ) Não ( ) Pratica a religião: Sim ( ) Não ( )

Qual?

1. ( ) Católica 2. ( ) Protestante 3. ( ) Afro-brasileira 4. ( ) Espírita 5. ( ) Outra

#### 8. Escolaridade em anos de estudo

#### 9. Profissão

10. Situação de trabalho: 1. ( ) empregado 2. ( ) desempregado

11. Ocupação atual? Há quanto tempo está nesta ocupação?

#### Dados clínicos:

12. Diagnóstico (tipo de CA)

13. Qual o sítio primário do seu câncer?

14. Esse agora é recidiva de outro anterior?

15. Intervenções realizadas:

Quimioterapia

Radioterapia

Cirurgia

16. Comorbidades associadas:

17. Tipo de dor

Nociceptiva

Neuropática

Mista

**18. Medicamentos:**Anti-inflamatórios Analgésicos: Fracos  Op. Fracos  Op. Fortes Adjuvantes: Anticonvulsivantes  Antidepressivos **18.1: Quais medicamentos utiliza?****19. Faz procedimentos de intervenção em dor.**

Sim ( ) Não ( )

Qual?

**20. Alteração no padrão de:****Sono:** Sim ( ) Não ( )**Apetite:** Sim ( ) Não ( )

**APÊNDICE C – Cartilha “Dor no Câncer: Como eu Posso Ajudar?”**



# Dor no câncer

COMO EU POSSO AJUDAR?

Marcília Rodrigues

Ilustrações: Mari Paint Art

Esta cartilha foi elaborada pelas responsáveis da pesquisa intitulada "Apoio social e sintomas ansiosos e depressivos em pacientes do ambulatório de dor de um hospital oncológico", e tem como objetivo orientar a família sobre a clínica da dor e como ajudar seu familiar no controle da dor.

**Autora:**

Marcília da Anunciação Rodrigues

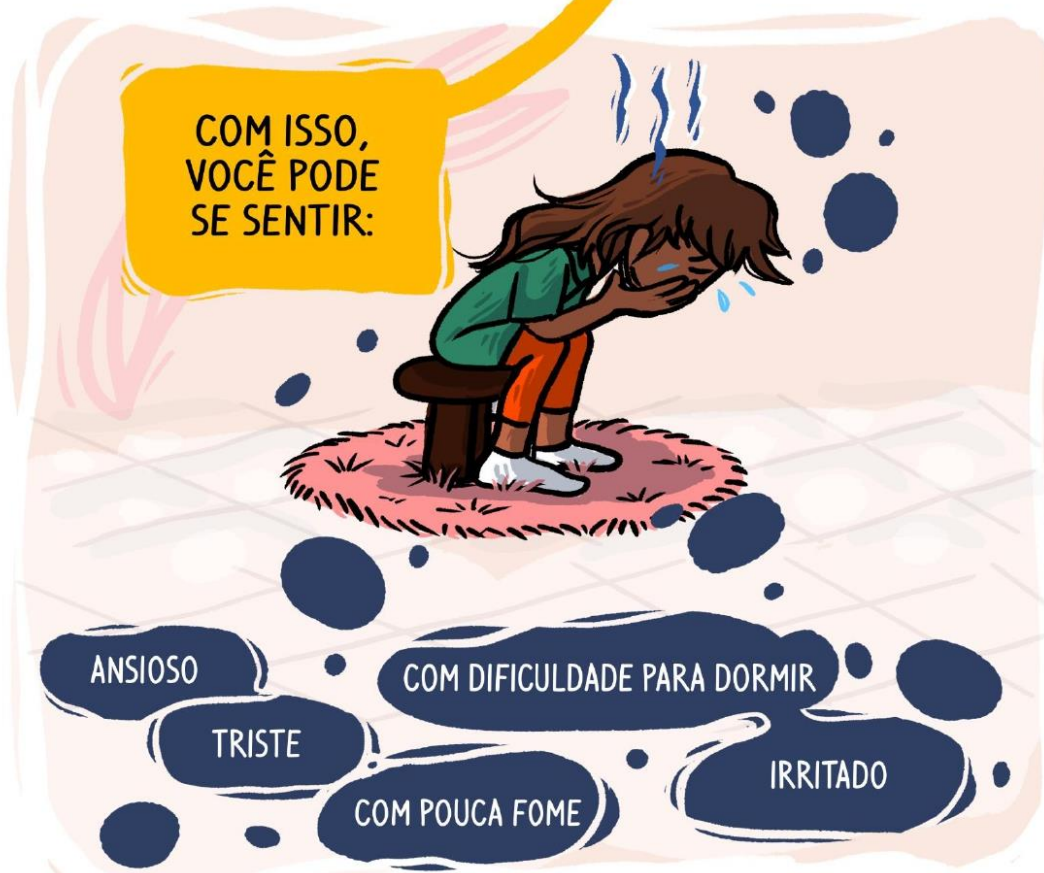
**Coautores:**

Martha Moreira Cavalcante Castro

Suzane Bandeira de Magalhães







TUDO ISSO PIORA SUA QUALIDADE DE VIDA







PESSOAS QUE POSSUEM RELIGIÃO OU CRENÇA, INDEPENDENTE DE QUAL SEJA, SE SENTEM CONFORTADOS E CONSEGUEM ENFRENTAR MELHOR A DOENÇA



BUSQUE AMIGOS, PARENTES E FAMILIARES PARA ESTAR POR PERTO

AO TER FAMÍLIA, AMIGOS  
E PARENTES POR PERTO,  
A PESSOA DIVIDE SEUS MEDOS  
E ANGÚSTIAS

E PODE SER  
CONFORTADA



EXISTEM  
TIPOS  
DIFERENTES  
DE APOIO:



FORMADO PELAS  
PESSOAS MAIS PRÓXIMAS,  
AQUELAS QUE ESTÃO  
DISPONÍVEIS PARA AJUDAR  
NO DIA A DIA

O APOIO MATERIAL  
É QUANDO A PESSOA  
RECEBE AUXÍLIO  
PARA REALIZAR AS  
TAREFAS NO DIA A DIA





O APOIO AFETIVO SÃO AS DEMONSTRAÇÕES DE AMOR E CUIDADO RECEBIDOS



O APOIO EMOCIONAL É AQUELE SUPORTE QUANDO A PESSOA ESTÁ SE SENTINDO MAIS FRÁGIL



SENDO NECESSÁRIO ENCORAJAR, ORIENTAR E ACONSELHAR NOS MOMENTOS DIFÍCEIS

A INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA É QUANDO A PESSOA PODE CONTAR COM FAMILIARES, AMIGOS E OUTRAS PESSOAS PARA SE DIVERTIR E SE DISTRAIR



À VOCÊ QUE É AMIGO OU FAMILIAR,  
SAIBA QUE É POSSÍVEL  
CONTRIBUIR POSITIVAMENTE  
NA VIDA DE QUEM TEM CÂNCER

SE FAZENDO  
PRESENTE  
E DISPOSTO A  
CUIDAR



À VOCÊ QUE RECEBEU O DIAGNÓSTICO  
DE UM CÂNCER OU JÁ SE ENCONTRA  
EM TRATAMENTO



SAIBA QUE APESAR DAS DIFICULDADES,  
EXISTE UM CAMINHO ONDE SE  
É POSSÍVEL ACRESCENTAR VIDA AOS DIAS

## REFERÊNCIAS

GRIEP, Rosane Harter et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2005, v. 21, n. 3 [Acessado 4 Dezembro 2021] , pp. 703-714. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>>. Epub 27 Abr 2005. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.

IASP - International Association for the Study of Pain. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

SANTANA, Jeanny Joana Rodrigues Alves de, Zanin, Carla Rodrigues e Maniglia, José Victor. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2008, v. 18, n. 40 [Acessado 11 Maio 2022] , pp. 371-384. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200013>>. Epub 11 Fev 2009. ISSN 1982-4327. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200013>.


XING, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 97(35), e11948. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011948>





## ANEXOS

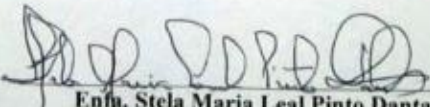
## ANEXO A - Declaração do Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez (HAM)

 LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER – LBCC  
HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ  
Hospital Aristides Maltez

**DECLARAÇÃO**

Eu, **Stela Maria Leal Pinto Dantas**, Coordenadora do Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, informo que a pesquisa intitulada: **"AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DOR DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO"**, tendo o HAM como INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE e sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável, **Marcília da Anunciação Rodrigues**, tramitou administrativamente na Instituição e apresenta condições para a realização no HAM, com a Coorientação do profissional do Serviço de Clínica da Dor, **Dr. Sandro Max C. Silva**, desde que seja apreciado e aprovada pelo CEP/LBCC/HAM.

Salvador, 16.10.2020

  
Enf. Stela Maria Leal Pinto Dantas  
Coordenadora do Departamento de Ensino e Pesquisa

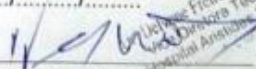
Hospital Aristides Maltez – Av. Dom João VI nº 332, Brotas, S. Scanned by TapScanner

**ANEXO B - Termo de Viabilidade Institucional**

Hospital Aristides Maltez

LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER - LBCC  
HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ - HAM**TERMO DE VIABILIDADE INSTITUCIONAL**

Eu, **SÔNIA MARIA SALES DA SILVA**, Diretora Técnica do Hospital Aristides Maltez, informo que o HAM apresenta condições para a realização, como INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE, da pesquisa intitulada: "**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DOR D E UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**", originária da instituição proponente **ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSP** sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável **Marcília Da Anunciação Rodrigues** desde que apresente a análise ética do CEP da Instituição Proponente e que seja apreciado e aprovada pelo CEP/LBCC/HAM.

20 03 2020  
Salvador, .....J.....J.....  
**Dr.ª Sônia Maria Sales da Silva**  
Diretora Técnica do HAM

Hospital Aristides Maltez - Av. Dom João VI nº 332, Brotas, Salvador- BA. CEP: 40285-001  
Fone: 71 3357 6997 - E-mail: cep@aristidesmaltez.org.br

Scanned by TapScanner

## ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética

LIGA BAHIANA CONTRA O  
CÂNCER/ HOSPITAL  
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DOR DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

**Pesquisador:** Martha Moreira Cavalcante Castro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39303320.1.0000.0050

**Instituição Proponente:** Liga Bahiana Contra o Câncer/Hospital Aristides Maltez

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.407.961

#### Apresentação do Projeto:

A dor pode ser definida como uma experiência desagradável e quando cronicada compromete e impacta de forma significativa a vida do indivíduo.

Quando uma pessoa é acometida pelo câncer os mecanismos que podem levar a dor, são variados e apresentam muitos sintomas ansiosos e depressivos e precisa de suporte social para enfrentar desafios do adoecimento.

O apoio social é constituído por um conjunto de relações formais e informais, das quais os pacientes retiram suporte para enfrentar desafios na forma de apoio emocional, afetivo e material, pois, o câncer, é uma doença que além de debilitar a saúde biológica desses pacientes, acaba por comprometer aspectos psicológicos e sociais e assim necessita do apoio do meio em que está envolvido, muitas vezes a família, como forma de auxiliá-lo no enfrentamento dos procedimentos e para melhorar a sua qualidade de vida.

**Endereço:** Av.D.João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica

**Bairro:** 4º andar - Brotas **CEP:** 40.285-001

**UF:** BA **Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3357-6997

**Fax:** (71)3357-6997

**E-mail:** cep@aristidesmaltez.org.br

LIGA BAHIANA CONTRA O  
CÂNCER/ HOSPITAL  
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA



Continuação do Parecer: 4.407.961

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil psicossocial dos pacientes do ambulatório de dor de um hospital oncológico.

Objetivo Secundário: Investigar os sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes com dor do ambulatório; Averiguar o apoio social e o nível de religiosidade dos sujeitos com dor do ambulatório; Confeccionar uma cartilha de orientação à família acerca do tratamento do câncer, do tratamento para alívio da dor e do apoio social diante o paciente; Confeccionar uma cartilha para familiares e profissionais de saúde acerca da religiosidade no tratamento do câncer.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a Pesquisadora responsável :

Riscos:

O risco associado a esta pesquisa diz respeito ao paciente se sentir mobilizado emocionalmente perante as escalas utilizadas ou entrevista. Caso ocorra, será garantida assistência de cunho psicológico.

Os pacientes que estão internados no Hospital Aristides Maltez, encontram-se com acompanhamento psicológico pela unidade responsável.

Benefícios:

Com o resultado da pesquisa poderemos conhecer melhor o perfil psicossocial dos pacientes atendidos no ambulatório de dor do Hospital Aristides

Maltez, podendo assim utilizar os resultados para uma melhor conduta com relação a dor e aspectos de ansiedade, depressão, bem como integrar as questões de apoio social e religiosidade ao tratamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

METODOLOGIA :

**Endereço:** Av.D.João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica  
**Bairro:** 4º andar - Brotas **CEP:** 40.285-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3357-6997 **Fax:** (71)3357-6997 **E-mail:** cep@aristidesmaltez.org.br



**LIGA BAHIANA CONTRA O  
CÂNCER/ HOSPITAL  
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA**



Continuação do Parecer: 4.407.961

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa descritiva, tipo corte transversal com pacientes que serão atendidos no ambulatório de dor do Hospital Aristides Maltez, no período de 1 (um) ano. A amostra não-probabilística ou de conveniência será recrutada no ambulatório de dor do Hospital Aristides Maltez. Serão incluídos na pesquisa pacientes na faixa etária de 18 a 80 anos. Serão excluídos da pesquisa pacientes que apresentarem dificuldades cognitivas e/ou condições que possam vir a impossibilitar o entendimento das questões. Os Instrumentos utilizados serão : a) Questionário de dados sócio demográficos; b) Escala HAD – Escala hospitalar de ansiedade e depressão;c)EVA – Escala Visual Analógica para dor; d)Escala de Religiosidade de Duke; e)Escala de Apoio Social (MOS-SSS). Os dados serão analisados a partir do IBM SPSS®, que é um software de pacote estatístico, utilizado em pesquisas quantitativas, que permite ao pesquisador realizar análises estatísticas e gráficos.

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

Apresentados termos necessários à análise bioética deste protocolo incluindo a anuência do HAM. O TCLE apresentado, com as devidas adequações; Cronograma apresentado incluindo relatórios parciais e final ao CEP/LBCC/HAM.

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

Após reanálise deste protocolo de pesquisa embasada na Res 466/12 do CNS/MS e documentos afins, identificamos que todas as inadequações anteriormente apontadas no parecer consubstanciado de nº 4.371.465 foram devidamente sanadas, com plausibilidade de aprovação por este CEP/LBCC/HAM.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1622985.pdf	10/11/2020 20:51:38		Aceito
TCLE / Termos de	TCLEAJUSTADO.pdf	10/11/2020	Martha Moreira	Aceito

**Endereço:** Av.D.João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica  
**Bairro:** 4º andar - Brotas **CEP:** 40.285-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3357-6997 **Fax:** (71)3357-6997 **E-mail:** cep@aristidesmaltez.org.br

LIGA BAHIANA CONTRA O  
CÂNCER/ HOSPITAL  
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA



Continuação do Parecer: 4.407.961

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAJUSTADO.pdf	20:51:09	Cavalcante Castro	Aceito
Outros	Projetomarcilia.docx	10/11/2020 20:49:09	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Outros	RESPOSTAAOCEP.pdf	10/11/2020 20:48:28	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAATUAL.pdf	10/11/2020 20:47:17	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Folha de Rosto	FRMARCILIA.pdf	02/09/2020 16:47:28	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/09/2020 00:00:14	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Outros	EscalaReligiosidadeDuke.pdf	31/08/2020 23:59:43	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Outros	QUESTIONARIOSOCIODEMOGRAFICO.pdf	31/08/2020 23:59:10	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Outros	EscalaApoioSocial.pdf	31/08/2020 23:58:24	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Outros	ESCALADOR.pdf	31/08/2020 23:47:39	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Outros	ESCALAHAD.pdf	31/08/2020 23:46:22	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMarcilia.pdf	31/08/2020 23:46:03	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOVIABILIDADEHAM.jpeg	31/08/2020 23:40:27	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	31/08/2020 23:40:07	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	31/08/2020 23:39:55	Martha Moreira Cavalcante Castro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av.D.João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica  
**Bairro:** 4º andar - Brotas **CEP:** 40.285-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3357-6997 **Fax:** (71)3357-6997 **E-mail:** cep@aristidesmaltez.org.br

LIGA BAHIANA CONTRA O  
CÂNCER/ HOSPITAL  
ARISTIDES MALTEZ LBCC/BA



Continuação do Parecer: 4.407.961

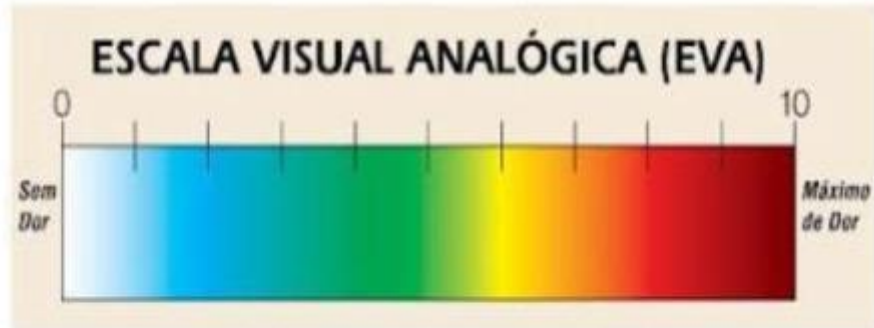
SALVADOR, 18 de Novembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Maria do Carmo da Silva Mendes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av.D.João VI 332 - Unid. Oncologia Pediátrica  
**Bairro:** 4º andar - Brotas **CEP:** 40.285-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3357-6997 **Fax:** (71)3357-6997 **E-mail:** cep@aristidesmaltez.org.br

## ANEXO D - Escala Visual Analógica





## ANEXO E - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Quadro I — Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se 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.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 ( ) Quase sempre
- 2 ( ) Muitas vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Não tanto quanto antes
- 2 ( ) Só um pouco
- 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 ( ) Nunca
- 1 ( ) De vez em quando
- 2 ( ) Muitas vezes
- 3 ( ) Quase sempre

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ( ) Não sinto nada disso

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 ( ) Completamente
- 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
- 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Atualmente um pouco menos
- 2 ( ) Atualmente bem menos
- 3 ( ) Não consigo mais

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 ( ) Sim, demais
- 2 ( ) Bastante
- 1 ( ) Um pouco
- 0 ( ) Não me sinto assim

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Um pouco menos do que antes
- 2 ( ) Bem menos do que antes
- 3 ( ) Quase nunca

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 ( ) A maior parte do tempo
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 ( ) A quase todo momento
- 2 ( ) Várias vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Não sinto isso

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 ( ) Quase sempre
- 1 ( ) Várias vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Quase nunca

## ANEXO F - Escala de Religiosidade de DUKE

### Escala de Religiosidade de Duke.

**(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

**(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?**

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

***A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.***

**(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).**

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

**(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.**

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

**(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.**

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## ANEXO G - Escala de Apoio Social (MOS-SSS)

### Escala de Apoio Social (MOS-SSS)

*As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe*

**1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com as que esta à vontade e pode falar de todo o que quiser). Escreva o número de amigos íntimos e familiares.**

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa?

*Assinale com um círculo um dos números de cada fila*

		Nunca	Rara- mente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
2	Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama	1	2	3	4	5
3	Alguém com quem falar quando precise	1	2	3	4	5
4	Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5
5	Alguém que o leve ao médico quando o necessite	1	2	3	4	5
6	Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afectos	1	2	3	4	5
7	Alguém com quem passar um bom bocado	1	2	3	4	5
8	Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5
9	Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações	1	2	3	4	5
10	Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
11	Alguém com quem poder relaxar	1	2	3	4	5
12	Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer	1	2	3	4	5
13	Alguém cujo conselho deseje	1	2	3	4	5
14	Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas	1	2	3	4	5
15	Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5
16	Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5
17	Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5
18	Alguém para se divertir	1	2	3	4	5
19	Alguém que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5
20	Alguém quem amar e lhe faça sentir-se querido	1	2	3	4	5