



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CHRISTINA GUIMARÃES RIBEIRO SOARES

**ETIOLOGIA E FREQUÊNCIA DA DOR RELATADA POR
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

**ARACAJU
2013**

CHRISTINA GUIMARÃES RIBEIRO SOARES

**ETIOLOGIA E FREQUÊNCIA DA DOR RELATADA
POR MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira

**ARACAJU
2013**

AGRADECIMENTOS

A todas as pacientes pela confiança e disponibilidade em participar desta pesquisa.

À técnica de enfermagem Jaqueline pela dedicação, apoio e prontidão em ajudar-me na localização dos prontuários e seleção das pacientes.

À minha amiga Dra. Mariana pela dedicação, incentivo e contribuição dada ao trabalho.

Ao professor Dr. Marcos Prado pela atenção e disponibilidade em ajudar-me com os resultados e toda a parte estatística da pesquisa.

Ao meu orientador Dr. Carlos Umberto pela oportunidade, colaboração e compreensão durante a realização deste trabalho.

À minha amiga Dra. Marina pela disponibilidade e contribuição.

Ao meu marido William pelo incentivo, dedicação, paciência, apoio, colaboração e por acreditar que eu seria capaz de concluir a pesquisa superando todas as dificuldades. Sem você nada disso seria possível. Muito obrigada!

Ao meu filho Felipe que apesar de tão pequeno colaborou para que a mamãe pudesse realizar o trabalho.

À minha avó Iza pelas inúmeras orações e apoio em tantos momentos da minha vida mesmo estando tão distante.

Aos meus pais pela oportunidade, colaboração e incentivo.

Aos meus irmãos, sogros, cunhados, parentes, amigos e colaboradores pelo apoio e compreensão.

À minha amiga Juliana pelo incentivo, apoio e contribuição dada ao trabalho.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

RESUMO

Etiologia e frequência da dor relatada por mulheres com câncer de mama, CHRISTINA GUIMARÃES RIBEIRO SOARES, Aracaju, 2013.

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres e a manifestação de dor é um evento frequente, podendo ocorrer em todas as fases da doença, bem como ser decorrente de várias abordagens diagnósticas e terapêuticas. **Objetivos:** Descrever se a dor está ou não relacionada com o câncer de mama, identificar a ocorrência de dor nas últimas 24 horas, verificar a intensidade da dor relacionada ou não ao câncer e descrever os principais sítios anatômicos de dor. **Casuística e método:** Estudo descritivo envolvendo mulheres com diagnóstico de câncer de mama e em tratamento ambulatorial, em qualquer fase da doença ou tratamento, no período de novembro de 2011 a abril de 2012. As entrevistas foram realizadas no ambulatório de oncologia do Hospital Governador João Alves Filho, utilizando um formulário elaborado pelos pesquisadores e o Inventário Breve da Dor (IBD). **Resultados:** Noventa mulheres com idade entre 27 a 80 anos foram entrevistadas, 59 (66%) não relacionaram a dor com o câncer de mama e 73 (81%) não relataram a presença de dor antes da doença. Apenas 34 mulheres (38%) referiram dor nas últimas 24 horas interferindo negativamente na habilidade de caminhar, no sono e no humor. A média de dor em uma escala de 0 a 10 foi de 4,8 e os principais sítios anatômicos de dor foram os membros superiores (23%), membros inferiores (21%) e coluna vertebral (15%). **Conclusão:** Em 59 (66%) mulheres a dor não esteve relacionada com o câncer de mama e os MMSS foram apontados como os principais sítios anatômicos de dor. A dor esteve presente, nas últimas 24 horas, em 38% das mulheres, de intensidade moderada e interferindo na qualidade de vida.

DESCRITORES: Neoplasia da mama, autorrelato, dor, medição da dor.

ABSTRACT

Etiology and frequency of self-reported pain in women with breast cancer, CHRISTINA GUIMARÃES RIBEIRO SOARES, Aracaju, 2013.

Introduction: Breast cancer is the most common cancer among women and the manifestation of pain is frequent and can occur at all stages of the disease, as well as being a consequence of various diagnostics and therapeutics approaches. **Objectives:** To describe if the pain is related or unrelated to breast cancer, identifying the occurrence of pain in the last 24 hours, check the intensity related or unrelated to breast cancer and report the main anatomical sites of pain. **Methods:** A descriptive study involving outpatient women diagnosed with breast cancer at any stage of the disease or treatment, from November 2011 to April 2012. The interviews were conducted with the oncology outpatients from Hospital João Alves Filho using a screening questionnaire elaborated by the researchers and the Brief Pain Inventory (BPI). **Results:** Ninety women aged 27-80 years old were interviewed, 59 (66%) did not relate the pain with breast cancer and 73 (81%) reported no pain before the illness. Only 34 women (38%) reported pain in the last 24 hours negatively affect the ability to walk, sleep and mood. The average pain on a scale from 0 to 10 was 4.8. The major anatomical sites of pain were the upper extremities (23%), lower limbs (21%) and spine (15%). **Conclusion:** Fifty nine (56%) of the women interviewed did not relate the pain with breast cancer, highlighting the upper extremities as major anatomical sites of pain. The pain was present, in the last 24 hours, in 38% of women, in mild intensity and interfering with quality of life.

KEY WORDS: Breast neoplasm, self-report, pain, pain measurement.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Escada analgésica da Organização Mundial de Saúde..... | 26 |
| Figura 2. Tipos histológicos de câncer de mama mais frequentes na população estudada..... | 35 |
| Figura 3. Tratamentos cirúrgicos mais frequentes na população estudada..... | 36 |
| Figura 4. Diagrama corporal representando sítios anatômicos de dor..... | 37 |
| Figura 5. Porcentagem de dor por sítios anatômicos..... | 38 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas..... | 34 |
| Tabela 2. Distribuição das mulheres de acordo com os dados clínicos. | 36 |
| Tabela 3. Dados sobre a dor relatada por mulheres com câncer de mama..... | 37 |
| Tabela 4. Intensidade e interferência da dor nas últimas 24 horas | 38 |
| Tabela 5. Relação da dor com a idade e o tempo de diagnóstico..... | 39 |
| Tabela 6. Relação entre dor e outros fatores | 39 |
| Tabela 7. Relação da dor e as características das mulheres entrevistadas..... | 40 |
| Tabela 8. Média de dor nas últimas 24 horas relacionada ao câncer de mama com as características das mulheres entrevistadas..... | 41 |
| Tabela 9. Correlação da média de dor e quanta dor agora com as características das mulheres entrevistadas..... | 41 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - *American Cancer Society*

AINEs - Anti-inflamatórios não esteroidais

AJCC - *American Joint Committee on Cancer*

BRCA1 - *Breast cancer gen 1*

BRCA2 - *Breast cancer gen 2*

CDI - Carcinoma ductal invasivo

DP - Desvio padrão

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HER-2 - Receptor Epidermal Humano 2

HT - Hormonioterapia

IASP - *International Association for the Study of Pain*

IBD - Inventário Breve da Dor

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MMII - Membros inferiores

MMSS - Membros superiores

OMS - Organização Mundial de Saúde

QT - Quimioterapia

QV - Qualidade de vida

RT - Radioterapia

SBED - Sociedade Brasileira para Estudo da Dor

SDPM - Síndrome dolorosa pós-mastectomia

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UICC - *Union Internationale Contre le Cancer*

UNACON - Unidade de alta complexidade em oncologia

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 16 |
| 2.1 Considerações sobre o câncer | 16 |
| 2.2 Epidemiologia do câncer de mama | 16 |
| 2.3 Fatores de risco | 18 |
| 2.4 Diagnóstico | 19 |
| 2.5 Tratamento | 21 |
| 2.6 A dor | 23 |
| 2.7 Mensuração da dor | 26 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 28 |
| 4 OBJETIVOS | 29 |
| 4.1 Geral | 29 |
| 4.2 Específicos | 29 |
| 5 CASUÍSTICA E MÉTODOS | 30 |
| 5.1 Delineamento do estudo | 30 |
| 5.2 Local da pesquisa | 30 |
| 5.3 Seleção da amostra | 30 |
| 5.3.1 População | 30 |
| 5.3.2 Cálculo do tamanho amostral | 31 |
| 5.3.3 Critérios de inclusão | 31 |
| 5.3.4 Critérios de exclusão | 31 |
| 5.4 Procedimento para coleta de dados | 31 |
| 5.5 Instrumento de coleta de dados | 32 |
| 5.6 Plano de análise dos resultados | 33 |
| 5.7 Recursos humanos | 33 |
| 5.8 Aspectos éticos | 33 |
| 6 RESULTADOS | 34 |
| 7 DISCUSSÃO | 42 |
| 8 CONCLUSÕES | 47 |
| REFERÊNCIAS | 48 |

| | |
|-------------------------|----|
| APÊNDICE A | 55 |
| APÊNDICE B | 56 |
| ANEXO A | 57 |
| ANEXO B | 59 |

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência no sexo feminino, sendo no Brasil a principal causa de morte por doenças malignas entre as mulheres. A cada ano, cerca de 20% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama e estima-se para 2012 o aparecimento de 52.680 casos novos (INCA, 2011; SILVA, 2012). No estado de Sergipe, as estimativas de 2012 foram de 370 casos por localização primária, sendo 180 na capital, Aracaju (INCA, 2011).

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, as intervenções cirúrgicas, radicais ou conservadoras, são as técnicas mais utilizadas. A dissecação e a análise do linfonodo sentinela são realizadas para o estadiamento da doença e orientação na escolha da terapia, reduzindo a morbidade e trazendo informações sobre prognóstico (TIEZZI, 2007; RICHIE, 2003; TAN, 2007). Entre as terapias para o tratamento da neoplasia mamária estão a quimioterapia (QT), a radioterapia (RT) e a hormonioterapia (HT), que podem ser empregadas de maneira adjuvante ou neoadjuvante (AEBI, 2011; RICHIE, 2003).

Embora a abordagem terapêutica para o câncer de mama traga muitos benefícios, podem surgir complicações imediatas ou tardias, sendo a dor, um sintoma frequente. Aproximadamente 80% dos pacientes com câncer apresentarão dor em algum momento da doença (BRUERA, 2003; JOST, 2009). Em pacientes com câncer avançado a dor representa a principal queixa (POTTER, 2003).

No contexto do paciente com câncer, a dor é um sintoma frequente, sendo talvez o mais temido entre pacientes (PIMENTA, 1997; EVERDINGER, 2007; SAXENA, 2007). A dor oncológica ocorre em cerca de 50% dos doentes com estágios iniciais de câncer e em cerca de 90% daqueles com doença avançada (MORETE; MILSON, 2010; SILVA; PIMENTA, 2003; ZAZA, 2002).

Para o tratamento da dor oncológica faz-se necessário o diagnóstico da dor e a escolha da terapêutica analgésica adequada. A dor pode ser aliviada pela modificação da evolução natural da doença ou através de meios como cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Outros métodos incluem intervenções psicológicas, terapia física e a medicina complementar (EL-KALAMAR, 2003; SAXENA, 2007).

Embora a dor seja um sintoma extremamente temido, associado com todas as fases do câncer, na maioria dos casos pode ser adequadamente controlada (EVERDINGER, 2007; SAXENA, 2007; FERREIRA, 2011). O alívio completo da dor pode ser obtido em mais de 75% dos pacientes que recebem tratamento analgésico adequado, usando meios simples tais como opioides, analgésicos não-opioides e medicações adjuvantes (WHO, 2010). O paciente com dor não controlada apresenta limitação do autocuidado, afeta a resposta ao tratamento e reduz sua qualidade de vida (QV) (DUCCI; PIMENTA, 2003; ZAZA, 2002).

A intensidade da dor pode ser medida usando-se diversas escalas unidimensionais ou instrumentos multidimensionais, como questionários mais específicos e abrangentes, sendo os mais utilizados o McGill e o Inventário Breve da Dor. As escalas unidimensionais incluem a escala de avaliação numérica; a escala verbal ou a escala analógica visual (CARACENI, 2001). Uma variedade de escalas utiliza ilustrações ou desenhos para os pacientes que não podem facilmente usar outras escalas (WARE, 2006; IASP, 2009).

Uma importante consideração a se fazer na caracterização epidemiológica da dor em pacientes com câncer é a necessidade de determinar a causa da dor (VALEBERG, 2008; SAXENA, 2007). A dor do paciente oncológico pode estar associada a múltiplas etiologias, relacionadas direta ou indiretamente com o órgão acometido pelo tumor primário e suas metástases, à terapia anti-neoplásica e aos métodos investigativos, como biópsias e exames relacionados, ou pode não estar associada à neoplasia. As condições crônicas da dor, tais como dor lombar, que já existia antes do câncer, podem igualmente continuar a se manifestar (CARACENI, 2004; DUCCI; PIMENTA, 2003; FOLEY, 1987; IASP, 2009; NADER, 2005; REYES-GIBBY, 2003; SCHRIJVERS, 2007).

É importante caracterizar a dor, a localização, os fatores de melhora ou piora, o tratamento e a repercussão física ou social na rotina diária dos pacientes (PIMENTA, 1997). A avaliação da dor no câncer em determinadas vezes exige uma história acurada, um exame físico completo, uma revisão laboratorial, radiográfica e outras investigações. Em algumas situações, uma história detalhada e um exame físico cuidadoso podem ser tudo o que se exige para determinar o tipo e a causa da dor (PORTENOY, 1989; EL-KAMAR, 2003). Entretanto para Bulloch e Tenenbein (2002), o método mais eficaz para mensurar a dor do paciente é o autorrelato.

Para Mantyselka et al. (2003), a saúde autorrelatada é um importante indicador de morbidade e mortalidade, mas ainda pouco se sabe sobre a relação entre dor e autorrelato na população geral. Entretanto Jensen (2003) considera que a dor é subjetiva e o autorrelato do paciente é o padrão-ouro para avaliação da queixa dolorosa.

Sendo o autorrelato um método eficaz para mensurar a dor, estudos mostraram que a percepção dolorosa pode estar relacionada a fatores tais como gênero, raça, educação e experiências emocionais. Poucos estudos investigaram se a dor está relacionada ou não ao câncer de mama e a etiologia da dor não relacionada ao câncer (VALEBERG, 2008; VAN DEN BEUKEN, 2007). Através desses questionamentos, surgiu a ideia da realização deste estudo.

A proposta deste trabalho foi investigar se as pacientes com câncer de mama apresentam dor e se, na sua concepção, esta dor está ou não relacionada com a doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O processo de revisão de literatura baseou-se principalmente em dados obtidos da Pubmed database, Bireme (Lilacs, Medline, Scielo), bem como por dados não indexados, através de revistas brasileiras e dissertações. Para as buscas foram usadas as palavras-chave: neoplasia da mama, autorrelato, dor e medição da dor.

2.1 Considerações sobre o câncer

O câncer continua sendo uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, sendo uma doença extremamente temida pela população desde relatos de Hipócrates até os dias atuais. Além disso, está sempre cercado por crenças e tabus, não só pelos pacientes e familiares como também pelos profissionais de saúde. Consiste em um grupo de doenças que tem em comum um crescimento desordenado de determinadas células, que invadem tecidos e órgãos, podendo disseminar para outras regiões do corpo (STRATTON, 2009; INCA, 2011). Atualmente é uma das doenças mais prevalentes no mundo responsável por 7,4 milhões de mortes (WHO, 2009). A Associação Americana de Câncer (ACS) estima para o ano de 2012 mais de 1.638.910 casos novos e aproximadamente 577.190 mortes (ACS, 2012).

O câncer representa hoje um grave problema de saúde pública em todo o mundo, com perspectiva de aumento do número de casos e de mortes para as próximas décadas, particularmente nos países de média e baixa renda. Ao mesmo tempo, estima-se que 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas com ações primárias, detecção precoce e acesso ao tratamento adequado (ANTUNES, 2010).

Infelizmente, no Brasil, uma significativa parcela dos casos de câncer ainda é diagnosticada tardiamente, com conseqüente prejuízo para a sobrevivência e a QV desses pacientes (ANTUNES, 2010).

2.2 Epidemiologia do câncer de mama

O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade, e pelo seu elevado custo de tratamento. A sua incidência é maior na América do Norte e Norte da Europa, intermediária no restante da Europa e na América do Sul, e menor na Ásia e nos países menos desenvolvidos (PAULINELLI, 2003). Sua incidência vem aumentando progressivamente e no Brasil é a segunda neoplasia de maior frequência entre as mulheres e a primeira em mortalidade, manifestando-se também como importante causa de morbidade nessa população (INCA, 2011, FERREIRA, 2011).

Cerca de 75% das mulheres com câncer de mama em países em desenvolvimento são diagnosticadas nos estágios III e IV, o que acarreta em tratamentos mais radicais, com conseqüentes complicações e prejuízos na qualidade de vida. De maneira oposta, aproximadamente 70% das mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama na América do Norte estão entre as fases 0 e I (COUGHLIN, 2009).

No Brasil, de acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), são esperados 52:100.000 mulheres em 2012 (INCA, 2012). As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (ANTUNES, 2010). A neoplasia mamária permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres, sem considerar os tumores de pele não melanoma (KAMANGAR, 2006; FERREIRA, 2011).

Entre os cinco tumores de maior incidência no sexo feminino, destacam-se, pele não melanoma (71 mil casos novos), mama (53 mil), colo do útero (18 mil), cólon e reto (16 mil) e pulmão (10 mil) (INCA, 2011).

As neoplasias mamárias são doenças complexas e heterogêneas, sua evolução depende das características genéticas das células cancerígenas e dos fatores ambientais, como os agentes químicos e físicos presentes em nosso meio (CAMARGO, MARX, 2000).

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, em função de sua alta frequência e, sobretudo, por seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a imagem pessoal. A mama é para a mulher não somente um órgão para amamentação, adorno ou estímulo sexual, mas também representa sua feminilidade e sua condição de mulher (VILHOLM, 2008).

2.3 Fatores de risco

Estudos epidemiológicos levantaram informações sobre importantes fatores de risco relacionados ao câncer de mama, entretanto a etiologia do carcinoma mamário pode estar relacionada a múltiplos fatores. A idade é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Entre outros fatores de risco, inclui-se história familiar (o risco de ter a doença aumenta em duas ou mais vezes se algum parente de primeiro grau como mãe, irmã ou filha desenvolveu a doença antes dos 50 anos de idade), história pessoal (alta densidade do tecido mamário), história reprodutiva (menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade e primeira gestação após os 30 anos) e exposição a agentes carcinógenos, como os anticoncepcionais orais, a terapia de reposição hormonal, obesidade, uso de álcool e a exposição à radiação ionizante durante a adolescência (KAMANGAR, 2006; ABREU, 2002, DICKSON, 2005; RICHIE, 2003; MCPHERSON, 2000; NELSON, 2012; PAULINELLI, 2003). A amamentação por mais de dois anos é considerada um fator protetor, reduzindo em 33% a chance de se desenvolver o câncer de mama quando comparadas com aquelas que nunca amamentaram (PAULINELLI, 2003).

A história de câncer de mama em um parente do gênero masculino também aumenta o risco de desenvolvimento da doença em mulheres da mesma família. Este risco está na maioria das vezes associado a alterações genéticas dos genes BRCA1 e BRCA2 (SCHIFFMAN, 2010). Todos esses fatores já estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama.

A doença é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, sendo que acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (BERGMANN, 2000; ABREU, 2002; INCA, 2012).

Todo carcinoma de mama tem origem genética, porém apenas 5 a 10% deles são considerados hereditários, com transmissão de suscetibilidade genética de pais para filhos. Embora as mutações em vários genes confirmem um risco aumentado para câncer de mama, BRCA1, BRCA2 e TP53 são os mais relevantes para o desenvolvimento da doença (ANTUNES, 2010). Além disso, a síndrome hereditária do câncer de mama e ovário, relacionada à presença de mutação nos genes BRCA1 e BRCA2, aumenta a probabilidade de desenvolver câncer de mama, ovário e pâncreas. Suspeita-se de sua existência quando o câncer de mama é diagnosticado em parentes abaixo de 50 anos, quando há história familiar de câncer

de ovário, surgimento de um segundo câncer de mama, presença de câncer de mama em homens na família, câncer de pâncreas e descendência judia asquenaze (SCHIFFMAN, 2010).

2.4 Diagnóstico

Atualmente o câncer de mama, quando detectado em estágios iniciais, é uma doença que apresenta altos índices de cura. Isto se deve em função do diagnóstico precoce e dos avanços nas técnicas cirúrgicas e tratamentos adjuvantes. Porém, no Brasil o câncer de mama tem o seu quadro agravado pelo fato do diagnóstico ser estabelecido, na maior parte das vezes, numa fase tardia da doença, principalmente nas classes sociais menos favorecidas e com pouco acesso às políticas de saúde (ABREU, 2002). Ainda não existem evidências científicas conclusivas de prevenção primária para o câncer de mama, sendo a detecção precoce a principal estratégia para o controle e tratamento da doença (BATISTON, 2005; INCA, 2012).

O diagnóstico precoce melhora as condições de tratamento, possibilitando procedimentos conservadores, resultando em menor morbidade e melhor qualidade de vida (BERGMANN, 2000; ABREU, 2002).

Programas de rastreamento têm sido estudados para países com dificuldades orçamentárias. No Brasil, as estratégias de rastreamento para controle da doença são: o rastreamento anual, por meio do exame clínico, realizado em todas as mulheres acima de 40 anos e a mamografia recomendada como método efetivo para detecção precoce, realizada a cada dois anos, nas mulheres entre 50 e 69 anos de idade. Para as mulheres de grupos considerados de risco para o câncer de mama, com histórico familiar da doença em parente de primeiro grau, recomenda-se o exame clínico e a mamografia a partir dos 35 anos de idade (FERREIRA, 2011; INCA, 2012).

A partir da suspeita clínica ou por mamografia, a lesão mamária deve ser elucidada com exames complementares. Em alguns casos, as lesões encontradas na mamografia são de difícil interpretação e necessita de outros métodos de análises como a ultrassonografia, indicada para pacientes que apresentam a mama

densa ou a ressonância magnética, recomendada para pacientes com alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama (ANTUNES, 2010).

O exame clínico da mama deve ser realizado por um profissional médico que realizará a inspeção e a palpação das mamas, axilas e região supra clavicular. Nos países em desenvolvimento e com recursos escassos, o exame das mamas realizado pela própria mulher também constitui uma ferramenta útil no rastreamento da doença, especialmente quando os controles clínicos e radiológicos não são realizados, fato que infelizmente é comum em países como o Brasil.

O estadiamento do câncer é muito importante e refere-se à avaliação da extensão anatômica da doença e dos órgãos comprometidos. A classificação TNM foi proposta pela *Union Internationale Contre le Cancer* (UICC) e pelo *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), onde a letra T da sigla indica a dimensão do tumor primário, N a presença ou ausência de metástases para linfonodos regionais e M a presença ou ausência de metástases à distância (DICKSON, 2005; AJCC, 2010; RICHIE, 2003).

A confirmação é realizada através do diagnóstico anatomopatológico e imuno-histoquímico, que são de fundamental importância para a escolha do tratamento. A obtenção do material pode ser realizada por diversas técnicas como: biópsia aspirativa por agulha fina, biópsia percutânea com agulha grossa, mamotomia e biópsia cirúrgica (RICHIE, 2003).

O carcinoma pode ser invasivo e não invasivo, também chamado de *in situ* (RICHIE, 2003; DICKSON, 2005). Entre os carcinomas não invasivos estão o intraductal e doença de Paget. Os carcinomas invasivos são classificados em ductal, inflamatório, medular, mucinoso, papilífero, tubular, lobular, adenoide, escamoso, secretor, cribiforme, doença de Paget infiltrativa, filoide e apócrino (AJCC 2010).

O carcinoma *in situ* corresponde ao estágio 0. No estágio I, o tumor mede até dois centímetros sem comprometimento de linfonodos nas áreas próximas. No estágio II, o tumor mede até dois centímetros, porém os linfonodos estão comprometidos. O tumor pode ter até cinco centímetros, sem presença de metástases. No estágio III, o tumor mede mais que cinco centímetros e existe comprometimento dos linfonodos axilares, próximos à mama afetada. No IV estágio, a doença já disseminou para outros órgãos (metástases) (DICKSON, 2005; AJCC, 2010).

2.5 Tratamento

Embora seja considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil continuam elevadas. Provavelmente, porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados, o que diminui as chances de sobrevida e compromete o resultado do tratamento. A taxa de sobrevida média em pacientes com tumores na mama, em cinco anos, foi de aproximadamente 60% (INCA, 2012; ABREU, 2002).

As opções de tratamento para as neoplasias mamárias são variadas, vão desde os procedimentos cirúrgicos até os tratamentos adjuvantes, mais especificamente radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (AEBI, 2011; CARDOSO, 2012). A escolha do tratamento depende de fatores como o estadiamento inicial, o tamanho do tumor, o tipo histopatológico e a idade da paciente (RIETMAN, 2003; MONTGOMERY, 2010).

Apesar de o sistema TNM prover informações sobre o prognóstico existem outros fatores que também são importantes, principalmente na decisão terapêutica como os receptores de estrógeno e progesterona e o receptor do fator de crescimento epidermal humano 2 (TAN, 2007; MC GOVERN, 2009).

Mesmo com os avanços no tratamento do câncer de mama, a cirurgia ainda é considerada a principal escolha no controle locorregional da doença e previne sua disseminação (VERKOOIJEN, 2005).

Nas últimas décadas, avanços significativos foram observados no tratamento cirúrgico do câncer de mama, a partir da mastectomia clássica, descrita por Halsted em 1894. Posteriormente as técnicas cirúrgicas sofreram modificações como o método utilizado por Patey e Dyson, que preserva o músculo grande peitoral. E ainda, o método utilizado por Madden, onde há preservação de ambos os músculos peitorais, que passaram a ser descritas como mastectomia radical modificada, chegando até as cirurgias conservadoras, a tumorectomia e a quadrantectomia, que são procedimentos menos radicais e proporcionam melhores resultados estéticos e psicológicos. Em alguns casos o tratamento neoadjuvante pode ser indicado, quando é necessário reduzir o tumor antes da cirurgia. A linfonodectomia da região axilar tem sido um tratamento cirúrgico padrão para o câncer de mama (TIEZZI, 2007; RIETMAN, 2003; COUCEIRO, 2009).

Entre os tratamentos coadjuvantes ou complementares estão a RT, que consiste na emissão de raios ionizantes para bloquear a divisão celular. É indicada quando há invasão local e pode ser utilizada de forma exclusiva ou associada a outros tratamentos. Ela é efetiva no tratamento locorregional pós-cirúrgico e nos casos onde é necessário diminuir o tumor para realizar o procedimento cirúrgico.

O tratamento sistêmico é composto por quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica, no qual fármacos introduzidos no organismo destroem principalmente as células malignas. A escolha do tratamento depende de características da paciente, como idade, status menopausal e comorbidades e também aos fatores relacionados ao tumor, como estadiamento, grau de diferenciação e expressão de receptores hormonais e HER-2. A terapia adjuvante pode ser indicada após a cirurgia, no intuito de prevenir a recidiva do tumor e combater as micrometástases (CARDOSO, 2012, AEBI, 2011; RICHIE, 2003).

A quimioterapia adjuvante promove redução dos riscos de recidiva e de morte nas pacientes com câncer de mama precoce. De forma geral é indicada sempre que há linfonodos acometidos ou em mulheres que apresentavam tumores com mais de um centímetro pelo anátomo-patológico. A escolha dos quimioterápicos utilizados dependerá de fatores ligados à paciente (idade e comorbidades), a fatores relacionados à extensão tumoral (estadiamento da lesão) e a fatores relacionados à biologia tumoral (presença de receptores hormonais e do HER2). A quimioterapia também pode ser utilizada de maneira neoadjuvante, quando a paciente tem uma neoplasia localmente avançada, que dificultaria a realização da cirurgia e poderia comprometer a segurança de conseguir uma ressecção completa. Outra indicação da quimioterapia é chamada de paliativa e é utilizada naquelas pacientes que apresentam doença metastática visceral sintomática e naquelas com doença metastática assintomática e com receptores hormonais negativos (CARDOSO, 2012, AEBI, 2011; RICHIE, 2003).

A hormonioterapia é outra modalidade de tratamento recomendada para mulheres com receptores hormonais positivos, que pode até ser exclusiva em pacientes de baixo risco de recidiva e com tumores que expressam receptores hormonais positivos. O tamoxifeno, um inibidor seletivo do receptor de estrogênio, é o agente mais amplamente estudado como terapia endócrina adjuvante para o câncer de mama. O uso do tamoxifeno por cinco anos leva a reduções relativas das taxas de recidiva e de óbito por câncer de mama. Além do uso adjuvante, a

hormonioterapia pode ser utilizada de forma paliativa naquelas pacientes com neoplasia metastática, pouco sintomáticas e com receptores hormonais positivos (AEBI, 2011).

A terapia biológica no câncer de mama representa uma nova modalidade de tratamento que tem por objetivo atacar de forma mais seletiva as células neoplásicas, por esse motivo também é chamada de terapia alvo. Na prática clínica emprega-se atualmente os inibidores de receptor de crescimento epidermal humana-2 (HER-2), do fator de crescimento endotelial vascular-A (anti-VEGF) e da proteína alvo da rapamicina em mamíferos (inibidor m-TOR). Essas terapias têm sido utilizadas como monoterapia ou em associação à quimioterapia e hormonioterapia trazendo resultados de maior sobrevida livre de progressão, porém com elevação importante dos custos e efeitos colaterais diferentes daqueles já conhecidos da quimioterapia (CARDOSO, 2012).

2.6 A dor

Invariavelmente, o câncer vem acompanhado por uma gama de sinais e sintomas, sendo a dor, um dos mais temidos pelos pacientes e familiares. A dor é um evento frequente em neoplasias malignas, um dos sintomas mais comuns em todas as fases e que se acentua com a evolução da doença (SILVA, 2003; SAXENA, 2007; VAN DEN BEUKEN, 2007; SCHRIJVERS, 2007).

O Comitê de Taxonomia, da Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for Study of Pain*), define dor como “uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos dessas lesões” (IASP - *Subcomitee on Taxonomy*, 2011).

A dor é considerada o quinto sinal vital e pode também ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, podendo ou não estar associada a dano tecidual e, por ser subjetiva, não existe uma maneira precisa de mensurá-la (SOUSA; SILVA, 2005). A dor deve ser avaliada como um fenômeno individual e subjetivo que envolve os aspectos físicos, psíquicos e emocionais (SILVA; ZAGO, 2001; CASTEL, 2007), podendo muitas vezes, ser mal interpretada e subestimada (SOUSA, 2010).

Para Bruera et al. (2003), a dor oncológica pode estar relacionada a diversos fatores, que incluem desde o tipo de câncer, o estágio da doença, assim como o tratamento realizado, e pode ser descrita, ainda, como “dor total”. Esse conceito foi proposto em 1964, por Cicely Saunders, referindo que a dor do câncer é física, emocional, social e espiritual (MICELI, 2002; KNUDSEN, 2009).

A dor quando não tratada adequadamente prejudica o paciente em suas atividades diárias, altera o apetite, o padrão de sono, a deambulação, o humor, o lazer, o trabalho e a relação com os familiares e amigos (DUCCI, PIMENTA, 2003, MICELI, 2002; SILVA; PIMENTA, 2003; SAXENA, 2007; VAN DEN BEUKEN, 2007). Pode ser considerada um sintoma ou manifestação de uma doença ou afecção orgânica aguda ou crônica. Caracteriza-se como dor aguda, aquela que se manifesta de forma transitória durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesão em tecidos ou órgãos, causada por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas (SBED, 2010).

A dor crônica tem início súbito, de intensidade leve a severa, contínua ou intermitente, sem um término previsível, caracterizada por uma duração de pelo menos três meses (MANTYSELKA, 2003; FRANCO; RODRIGUES, 2009).

Adicionalmente, a dor relacionada ao câncer pode ser classificada de acordo com sua origem, como nociceptiva e neuropática. A dor nociceptiva divide-se em dor somática e visceral.

A dor somática é causada pela ativação dos receptores nociceptivos, como por exemplo: a dor relacionada às metástases ósseas e à infiltração de músculos e tecidos moles. Caracteriza-se por ser bem localizada, constante ou intermitente, referida pelo paciente como dolorida ou em mordida. Todavia a dor visceral é causada pela ativação dos nociceptores e ocorre nas metástases hepáticas e intra-abdominais. Caracteriza-se por ser de localização imprecisa, constante e em cólicas (CHANG, 2006).

A dor neuropática é causada ou iniciada por uma lesão primária ou disfunção do sistema nervoso central (BACKONJA, 2003, REYES-GIBBY, 2010). É um sintoma debilitante que ocorre em cerca de 40% dos pacientes com dor oncológica. Em pacientes com câncer, a dor neuropática pode estar relacionada ao tumor, a invasão nervosa periférica ou efeitos secundários de QT, RT ou cirurgia (REYES-GIBBY, 2010, SCHRIJVERS, 2007).

Estima-se que mais de 50% das pessoas com câncer apresentem dor no decorrer da doença. O câncer em estágio avançado causa dor e cerca de 70% a 90% dos pacientes referem esse sintoma, podendo ser de intensidade moderada ou insuportável em 30% a 50% dos casos. É importante avaliar a intensidade e a localização da dor, bem como a presença de sequelas físicas e psíquicas (JUVER, 2008).

Atualmente, com o desenvolvimento científico sabe-se que mais de 90% desses quadros álgicos podem ser aliviados. O controle da dor oncológica pode ser realizado por meio de fármacos como opioides, anti-inflamatórios, antidepressivos, benzodiazepínicos, vasoconstritores e corticoides. Terapias complementares podem ser utilizadas como a fisioterapia, acupuntura, entre outros (COSTA, 2012).

O tratamento farmacológico da dor envolve a escada analgésica de três degraus da Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvida no início dos anos 80 como ferramenta para o manejo da dor no câncer. Cada degrau apresenta medicações com mecanismos farmacológicos diferenciados e que agem em diferentes pontos do trajeto percorrido pelo estímulo nociceptivo. Por esse motivo, alguns grupos de fármacos são associados nos diferentes níveis e essa associação é denominada analgesia multimodal. As drogas, incluindo acetaminofeno, AINEs, codeína e opioides fortes (com ou sem adjuvantes analgésicos), têm gerado bons resultados em aproximadamente 80% dos pacientes com dor oncológica (SCHRIJVERS, 2007).

No primeiro degrau são recomendados os analgésicos não opioides, como acetaminofeno, AINEs e drogas pirazólicas, como fenilbutazona e dipirona. No segundo degrau são utilizados os chamados opioides fracos, como a codeína que pode ser combinada com acetaminofeno. O tramadol tem uma atividade opioide fraca, no entanto, influencia também a receptação de noradrenalina e serotonina e faz parte do segundo degrau. Opioides fortes fazem parte do degrau mais alto da escada analgésica. A morfina é considerada a droga padrão, todavia existem outras drogas que compõem o mesmo degrau como, por exemplo, a hidromorfona, a oxicodona, a metadona e o fentanil que apresenta potência até 100 vezes maior que a morfina. O controle da dor pode ser mais bem atingido com a administração paralela de drogas coanalgésicas, que ainda colaboram com a redução das doses dos opioides e dos seus efeitos colaterais (SCHRIJVERS, 2007; JUVER, 2008).

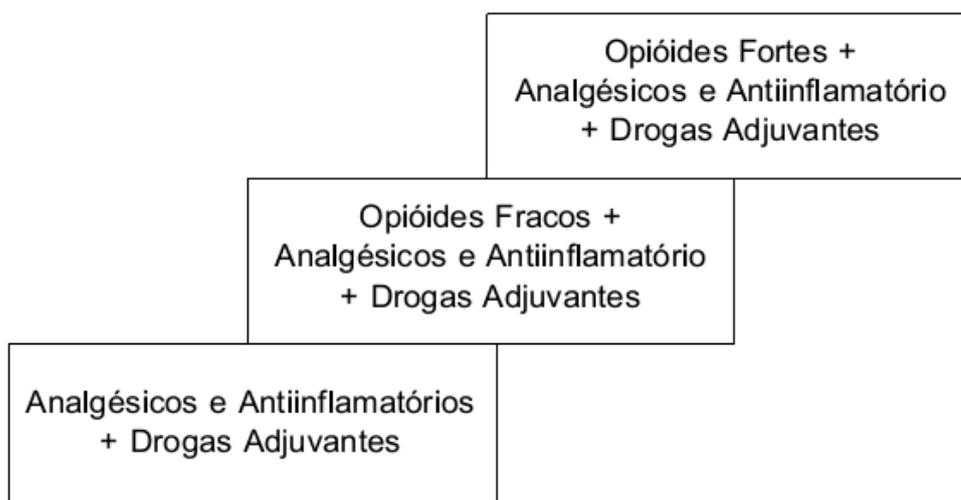


Figura 1 – Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Recentemente, foi proposto o acréscimo do quarto degrau à escada analgésica da OMS, referindo-se aos procedimentos invasivos, como os procedimentos cirúrgicos e os bloqueios anestésicos.

Entretanto, apesar da utilização desses recursos, alguns pacientes não obtêm o alívio completo de seu sofrimento, indicando um processo ainda mais complexo que o físico, envolvendo a gênese e a manutenção da dor. Estas situações exigem a aplicação de terapias que não estão voltadas apenas para o componente físico da dor, levando a tomada de decisões mais abrangentes que podem melhorar a qualidade do atendimento, além de possibilitar o alívio mais efetivo da dor, com conseqüente melhora na QV e redução do sofrimento (JUVER, 2008).

2.7 Mensuração de dor

Na literatura encontramos vários métodos que podem ser empregados para avaliação e mensuração da dor (CARACENI, 2001). Estes podem ser classificados em instrumentos unidimensionais, que quantificam a intensidade ou severidade da dor e os multidimensionais, que avaliam as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de resposta.

Considerando a dor oncológica um fenômeno complexo, o instrumento aplicado para coleta de dados foi o Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory*), um instrumento multidimensional elaborado por Cleeland e Ryan em 1994. Foi utilizado para mensurar a intensidade da dor e o seu impacto em alguns aspectos da vida dos pacientes.

Adicionalmente, este instrumento é composto por 15 itens, subdividido em duas partes: a primeira, avalia a localização e a intensidade da dor em 8 itens. A localização é apontada pelas mulheres em um diagrama corporal e a intensidade da dor é avaliada pelo paciente com referência nas últimas 24 horas em uma escala numérica de 0 a 10, onde o 0 representa ausência de dor e 10 a dor mais forte. A segunda parte avalia a interferência da dor relacionada à vida do paciente como: atividade geral, sono, humor, habilidade de caminhar, trabalho, maneira de apreciar a vida e relacionamento com as pessoas. A interferência da dor também é avaliada através da escala numérica de 0 a 10, onde o 0 representa que não há interferência da dor e o 10 mostra que a dor interfere completamente em alguns aspectos da vida dos pacientes.

O IBD é uma ferramenta para avaliação da dor em pacientes com câncer, foi traduzido e validado para várias línguas, sendo traduzido para o português do Brasil por clínicos e pesquisadores do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e posteriormente retraduzido para o inglês pelo autor do instrumento e por Ferreira et al. (2011), estando todos os itens em concordância aceitável, sendo bastante utilizado para avaliação da dor de pacientes oncológicos (CARACENI, 2001). Segundo Kumar (2011), o IBD foi validado para pacientes com metástase óssea, câncer de mama e para pacientes em pós-operatório, e tem demonstrado confiabilidade na avaliação da dor em diversas culturas e idiomas.

3 JUSTIFICATIVA

Apesar dos avanços no diagnóstico do câncer, as estimativas mundiais preveem milhões de casos novos para os próximos anos. O câncer de mama é o mais comum em mulheres em todo o mundo e a manifestação de dor é um evento frequente, podendo ocorrer em todas as fases da doença, bem como devido a várias modalidades diagnósticas e terapêuticas. A sensação dolorosa na doença oncológica é uma das principais razões de incapacidade e sofrimento para muitas mulheres.

A avaliação criteriosa é a base para o diagnóstico etiológico da dor e o relato da experiência dolorosa pelo paciente permite identificar fatores que possam influenciar o quadro algico e a escolha do tratamento adequado. Terapias primárias de câncer de mama como cirurgia, quimioterapia e radioterapia podem aliviar substancialmente a dor em alguns casos.

Poucas pesquisas sobre a dor em pacientes oncológicos questionaram se o paciente considerava a sua dor causada pelo câncer.

A relevância deste sintoma no quadro oncológico e a necessidade de desenvolvimento e aprimoramento das terapias para o tratamento tornam as pesquisas na área de suma importância para a melhora da qualidade de vida das pacientes com câncer de mama. Considerando a alta prevalência do câncer de mama, a falta de informações sobre a etiologia da dor relacionada ou não ao câncer e pela inexistência de publicações de pesquisas com esta especificidade em âmbito nacional faz-se necessário o desenvolvimento deste estudo.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Descrever se a dor está ou não relacionada com o câncer de mama.

4.2 Específicos

Identificar a ocorrência de dor em mulheres com câncer de mama nas últimas 24 horas;

Verificar a intensidade da dor relacionada ou não ao câncer;

Descrever os principais sítios anatômicos de dor.

5 CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

Foi conduzido um estudo transversal, descritivo e sob abordagem quantitativa. O estudo descritivo é definido como um estudo cujo propósito é observar, descrever e explorar aspectos de uma situação ou a maneira como ela ocorre naturalmente. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador interfira neles (CIRIBELLI, 2003).

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho (HUSE), localizado na Av. Tancredo Neves, S/N – Bairro Capucho, Aracaju (SE). Esta instituição é uma entidade pública, sem fins lucrativos que atende a população não só de Sergipe, mas de estados vizinhos como Alagoas e Bahia. Possui atendimento especializado em diversas áreas, fazendo parte da rede de atenção oncológica nacional e classificada pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON. É referência regional para o tratamento do câncer, com média mensal de atendimento de aproximadamente 550 pacientes em quimioterapia e 80 em radioterapia.

5.3 Seleção da amostra

5.3.1 População

A população-alvo foi constituída por pacientes adultas, do sexo feminino, avaliadas por conveniência ocasional, atendidas no Ambulatório de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho, no período de novembro de 2011 a abril de

2012, com diagnóstico de câncer de mama, comprovado por anátomo-patológico e que estivessem realizando acompanhamento médico ambulatorial, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou terapia biológica, em qualquer fase da doença e do tratamento. A amostragem foi aleatória.

5.3.2 Cálculo do tamanho amostral

Para o cálculo da amostra foi realizado o teste de hipótese para uma proporção. Estudos anteriores, com abordagem de diversas neoplasias, mostraram que no subgrupo de pacientes com diagnóstico de câncer de mama, 44 % relacionavam a dor à doença (VALEBERG, 2008). Desta forma para o cálculo da amostra, consideramos somente as pacientes com câncer de mama e estimamos um incremento neste valor da ordem de 30%. Estabelecemos o poder de teste em 80% e o nível de significância em 5%, encontrando o tamanho da amostra de 90 mulheres (LWANGA, 1991).

5.3.3 Critérios de inclusão

Pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama, que estivessem em acompanhamento ambulatorial no período de realização da pesquisa, com capacidade de comunicação e compreensão preservadas e que concordassem em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

5.3.4 Critérios de exclusão

Pacientes internadas, menores de 18 anos, em pós-operatório imediato e com outras neoplasias malignas.

5.4 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados no período de novembro de 2011 a abril de 2012. A fim de obter dados para a realização deste estudo optou-se pela utilização de

instrumentos de coletas aplicados sob a técnica de entrevistas individuais padronizadas.

A entrevista padronizada é um instrumento em que o pesquisador segue um roteiro previamente estabelecido e o realiza de acordo com o formulário (CIRIBELLI, 2003). A entrevista foi escolhida por tratar-se de um processo de interação entre duas pessoas. É um dos instrumentos básicos para a pesquisa e apresenta como vantagem sobre os outros instrumentos, permitir a captação imediata das informações desejadas sobre qualquer tema, bem como poder atingir informantes com pouca instrução formal (CIRIBELLI, 2003).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, utilizando formulário próprio (APÊNDICE B) e instrumento Inventário Breve da Dor - IBD (ANEXO A), com duração aproximada de 30 minutos (FERREIRA, 2011).

Durante o preenchimento dos formulários, as pacientes foram esclarecidas sobre possíveis dúvidas quanto ao significado das perguntas. Outras informações clínicas das pacientes foram extraídas do prontuário.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário com perguntas fechadas, de múltiplas escolhas para entrevista padronizada, englobando variáveis definidas para o objetivo da pesquisa (APÊNDICE B).

As perguntas fechadas são de fácil aplicação, fáceis de codificar e analisar, pois possibilita medir com exatidão o que se deseja (CERVO; BERVIAN, 2002).

Foram investigados os dados da paciente: idade, raça, estado civil, religião, escolaridade, profissão, situação de trabalho, conhecimento sobre o diagnóstico, tempo de diagnóstico, presença de metástases, relatos de dor nas últimas 24 horas, se a dor estava ou não relacionada com o câncer de mama, se havia dor antes do diagnóstico de câncer e quais os tratamentos realizados. A outra coleta de dados foi realizada através de um instrumento específico “Inventário Breve da Dor - IBD” elaborado por Cleeland e Ryan (1994), em sua versão traduzida e validada para o português por Ferreira et al (2011). O inventário é um instrumento multidimensional utilizado para avaliação da dor no mundo, de fácil compreensão para o paciente, que

inclui itens para avaliar a intensidade da dor (escala de 0 a 10), a efetividade do tratamento e o impacto da dor na qualidade de vida.

Os dados referentes ao estado civil e escolaridade das mulheres entrevistadas foram agrupados para facilitar a análise estatística.

5.6 Plano de análise dos resultados

Os dados foram inseridos em uma base de dados do programa Excel Mac 2011 e foram submetidos a tratamento estatístico organizado com o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20 demo, com intervalo de confiança de 95% e erro $\alpha = 0,05$. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram avaliadas por frequência simples e relativa. As diferenças entre as proporções foram avaliadas através do teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher e as médias entre os dois grupos foram avaliadas através do Teste t Student. Foi avaliada a relação entre duas variáveis quantitativas através do Teste de Correlação de Pearson.

5.7 Recursos humanos

A coleta de dados e a pesquisa foram realizadas pela própria pesquisadora.

5.8 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe e aprovado sob o nº - 0552.0.000.107-11. As participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurado no mesmo o direito a esclarecimentos, ao anonimato e a desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, conforme assegura a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na Resolução nº 196/96 (APÊNDICE A). As informações coletadas somente foram utilizadas para fins da pesquisa.

6 RESULTADOS

A amostra foi composta por 90 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com média de idade de 49 ($\pm 10,3$) anos, variando de 27 a 80 anos. Com relação à raça, observou-se maior proporção de mulheres não brancas 64 (71%). Relacionado ao estado civil, 58 (64%) mulheres não tinham parceiros. Quanto à religião, 77 (86%) eram praticantes, sendo que 60 (67%) eram católicas. Pouco mais da metade das mulheres, 46 (51%), cursou até o ensino fundamental e a maioria estava de licença para tratamento da saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas (n=90) Aracaju-2013.

| Características | | n (%) |
|----------------------|--------------------------------|--------------------|
| Idade | | *49 ($\pm 10,3$) |
| Raça | Branca | 26 (29) |
| | Não branca | 64 (71) |
| Estado civil | Com parceiro | 32 (36) |
| | Sem parceiro | 58 (64) |
| Religião | Católica | 60 (67) |
| | Espírita | 6 (7) |
| | Evangélica | 23 (26) |
| | Outra | 1 (1) |
| Praticante | Sim | 77 (86) |
| | Não | 13 (14) |
| Escolaridade | Analfabeto | 4 (4) |
| | Fundamental incompleto | 3 (3) |
| | Ensino fundamental | 46 (51) |
| | Ensino médio | 22 (24) |
| | Ensino superior/ Pós-graduação | 15 (16) |
| Situação de trabalho | Aposentada | 16 (18) |
| | Autônoma | 10 (11) |
| | Sem emprego | 15 (17) |
| | Empregada | 10 (11) |
| | Licença saúde | 39 (43) |

* Valores expressos em média (\pm desvio padrão), valor absoluto (%).

Com relação ao tipo histopatológico do câncer de mama, o carcinoma ductal invasivo (CDI) foi o mais frequente na população estudada, representando 87,1% dos casos. Outros tipos histopatológicos foram identificados, sendo: lobular 6,5%, tubular 3,2% e papilífero 3,2% (Figura 2).

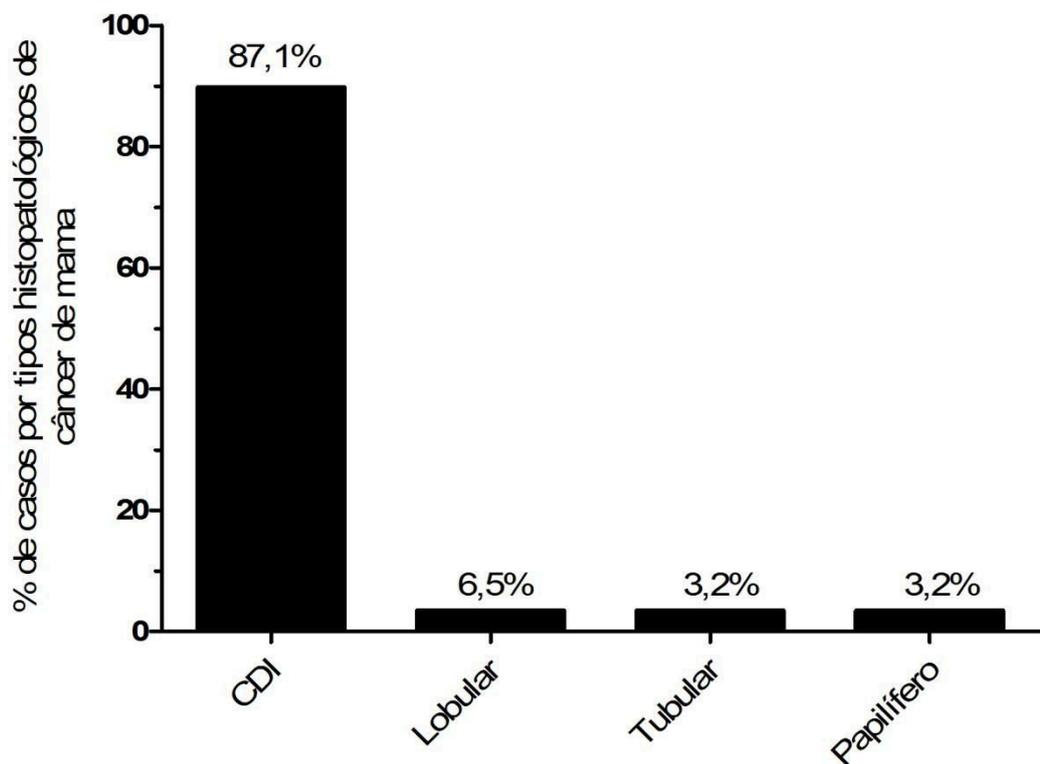


Figura 2. Tipos histológicos de câncer de mama mais frequentes na população estudada (n=31). CDI: Carcinoma ductal invasivo.

Dentre as mulheres que referiram dor relacionada ao câncer de mama, a maioria fora submetida a procedimento cirúrgico radical e 21,7% foram submetidas a cirurgia conservadora (Figura 3).

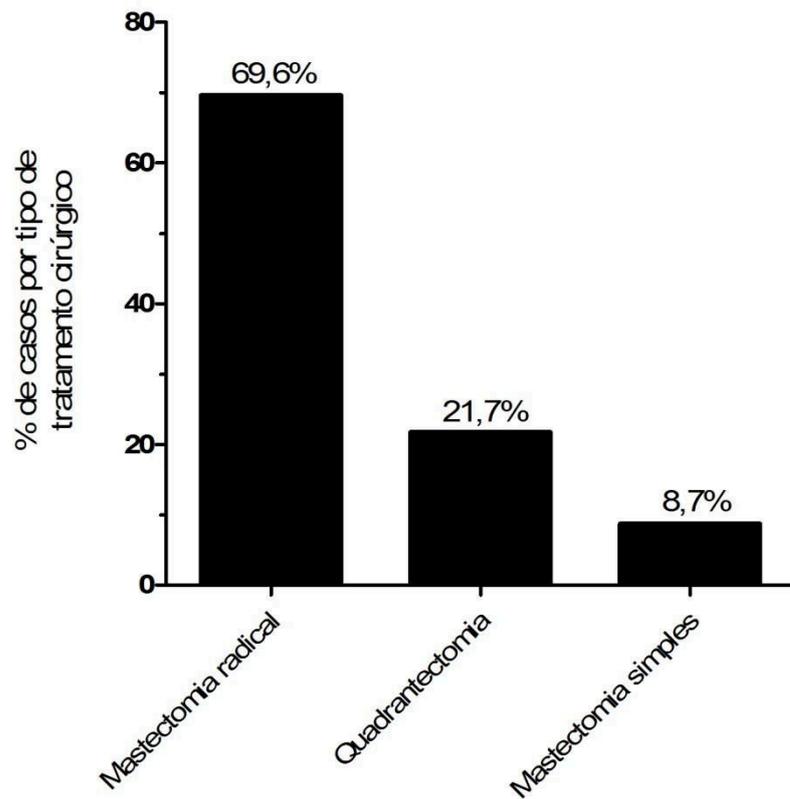


Figura 3. Tratamentos cirúrgicos mais frequentes na população estudada (n=31).

Na Tabela 2, quanto à saúde de forma geral, 36 (40%) consideravam sua saúde como nem ruim e nem boa. Todas as mulheres conheciam seu diagnóstico e 10 (11%) apresentavam metástases. A média do tempo de diagnóstico foi de 32 ($\pm 34,4$) meses.

Tabela 2. Distribuição das mulheres de acordo com os dados clínicos (n=90) Aracaju-2013.

| | n (%) |
|------------------------------|-------------------|
| Tempo de diagnóstico (meses) | *32($\pm 34,4$) |
| Saúde de forma geral | |
| Muito boa | 14 (16) |
| Boa | 33 (37) |
| Nem ruim nem boa | 36 (40) |
| Ruim | 3 (3) |
| Muito ruim | 4 (4) |
| Metástase | |
| Sim | 10(11) |
| Não | 80(89) |

* Valores expressos em média (\pm desvio padrão), valor absoluto (%).

Quando questionadas sobre sua dor, mais de metade da amostra, ou seja, 59 (66%) mulheres não relacionaram a dor com o câncer de mama. Dentre as entrevistadas, apenas 34 (38%) referiram dor nas últimas 24 horas, sendo que 21(23%) mulheres relacionaram a dor que estavam sentindo com a doença. Verificou-se uma maior proporção de mulheres 73 (81%) que não sentiam dor antes do diagnóstico de câncer de mama (Tabela 3).

Tabela 3. Dados sobre a dor relatada por mulheres com câncer de mama (n=90). Aracaju-2013.

| Dados sobre a dor | | n (%) |
|---|-----|---------|
| Dor relacionada à sua doença | Sim | 31 (34) |
| | Não | 59 (66) |
| Dor nas últimas 24 horas | Sim | 34 (38) |
| | Não | 56 (62) |
| Dor relacionada à doença nas últimas 24 horas | Sim | 21 (23) |
| | Não | 10 (11) |
| Sentia dor antes do câncer | Sim | 17 (19) |
| | Não | 73 (81) |

No diagrama corporal, as pacientes apontaram como os principais sítios anatômicos de dor os membros superiores (MMSS), seguidos por membros inferiores (MMII) e coluna vertebral (Figuras 4 e 5).

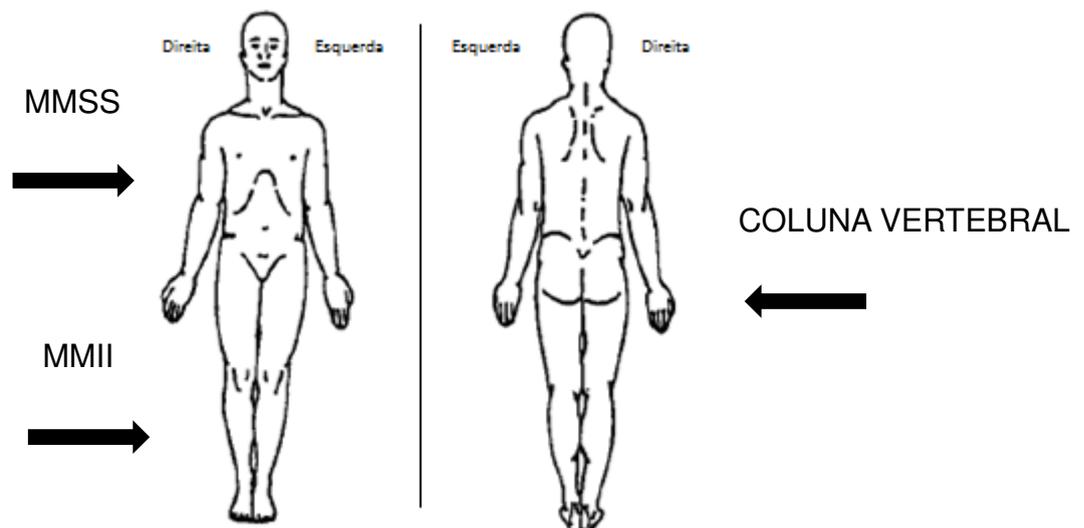


Figura 4. Diagrama corporal representando os sítios anatômicos de dor (n=34).

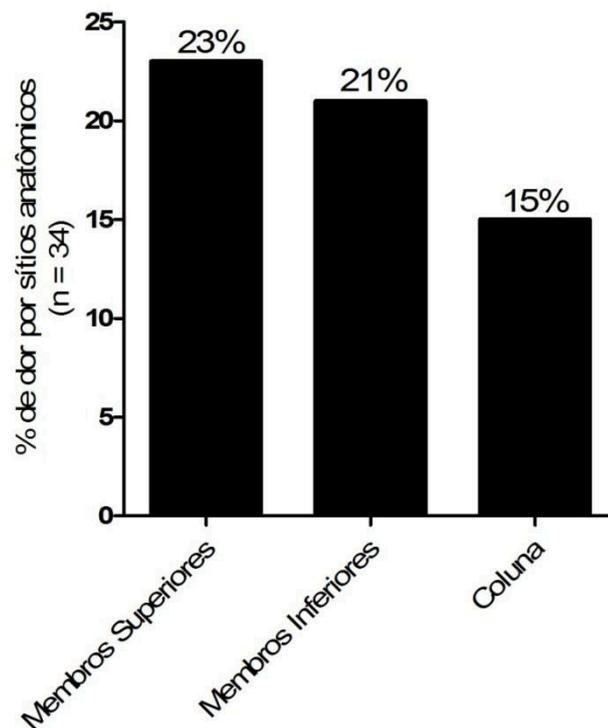


Figura 5. Porcentagem de dor por sítios anatômicos (n=34).

Das 90 mulheres entrevistadas, 34 (38%) referiram dor nas últimas 24 horas. Destas, a média da pior dor nas últimas 24 horas foi 6,2 ($\pm 2,6$) e a média de dor foi 4,8 ($\pm 2,0$). A dor interferiu com mais intensidade na habilidade de caminhar, no sono e no humor, com médias respectivamente de 5,7 ($\pm 4,0$), 5,6 ($\pm 4,0$) e 5,0 ($\pm 3,9$) (Tabela 4).

Tabela 4. Intensidade e interferência da dor nas últimas 24 horas (n=34). Aracaju-2013.

| Dados sobre a dor | Média (\pm desvio padrão) |
|---|------------------------------|
| Pior dor nas últimas 24 horas | 6,2 ($\pm 2,6$) |
| Dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas | 2,4 ($\pm 2,0$) |
| Média de dor | 4,8 ($\pm 2,0$) |
| Quanta dor ocorre agora | 3,9 ($\pm 2,8$) |
| Como a dor interferiu nas últimas 24 horas | |
| Atividade geral | 3,9 ($\pm 4,0$) |
| Humor | 5,0 ($\pm 3,9$) |
| Habilidade de caminhar | 5,7 ($\pm 4,0$) |
| Trabalho | 2,8 ($\pm 4,0$) |
| Relacionamento com outras pessoas | 3,9 ($\pm 4,0$) |
| Sono | 5,6 ($\pm 4,0$) |
| Apreciar a vida | 2,2 ($\pm 3,7$) |

Na tabela 5, observa-se que não houve diferença estatística na população estudada, quanto à dor relacionada à doença e a média de idade ($p=0,534$) ou o tempo de diagnóstico ($p=0,679$).

Tabela 5. Relação da dor com a idade e o tempo de diagnóstico (n=90). Aracaju-2013.

| | Dor | n | Média (\pm DP) | Valor p |
|----------------------|-----|----|-------------------|---------|
| Idade | Sim | 31 | 50 (\pm 10,1) | 0,534 |
| | Não | 59 | 49 (\pm 10,4) | |
| Tempo de diagnóstico | Sim | 31 | 30 (\pm 29,1) | 0,679 |
| | Não | 59 | 33 (\pm 37,1) | |

Teste t Student - significativo para $p < 0,05$.

Não foi encontrada diferença significativa no autorrelato da dor relacionada à doença naquelas mulheres com metástase ou sem metástase ($p=0,695$). Da mesma forma, não houve diferença significativa entre aquelas mulheres que apresentavam dor ou não antes do câncer ($p=0,075$). Contudo, o fato de as mulheres relatarem dor nas últimas 24 horas foi significativo à presença de dor relacionada à sua doença ($p=0,001$) (Tabela 6).

Tabela 6. Relação entre dor e outros fatores (n= 90). Aracaju-2013.

| | Dor relacionada à sua doença | | | Valor p |
|-----------------------------|------------------------------|----------|----------|---------|
| | Sim | Não | Total | |
| Metástase | | | | |
| Sim | 4 (13%) | 6 (10%) | 10 (11%) | 0,695 |
| Não | 27 (87%) | 53 (90%) | 80 (89%) | |
| Sentia dor antes do câncer? | | | | |
| Sim | 9 (29%) | 8 (14%) | 17 (19%) | 0,075 |
| Não | 22 (71%) | 51 (86%) | 73 (81%) | |
| Dor nas últimas 24 horas | | | | |
| Sim | 21 (68%) | 13 (22%) | 34 (38%) | < 0,001 |
| Não | 10 (32%) | 46 (78%) | 56 (62%) | |

Qui-quadrado de Pearson - significativo para $p < 0,05$.

Na tabela 7 observa-se, que, entre as 90 mulheres, não foi encontrada diferença estatística da dor relacionada à doença, segundo raça, estado civil, religião, prática religiosa, escolaridade e situação de trabalho.

Tabela 7. Relação da dor e as características das mulheres entrevistadas (n=90). Aracaju-2013.

| | Dor relacionada à sua doença | | | Valor p |
|----------------------|------------------------------|----------|----------|---------|
| | Sim | Não | Total | |
| Raça branca | | | | |
| Sim | 8 (26%) | 18 (31%) | 26 (29%) | 0,640 |
| Não | 23 (74%) | 41 (69%) | 64 (71%) | |
| Com parceiro | | | | |
| Sim | 9 (29%) | 23 (39%) | 32 (36%) | 0,320 |
| Não | 22 (71%) | 36 (61%) | 58 (64%) | |
| Religião | | | | |
| Católica | 21 (68%) | 39 (66%) | 60 (67%) | 0,720 |
| Espírita | 3 (10%) | 4 (7%) | 7 (8%) | |
| Evangélica | 7 (22%) | 16 (27%) | 23 (26%) | |
| Praticante | | | | |
| Sim | 26 (84%) | 51 (86%) | 77 (86%) | 0,742 |
| Não | 5 (16%) | 8 (14%) | 13 (14%) | |
| Baixa escolaridade | | | | |
| Sim | 18 (58%) | 35 (59%) | 53 (59%) | 0,908 |
| Não | 13 (42%) | 24 (41%) | 37 (41%) | |
| Situação de trabalho | | | | |
| Aposentada | 4 (13%) | 12 (20%) | 16 (18%) | 0,399 |
| Autônoma | 2 (6%) | 8 (14%) | 10 (11%) | |
| Sem emprego | 8 (26%) | 7 (12%) | 15 (17%) | |
| Empregada | 3 (10%) | 7 (12%) | 10 (11%) | |
| Benefício | 14 (45%) | 25 (42%) | 39 (43%) | |

Qui-quadrado de Pearson - significativo para $p < 0,05$.

Na tabela 8, não houve diferença estatística significativa entre a média de dor nas últimas 24 horas, naquelas mulheres 21 (23%) que relacionaram a dor com o câncer de mama, quando comparadas com a raça, estado civil, nível educacional ou com quem tinha ou não metástase (Tabela 8).

Tabela 8. Média de dor nas últimas 24 horas relacionada ao câncer de mama com as características das mulheres entrevistadas (n=21). Aracaju-2013.

| | | n | Média de dor (\pm DP) | Valor p |
|--------------------|-----|----|--------------------------|---------|
| Raça branca | Sim | 5 | 4,4 (\pm 1,5) | 0,166 |
| | Não | 16 | 5,3 (\pm 1,8) | |
| Com parceiro | Sim | 6 | 5,2 (\pm 1,3) | 0,456 |
| | Não | 15 | 5,1 (\pm 1,9) | |
| Baixa escolaridade | Sim | 11 | 5,4 (\pm 2,1) | 0,242 |
| | Não | 10 | 4,8 (\pm 1,4) | |
| Metástase | Sim | 3 | 4,7 (\pm 1,1) | 0,429 |
| | Não | 18 | 5,2 (\pm 1,9) | |

Teste t student - significativo para $p < 0,05$.

Quando correlacionadas as variáveis média de dor e quanta dor agora foi observada correlação significativa ($p < 0,001$) e positiva com todas as variáveis estudadas, exceto idade e tempo de diagnóstico (Tabela 9).

Tabela 9. Correlação da média de dor e quanta dor agora com as características das mulheres entrevistadas (n=34). Aracaju-2013.

| | Média de sua dor | | Quanta dor agora | |
|--------------------------------------|------------------|---------|------------------|---------|
| | r | Valor p | r | Valor p |
| Idade | -0,210 | 0,257 | -0,129 | 0,490 |
| Tempo de diagnóstico (meses) | 0,071 | 0,705 | 0,060 | 0,748 |
| Intensidade de dor | | | | |
| Pior dor nas últimas 24 horas | 0,974 | < 0,001 | 0,781 | < 0,001 |
| Dor mais fraca nas últimas 24 horas | 0,848 | < 0,001 | 0,587 | < 0,001 |
| Interferência da dor nas habilidades | | | | |
| Atividade geral | 0,722 | < 0,001 | 0,586 | < 0,001 |
| Humor | 0,660 | < 0,001 | 0,726 | < 0,001 |
| Habilidade de caminhar | 0,673 | < 0,001 | 0,724 | < 0,001 |
| Trabalho | 0,503 | 0,004 | 0,373 | 0,039 |
| Relacionamento | 0,597 | < 0,001 | 0,612 | < 0,001 |
| Sono | 0,794 | < 0,001 | 0,839 | < 0,001 |
| Apreciar a vida | 0,492 | 0,005 | 0,388 | 0,031 |

r = coeficiente de correlação de Pearson.

7 DISCUSSÃO

A dor é um evento frequente nos pacientes com neoplasias malignas e pode ser modificada frente às terapêuticas ou com a evolução da doença (SILVA; PIMENTA, 2003; SAXENA, 2007; VAN DEN BEUKEN, 2007). A percepção e a reação à dor variam entre pacientes com uma mesma doença que apresentam igual extensão e localização, levando a diferentes intensidades de sofrimento. Essas diferenças individuais podem estar relacionadas ao sexo, raça, educação, história familiar e também a experiências emocionais e sentimentos que influenciam diretamente a sensação dolorosa (SILVA; ZAGO, 2001; GREENSPAN, 2007).

No presente estudo a média de idade das mulheres com câncer de mama foi de 49 anos, representando uma população jovem em comparação aos valores encontrados na literatura, onde a média de idade é de 61 anos (MCPHERSON, 2000; SIEGEL, 2012).

O câncer de mama é menos frequente em mulheres com idade inferior a 40 anos e a maior incidência é observada em mulheres com idades avançadas. As mulheres jovens, com idade inferior a 35 anos, apresentam piores prognósticos da doença (ABREU, 2002; RICHIE, 2003). Apesar disso, Jung et al. (2003) observaram em alguns estudos que a idade não consistia em um fator independente de risco para o desenvolvimento da dor após o tratamento do câncer de mama.

Em nosso estudo, a maioria das mulheres era da raça não branca, e não houve diferença significativa entre raça e presença de dor. No entanto, no estudo de Castel et al. (2007), os não caucasianos apresentaram o dobro de chance de sentir mais dor, e a idade e o nível educacional não apresentaram relação com a dor.

Entre as mulheres estudadas, a prevalência de dor foi maior naquelas com baixa escolaridade, provavelmente por receio da dependência dos medicamentos utilizados para analgesia. Em conformidade, Van Den Beuken et al. (2007) encontraram que o nível de escolaridade baixo ou médio teve um significativo risco maior de ocorrência de dor quando comparado às pacientes com nível de escolaridade mais alto. Também no estudo realizado por Rustoen et al. (2003), foi observada maior prevalência de dor em pacientes com baixa escolaridade, atribuído ao medo do tratamento. Adicionalmente, Anderson et al. (2002) encontraram que os

pacientes não brancos relatavam, com maior frequência, preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos para dor e a relutância em realizar o tratamento, associado ao baixo nível educacional e financeiro dos participantes do estudo. Este estudo mostrou ainda que esta mesma população optou por utilizar tratamentos alternativos como crenças religiosas, massagem, vitaminas, chás e outros medicamentos não prescritos pelos seus médicos para amenizar suas dores. No presente estudo não foram abordados tratamentos alternativos para alívio da dor.

A maior parte dos estudos subdivide a intensidade da dor autorrelatada em três categorias: leve (1-4), moderada (5-7) e severa (8-10) (JONES, 2007). Em nosso estudo, quanto à intensidade da dor, foi observado que a média de dor entre as mulheres entrevistadas foi 4,8, considerada moderada, sendo em 34% relacionada ao câncer de mama. Outros estudos também verificaram a intensidade da dor, porém não observaram se a dor estava ou não relacionada ao câncer (TURK; OKIFUJI, 1999; EDRINGTON, 2004). Um estudo realizado na Dinamarca demonstrou que 47% das mulheres tratadas para câncer de mama experimentaram dor, sendo que metade delas queixaram-se de dor com intensidade moderada a grave. A ampla gama de queixas de dor na literatura é provavelmente devido a diferentes definições de dor persistente, mensuração de dor e suas consequências (GARTNER, 2011).

A prevalência de dor associada ao câncer pode variar de 53% a 60% (SCHUIT, 1998; VAN DEN BEUKEN, 2007; VALEBERG, 2008) e entre mulheres com câncer de mama de 23% a 47% (VALEBERG, 2008; GARTNER, 2011). Van den Beuken et al. (2007) fizeram uma revisão sistemática da literatura com 52 estudos publicados nos últimos 40 anos, mostrando que a dor é um sintoma prevalente em 33% dos pacientes que realizaram tratamento com intenção curativa, em 59% daqueles que fizeram tratamento antineoplásico e em 64% dos pacientes com doença em fase metastática avançada. Enquanto muitos estudos apontam elevada prevalência de dor entre pacientes oncológicos (SCHUIT, 1998; BRUERA; KIN, 2003; SAXENA, 2007), o presente estudo verificou que 34 (38%) das mulheres entrevistadas apresentavam dor. Como a maioria das mulheres apresentava doença não metastática, os dados encontrados estão em conformidade com a literatura médica.

Chama a atenção o fato de a maioria das mulheres não terem relacionado a dor ao câncer, dados que estão de acordo com os resultados encontrados por

Valeberg et al. (2008), que observaram que o gênero feminino atribuiu a dor em maior proporção a fatores não relacionados ao câncer. Neste mesmo estudo, as pacientes apresentavam maior número de comorbidades e doenças osteoarticulares. Porém ressalta-se que apenas 23,2% da população estudada tinha câncer de mama. O fato de as mulheres com câncer de mama não atribuírem a dor à neoplasia, pode ser hipotetizado em função de as mulheres apresentarem mais resiliência às situações que causam dor e sofrimento. Situações vividas, como trabalho de parto e parto, amamentação, que são inerentes ao gênero feminino, podem ter contribuído para uma percepção diferente da intensidade de dor.

Por outro lado, alguns estudos têm demonstrado maior prevalência de dor e maior sensibilidade entre as mulheres quando comparadas aos homens (WIESENFELD, 2005). Além disso, os hormônios sexuais também influenciam a sensibilidade dolorosa, o limiar e a tolerância à dor. Muitos estados de dor crônica são mais frequentes e mais agressivos nas mulheres, como enxaqueca, dor reumática e cardiológica. Ainda, a resposta a analgésicos e opioides também apresenta diferença quando relacionada ao gênero (HALLIN, 2003; MOGIL, 2010).

Um estudo de coorte recente sobre pacientes com câncer avançado concluiu que a dor não era restrita a tumores específicos e não foi encontrada diferença entre a prevalência de dor com o tipo de tumor (PENG, 2006). Todavia Reyes-Gibby et al. (2010) encontraram altas prevalências de dor moderada e severa nos pacientes em tratamento oncológico com câncer de cabeça e pescoço, gastrointestinal e mama. Foi visto também por Van Den Beuken et al. (2007) que os pacientes com câncer gastrointestinal, pulmão, mama e hematológico tiveram maior incidência de dor moderada e severa.

Entre os diferentes tipos de câncer de mama, dois tipos histopatológicos destacam-se com maior frequência, o carcinoma ductal invasivo e o carcinoma lobular invasivo, representando cerca de 75% e 15% dos casos diagnosticados nos Estados Unidos, respectivamente, num levantamento realizado entre 1992 e 2001 com 135.157 pacientes (LI, 2003). Em nosso estudo os achados foram semelhantes, no qual a maioria das mulheres entrevistadas tinha diagnóstico de carcinoma ductal e lobular invasivos. Também foi observado que apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, a realidade nesta população ainda é de cirurgias muito radicais, sendo que a maioria das mulheres entrevistadas foram submetidas à mastectomia radical. Entre as complicações decorrentes dos tratamentos radicais a dor é um sintoma

frequente. Sabe-se que a presença de dor pode interferir no cotidiano, nas atividades de vida diária, no tratamento e na qualidade de vida dessas mulheres.

No entanto, para Caraceni et al., 2004, a QV dos pacientes com câncer está frequentemente prejudicada, sendo a dor, decorrente ou não do tratamento, um sintoma presente na maioria dos casos.

Como o presente estudo envolveu apenas mulheres com câncer de mama e a maioria delas haviam sido submetidas ao tratamento cirúrgico, é esperado que os sítios anatômicos de dor mais frequentes sejam nos MMSS, que foi apontado por 23% das entrevistadas. Isso se deve a fatores ligados à cirurgia, como a linfadenectomia axilar, lesão do nervo intercostobraquial, alterações linfáticas e extensão da cicatriz (LAHOZ, 2010; ALVES, 2012).

Embora a maioria das mulheres não tenha relacionado a dor ao câncer, daquelas que relataram dor nas últimas 24 horas, a média desta dor interferiu negativamente na habilidade de caminhar, no sono e humor. No estudo realizado por Irvin et al. (2011), 75% das pacientes relataram dificuldade em adormecer ou manter o sono e 19% apresentaram insônia, sendo que estas dificuldades poderiam existir antes da doença e ter exacerbado após o diagnóstico de câncer. Segundo Kumar (2011), a dor não controlada afeta todos os aspectos da qualidade de vida, causando sofrimento, interferindo nas atividades físicas e sociais, diminuindo o apetite e o sono. Os distúrbios do sono são comuns em pacientes com câncer e estão presentes em 30% a 50% das pacientes com câncer de mama, sendo, a insônia uma queixa comum (FIORENTINO, 2006; BARDWELL, 2008).

Outro estudo, realizado por Gulluoglu et al. (2006), também utilizando o IBD, observaram que a interferência da dor nas funções de vida das mulheres com câncer de mama era pequena, sendo a interferência no humor a mais afetada. Além disso, a literatura aponta que a intensidade de dor pode variar frente à realização de terapias complementares, mas como no presente estudo não foi considerado se as mulheres estavam ou não sob tratamento com radioterapia ou quimioterapia no momento da entrevista, ficam limitadas as inferências.

Sugerimos a realização de novas pesquisas que abordem os motivos de as mulheres portadoras de câncer de mama referirem mais dor não relacionada ao câncer e seus mecanismos, bem como uma avaliação multidisciplinar do tratamento da dor não oncológica, a fim de melhorar a QV destas pacientes.

Contudo, melhores taxas de sobrevivência em pacientes com câncer de mama têm sido observadas nos últimos anos. Embora a maioria das mulheres com essa doença tenha um prognóstico favorável, a doença e seu tratamento estão associados a sintomas debilitantes (REYES-GIBBY, 2010).

Portanto, a avaliação e o tratamento da dor envolvem reconhecer e tratar os fatores físicos, psíquicos e emocionais que participam da gênese e da expressão da dor. O manejo adequado deste sintoma envolve a educação dos profissionais, pacientes e familiares sobre os receios relacionados à dor e sobre a sua complexa e múltipla etiologia, bem como sobre as estratégias para o seu controle.

8 CONCLUSÕES

Este estudo forneceu informações sobre a presença de dor em pacientes com câncer de mama em tratamento ambulatorial através do autorrelato.

Dentre as 90 mulheres entrevistadas:

- Em 31 (34%) mulheres a dor esteve relacionada com o câncer de mama;
- Relataram dor nas últimas 24 horas 34 (38%) mulheres;
- A média de dor foi de 4,8 em uma escala de 0 a 10;
- Os membros superiores foram o local com maior ocorrência de dor (23%).

REFERÊNCIAS

1. ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores de prognóstico em câncer de mama feminino; **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n. 1, p. 113-31, 2002.
2. AEBI, S.; DAVIDSON, T.; GRUBER, G.; CARDOSO, F. Primary breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Ann Oncol**, v. 22, n. 6, p. 12-24, 2011.
3. AJCC. American Joint Committee on Cancer: **AJCC Cancer Staging Manual**. 7 ed. New York, NY: Springer; 2010.
4. ALVES NOGUEIRA FABRO, E.; BERGMANN, A; DO AMARAL E SILVA, B. et al. Post-mastectomy pain syndrome: incidence and risks. **Breast**, v. 21, n. 3, p. 321-5, 2012.
5. American Cancer Society. **Cancer Facts & Figures 2010**. Atlanta: American Cancer Society; 2010. www.cancer.org/acs. Acesso em 02 jul. 2010.
6. ANDERSON, K. O. et al. Cancer pain management among underserved minority outpatients: perceived needs and barriers to optimal control. **Cancer**, v. 94, n. 8, p. 2295-304, 2002.
7. ANTUNES, R. C. P.; PERDICARIS, A. A. M. **Prevenção do câncer**. 1. ed. Barueri, SP, Brasil: Manole, 2010. 231p.
8. BACKONJA, M. M. Defining neuropathic pain. **Anesth Analg**, v. 97, n. 3, p. 785-90, 2003.
9. BARDWELL, W. A.; ANCOLI-ISRAEL, S. Breast Cancer and Fatigue. **Sleep Med Clin**, v. 3, n. 1, p. 61-71, 2008.
10. BATISTON, A. P.; SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico de câncer de mama. **Rev Fisioter Pesq**. v. 12, n. 3, p. 30-5, 2005.
11. BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, S. Morbidade após o tratamento para o câncer de mama. **Fisioterapia Brasil**, v. 1, n. 2, p. 101-8, 2000.
12. BREGAGNOL, R. K.; DIAS, A. S. Alterações funcionais em mulheres submetidas a cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Rev Bras Cancerol**, v. 56, n. 1, p. 25-33, 2010.
13. BRUERA, E.; KIN, H. N. Cancer pain. **JAMA**, v. 290, n. 18, p. 2476-9, 2003.
14. BULLOCH, B.; TENENBEIN, M. Validation of 2 pain scales for use in the pediatric emergency department. **Pediatrics**, v. 110, n. 3, p. e33, 2002.
15. CAMARGO, M.C.; MARX, A. G. **Reabilitação no câncer de mama**. São Paulo: Roca; 2000.

16. CARACENI, A. Evaluation and assessment of cancer pain and cancer pain treatment. **Acta Anaesthes Scand**, v. 45, n. 9, p. 1067-75, 2001.
17. CARACENI, A.; MARTINI, C.; ZECCA, E.; PORTENOY, R. K.; ASHBY, M. A. HAWSON, G. et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. **Palliat Med**, v. 18, p. 177-83, 2004.
18. CARDOSO, F.; HARBEC, N.; FALLOWFIELD, L.; KYRIAKIDES, S.; SENKUS, E. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Ann Oncol**, v. 23, n. 7, p. 11-9, 2012.
19. CASTEL, L. D. et al. Hazards for pain severity and pain interference with daily living, with exploration of brief pain inventory cutpoints, among women with metastatic breast cancer. **J Pain Symptom Manage**, v. 34, n. 4, p. 380-92, out. 2007.
20. CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5° Ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 249p.
21. CHANG, V. T.; JANJAN, N.; JAIN, S.; CHAU, C. Update in cancer pain syndromes. **J Palliat Med**, v. 9, n. 6, p. 1414-34, 2006.
22. CLEELAND, C.; RYAN, K. Pain assessment: global use of Brief Pain Inventory. **Ann Acad Med Singapore**, v.23, n.2, p. 129-38, 1994.
23. CIRIBELLI, M. C. Pesquisa científica. In: **Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica**. CIRIBELLI, M. C. ed. Rio de Janeiro: Letras, 2003. p. 47-71.
24. COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Revista Dor**, v. 13, n. 1, p. 45-9, 2012.
25. COUCEIRO, T. C. M.; MENEZES, T. C.; VALÊNÇA, M. M. Síndrome dolorosa pós-mastectomia. A magnitude do problema. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 59, n.3, p. 358-65, 2009.
26. COUGHLIN, S. S.; EKWUEME, D. U. Breast cancer as a global health concern. **Canc Epidemiol**, v. 33, p. 315-8, 2009.
27. DICKSON, R. B.; PESTELL, R. G.; LIPPMAN, M. E. Cancer of the breast. In: DEVITA, V. T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. A. **Cancer: Principles and Practices of Oncology**. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 1399-477.
28. DUCCI, A. J.; PIMENTA, C. A. M. Programas educativos e a dor oncológica. **Rev Bras Cancer**, v. 49, n. 3, p. 185-92, 2003.

29. EDRINGTON, J. M.; PAUL, S.; DODD, M.; WEST, C.; FACIONE, N.; TRIPATHY, D.; et al. No evidence for sex differences in the severity and treatment of cancer pain. **J Pain Symptom Manage**, v. 28, n. 3, p. 225–32, 2004.
30. EL-KAMAR, F. G.; GROSSBARD, M. L.; KOZUCH, P. S. Metastatic pancreatic cancer: emerging strategies in chemotherapy and palliative care. **Oncologist**, v. 8, n. 1, p. 18-34, 2003.
31. EVERDINGEN, M. VAN DEN B. et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. **Ann Oncol**, v. 18, n. 9, p. 1437-49, 2007.
32. FERREIRA, K. A. S. L.; KIMURA, M.; CLEELAND, C. S.; TEIXEIRA, M. J. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supp Care Cancer**, v. 19, n. 4, p. 505-11, 2011.
33. FIORENTINO, L.; ANCOLI-ISRAEL, S. Insomnia and its treatment in women with breast cancer. **Sleep Med Rev**, v. 10, n. 6, p. 419-29, 2006.
34. FRANCO, M.; RODRIGUES, A. B. A música no alívio da dor em pacientes oncológicos. **Einstein**, v. 7 n. 2, p. 147-51, 2009.
35. FOLEY, K. M. Pain syndromes in patients with cancer. **Med Clin North Am**, v. 71, n. 2, p. 169-84, 1987.
36. GARTNER, R.; JENSEN, M. B.; NIELSEN, J. et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. **JAMA**, v. 302, n.18, p. 1985-92, 2009.
37. GREENSPAN, J.D.; CRAFT, R. M.; LERESCHE, L.; ARENDT-NIELSEN, L.; BERKLEY, K. J.; FILLINGIM, R. B. et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. **Pain**, v. 132, n. Suppl 1, p. S26–S45, 2007.
38. GULLUOGLU, B. M. et al. Factors related to post-treatment chronic pain in breast cancer survivors: the interference of pain with life functions. **Inter J Fertil Women's Med**, v. 51, n. 2, p. 75-82, 2006.
39. HALLIN, R. G. Pain more painful in women. Gender perspective neglected in research on the biological mechanisms of pain. **Lakartidningen**, v. 100, n. 46, p. 3738-41, 2003.
40. IASP. International Association for the Study of Pain. IASP taxonomy [*internet*]; 2011 [Acesso em: 10 dez 2012]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>.

41. IASP. International Association for the Study of Pain). Pain terminology. 2009 Available from: <http://www.halcyon.com/iasp/terms-p.html>. Acesso em 10 de out. 2010.
42. INCA. Incidência de Câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer: **Estimativa 2012**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
43. IRVIN, W., Jr; MUSS, H. B.; MAYER, D. K. Symptom management in metastatic breast cancer. **Oncologist**, v. 16, n. 9, p. 1203-1214, 2011.
44. JENSEN, M. P. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. **J Pain**, v. 4, n. 1, p. 2-21, 2003.
45. JONES, K. R.; VOJIR, C. P.; HUTT, E.; FINK, R. Determining mild, moderate, and severe pain equivalency across pain-intensity tools in nursing home residents. **J Rehabil Res Dev**, v. 44, n. 2, p. 305-14, 2007.
46. JOST, L.; ROILA, F. Management of cancer pain: Esmo clinical recommendations. **Ann Oncol**, v. 20, n. suppl 4, p. 170-173, 2009.
47. JUVER, J. P. S.; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 58, n. 3, p. 287-98, 2008.
48. KAMANGAR, F.; DORES, G. M.; ANDERSON, W. F. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. **J Clin Oncol**, v. 24, n. 14, p. 2137-50, 2006.
49. KNUDSEN, A. K.; AASS, N.; FAINSINGER, R. et al. Classification of pain in cancer patients - a systematic literature review. **Palliat Med**, v. 23, n. 4, p. 295-308, 2009.
50. KUMAR, S. P. Utilization of brief pain inventory as an assessment tool for pain in patients with cancer: a focused review. **Indian J Palliat Care**, v. 17, n. 2, p. 108-15, 2011.
51. LAHOZ, M. A.; NYSSSEN, S. M.; CORREIA, G. N.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Rev Bras Cancerol**, v. 56, n. 4, p. 423-30. 2010.
52. LI, C. I.; URIBE, D. J.; DALING, J. R. Clinical characteristics of different histologic types of breast cancer. **Brit J Cancer**, v. 93, n. 9, p. 1046-52, 2005.
53. LWANGA, S.K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva, World Health Organization, 1991.
54. MÄNTYSELKÄ, P. T.; TURUNEN, J. H.; AHONEN, R.S.; KUMPUSALO, E. A. Chronic pain and poor self-rated health. **JAMA**, v. 290, n. 18, p. 2435-42, 2003.

55. MICELI, A. V. P. Dor Crônica e subjetividade em oncologia. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002.
56. MOGIL, J. S.; BAILEY, A. L. Sex and gender differences in pain and analgesia. **Prog Brain Res**, v. 186, p. 141-57, 2010.
57. MORETE, M. C; MILSON, F. P. Instrumentos para avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev Dor**, v.11, n.1, p.74-80, 2010.
58. MCGOVERN, U. B.; STEBBING, J. Receptor-based predictors of response in breast cancer. **Future Oncol**, v. 5, n. 3, p. 283-6, 2009.
59. MCPHERSON, K.; STEEL, C. M.; DIXON, J. M. Breast cancer - epidemiology, risk factors, and genetics. **BMJ**, v. 321, n. 7261, p. 624-8, 2000b.
60. MONTEGOMERY, G. H.; SCHNUR, J. B.; ERBLICH, J.; DIFENBACH, M. A.; BOVBJERG, D. H. Pre-surgery psychological factors predict pain, nausea and fatigue one week following breast cancer surgery. **J Pain Symptom Manage**, v. 39, n. 6, p. 1043-52, 2010.
61. NADER, J. R. C.; CABRAL, M.P.; SOFFRITT, E. M.; FONSECA, L. G. Síndrome dolorosa miofascial em pacientes oncológicos: experiência de uma clínica de tratamento da dor do câncer. **Rev Dor**, v. 6, n. 1, p. 445-9, 2005.
62. NELSON, H. D. et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. **Ann Inter Med**, v. 156, n. 9, p. 635-48, 2012.
63. PAULINELLI, R.R., FREITAS-JUNIOR, R.; CURADO, M. P.; SOUZA, A. A. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 3, n. 1, p. 17-24, 2003.
64. PENG WL, WU GJ, SUN WZ, CHEN JC, HUANG AT. Multidisciplinary management of cancer pain: a longitudinal retrospective study on a cohort of end-stage cancer patients. **J Pain Symptom Manage**, 32:444–52, 2006.
65. PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S., TEIXEIRA, M. J, Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev Bras Cancerol**, v. 43, n. 1, p. 21-44, 1997.
66. PORTENOY, R. K. Cancer pain. Epidemiology and syndromes. **Cancer**, v. 63, n. 11 Suppl, p. 2298-307, 1989.
67. POTTER, J; HAMI, F; BRYAN, T; QUIGLEY, C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. **Palliat Med**, v. 17, n. 4, p. 310-4, 2003.
68. REYES-GIBBY, C. et al. Neuropathic pain in breast cancer survivors: using the ID pain as a screening tool. **J Pain Symptom Manage**, v. 39, n. 5, p. 882-

- 9, 2010.
69. REYES-GIBBY, C. C.; MCCRORY, L. L.; CLEELAND, C. S. Variations in patients' self-report of pain by treatment setting. **J Pain Symptom Manage**, v. 25, n. 5, p. 444-8, 2003.
70. RICHIE, R. C.; SWANSON, J. O. Breast cancer: a review of the literature. **J Insur Med**, v. 35, n. 2, p. 85-101, 2003.
71. RIETMAN, J. S.; DIJKSTRA, P. U.; HOEKSTRA, H. J. Et al. Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. **Eur J Surg Oncol**, v. 29, n. 3, p. 229-38, 2003.
72. RUSTOEN, T.; FOSSA, S. D.; SKARSTEIN, J.; MOUM, T. The impact of demographic and disease-specific variables on pain in cancer patients. **J Pain Symptom Manage**, v. 26, p. 696-704, 2003.
73. SAXENA, A. K. R.; KUMAR, S. Management strategies for pain in breast carcinoma patients: current opinions and future perspectives. **Pain Pract**, v. 7, n. 2, p. 163-77, 2007.
74. SCHIFFMAN, S. C.; CHAGPAR, A. B. Does a family history of male breast cancer influence risk perception and use of genetic testing? **Am Surg**, v. 76, n. 8, p. 879-82, 2010.
75. SCHRIJVERS, D. Pain control in cancer: recent findings and trends. **Ann Oncol**, v. 18 Suppl 9, p. ix37-42, 2007.
76. SCHUIT, K. W.; SLEIJFER, D. T.; MEIJLER, W. J.; OTTER, R.; SCHAKENRAAD, J.; van den BERGH, F. C. M et al. Symptoms and functional status of patients with disseminated cancer visiting outpatient departments. **J Pain Symptom Manage**, v. 16, n. 5, p. 290-7, 1998.
77. SIEGEL, R.; DESANTIS, C.; VIRGO, K. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. **CA Cancer J Clin**, v. 62, n. 4, p. 220-41, 2012.
78. SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev Esc Enferm**, v. 37, n. 2, p. 109-18, 2003.
79. SILVA, L. M. H., ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev. Latino-Am Enferm**, v. 9, n. 1, p. 44-9, 2001.
80. SILVA, R. C. F., HORTOTALE V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? **Rev Bras Cancerol**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.
81. SBED. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. Disponível em www.dor.org.br Acessado em 01 de out. 2010.

82. SOUSA, F.F.; PEREIRA, L. V. CARDOSO, R.; HORTENSE, P. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). **Rev Latino-Am Enferm**, v. 18, n. 1, p. 3-10, 2010.
83. SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Mensurando dor. **Rev Dor**, v. 6, n.4, p. 680-7, 2005.
84. STRATTON, M. R.; CAMPBELL P.J.; FUTREAL, P.A. The cancer genome. **Nature**, v. 458, n. 9, p.719-24, 2009.
85. TAN, M.; YU, D. Molecular mechanisms of erbB2-mediated breast cancer chemo resistance. *Advances in experimental medicine and biology*, **Adv Exp Med Biol**, v. 608, p. 119-29, 2007.
86. TIEZZI, D. G. Breast-conserving surgery for breast cancer. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 8, p. 428-34, 2007.
87. TURK, D. C; OKIFUJI, A. Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and noncancer patients? **Pain**, v. 82, n. 2, p.139-48, 1999.
88. VALEBERG, BT, RUSTØEN, T.; BJORDAL, K.; HANESTAD, B. R.; PAUL, S.; MIASKOWSKI, C. Self-reported prevalence, etiology and characteristics of pain in oncology outpatients. **Eur J Pain**, v. 12, n. 5, p. 582-90, 2008.
89. VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M. H. J. et al. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. **Pain**, v. 132, n. 3, p. 312-20, 2007.
90. VERKOOIJEN, H. M.; FIORETTA, G. M.; RAPITI, E.; BONNEFOI, H.; VLASTOS, G.; KURTZ, J. et al. Patients' refusal of surgery strongly impairs breast cancer survival. **Ann Surg**, v. 242, n. 2, p. 276-80, 2005.
91. VILHOM, O. J. et al. The postmastectomy pain syndrome an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. **Brit J Cancer**, London, v. 99, n.4, p. 604-10, 2008.
92. WARE, L. J.; EPPS, C. D.; HERR, K.; PACKARD, A. Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in older minority adults. **Pain Manag Nurs**, v. 7, n. 3, p. 117-25, 2006.
93. WIESENFIELD-HALLIN, Z. Sex difference in pain perception. **Gend Med**, v. 2, n. 3, p. 137-45, 2005.
94. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Fact sheet N° 297, February 2009. Disponível em www.who.int/mediacentre/factsheets. Acesso em 15 jul. 2010.
95. ZAZA, C.; BAINE, N. Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. **J Pain Symptom Manage**, v. 24, n. 5, p. 526-42, 2002.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe, solicitamos a colaboração do Senhor (a) _____ a fim de participar do projeto de pesquisa **“Etiologia e frequência da dor relatada por mulheres com câncer de mama”** permitindo a realização de entrevista e utilização de um instrumento/questionário para avaliação da dor.

Este trabalho não possui fins lucrativos e todas as informações obtidas, serão absolutamente confidenciais, conforme assegura a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996/CONEP. Será assegurado a todas os pacientes entrevistados o direito a esclarecimentos a qualquer momento em que os mesmos se fizerem necessários, que tem plena liberdade de interromper sua participação no estudo a qualquer fase do processo ou mesmo de recusar a sua participação.

Sua contribuição é imprescindível para o nosso trabalho que tem como objetivo enriquecer nosso conhecimento e melhorar a prestação de serviços à comunidade. Estando o senhor (a) de acordo em participar da pesquisa deverá assinar no final desta página.

Desde já agradecemos a sua colaboração voluntária.

Aracaju (SE), _____ de _____ de 2011.

Assinatura do paciente entrevistado

Pesquisador: Christina Guimarães Ribeiro Soares
Telefone para contato: 9932-4646

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Instrumento de coleta de dados

PROJETO: **Etiologia e frequência da dor relatada por mulheres com câncer de mama**

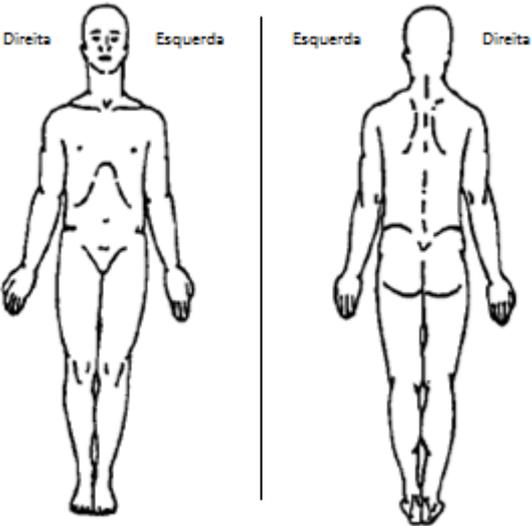
ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira

PESQUISADOR: Christina Guimarães Ribeiro Soares

| | |
|--|----------------------------------|
| Identificação: | Idade: |
| Número do questionário: | Data de preenchimento: / / |
| Data de Nascimento: / / | Raça: |
| Município de residência: | |
| Objeto de pesquisa | |
| A senhora sentiu dor nas últimas 24 horas? () Sim () Não | |
| Dados sociodemográficos | |
| Estado civil: () Solteira () Casada () União consensual () Separada () Divorciada () Viúva | |
| Religião: () Ateu () Católica () Evangélica () Espírita () Outro | |
| Praticante: () Sim () Não | |
| Escolaridade: () Analfabeta () Ensino médio () Ensino fundamental () Ensino superior () Pós-graduação | |
| Profissão: | |
| Situação de trabalho: () Empregada () Desempregada () Aposentada () Estudante () Autônoma () Licença saúde () Do lar | |
| Dados clínicos | |
| Como avalia a sua saúde de forma geral? () Muito ruim () Ruim () Nem ruim nem boa () Boa () Muito boa | |
| Conhece o diagnóstico? () Sim () Não () Duvidoso | |
| Tempo de diagnóstico: | |
| Tumor primário: | |
| Metástase: () Sim () Não () Em investigação | |
| Dados sobre a dor | |
| A sua dor está relacionada a sua doença? () Sim () Não () Ambas Se não está relacionada ao câncer; está relacionada à que? | |
| Você sentia dor antes do aparecimento do câncer? () Sim () Não Se sim, onde? | |
| Ainda dói? () Sim () Não | |
| Tratamentos realizados: () Quimioterapia () Radioterapia () Hormônio () Cirurgia () Braquiterapia | |
| Observações: | |

ANEXO A

Inventário breve de dor (IBD)

| | |
|----|---|
| 1) | Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (cefaleia, dor de dente). Você teve hoje, dor diferente dessas? 1. Sim..... 2. Não..... |
| 2) | Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa. |
| |  |
| 3) | Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor ----- Pior dor possível |
| 4) | Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor ----- Pior dor possível |
| 5) | Circule o número que melhor descreve a média de sua dor. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor ----- Pior dor possível |
| 6) | Circule o número que mostra quanta dor ocorre agora. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor ----- Pior dor possível |
| 7) | Que tratamentos ou medicações você está recebendo para dor? |
| 8) | Nas últimas 24 horas, qual a intensidade de melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações. Circule a porcentagem que melhor demonstra o alívio que você obteve. 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Sem alívio ----- Alívio completo |
| 9) | Circule o número que descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua: |
| | Atividade geral 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não interferiu ----- interferiu completamente |

| | | |
|--|------------------------|---|
| Humor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Não interferiu ----- interferiu completamente |
| Habilidade de caminhar | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Não interferiu ----- interferiu completamente |
| Trabalho | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Não interferiu ----- interferiu completamente |
| Relacionamento com outras pessoas | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Não interferiu ----- interferiu completamente |
| Sono | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Não interferiu ----- interferiu completamente |
| Apreciar a vida | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Não interferiu ----- interferiu completamente |

ANEXO B



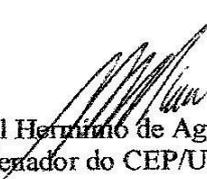
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista s/n – Prédio do Centro de Pesquisas Biomédicas - Bairro
Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE | Fone/Fax:(79) 2105-1805
E-mail: cep@ufes.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de pesquisa intitulado: **“PREVALÊNCIA E ETIOLOGIA DA DOR REPORTADA POR PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIAIS”**, Nº CAAE – **0552.0.000.107-11**, sob a orientação do **Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira**, tratando-se do projeto de pesquisa apresentado como requisito para a seleção ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina desta Universidade, da mestrandia **Christina Guimarães Ribeiro Soares**, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS em reunião realizada dia **06/05/2011**.

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Res. CNS 196/96).

Aracaju, 06 de maio de 2011.


Prof. Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/UFS