

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE
ESCALA PARA AVALIAR QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO**

NEWTON BARROS

Orientador: Prof. Dr. Algemir Lunardi Brunetto

*Dissertação de Mestrado apresentada no
Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica
Médica para obtenção do título de Mestre.*

**Porto Alegre
1996**

Ficha Catalográfica

B277d Barros, Newton

Desenvolvimento e validação de escala para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer avançado / Newton Barros; orient. Algemir Lunardi Brunetto. - Porto Alegre: UFRGS, 1996.

148 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica.

1. Neoplasias. 2. Qualidade de vida. 3. Efeitos psico-sociais da doença. 4. Avaliação. 5. Medição da dor. I. Brunetto, Algemir Lunardi. II. Título.

C.D.D. 616.994

C.D.U. 616.006.6

Catálogo na fonte: Biblioteca FAMED/HCPA

**"I BELIEVE WE MUST APPLY THE SCIENCE
AND ART OF PAIN RELIEF AS IF A LIFE
DEPENDS ON IT. CERTAINLY THE QUALITY
OF LIFE DOES".**

Spross J., 1985

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes do Hospital Nossa Senhora da Conceição, na maioria já falecidos que, participando do estudo, colaboraram para esta iniciativa visando à melhora da qualidade de vida de seus semelhantes.

Ao Prof. Algemir Lunardi Brunetto, cujo exemplo de conduta científica, postura profissional e humana, foi de grande importância durante a realização deste trabalho.

À Profa. Sandra Fuchs, pelo auxílio na orientação dos aspectos epidemiológicos e montagem da Escala.

Ao Prof. José Roberto Goldin, pelos ensinamentos a respeito de técnicas de elaboração e aplicação de questionários enviados pelo correio.

Ao Prof. Gilberto Schwartzman, pelo incentivo quando de meu ingresso como aluno do Curso de Pós-Graduação.

Ao Dr. Francisco Aires Leite, chefe do Centro de Alívio da Dor do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pelos comentários e críticas feitos ao trabalho.

À Fisioterapeuta Denise Lewin e colaboradores, pelo auxílio no teste de tradução da Escala.

À Enfermeira Maria Helena de Ávila, do Centro de Alívio da Dor do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pelo auxílio na aplicação da Escala para medir dor nos pacientes.

À secretária Marta Hetman, do Centro de Alívio da Dor do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pela supervisão na aplicação da Escala aos pacientes.

À Dra. Carol Moinpur, da Universidade de Washington, em Seattle, por orientações sobre qualidade de vida e indicação de referências fundamentais sobre o assunto.

À Betty Ferrell RN, City of Hope Medical Center, CA, EUA, pelo auxílio por correspondência.

Ao Centro de Aperfeiçoamento e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, por ter permitido a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E TABELAS	11
LISTA DE FIGURAS	12
RESUMO	14
SUMMARY	17
1 - INTRODUÇÃO	21
1.1 - Importância do Câncer como Problema de Saúde Pública	21
1.2 - Dor no Paciente com Câncer	24
1.2.1- <u>Conceito de Dor</u>	24
1.2.2 - <u>Epidemiologia</u>	24
1.2.3 - <u>Escalas para Medir Dor</u>	26
1.2.3.1 - <i>Escala Numérica</i>	27
1.2.3.2 - <i>Escala Análogo-Visual</i>	27
1.2.3.3 - <i>Escala Numérico-Verbal de 0 a 10</i>	28
1.2.3.4 - <i>Escala Categórica</i>	28
1.2.3.5 - <i>Escala de Alívio da Dor</i>	28
1.2.3.6 - <i>Questionário de McGill</i>	29
1.2.4 - <u>Fatores Associados ao Tratamento Inadequado da Dor no Câncer</u>	29
1.2.5 - <u>Enfoque Multidisciplinar para Tratamento da Dor</u>	32
1.3 - Prevalência de Sintomas no Paciente com Câncer	33
1.4 - Cuidados Paliativos	35
1.5 - Qualidade de Vida	35
1.5.1 - <u>Aspectos Históricos</u>	35
1.5.2 - <u>Conceituação</u>	37

1.5.3 - <u>Métodos para Avaliação</u>	42
1.5.4 - <u>Características de uma Boa Escala</u>	47
1.5.5 - <u>Utilidade Clínica de uma Escala</u>	49
1.6 - Influência da Dor na Qualidade de Vida do Paciente com Câncer.....	51
1.7 - Importância do Presente Estudo	51
2 - OBJETIVOS DO ESTUDO	54
3 - METODOLOGIA	56
3.1 - Questionário para Médicos Oncologistas	56
3.2 - Desenvolvimento e Validação de Escala sobre Qualidade de Vida	58
3.2.1 - <u>Identificação da Escala</u>	58
3.2.2 - <u>Testagem Inicial da Escala</u>	59
3.2.3 - <u>Modificações da Escala</u>	60
3.2.4 - <u>Escore da Escala</u>	61
3.2.5 - <u>Versão Final da Escala</u>	61
3.2.6 - <u>Grupos de Validação da Escala após Modificações</u>	65
3.2.6.1 - <i>Grupo de Estudantes</i>	66
3.2.6.2 - <i>Grupo de Pacientes em Tratamento para Hipertensão</i>	66
3.2.6.3 - <i>Grupo de Pacientes com Câncer Avançado</i>	66
3.2.7 - <u>Crterios para Validação</u>	68
3.3 - Utilização da Escala de Qualidade de Vida Pós-Validação	69
3.3.1 - <u>Tratamento da Dor por Equipe Multidisciplinar</u>	69
3.3.2 - <u>Pacientes do Grupo em Estudo</u>	71
3.4 - Análise Estatística	73
3.4.1 - <u>Questionário para Médicos Oncologistas</u>	73

3.4.2 - <u>Escala para Medir Qualidade de Vida</u>	73
3.4.2.1 - <i>Validação da Escala de Qualidade de Vida</i>	73
3.4.2.2 - <i>Utilização da Escala de Qualidade de Vida</i> <i>Pós-Validação</i>	74
4 - RESULTADOS	76
4.1 - Questionário para Médicos Oncologistas	76
4.1.1 - <u>Índice de Resposta</u>	76
4.1.2 - <u>Dados Gerais</u>	76
4.1.3 - <u>Período de Formatura e Vínculo com Hospital Univer-</u> <u>sitário</u>	78
4.1.4 - <u>Impressão sobre a Magnitude do Problema Dor e</u> <u>Formação Médica sobre o Assunto</u>	79
4.1.5 - <u>Conhecimento dos Profissionais em Terapêutica de</u> <u>Analgésicos e Métodos de Tratamento da Dor</u>	85
4.1.6 - <u>Objetivos dos Profissionais no Manejo da Dor e</u> <u>Experiência de Dor Forte em Si Próprio</u>	93
4.1.7 - <u>Influência do Tempo de Formatura no Interesse em</u> <u>Tratar Dor no Câncer e nos Conhecimentos sobre o</u> <u>Uso de Drogas Analgésicas</u>	94
4.2 - Escala sobre Qualidade de Vida	96
4.2.1 - <u>Testagem Inicial da Escala e Modificações</u>	96
4.2.2 - <u>Comparação dos Escores Obtidos pelos Grupos</u> <u>Estudados</u>	98
4.2.3 - <u>Estudos de Validação</u>	99
4.2.3.1 - <i>Estudantes Universitários</i>	99
4.2.3.2 - <i>Pacientes em Tratamento para Hipertensão</i> ...	100
4.2.3.3 - <i>Pacientes com Câncer</i>	101
4.3 - Utilização da Escala de Qualidade de Vida Pós-Validação	102

4.3.1 - <u>Escala para Medir Qualidade de Vida</u>	103
4.3.2 - <u>Escala de Karnofsky</u>	104
4.3.3 - <u>Escala Numérico-Verbal para Medir Dor</u>	104
4.3.4- <u>Comparação entre as Escalas</u>	104
5 - DISCUSSÃO	107
5.1 - Questionário para os Médicos Oncologistas	107
5.2 - Escala para Medir Qualidade de Vida	115
6 - CONCLUSÕES	122
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	139

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Prevalência de sintomas nos pacientes com câncer	34
Quadro 2	Escala do estado funcional de Karnofsky	46
Tabela I	Características gerais dos grupos estudados	65
Tabela II	Sítios de origem da neoplasia nos pacientes estudados	67
Tabela III	Características gerais do grupo estudado	72
Tabela IV	Sítio do tumor dos pacientes estudados	72
Tabela V	Pacientes que recebem procedimentos invasivos	83
Tabela VI	Percentual de respostas das questões da Escala	97
Tabela VII	Questões não respondidas	97
Tabela VIII	Número de pacientes que repetiram o preenchimento da Escala no período de nov/94 a jul/95	103
Tabela IX	Média dos escores dos 20 pacientes obtidos em três ocasiões	105
Tabela X	Correlação entre as escalas	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Causas de mortalidade nas capitais	23
Figura 2	Índice de morte projetada	23
Figura 3	Escala analgésica de três degraus da OMS	26
Figura 4	Percepção da QV segundo Spilker	40
Figura 5	Visão de comunidade	42
Figura 6	Especialidade exercida pelos médicos pesquisados, além de oncologia	77
Figura 7	Período de formatura	78
Figura 8	Vínculo com hospital universitário	79
Figura 9	Opinião dos médicos entrevistados sobre o percentual de seus pacientes que se queixam de dor	80
Figura 10	Tempo dedicado pelos profissionais para tratar pacientes com dor de câncer	81
Figura 11	Opinião dos profissionais sobre o percentual de seus pacientes com dor que recebem analgesia adequada	82
Figura 12	Percentual de profissionais que receberam treinamento para tratar a dor	84
Figura 13	Percentual de profissionais que tem interesse em educação continuada para tratar a dor	84
Figura 14	Respostas dos médicos oncologistas quanto à prescrição de meperidina e morfina	86
Figura 15	Doses de AAS utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4 hs	89

Figura 16	Doses de codeína utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4 hs	90
Figura 17	Doses de meperidina utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4 hs	91
Figura 18	Doses de morfina utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4 hs	92
Figura 19	Influência do tempo de formatura no interesse em tratar a dor no câncer e nos conhecimentos sobre o uso de drogas analgésicas	95

RESUMO

Pela sua incidência e mortalidade, o câncer representa um problema de saúde pública mundial e no Brasil. Ações são necessárias, portanto, na estruturação de atividades multidisciplinares em Oncologia dirigidas para a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e melhora da qualidade de vida (QV). A dor é um dos sintomas mais frequentes nos pacientes com câncer e é importante fator de piora da QV, mas, no entanto, existem evidências de que, com frequência, ocorre prescrição de subdoses de analgésicos, tanto em pacientes internados como ambulatoriais. Uma correta avaliação do impacto da doença e do tratamento na QV requer a existência de instrumentos que permitam quantificar variações não só do bem-estar físico e funcional mas também, psicológico e social dos pacientes. As escalas utilizadas em nosso meio, entretanto, são dirigidas a investigar sintomas físicos específicos ou alterações psicológicas de forma isolada. Duas das mais usadas são a escala de Karnofsky, que mede o estado funcional, e a escala numérico-verbal, que mede a intensidade de dor.

O presente estudo teve como objetivos: verificar o grau de conhecimento dos oncologistas do Rio Grande do Sul sobre analgesia; desenvolver uma escala para medir QV e validá-la no nosso meio; utilizar a escala validada em um grupo de pacientes com câncer e dor, comparando-a com a escala de Karnofsky e a numérico-verbal para medir dor.

A avaliação do grau de conhecimento dos oncologistas foi feita através de um questionário enviado a 103 médicos pelo Correio. A escala para medir QV foi traduzida, adaptada e testada em indivíduos saudáveis, pacientes hipertensos e pacientes com câncer. Após a validação a escala foi utilizada para monitorar mudanças na QV em um grupo de 20 pacientes com câncer avançado. As escalas de Karnofsky e numérico-verbal para medir dor foram aplicadas concomitantemente para comparação.

O conhecimento inadequado dos médicos que responderam ao questionário a respeito de doses e efeitos dos analgésicos opióides confirma sugestões de outros estudos a respeito de conhecimento insuficiente desses profissionais sobre o manejo da dor. Esta limitação é também refletida na percepção dos próprios médicos que manifestaram o desejo de participar de programas de educação continuada sobre o assunto. O uso da escala de QV nos três grupos estudados mostrou diferenças significativas entre eles discriminadas pela escala. A média dos escores do grupo de indivíduos saudáveis foi de 87,64 (DP= 6,49), a dos pacientes

hipertensos foi de 77,33 (DP= 10,2) e a dos pacientes com câncer foi de 64,27 (DP= 10,82). O escore obtido pelos indivíduos sadios foi significativamente maior do que o dos hipertensos, e o destes, significativamente superior ao dos obtidos pelos pacientes oncológicos ($p < 0,05$). Ocorreu correlação estatisticamente significativa entre a escala de QV e as escalas de Karnofsky e numérico-verbal de dor.

Em conclusão, a análise dos questionários respondidos pelos médicos oncologistas sugere que o ensino do tratamento da dor deve ser estimulado nos programas de graduação, residência, especialização e pós-graduação em Medicina. A escala desenvolvida e validada no presente estudo: 1) é um instrumento que permite quantificar QV em seu sentido amplo que inclui bem-estar físico, emocional e social; 2) é um instrumento potencialmente válido para monitorar variações na QV em indivíduos ou grupo de indivíduos submetidos a intervenções clínicas para cuidados paliativos em câncer avançado; 3) apresenta resultados concordantes com a escala de Karnofsky e estes resultados são influenciados pela intensidade de dor no paciente com câncer.

SUMMARY

Due to its incidence and mortality rate, cancer is a public health problem in Brazil. Therefore, action should be undertaken to structure multidisciplinary activities in Oncology for prevention, early diagnosis, treatment and improvement of quality of life (QOL). Pain is one of the most frequent symptoms in cancer patients, and is a major factor in worsening QOL. However, there is evidence that, often, excessively low doses of analgesics are prescribed, both for inpatients and outpatients. The correct assessment of the impact of disease and treatment on QOL requires instruments which will enable the quantification of variations, not only of the physical and functional status but also of the psychological status and social welfare of patients. The scales used here, however, are mainly for the purpose of investigating specific physical symptoms or isolated psychological changes. Two of the most used are the Karnofsky scale, which measures functional status, and the verbal numerical scale, which measures intensity of pain.

This study had the following objectives: to find out how much Rio Grande do Sul oncologists know about pain control; to develop and validate a scale to measure QOL; to use the scale in a group of patients with cancer and pain, comparing the results with the Karnofsky scale and the pain scores measured by numerical-verbal scales.

The oncologists' knowledge was measured by means of a questionnaire mailed to 103 physicians. The QOL measurement scale was translated, adapted and tested in healthy individuals, hypertensive patients and cancer patients. After validation, the scale was used to monitor changes in QOL, in a group of 20 patients with advanced cancer. The Karnofsky and numerical-verbal scales to measure pain were applied concurrently to the QOL scale.

The knowledge of physicians who answered the questionnaire regarding doses and side-effects of opiate analgesics were considered inadequate. This finding confirms suggestions by other studies regarding the insufficient training of medical doctors on pain management. Their limited knowledge on pain management is also reflected by their desire to participate in continued education programs on the subject. The use of the QOL scale in the three groups studied showed significant differences between them, visible in the scale. In the healthy individuals the average score was 87,64 (+- 6,49), in the hypertensive patients was 77,33(+10,2) and in the cancer patients was 64,27(+ 10,82). There was a

significant correlation between the QOL scale and the Karnofsky and numerical-verbal pain scales.

The results of this study suggest that undergraduate and graduate medical courses should be encouraged to teach the treatment of pain. The present QOL scale is: 1) an instrument which allows quantification of QOL in its broad sense including physical, emotional and social welfare; 2) a potentially valid instrument to monitor QOL variations in individuals or a group of individuals submitted to clinical interventions for palliative care in advanced cancer; 3) presents findings which agree with those obtained by the Karnofsky scale.

1 - INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Importância do Câncer como Problema de Saúde Pública

As causas mais comuns de morte no mundo após o 5º ano de vida são as doenças cardiovasculares, o câncer e os acidentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰⁵, atualmente são diagnosticados cerca de nove milhões de novos casos de câncer por ano no mundo, ocorrendo mais da metade deles nos países em desenvolvimento. Dados de prevalência indicam a existência, na atualidade, de aproximadamente 14 milhões de pessoas portadoras de câncer. Estimam-se, para o ano 2015, 15 milhões de novos casos, 2/3 dos quais nos países em desenvolvimento. Esses países, em conjunto, detêm apenas 5% dos recursos globais para o controle do câncer, e a maioria dos pacientes, ao procurar atendimento, já está em estado avançado da doença^{55,105}.

No Brasil, as estatísticas de saúde dos últimos 50 anos mostram progressiva diminuição da mortalidade por causas relacionadas a doenças infecto-parasitárias, elevação da expectativa de vida e aumento do número de casos de câncer. Atualmente o câncer representa a segunda *causa mortis* mais freqüente, atrás somente das doenças cardiovasculares (figura 1). As projeções mostram que dentro de 30 anos mais de 85% dos brasileiros viverão em áreas urbanas, o número de pessoas idosas terá dobrado e 10% da população terá mais de 65 anos; as doenças cardiovasculares, o câncer e o trauma serão responsáveis por cerca de 74% dos óbitos (figura 2). Atualmente o câncer é responsável por 10% de todas as mortes, tendo uma proporção maior no sul (14%) que no nordeste (7%), provavelmente refletindo as diferenças em longevidade das duas populações. Os principais responsáveis pelos óbitos são câncer de pulmão, estômago e mama ¹⁰³.

Em virtude do mau prognóstico dos pacientes com câncer em fase avançada, o principal objetivo dos programas de saúde deveria ser a ênfase à prevenção e ao diagnóstico precoce. Progressos no tratamento têm permitido que os pacientes com doença avançada sobrevivam por mais tempo, sendo importante, porém, a avaliação dos aspectos que influenciam a sua qualidade de vida (QV), tais como, dor persistente, presença de sintomas crônicos e redução da capacidade funcional ^{9,10,78}.

% DE TODAS AS MORTES

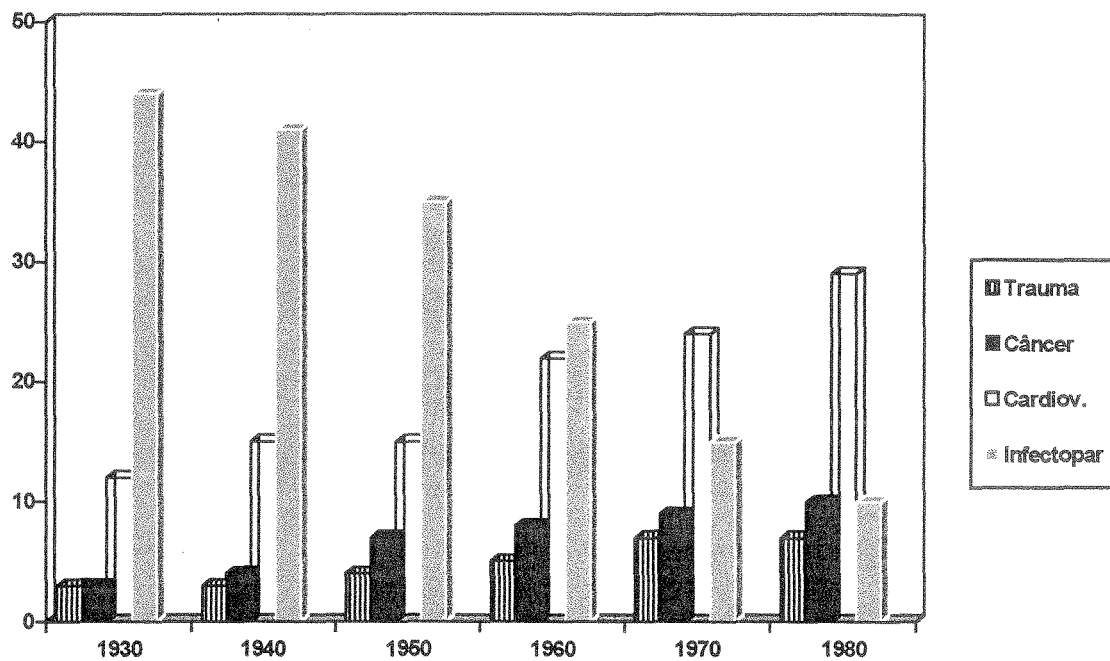


Fig. 1 - Brasil - Causas de mortalidade nas capitais ¹⁰³

ÍNDICE DE MORTE /1.000/ANO

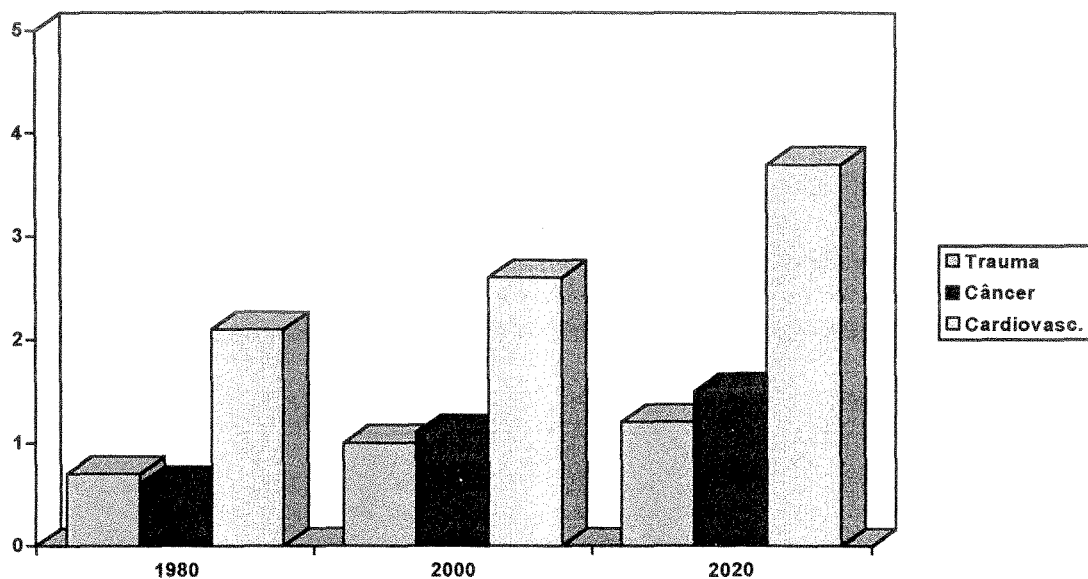


Fig. 2 - Brasil - Índice de morte projetada ¹⁰³

1.2 - Dor no Paciente com Câncer

1.2.1 - Conceito de Dor

Segundo a *International Association for the Study of Pain*, a dor é uma experiência emocional e sensorial desagradável associada a dano tissular potencial ou real, ou descrita em função desse dano.

1.2.2 - Epidemiologia

Estimativas da OMS¹⁰⁵ sugerem que, no presente, aproximadamente 4 milhões de pessoas com câncer sofrem de graus variados de dor, a maioria das quais não recebe tratamento sintomático satisfatório. Vários estudos têm demonstrado que a prevalência da dor aumenta com a progressão da doença, e que sua intensidade, tipo e localização podem variar de acordo com o local do tumor primário, sua extensão e velocidade de progressão e tratamentos empregados^{25,31,49}. Bonica⁹ revisou 12 trabalhos publicados por Centros de Tratamento Oncológico de países desenvolvidos, incluindo uma análise de aproximadamente 2.600 pacientes com câncer e sugeriu que mais de 50% deles sofrem de dor sem alívio satisfatório. Outro estudo realizado por Daudt e cols.¹⁹, em pacientes com câncer, mostrou que a dor moderada a intensa está presente em 50% dos enfermos e é extremada ou severa em 30% deles.

O tratamento da dor no câncer progrediu nas últimas décadas graças a numerosos fatores, entre eles a melhoria no diagnóstico e tratamento dos tumores, o conhecimento mais preciso da farmacoterapia analgésica e o interesse crescente dos profissionais da saúde em controlar os sintomas que influenciam na qualidade de vida dos pacientes.

A dor no câncer pode ser considerada uma questão de saúde pública, e o seu manejo adequado é um dos quatro temas prioritários da OMS em relação ao câncer; os outros são prevenção, detecção precoce e tratamento das neoplasias curáveis^{44,105}.

Em 1982, a OMS¹⁰⁵ definiu uma estratégia para o alívio da dor no câncer que é considerada simples, de baixo custo e fácil de aplicar a nível de comunidade. Ficou sendo conhecida como a **ESCALA ANALGÉSICA DE TRÊS DEGRAUS** (figura 3). O primeiro degrau corresponderia a analgésicos de menor potência que seriam acrescidos de outros ou substituídos por mais potentes, no segundo e terceiro degraus, conforme a intensidade ou persistência da dor. Investigações incluindo mais de 2.900 pacientes demonstraram que a utilização do modelo de escada analgésica permitiu aliviar de maneira efetiva a dor em, no mínimo, 75% deles^{89,92,95}.

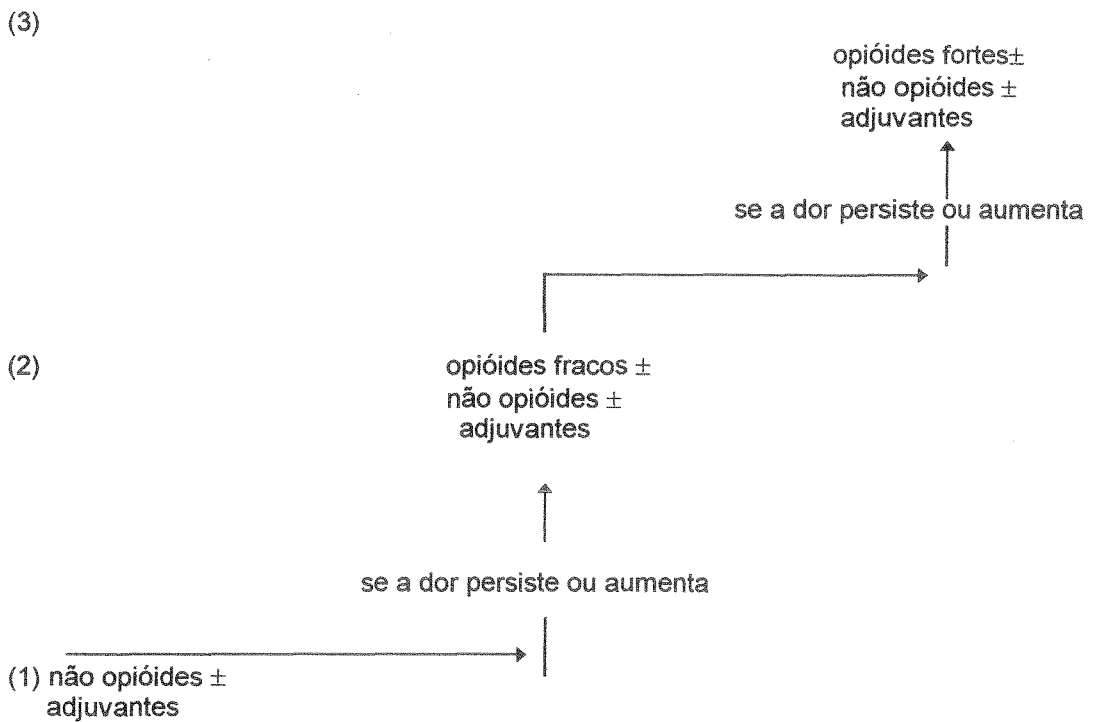


Fig. 3 - Escada analgésica de três degraus da OMS¹⁰⁵

1.2.3 - Escalas para Medir Dor

Por serem subjetivas, as informações sobre a intensidade da dor só podem ser fornecidas por quem a sente. A avaliação feita pelo observador pode ser inadequada e conduzir a erros. Isto porque os dados passíveis de observação, como modificações na expressão facial, alteração da frequência cardíaca ou da pressão arterial e outros que habitualmente estão presentes na dor aguda, são inconsistentes quando se avaliam pacientes com dor crônica como ocorre no caso do

câncer. Por esta razão, nos anos mais recentes foi proposta uma série de escalas de variado grau de complexidade, que permitem medir e acompanhar a evolução da intensidade da dor nos pacientes e, com isto, avaliar a efetividade da analgesia.

As mais utilizadas são as descritas abaixo⁶⁰:

1.2.3.1 - Escala Numérica

Instruções: indique um número de 0 a 10 que represente a intensidade da dor neste momento, sendo que 0 representa ausência de dor e 10 a pior dor imaginável.

nenhuma dor = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = a pior dor imaginável

1.2.3.2 - Escala Análogo-Visual

Instruções: indicar na linha abaixo o quanto é forte a dor sentida neste momento.

nenhuma dor | _____ | a pior dor imaginável

O comprimento da linha é de dez centímetros, e o escore da dor será de 0 (nenhuma dor) até 10 (a pior dor imaginável), obtido através da medição com uma régua.

1.2.3.3 - Escala Numérico-Verbal de 0 a 10

Instruções: se tivéssemos uma espécie de termômetro para medir dor com escala de 0 a 10, sendo ZERO = NENHUMA DOR e 10 = A PIOR DOR QUE POSSA IMAGINAR, que número seria a sua dor neste momento?

1.2.3.4 - Escala Categórica

Instruções: indicar a palavra abaixo que melhor descreve a dor sentida neste momento.

LEVE DESCONFORTANTE ANGUSTIANTE HORRÍVEL INSUPORTÁVEL

1.2.3.5 - Escala de Alívio da Dor

Instruções: indicar na linha abaixo quanto de alívio de dor teve hoje em relação a ontem?

nenhum alívio 0% _____ 100% alívio completo

1.2.3.6 - Questionário de McGill

O Questionário de McGill⁶¹ é a mais extensa escala multidimensional disponível, pois avalia a dor em três dimensões: sensorial, afetiva e a sensação subjetiva global da experiência de dor. Consiste em 20 grupos de palavras. O paciente é solicitado a selecionar grupos que sejam condizentes com sua dor e assinalar as palavras que melhor a descrevem dentro de cada grupo. É possível atribuir um escore para cada dimensão e obter um escore final.

Não existe uma escala universalmente aceita como ideal para quantificar a dor. No nosso meio, utilizam-se escalas internacionais traduzidas para a língua portuguesa. Elas apresentam dificuldades de interpretação associadas a variações na tradução da língua original, e ainda não foram objeto de validação. Por estas razões, a escala numérico-verbal de 0 a 10 é uma das mais utilizadas, sendo considerada de melhor entendimento pelos pacientes⁶⁵.

1.2.4 - Fatores Associados a Tratamento Inadequado da Dor

Vários estudos tentaram analisar as causas da analgesia inadequada em pacientes internados. Marks e Sachar⁵⁷ constataram a

prescrição de subdoses de narcóticos. Em outro trabalho, revisando prontuários médicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Costa e cols.¹⁶ constataram problema semelhante.

De acordo com a OMS¹⁰⁵, as principais razões que explicam o tratamento insatisfatório da dor no câncer são:

a) O desconhecimento por parte de muitos profissionais de saúde sobre os métodos disponíveis para tratar adequadamente a dor no câncer.

b) A falta de uma política governamental específica nos programas nacionais de saúde.

c) A inexistência, em muitos locais, de medicamentos essenciais para aliviar a dor no câncer.

d) O receio de provocar adição tanto nos pacientes de câncer como no público em geral se for facilitado o acesso aos opióides fortes com fins terapêuticos.

e) A falta de educação continuada aos estudantes de medicina, médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde sobre a importância do tratamento da dor no câncer.

Twycross e Lack⁹³, em análise sobre as causas do tratamento inadequado da dor no câncer, destacam outros fatores de importância, tais como:

a) A prática médica de prescrever analgésicos para pacientes internados com a indicação “se necessário” em vez de a intervalos fixos. Vários estudos têm demonstrado que este esquema de prescrição dificulta o recebimento do analgésico por parte do paciente, porque em geral ele só pede o analgésico quando está com dor forte, mas a enfermagem entende o “se necessário” como “só em último caso”.

b) Insuficiente conhecimento da farmacologia dos analgésicos opióides por parte dos profissionais da saúde.

c) O costume de prescrever doses *standard* em vez de doses individualizadas. Existem evidências de que as necessidades individuais variam consideravelmente, tanto no pós-operatório como no câncer terminal.

d) A preocupação dos profissionais da saúde de que os opióides causem depressão respiratória. Este parafefeito dos opióides, entretanto, é muito raro, especialmente em pacientes com dor severa, mesmo recebendo doses altas de morfina por via oral ou parenteral. Ware⁹⁹ entende que isso ocorre porque a dor atua como um poderoso antagonista da depressão respiratória induzida por narcótico.

Um estudo brasileiro, realizado em São Paulo, investigando em um grupo de enfermeiros da área oncológica os conhecimentos sobre dor, confirmou a maioria dos fatores citados acima⁷⁰.

Ward e cols.⁹⁸, em 1993, constataram dificuldades no manejo da dor no câncer relacionadas com preconceitos dos próprios pacientes quanto ao uso de opióides fortes.

1.2.5 - Enfoque Multidisciplinar para Tratamento da Dor

Durante a IIª Guerra Mundial, Bonica, chefe de Anestesiologia do *Madigan Army Hospital* (EUA), observou que portadores de dor crônica não recebiam um tratamento adequado, por não existir um especialista que pudesse tratar as complexas situações apresentadas por tais pacientes. Finda a Guerra, Bonica organizou o primeiro grupo multidisciplinar para tratamento da dor. Em 1953, publicou o livro *The Management of Pain*, um clássico sobre o assunto, onde introduziu os conceitos sobre a importância do papel das emoções na experiência de dor e as características da multidisciplinaridade no seu tratamento. Conforme citado por Loeser e Egan⁵², Bonica fundou, em 1960, a Clínica de Dor na Universidade de Washington, em Seattle, levando aqueles conceitos para o meio acadêmico. A idéia da multidisciplinaridade foi sendo reforçada progressivamente, assim como a necessidade da participação de psicólogos e psiquiatras no tratamento da dor, pois muitos pacientes

apresentavam depressão e problemas familiares que influenciavam suas vidas e atividades profissionais^{52,77,87}. As idéias de Bonica serviram de modelo para numerosas clínicas nos EUA e em outros países⁵². Em 1974, foi fundada a *International Association for the Study of Pain* por Bonica e outros, a qual passou a congregiar interessados em todo o mundo, atualmente com mais de 4.000 associados em mais de 40 países.

1.3 - Prevalência de Sintomas no Paciente com Câncer

Numerosos estudos, na última década, têm demonstrado que, além da dor, um expressivo número de outros sintomas são experimentados pelos pacientes com câncer^{10,17,36,39}. O Quadro 1 ilustra a prevalência dos sintomas de maior relevância clínica e que representam motivo de crescente interesse nas pesquisas sobre o assunto. Segundo Portenoy⁷¹, entretanto, a maioria dos trabalhos sobre dor durante os últimos 40 anos não valorizou suficientemente a importância de outros sintomas físicos associados e sua repercussão no bem-estar do paciente. Investigações mais recentes têm incorporado escalas para determinar a intensidade dos sintomas de forma global (*Symptom Checklist 90*, *Brief Symptom Inventory*, *Profile of Mood States*, *Beck Depression Inventory*, *Hamilton Depression Scale* e *State Trait Anxiety Inventory*) e sua repercussão na qualidade de vida.

Quadro 1

Prevalência de sintomas nos pacientes com câncer⁷¹

SINTOMA	N	%
Falta de energia	236	74,2
Aborrecimento	230	70,9
Sentir-se triste	236	66,1
Dor	236	62,7
Sentir-se nervoso	231	61,9
Sonolência	236	61,0
Boca seca	237	56,5
Dificuldade de dormir	240	53,7
Sentir-se irritado	234	48,3
Perda de apetite	233	45,5
Náusea	238	44,5
"Sentir-se estufado"	236	39,4
Dificuldade de concentração	237	38,3
Constipação	227	33,5
Torpor/dormência	236	36,9
Mudança no paladar	230	36,5
Tosse	237	30,4
Prurido	232	27,6
Perda de peso	228	27,6
"Eu não pareço mais o mesmo"	228	27,2
Edema de membros superiores e/ou inferiores	231	26,8
Ganho de peso	226	26,5
Vertigens	234	24,4
Diarréia	235	24,3
Problemas sexuais	230	23,9
Falta de ar	238	23,5
Vômitos	238	21,0
Queda de cabelos	230	17,8
Dificuldade para urinar	235	15,7
Feridas na boca	233	12,9
Incontinência urinária	235	12,3
Pesadelos	238	11,3
Dificuldade de deglutição	233	10,3

1.4 - Cuidados Paliativos

A palavra paliativo deriva do latim *pallium*, associado ao verbo *pallare*, que significa encobrir, disfarçar, tendo sido adotada pelo moderno movimento HOSPICE para caracterizar os tratamentos sintomáticos que não tinham o objetivo de provocar alteração na evolução da doença. Os princípios norteadores destes tratamentos foram desenvolvidos nas unidades de internação de *hospices*, que são instituições destinadas ao atendimento dos pacientes com doença terminal. A atenção às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes terminais e seus familiares tornou-se conhecida como cuidado de *hospice* ou cuidado terminal. Em Oncologia, o tratamento paliativo é indicado para pacientes incuráveis com o objetivo de aliviar sintomas pela redução da massa tumoral e tem como intenção melhorar a qualidade de vida e/ou prolongá-la^{4,22,75,76}.

1.5 - Qualidade de Vida

1.5.1 - Aspectos Históricos

Segundo Wall⁹⁶, historicamente a Medicina teve três fases evolutivas. Na primeira, que se estendeu dos primórdios até o final do

século XVIII, predominava o tratamento dos sintomas, praticamente sem condições de influenciar na evolução natural das doenças. Uma segunda fase em que, à luz dos conhecimentos adquiridos sobre fisiopatologia e terapêutica, passou a ser possível realizarem-se intervenções capazes de alterar o curso das enfermidades; era a busca da cura como principal objetivo, muitas vezes às custas de intenso sofrimento para o paciente. Os sintomas eram vistos apenas como acompanhantes da doença básica, não despertando interesse para tratamento específico. A partir da segunda metade do século XX, uma terceira fase trouxe de volta a preocupação com o alívio dos sintomas, em paralelo com uma ênfase no tratamento específico da doença primária. O moderno movimento dos *hospices*, iniciado na Inglaterra na década de 60, foi o grande determinante desta mudança de atitude. Seus defensores entendiam que mesmo que o objetivo fosse a cura, era possível evitar o sofrimento durante o tratamento mais agressivo ou prolongado, dando importância ao alívio dos sintomas. Com mais razão ainda isto deveria ocorrer nos casos de doença incurável.

Ao fazermos uma retrospectiva histórica dos estudos clínicos em Medicina, vemos que, quase sempre, têm sido utilizados índices objetivos como critério de avaliação de resultados. Em Oncologia Clínica, por exemplo, notoriamente é dada ênfase aos dados de sobrevida e medidas objetivas da resposta tumoral, sem uma valorização adequada dos aspectos subjetivos relacionados à qualidade de vida destes pacientes.

O aumento da expectativa de vida como consequência da evolução dos cuidados de saúde trouxe um questionamento sobre a qualidade desta sobrevivência e como isto é valorizado pelos pacientes, pela família, pela sociedade e pela equipe de saúde.

Estes fatos demonstram uma crescente preocupação com o DOENTE e não só com a DOENÇA, dando início às discussões sobre qualidade de vida versus quantidade de vida^{12,88}.

Atualmente considera-se a monitorização da QV um recurso científico imprescindível para o acompanhamento da eficácia dos estudos clínicos em Oncologia^{14,30,37,50}.

1.5.2 - Conceituação

O conceito de QV é complexo, subjetivo, e se observam diferentes enfoques nas publicações sobre o assunto^{12,15,80}. Em geral os autores fazem referência à necessidade de considerar várias dimensões da QV. Hutchinson e cols.³⁹ identificam aspectos físicos, emocionais e sociais. Spilker⁸⁵ cita o estado físico e funcional, estado psicológico e bem-estar, interações sociais e fatores econômicos. Outros, os aspectos espirituais²⁰. Na visão da maioria dos autores, a escolha dos fatores envolvidos na QV tem como base o conceito de saúde ditado pela OMS¹⁰⁴:

“saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de enfermidade”. Assim, embora não exista um conceito universalmente aceito de QV, a opinião predominante é a que a define como sendo “A PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE O SEU ESTADO FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL”⁸⁵. É importante ressaltar a expressão “percepção do paciente”, isto é, o modo como ele vê a si próprio, pois este é um dado fundamental para o conceito.

Cohen¹⁵, ao discorrer sobre QV, defende a teoria de que todas as pessoas têm um plano para a sua vida, seja no âmbito profissional, familiar ou de interesses individuais. Para a realização deste “plano de vida” é necessário estar com boa saúde. Para Calman¹¹, QV seria a diferença entre as esperanças e expectativas do indivíduo (plano de vida) e a realidade presente. Quanto menor esta diferença, melhor a QV. Certas situações da prática clínica exemplificam a importância da percepção do paciente sobre o efeito causado por intervenções médicas. Por exemplo: o hipertenso severo cujos níveis tensionais estão controlados mas abandona o tratamento devido aos efeitos colaterais dos medicamentos que prejudicam a sua QV; o jovem em tratamento quimioterápico que, mesmo conhecedor de que o tratamento lhe dá boas chances de cura, o interrompe em virtude do desconforto que sente pela queda de cabelo conseqüente à terapia anti-neoplásica.

Diante destes problemas, o médico, numa visão tradicional, estaria preocupado principalmente em acompanhar a evolução da tensão arterial, no primeiro caso, e da neoplasia no segundo. Ao considerar a QV e introduzir a sua mensuração como critério para avaliar a efetividade dos tratamentos, o médico passa a aceitar a opinião do paciente como importante na planificação terapêutica, levando em conta as repercussões da terapia no paciente como um todo e não só no órgão alvo da atenção específica. A análise destes dados poderia servir não só para mudar a estratégia terapêutica num determinado caso, como também para que outros pacientes viessem a se beneficiar destas observações^{18,79,83,91,101}.

A avaliação da QV deve considerar os aspectos individuais dos pacientes, como mostram McNeil e cols.⁵⁸ na chamada “visão de utilidade”: alguns indivíduos podem preferir sobreviver a qualquer custo, enquanto outros poderão considerar não valer a pena viver sob certas circunstâncias. McNeil e sua equipe estudaram grupos de indivíduos normais dando-lhes duas opções de tratamento caso tivessem câncer de laringe: laringectomia, com maior sobrevida; e radioterapia, com o risco de menor sobrevida mas preservação da voz. Em média os dois grupos estudados (executivos e bombeiros) desejaram perder 14% de sua expectativa de vida para conservar a voz. Mas a análise isolada mostrou que os executivos se disporiam a perder um percentual maior de sua expectativa de vida do que os bombeiros (17% versus 6%), indicando o grau de importância (utilidade) atribuída por eles à comunicação verbal.

Num certo sentido, o conceito de utilidade poderia ser comparado ao adotado pelas companhias seguradoras, segundo as quais um olho vale mais do que um braço que, por sua vez, vale mais que uma perna, por exemplo.

As colocações de McNeil⁵⁸ podem nos auxiliar a entender como as pessoas se comportam de maneira diversa frente à deficiência ou perda de uma parte de si mesma.

O modo como as características e valores individuais dos pacientes interferem na percepção da QV pode ser ilustrado no modelo abaixo descrito por Spilker⁸⁵ (figura 4).

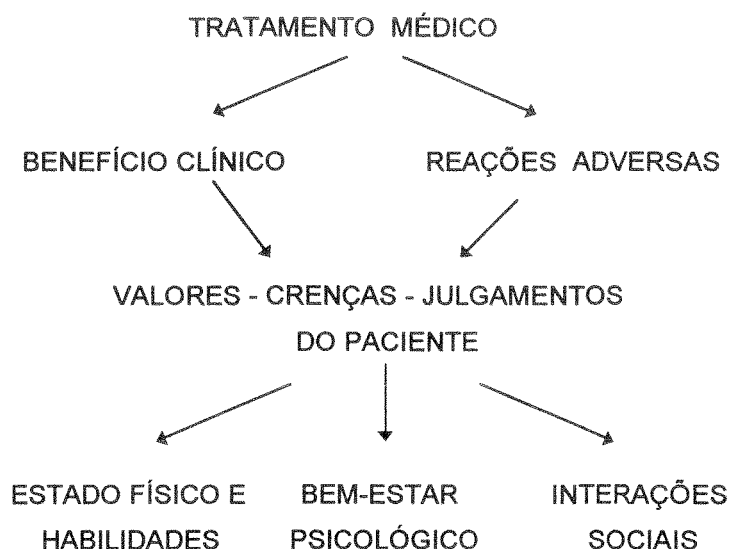


Fig. 4 - Percepção da QV segundo Spilker⁸⁵

Ware⁹⁹ propôs outro modo de organizar as variáveis - a que chamou de visão de comunidade - e que constituem o estado de saúde e integram o conceito da QV, mostrando o impacto da doença dentro de um contexto pessoal, emocional e social do indivíduo. Na sua concepção, as variáveis podem ser agrupadas em diferentes níveis, conforme mostra a figura 5. No nível inicial estariam os parâmetros fisiológicos da doença; no segundo nível, o funcionamento pessoal, que seria a capacidade de realizar as atividades diárias (autocuidado, mobilidade, etc.); nos dois níveis seguintes estariam o estado psicológico e a percepção geral de saúde; por último, o funcionamento e papel social, que se refere à capacidade para as atividades usuais, tais como emprego, escola e serviço da casa.

Estas discussões conceituais representam uma tentativa de definir QV em termos cientificamente analisáveis, considerando a influência dos resultados da doença e tratamento no estado funcional do paciente. Daí resulta um conceito de QV mensurável e passível de ser avaliado com o passar do tempo, tendo o paciente como seu próprio controle interno e sendo as questões respondidas conforme sua perspectiva individual.

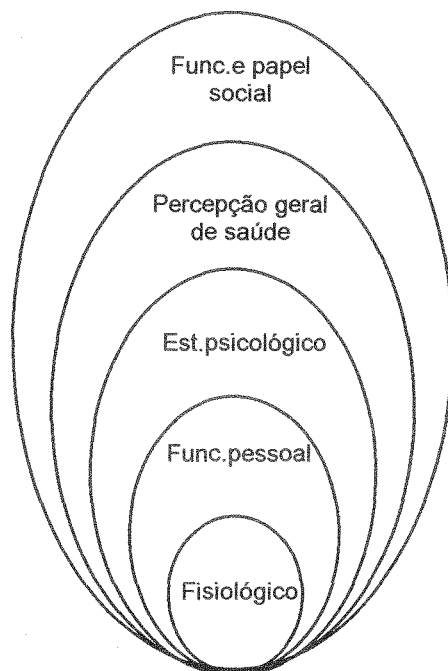


Fig. 5 - Visão de comunidade⁹⁹

1.5.3 - Métodos de Avaliação

As dimensões que integram o conceito de QV, por suas características abstratas e subjetivas, são de difícil mensuração. Métodos indiretos de medida ou indicadores podem ser usados através da observação direta, de entrevistas ou do uso de questionários^{38,59,66}.

Karnofsky e cols.⁴⁷, em 1948, foram os primeiros a propor a medida de parâmetros funcionais nos pacientes com câncer para avaliar a

evolução da doença ou os efeitos do tratamento. A escala sugerida por estes autores tornou-se um marco e, no presente, é a mais utilizada nos estudos clínicos em Oncologia para avaliar a capacidade dos pacientes de realizar as atividades da rotina diária (quadro 2). Publicações posteriores não avaliavam a QV na sua forma global, tendendo a investigar sintomas físicos específicos, como náuseas, vômitos, função intestinal, ou alterações psicológicas de forma isolada^{35,41,45}. Em 1968, Maddox⁵⁴, trabalhando com idosos, e em 1976, Priestman e Baun⁷⁴, estudando pacientes com câncer de mama, começaram a desenvolver técnicas para medir a QV usando escalas multidimensionais. A partir daí este assunto atraiu a atenção de muitos pesquisadores e diferentes escalas foram desenvolvidas^{1,2,3,27,34,50,84,85,86}.

Recentemente, Anderson e cols.⁶ elaboraram uma escala para avaliar o estado funcional de pacientes com câncer avançado, derivada da Escala de Karnofsky.

Medir QV significa verificar como o paciente se sente na realidade, não considerando apenas o que os testes clínicos estejam indicando. Ao contrário dos exames diagnósticos ou laboratoriais que se referem a resultados tomando por base uma faixa “normal”, os instrumentos que medem QV indicam como o indivíduo está funcionando em relação a suas aptidões física, emocional e social, ao trabalho e ao estilo de vida.

A maneira com que os estudos passaram a avaliar as mudanças na QV foi utilizando o próprio paciente como controle e as comparações feitas em relação à expectativa de função. Estas escalas significaram uma evolução no processo habitual de avaliação subjetiva efetuada pelo médico ou equipe, devido à inclusão de itens que refletem a percepção do próprio paciente sobre a sua situação^{85,88}. A importância de captar a percepção do paciente foi demonstrada em vários estudos nos quais se evidenciou fraca correlação quando comparada a avaliação subjetiva do médico com a percepção do paciente quanto à sua QV^{42,74,84}.

Jachuck e cols.⁴² perguntaram sobre QV a pacientes em uso de anti-hipertensivos, a seus médicos e a companheiros ou parentes próximos, usando a avaliação global da condição de cada paciente. Todos os médicos (100%) consideraram que os pacientes melhoraram, 48% dos pacientes referiram sentir-se melhor e 98% dos familiares julgaram que a QV do paciente piorou após o tratamento. Estes e outros trabalhos sugerem que pode não ser acurada a medida da QV feita pelo médico, o que pode dever-se, em parte, à tendência de o profissional julgar as respostas clínicas observadas e não como estas respostas são percebidas pelo paciente, levando em conta as suas crenças e valores individuais. Por estas razões, para a avaliação da QV, têm sido utilizados de modo crescente os questionários de auto-resposta que já eram largamente usados em psicometria. Foram desenvolvidas, mais recentemente, escalas

específicas para pacientes com câncer, a maioria das quais em publicações de língua inglesa^{1,2,62,69,81,82}.

Slevin e cols.⁸⁴ examinaram esta questão através de um estudo em que médicos e pacientes com câncer preencheram escalas de avaliação de QV idênticas ao mesmo tempo. A correlação entre os escores das escalas preenchidas pelos médicos e pelos pacientes foi fraca, sugerindo que os médicos nem sempre conseguem determinar, de maneira adequada, o que os pacientes sentem. Ao estudarem a reprodutibilidade destas escalas, foi demonstrada considerável variabilidade nos resultados entre diferentes médicos. O estudo concluiu que um método confiável e consistente para medir QV deveria basear-se em informações advindas dos próprios pacientes e não de seus médicos e enfermeiros.

Quadro 2

Escala do Estado Funcional de Karnofsky^{47,48}

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

1.5.4 - Características de uma Boa Escala

Donovan e cols.²¹ revisaram e analisaram 17 escalas existentes até 1986 e concluíram que nenhuma delas preenchia todos os critérios de adequação para avaliar QV. As características de um instrumento adequado para medir QV em pacientes com câncer propostas por Donovan estão descritas a seguir:

- **Conter uma apropriada conceituação de QV e:**
 - a) incluir itens sobre estado físico, psicológico, espiritual e social;
 - b) incluir itens e alternativas de resposta capazes de refletir aspectos positivos da QV;
 - c) oferecer possibilidade de escores por áreas específicas.

- **Possuir características psicométricas como:**
 - a) confiabilidade: quando não houver mudança no estado funcional do paciente, a repetição da aplicação da escala após curto intervalo de tempo não deve mostrar diferenças significativas entre os escores obtidos;

 - b) validade: é a capacidade de medir aquilo que se propõe a medir.

- **Ser sensível a mudanças na QV e conter:**
 - a) um razoável número de itens que contemplem as áreas básicas da QV;
 - b) múltiplas alternativas de resposta;

- **Ser baseada em dados gerados pelos pacientes, de preferência utilizando-se questionários de auto-resposta.**

- **Ser bem aceita pelos pacientes e profissionais de saúde. As seguintes características facilitam esta aceitação:**
 - a) ser compreensível para a maioria da população;
 - b) conter itens que sejam percebidos como relevantes pelos respondentes;
 - c) evitar questões que exijam tempo prolongado ou excessiva concentração para sua resposta;
 - d) ser fácil de aplicar o questionário e de computar o resultado, usando formato de questões fechadas e escala categórica.

Várias outras publicações^{8,29,43,45,62,68} que avaliam as características de uma escala ideal para medir QV apresentam sugestões similares às descritas pelo grupo de Donovan²¹.

Em nosso meio, com freqüência são utilizadas escalas traduzidas de outras línguas. Quando se reproduz uma escala desenvolvida em populações com características culturais diferentes das daquela que a originou, ela poderá não ser adequada para tal população. Por isso, antes de uma escala ser utilizada, é fundamental que se desenvolvam estudos para torná-la um instrumento válido tanto para avaliação individual de um paciente quanto para populações. No Brasil não existe, até o presente, uma escala para medir QV adaptada à nossa população e devidamente validada.

1.5.5 - Utilidade Clínica de uma Escala

Considerando que as escalas para medir QV representam uma avaliação da função global do paciente, é possível que o uso de instrumentos adequados e validados para doenças específicas permita aos profissionais de saúde entender e observar mudanças na QV dos pacientes que não são discriminadas habitualmente sem uma extensa entrevista. O uso seqüencial de uma escala, portanto, pode representar um instrumento valioso para identificar modificações secundárias a intervenções clínicas ou cirúrgicas, complementando os indicadores tradicionalmente utilizados, como mortalidade, morbidade e complicações^{7,15,64}. Outras situações importantes que não fazem parte da avaliação médica de rotina mas que podem afetar a QV, tais como,

função social, condição de emprego e estado psicológico, poderão ser identificadas e acompanhadas no tempo através da utilização da escala^{85,86}.

A adaptação de escalas utilizadas em pesquisa para o uso no consultório médico, de forma prática e rápida, é uma meta importante dos estudos sobre QV. Alguns deles já utilizam um questionário simplificado derivado de escalas mais complexas¹⁸.

Num estudo de Nelson e cols.⁶⁷, 90% dos pacientes opinaram que as escalas continham itens importantes que o médico deveria saber sobre eles. Médicos referiram que as escalas forneceram novas informações em 25% dos pacientes, levando a mudanças no tratamento em 40% deles. Apesar disto, segundo os autores, infelizmente a maioria dos médicos não acredita que medidas do estado funcional forneçam informações úteis para o manejo de seus pacientes. Nelson⁶⁷ e sua equipe consideraram que os resultados dos tratamentos podem ser melhorados se os médicos tratarem o paciente levando em conta sua função global e não só uma enfermidade específica.

Em Oncologia, a medida da QV tem sido sugerida para demonstrar diferenças de resposta dos pacientes frente a tipos específicos de câncer, avaliar o alívio dos sintomas e comparar respostas aos tratamentos²⁶.

1.6 - Influência da Dor na QV do Paciente com Câncer

Muitas publicações fazem referência à dor como causa de desconforto físico, psicológico e social nos pacientes^{32,52,63}. Portanto a dor não é um sintoma isolado, mas uma experiência que compromete as várias dimensões que compõem o conceito de QV. Embora intuitivamente os conceitos de dor e QV possam ser associados, poucos estudos têm examinado esta relação. Um trabalho de Ferrel e cols.²⁶ avaliou as respostas de um questionário aplicado a pacientes no qual a maioria deles mencionou a dor como uma das principais causas de prejuízo em sua QV. Parece haver consenso entre os autores de que a dor é um dos principais fatores da piora de QV nos pacientes com câncer^{9,26,27,72,85}.

1.7 - Importância do Presente Estudo

Os programas de tratamento da dor em pacientes oncológicos por equipe multidisciplinar necessitam de constante avaliação. Para tanto é fundamental a existência de mecanismos adequados que permitam quantificar os benefícios da intervenção terapêutica. Entretanto não há no nosso meio uma escala suficientemente validada que possa ser utilizada para avaliar o benefício do tratamento por equipe multidisciplinar e sua repercussão no bem-estar físico, psicológico e social dos pacientes. O

desenvolvimento e validação de uma escala que leve em consideração a QV de uma forma global é de extrema importância para avaliação de intervenções médicas, não só em pacientes oncológicos como também em pacientes com outras doenças crônicas.

2 - OBJETIVOS DO ESTUDO

2 - OBJETIVOS DO ESTUDO

- Avaliar os conhecimentos básicos dos médicos oncologistas do Rio Grande do Sul no manejo da dor no paciente com câncer.
- Desenvolver e validar uma escala para avaliar QV nos pacientes com câncer e dor.
- Utilizar a escala em um grupo de pacientes com câncer e dor para medir o efeito da intervenção terapêutica da equipe multidisciplinar.
- Comparar os resultados obtidos pelo uso da Escala de QV com a Escala de Karnofsky, que mede a capacidade funcional, e Escala Numérico-Verbal para medir dor.

3 - METODOLOGIA

3 - METODOLOGIA

3.1 - Questionário para Médicos Oncologistas

Para avaliar os conhecimentos básicos dos médicos no manejo da dor em pacientes com câncer, foi elaborado um questionário e enviado pelo correio juntamente com envelope-resposta selado para 103 médicos gaúchos membros da Sociedade Brasileira de Oncologia. Podem ser membros dessa sociedade oncologistas, mastologistas e cirurgiões oncológicos. Uma segunda remessa do questionário, após correção de endereços de 15 destinatários, foi feita quatro meses após, enfatizando o pedido para que colaborassem no preenchimento e devolução dos mesmos. Nesta segunda remessa foi informado que aqueles que já haviam respondido e enviado o primeiro questionário não tinham necessidade de fazê-lo novamente (Anexos 1 e 2).

O questionário continha 19 perguntas objetivas e não era necessária a identificação do respondente (Anexo 3). O tempo médio estimado para respondê-lo era de aproximadamente 5 minutos.

O questionário foi dividido em quatro partes:

a) dados gerais sobre os médicos;

b) conhecimento sobre a magnitude do problema dor e formação/ treinamento sobre o assunto;

c) conhecimento em terapêutica de analgésicos e métodos de tratamento de dor;

d) Objetivos dos médicos no manejo da dor e experiência de dor em si próprio.

Na tentativa de avaliar os conceitos e o conhecimento em relação ao período de formatura dos médicos, foi feita uma divisão em dois grupos: formados até 1979 e formados depois de 1979. Esta divisão justificou-se pelo fato de ter sido o início da década de 80 marcado por uma série de medidas da OMS dirigidas a melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o tratamento da dor no câncer.

3.2 - Desenvolvimento e Validação de Escala sobre QV

3.2.1 - Identificação da Escala

As publicações internacionais descrevem vários tipos de escalas, com maior ou menor grau de complexidade, abrangendo uma ou mais áreas incluídas no conceito de QV previamente descrito. Utilizou-se como referência a escala de Ferrel e cols.²⁷, (Anexo 4), traduzida e adaptada para a língua portuguesa.

A tradução da escala de Ferrel da língua inglesa não foi feita de forma literal e sim adaptada para ficar em linguagem compreensível aos pacientes no nosso meio. Foi modificada de uma escala análogo-visual de 0 a 100 para uma com respostas categóricas do tipo Likert^{5,51}. Esta mudança foi baseada em dados de literatura que relatam dificuldades dos pacientes no entendimento da escala análogo-visual⁶⁵. A escolha desta escala foi fundamentou-se no fato de ter sido validada originalmente em pacientes com câncer e apresentar questões que contemplam áreas de bem-estar psicológico, físico e social.

A escala é constituída de 23 questões com quatro opções de resposta e duas questões adicionais com cinco opções de resposta. Apresenta número equilibrado de itens relacionados a aspectos físicos,

psicológicos e sociais e um especificamente relacionado a crença religiosa.

3.2.2 - Testagem Inicial da Escala

A Escala foi testada inicialmente por um grupo de médicos sadios que poderiam, pela sua familiaridade com o tipo de pacientes estudados, identificar questões que pudessem não ser entendidas ou justificadas.

Numa fase seguinte a Escala foi testada em um grupo de 43 pacientes clínicos atendidos no ambulatório de consultas programadas do Hospital Nossa Senhora da Conceição que entraram no estudo de forma consecutiva. Entre eles havia hipertensos, pacientes com dor crônica e pacientes com câncer. Onze deles eram analfabetos (26%) e a média de idade era de $62,35 \pm 12,03$ anos.

Para os pacientes alfabetizados o entrevistador entregava a Escala, dando uma breve explanação sobre seu preenchimento. Não havia qualquer interferência ou auxílio, e o paciente era orientado a deixar em branco as questões que não entendesse. Ao serem devolvidas, as escalas eram revisadas pelo pesquisador que anotava a razão do não preenchimento dos itens em branco. Com os analfabetos a Escala foi aplicada sempre pelo mesmo entrevistador do seguinte modo: eram lidas as questões e as opções de resposta, deixando o paciente escolher aquela

que se aplicasse ao seu caso. Após completada a Escala, o pesquisador identificava as questões não respondidas e anotava a razão do não preenchimento.

3.2.3 - Modificações da Escala

Analisadas as sugestões dos médicos que examinaram a Escala, foram feitas substituições de determinadas palavras e alterada a ordem de algumas respostas para dar um padrão geral uniforme a todas as questões.

Foram acrescentadas à Escala original duas questões: uma sobre atividade sexual e outra sobre a condição espiritual do paciente, devido a evidências recentes⁵⁶ sugerindo que estes itens representam fatores determinantes da QV.

Após aplicar a Escala em um grupo de pacientes, procedeu-se a uma segunda modificação. A palavra “náusea”, na questão número 6, foi substituída por “enjôo”; à palavra “paladar”, na questão número 9, foi acrescentada a expressão “gosto pela comida”; à palavra “útil”, na questão número 16, foi acrescentada a expressão “com serventia”.

Para evitar a influência do observador nas respostas dos pacientes, decidiu-se considerar inelegíveis para este estudo os pacientes analfabetos.

3.2.4 - Escore da Escala

As opções de resposta para todas as questões eram sistematicamente oferecidas numa seqüência que refletia variações da pior para a melhor QV possível. As questões com quatro opções de resposta tinham um escore mínimo de 1 e máximo de 4. As duas questões com cinco opções de resposta tinham um escore máximo de 5. Conseqüentemente o somatório das pontuações da Escala indicaria um escore mínimo de 25 e máximo de 102.

3.2.5 - Versão Final da Escala

Data:

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil:

Religião:

Renda familiar:

Estamos interessados em saber algo sobre você e sua saúde. Para cada pergunta assinale apenas uma resposta que sirva para o seu caso. Haverá sigilo de nossa parte. Obrigado por responder.

1) Você tem dificuldade de se acostumar com sua doença?

- () muita dificuldade
- () média dificuldade
- () pouca dificuldade
- () nenhuma dificuldade

2) A doença atrapalha a sua vida?

- atrapalha muitíssimo
- atrapalha muito
- atrapalha um pouco
- não atrapalha

3) Você está preocupado com sua doença?

- estou muito preocupado
- estou preocupado
- estou um pouco preocupado
- não estou preocupado

4) Você está satisfeito com sua vida?

- nunca estive satisfeito com minha vida
- estou nada satisfeito
- estou pouco satisfeito
- estou satisfeito
- estou muito satisfeito

5) Você sente dor?

- sinto dor insuportável
- sinto muita dor
- sinto pouca dor
- não sinto dor

6) Você tem enjôo?

- tenho enjôo sempre
- tenho enjôo quase sempre
- tenho enjôo às vezes
- nunca tenho enjôo

7) Você tem vômitos?

- tenho vômitos sempre
- tenho vômitos quase sempre
- tenho vômitos às vezes
- não tenho vômitos

8) Seu intestino funciona bem?

- meu intestino funciona muito mal
- meu intestino funciona mal
- meu intestino funciona mais ou menos
- meu intestino funciona muito bem

9) Como está o seu paladar? (gosto pela comida)

- meu paladar está muito ruim
- meu paladar está mais ou menos
- meu paladar está bom
- meu paladar está ótimo

10) Você tem apetite?

- não tenho apetite
- tenho pouco apetite
- tenho apetite normal
- tenho muito apetite

11) Você se cansa facilmente?

- me canso sempre
- me canso seguido
- me canso às vezes
- nunca me canso

12) Você está preocupado com coisas que deixou de fazer (na família, no trabalho, em casa)?

- estou muito preocupado
- estou um pouco preocupado
- às vezes me preocupo
- não estou preocupado

13) Você continua a fazer as coisas que gosta?

- nunca mais fiz as coisas que gosto
- às vezes faço as coisas que gosto
- continuo fazendo as coisas que gosto
- faço mais seguido que antes as coisas que gosto

14) Você tem dificuldade de se acostumar ao tratamento?

- muita dificuldade
- média dificuldade
- pouca dificuldade
- nenhuma dificuldade

15) O tratamento atrapalha sua vida?

- atrapalha muitíssimo
- atrapalha muito
- atrapalha um pouco
- não atrapalha

16) Você se sente útil? (com serventia)

- me sinto nada útil
- me sinto um pouco útil
- me sinto útil
- me sinto muito útil

17) Você está satisfeito com sua aparência?

- nunca estive satisfeito
- não estou satisfeito com minha aparência
- estou mais ou menos satisfeito com minha aparência
- estou satisfeito com minha aparência

18) Após a doença, como ficou o seu sono?

- meu sono está muito ruim
- meu sono está ruim
- meu sono está mais ou menos
- meu sono está bom

19) Quanta atenção você recebe?

- não recebo atenção
- recebo pouca atenção
- recebo atenção normal
- recebo muita atenção

20) Após a doença, como ficou sua atividade sexual?

- não tenho atividade sexual
- tenho interesse, mas não tenho atividade sexual
- tenho pouca atividade sexual
- minha atividade sexual está normal
- minha atividade sexual aumentou

21) Você é capaz de realizar suas tarefas pessoais (higiene, vestir-se)?

- não sou capaz de realizar minhas tarefas
- sou capaz de realizar algumas tarefas
- sou capaz de realizar quase todas minhas tarefas
- sou capaz de realizar todas minhas tarefas

22) Sua força física está:

- muito diminuída
- pouco diminuída
- está normal
- estou mais forte

23) Você está preocupado com os gastos com seu tratamento?

- estou muito preocupado
- estou preocupado
- estou um pouco preocupado
- não estou preocupado

24) Quanto carinho você recebe?

- não recebo carinho
- recebo pouco carinho
- recebo carinho normal
- recebo muito carinho

25) Após a doença, como ficou sua crença religiosa?

- nunca tive crença
- tenho pouca crença
- minha crença está normal
- minha crença aumentou

3.2.6 - Grupos de Validação da Escala após Modificações

Foram identificados 3 grupos de indivíduos adultos e de ambos os sexos que potencialmente teriam escores de QV diferentes. Um grupo de universitários sadios com provável escore elevado; um grupo de pacientes hipertensos compensados com provável escore intermediário; e um grupo de pacientes com câncer, na sua maioria hospitalizados, e em fase avançada da doença, com provável escore baixo. Os pacientes foram selecionados no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, que é um hospital geral terciário com aproximadamente 700 leitos e que atende pacientes originários da zona norte da capital, cidades satélites e do interior do Estado. Os estudantes eram alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A tabela I mostra as características dos três grupos estudados.

Tabela I

Características gerais dos grupos estudados

CARACTERÍSTICAS	PACIENTES COM CÂNCER (n=44)	PACIENTES HIPERTENSOS (n=36)	INDIVÍDUOS SADIOS (n=25)
Média de Idade (anos)	62 ± 13	48 ± 13	20 ± 7
Sexo:			
Masculino	36%	52%	36%
Feminino	64%	48%	64%
Escolaridade:			
1º grau	81%	66%	
2º grau	19%	29%	
Superior	-	5%	100%

3.2.6.1 - Grupo de Estudantes

Um grupo de 25 estudantes universitários do sexto semestre da Faculdade de Medicina da UFRGS preencheu voluntariamente a Escala no intervalo de suas atividades acadêmicas em sala de aula, em duas ocasiões. Os estudantes não tinham conhecimento prévio da data da segunda aplicação da Escala.

3.2.6.2 - Grupo de Pacientes em Tratamento para Hipertensão

O segundo grupo compunha-se de 36 pacientes hipertensos previamente examinados por seus médicos e que, por estarem compensados, compareciam quinzenalmente ao ambulatório para controle de enfermagem. Os pacientes preenchiam a Escala em uma sala na área ambulatorial. Uma a duas vezes por semana, no horário da manhã, durante um período aproximado de 12 semanas, o pesquisador comparecia ao Ambulatório e selecionava todos os pacientes alfabetizados, de forma consecutiva, para preenchimento da escala.

3.2.6.3 - Grupo de Pacientes com Câncer Avançado

Foram selecionados para integrar o terceiro grupo 44 pacientes com câncer avançado e portadores de dor de difícil controle, oriundos de

consultorias solicitadas por outros serviços ao Centro de Alívio da Dor, e que estavam sem tratamento oncológico específico. A tabela II aponta os sítios de origem das neoplasias desses pacientes.

Foram excluídos os pacientes com alteração do sensório ou estado geral comprometido que pudesse dificultar o entendimento ou preenchimento da Escala.

Tabela II

Sítios de origem da neoplasia nos pacientes estudados

SÍTIO DE ORIGEM	Nº DE PACIENTES
Próstata	3
Colo uterino	7
Mama	5
Fígado	3
Testículo	2
Laringe	2
Osso	3
Rim	3
Cólon	3
Pulmão	7
Pâncreas	2
Reto	3
Outros	1
TOTAL	44

3.2.7 - Critérios para Validação

Para a validação da Escala foram utilizados os critérios sugeridos por Chisholm e cols.¹³, para questionários auto-aplicáveis em assuntos de saúde.

- Aceitabilidade: aceito pela população em estudo

- Praticabilidade: fácil de ser preenchido

- Reprodutibilidade: reproduzível quando aplicado em ocasiões diferentes, permanecendo estável a situação clínica dos indivíduos estudados. Para atender o critério de reprodutibilidade a Escala foi preenchida em duas ocasiões distintas, com intervalo de um dia nos pacientes com câncer e de aproximadamente duas semanas no grupo de hipertensos. No grupo de indivíduos sadios o intervalo foi de dois dias.

A diferença nos intervalos de tempo entre a primeira e a segunda aplicação da Escala nos três grupos deveu-se ao fato de que eles possuíam características distintas. A maioria dos pacientes com câncer estava internada, o que tornava prático o acesso a eles pelo pesquisador. Além disto, devido ao estado avançado da doença, era necessário aplicar a segunda Escala com um intervalo de tempo suficientemente curto para evitar o risco de mudanças associadas à piora do estado clínico. Os pacientes hipertensos eram agendados para retornar em duas semanas para trazer exames ou controlar a pressão, quando então eram solicitados a

repetir o preenchimento da Escala. Com os estudantes foi estabelecido um intervalo de tempo de dois dias para compatibilização com o horário e período de aulas.

3.3 - Utilização da Escala de QV Pós-Validação

Após validada, a Escala de QV foi utilizada para monitorizar variações em um grupo de pacientes oncológicos com dor crônica e que recebia tratamento da dor por uma equipe multidisciplinar. Estes pacientes tinham características semelhantes às do grupo com câncer avançado descrito na seção 3.2.6.3 e representavam casos subseqüentes aos selecionados naquele grupo.

3.3.1 - Tratamento da Dor por Equipe Multidisciplinar

O Centro de Alívio da Dor do Hospital Nossa Senhora da Conceição foi fundado em 1986 seguindo o modelo preconizado por Bonica⁹ e é composto atualmente por:

- 1 Anestesiologista
- 2 Clínicos Gerais
- 1 Psiquiatra
- 1 Neurocirurgião

- 1 Reumatologista e Acupunturista
- 1 Psicólogo
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Enfermeira
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Cirurgiã Bucomaxilofacial

Existem 3 programas básicos de tratamento:

- Dor na Coluna
- Cefaléia/Enxaqueca
- Dor no Câncer

Os pacientes que fazem parte do presente estudo são oriundos do programa Dor no Câncer.

Todos os pacientes passam por uma avaliação inicial multiprofissional e, de acordo com o diagnóstico, são encaminhados a um dos programas específicos. O acesso dos pacientes se dá por agendamento de consultas ou pedidos de consultoria quando internados.

3.3.2 - Pacientes do Grupo em Estudo

Durante o período de novembro de 1994 a julho de 1995, utilizou-se a Escala para medir QV após validação em pacientes com câncer em estágio avançado, com dor, hospitalizados ou ambulatoriais. Foram 54 pacientes consecutivos atendidos pela equipe do Centro de Alívio da Dor do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A Escala foi aplicada antes de a equipe iniciar o tratamento e em mais duas ocasiões, com intervalo médio de 23 dias entre elas, sendo o mínimo de 7 e o máximo de 62 dias. Em cada ocasião o paciente preenchia a Escala de QV, orientado por uma funcionária treinada. O pesquisador avaliava a capacidade funcional dos pacientes utilizando a Escala de Karnofsky sem conhecer o escore obtido na Escala de QV. Para avaliar especificamente a intensidade da dor, utilizou-se a Escala Numérico-Verbal de 0 a 10.

Foram excluídos os pacientes analfabetos ou com prejuízo do sensorio para evitar a influência do pesquisador na atribuição do escore.

As tabelas III e IV mostram as características dos pacientes estudados.

No presente estudo foi utilizado o paciente como seu próprio controle. Não era objetivo do investigador comparar os efeitos do tratamento

na QV em pacientes atendidos por equipe multidisciplinar com outras modalidades terapêuticas.

Tabela III

Características gerais do grupo estudado

CARACTERÍSTICAS	GRUPO A*	GRUPO B**
Média de Idade	54 ± 15	54 ± 15
Sexo:		
Masculino	29 (54%)	10 (50%)
Feminino	25 (46%)	10 (50%)
Escolaridade:		
1º Grau	47 (87%)	15 (75%)
2º Grau	5 (9%)	4 (20%)
Superior	2 (4%)	1 (5%)

* Grupo A: todos os 54 pacientes incluídos no estudo

** Grupo B: os 20 pacientes que preencheram a escala em três ocasiões

Tabela IV

Sítio do Tumor dos pacientes estudados

SÍTIO DO TUMOR	GRUPO A *		GRUPO B **	
	Número	%	Número	%
Cabeça e pescoço	2	3.7	-	-
Pulmão	9	16.6	5	25
Esôfago	1	1.8	1	5
Estômago	2	3.7	1	5
Pâncreas	2	3.7	-	-
Cólon/reto	2	3.7	1	5
Mama	4	7.4	1	5
Útero	17	31.4	8	40
Ovário	1	1.8	-	-
Bexiga	1	1.8	-	-
Próstata	7	13	3	15
Osso	3	5.6	-	-
Rim	1	1.8	-	-
Outros	2	3.7	-	-
TOTAL	54	100	20	100

* Grupo A: todos os 54 pacientes incluídos no estudo

** Grupo B: os 20 pacientes que preencheram a escala em 3 ocasiões

Após o término do estudo foi enviada uma carta aos 34 pacientes perdidos de seguimento e que, por esta razão, não haviam preenchido a Escala de QV em três ocasiões como proposto no estudo. Na carta eram solicitadas informações sobre o estado de saúde dos mesmos.

3.4 - Análise Estatística

3.4.1 - Questionário para Médicos Oncologistas

Para avaliar a influência do tempo após a formatura e da experiência de dor em si próprio no manejo dos pacientes, foi feita uma análise das respostas entre os formados antes e após 1979, e entre os que responderam ter tido dor e aqueles que não a tiveram, utilizando-se o teste T para os dados quantitativos e o teste do X^2 para os dados qualitativos.

3.4.2 - Escala para Medir Qualidade de Vida

3.4.2.1 - *Validação da Escala*

Foram analisadas as respostas do grupo inicial composto por pacientes alfabetizados e analfabetos através do teste do X^2 para verificar a influência da alfabetização nas respostas.

A seguir, procedeu-se a estatística descritiva dos três grupos para caracterização da amostra. Em cada grupo (pacientes com câncer, hipertensos e estudantes) a comparação dos resultados da primeira e segunda aplicação da Escala foi feita através do teste-T para amostras pareadas. Para verificação de diferenças de escores entre os grupos realizou-se análise de variância e, posteriormente, um teste de comparações múltiplas (Student - Newman - Keuls). Na tentativa de identificar, dentre as 25 questões, quais as que tiveram maior peso na diferenciação entre os grupos, foi utilizado o método de análise discriminante.

3.4.2.2 - Utilização da Escala Pós-Validação

Os resultados da aplicação da escala em três ocasiões diferentes no grupo de 20 pacientes com câncer foram examinados através de análise de variância para medidas repetidas. O mesmo foi feito com os resultados da aplicação das Escalas de Karnofsky e Numérico-Verbal de dor, em três ocasiões. Posteriormente foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre as três escalas.

4 - RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 - Questionário para Médicos Oncologistas

4.1.1 - Índice de Resposta

Dos 103 questionários postados inicialmente, 23 foram devolvidos: 19 estavam devidamente preenchidos e 4 retornaram sem resposta ou estavam incompletos; estes últimos foram excluídos da análise.

Da segunda remessa foram recebidos 23 questionários adicionais devidamente preenchidos, totalizando 42 questionários, o que corresponde a um índice de resposta de 40,7%.

4.1.2 - Dados Gerais

Vinte e nove médicos (69%) eram do sexo masculino e 13 (31%), do sexo feminino.

Dezessete profissionais (40,5%) exerciam apenas Oncologia; os 25 restantes (59,5%) exerciam também outra especialidade, conforme mostra a figura 6.

ESPECIALIDADES

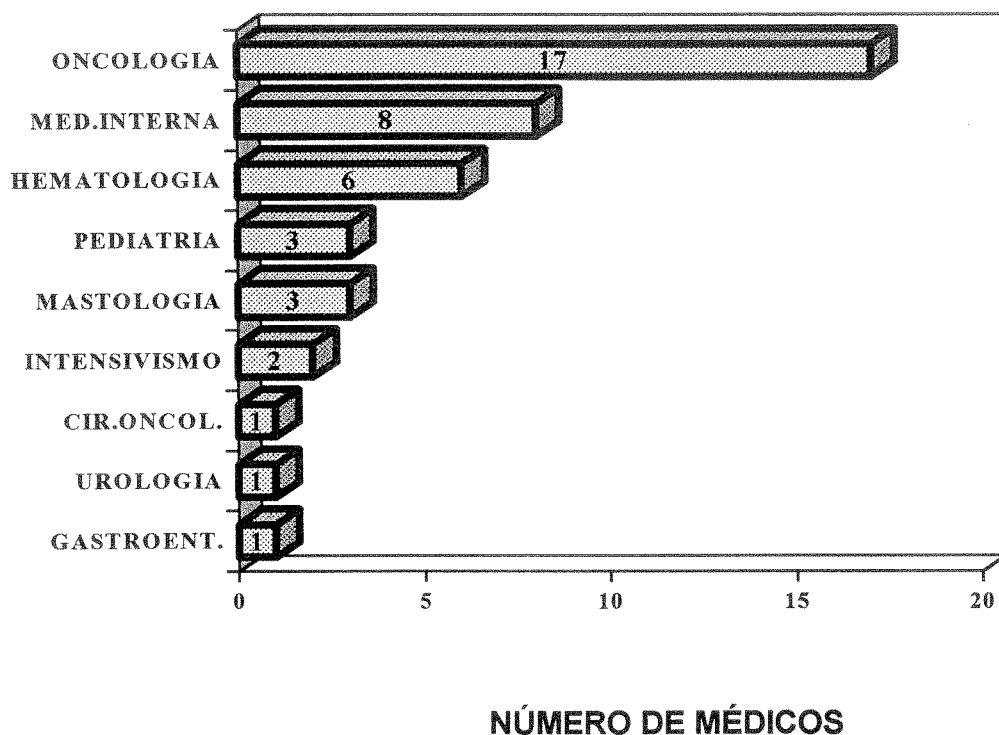


Fig. 6 - Especialidades exercidas pelos médicos pesquisados, além de Oncologia

4.1.3 - Período de Formatura e Vínculo com Hospital Universitário

Dos 42 médicos, 20 (48%) eram formados até 1979 e 22 (52%) depois de 1979 (figura 7). Oitenta e três por cento deles trabalhavam em hospital universitário (figura 8).

% Médicos

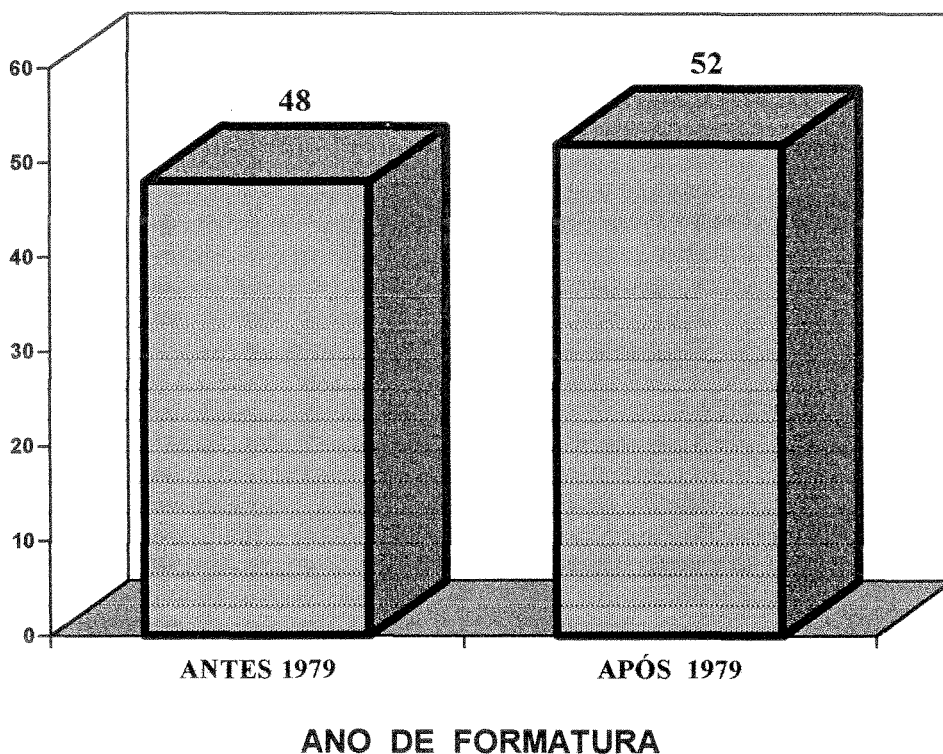


Fig. 7 - Período de formatura

% Médicos

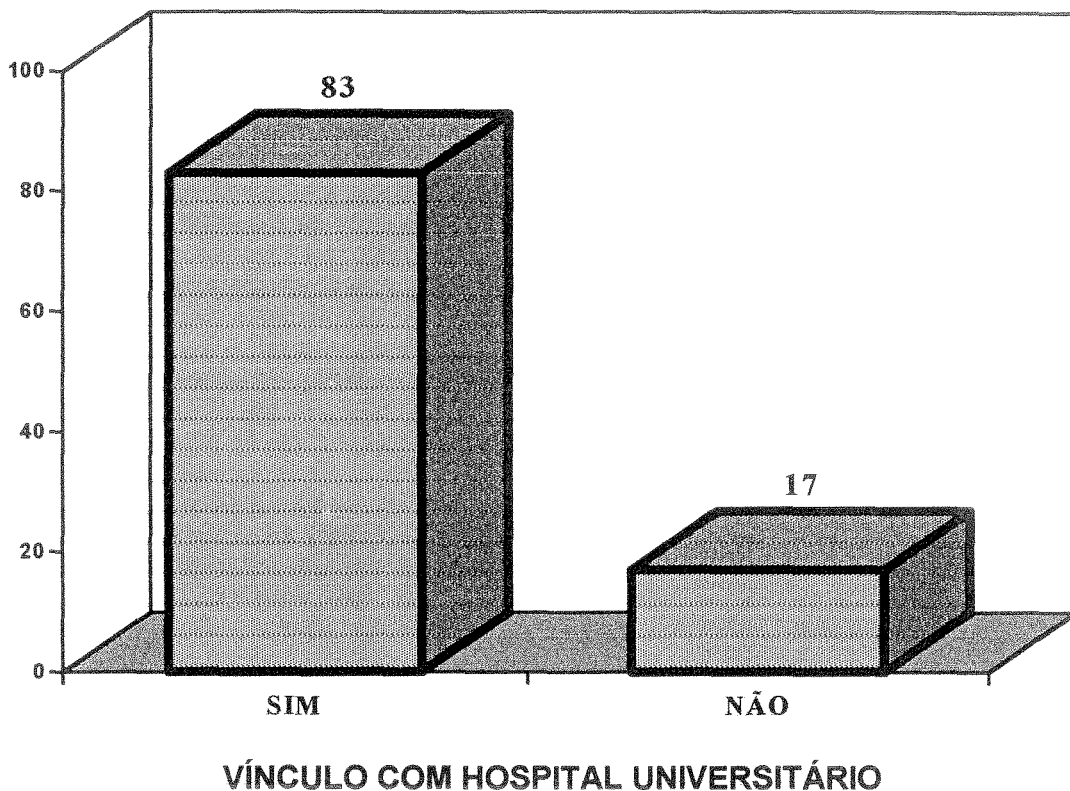


Fig. 8 - Vínculo com hospital universitário

4.1.4 - Impressão sobre a Magnitude do Problema Dor e Formação Médica sobre o Assunto

- **Opinião dos médicos entrevistados sobre o percentual de seus pacientes que se queixam de dor**

Cinco médicos (12%) responderam que 90 a 100% de seus pacientes se queixam de dor; 28 (67%) estimaram que 50 a 80% de seus

pacientes apresentam essa queixa; 7 (17%) fixaram-se em percentuais entre 20 e 50% e apenas 2 (5%) informaram que menos de 10% dos pacientes referem dor (figura 9).

N.º Médicos

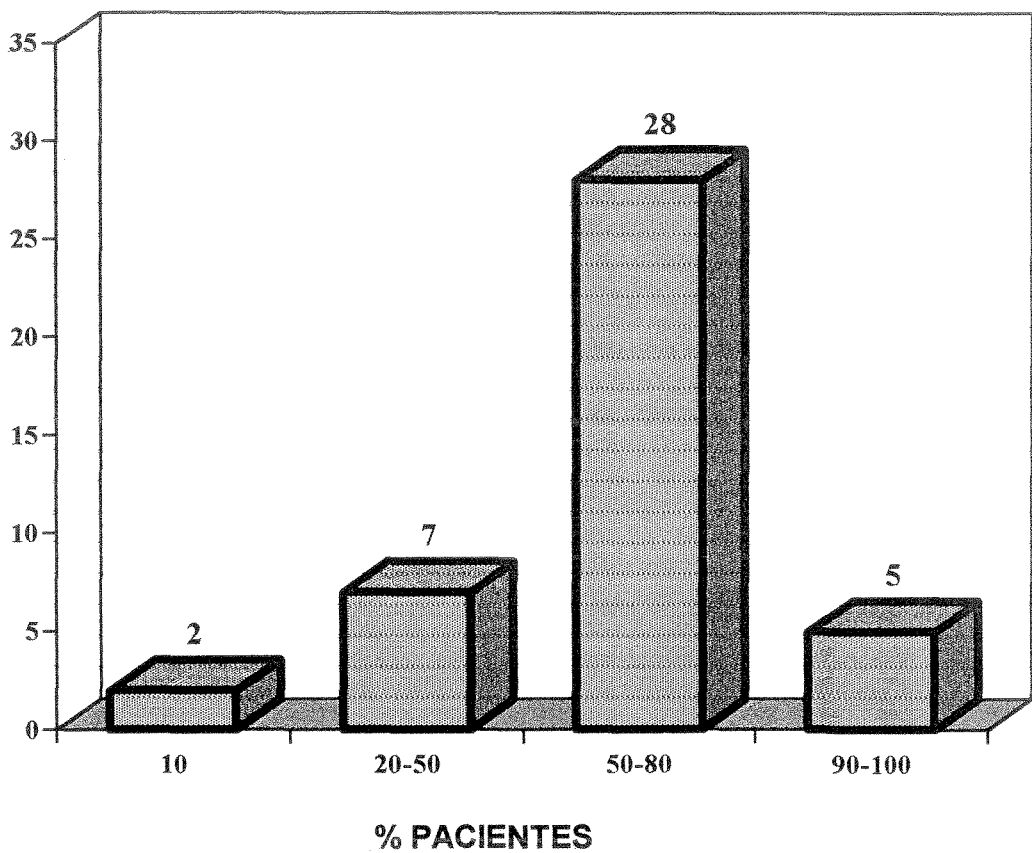


Fig. 9 - Opinião dos médicos entrevistados sobre o percentual de pacientes com queixa de dor

- **Dedicação para tratar pacientes com dor por câncer**

Dos 42 médicos, 40 (95%) responderam que eles mesmos tratam os pacientes com dor por câncer; 1 (2,5%) informou que não trata e 1 (2,5%) não respondeu a questão.

- **Tempo dedicado pelos profissionais para tratar pacientes com dor de câncer**

A maioria dos médicos que respondeu a esta questão (54%) disse dedicar de 30 a 60% do tempo de sua clínica para tratar a dor dos pacientes com câncer. Seis deles (17%) dedicam entre 60 a 80% do tempo e 10 (29%) dedicam um percentual de no máximo 20%. Sete médicos (17%) não responderam a esta pergunta (figura 10).

N.º MÉDICOS

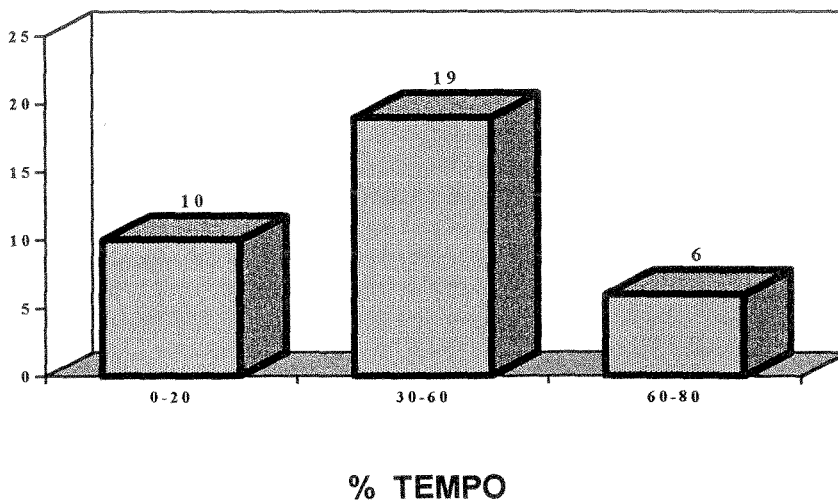


Fig. 10 - Tempo dedicado pelos profissionais para tratar pacientes com dor de câncer

- **Opinião dos profissionais sobre o percentual de seus pacientes que recebem analgesia adequada**

A maioria dos médicos (49%) respondeu que 80 a 95% de seus pacientes com dor recebem analgesia adequada. Trinta e dois por cento informaram que 60 a 75% de seus pacientes com dor recebem analgesia adequada. Quinze por cento entendem que obtêm alívio da dor para 40 a 50% de seus pacientes. Por outro lado, um médico (2%) referiu que somente 10% de seus pacientes têm analgesia adequada, e outro entende que 100% de seus pacientes estão bem analgésicos (figura 11).

Nº Médicos

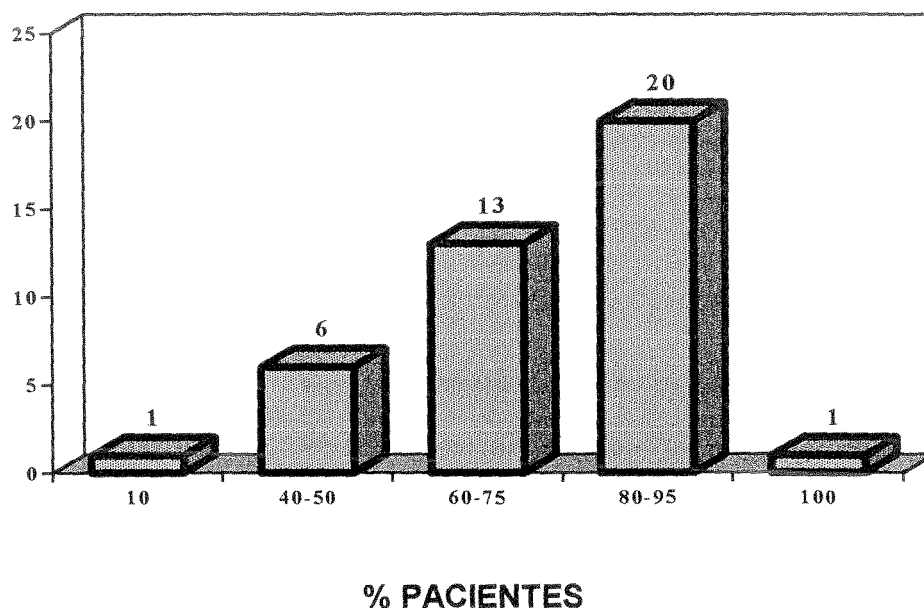


Fig. 11 - Opinião dos profissionais sobre o percentual de seus pacientes com dor que recebem analgesia adequada

- **Proporção de pacientes que recebem procedimentos invasivos**

A tabela V mostra que a maioria dos médicos entrevistados (82%) respondeu que utiliza procedimentos invasivos em menos de 20% de seus pacientes. Três médicos (8%) informaram utilizar procedimentos invasivos em 20 a 50% de seus pacientes. Entretanto 4 médicos (10%) o fizeram na quase totalidade dos casos. Três médicos não responderam a questão.

Tabela V

Pacientes que recebem procedimentos invasivos

Médicos n = 39 (%)	Pacientes (%)
32 82	< 20
03 08	20 - 50
04 10	90 - 100

- **Percentual de profissionais que receberam treinamento para tratar dor**

Um significativo percentual de 57% dos médicos entrevistados respondeu que o seu treinamento para tratar dor no câncer foi inexistente ou inadequado (figura 12).

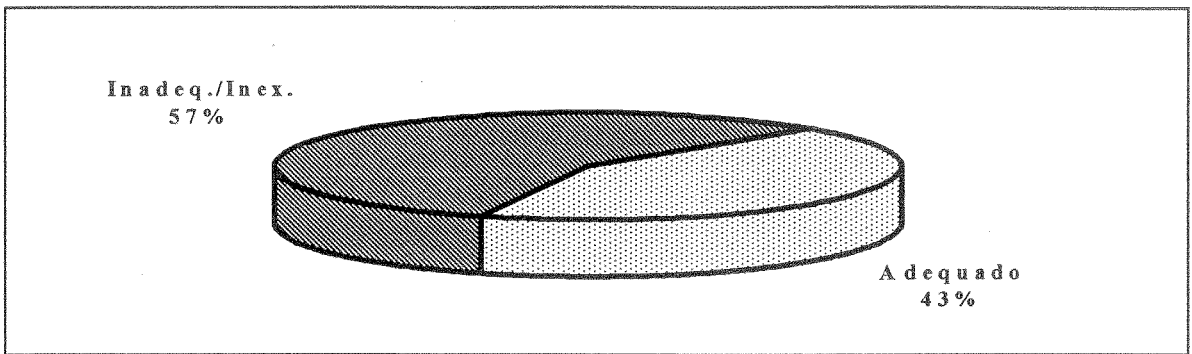


Fig. 12 - Percentual de profissionais que receberam treinamento para tratar dor

- **Interesse em receber educação continuada sobre tratamento da dor no câncer**

A grande maioria dos médicos (90%) demonstrou interesse em receber educação continuada sobre o tema (figura 13).

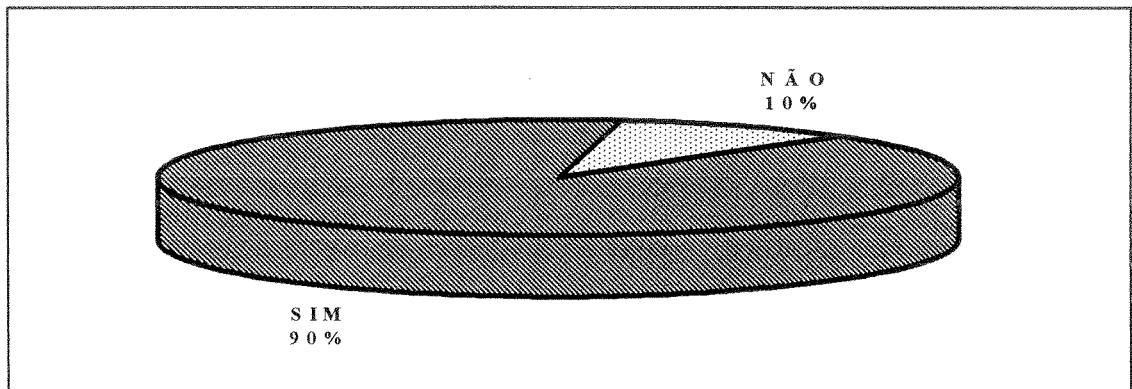


Fig. 13 - Percentual de profissionais que têm interesse em educação continuada para tratar dor

4.1.5 - Conhecimento dos Profissionais em Terapêutica de Analgésicos e Métodos de Tratamento de Dor

- **Uso de opióides fortes no tratamento dos pacientes com câncer e dor**

Apenas 2 dos 42 médicos responderam que não utilizam opióides fortes para tratamento da dor no paciente com câncer. Embora houvesse espaço para informar a razão da não prescrição desse tipo de fármaco, nenhum dos dois explicou o motivo.

- **Proporção de utilização de meperidina e morfina nos pacientes oncológicos com dor**

A figura 14 ilustra as respostas quanto à prescrição de meperidina e morfina. Oito médicos responderam que não utilizam meperidina ou deixaram em branco a questão. Cinco informaram não utilizar morfina ou não responderam a questão. A maioria prescreve meperidina ou morfina para menos de 40% dos pacientes. Não ficou demonstrado predomínio de prescrição de uma droga sobre a outra, tanto no grupo de médicos que usa estes medicamentos com maior frequência, quanto para aqueles que as prescrevem menos freqüentemente.

- **Modo de prescrição de analgésicos em pacientes oncológicos com dor contínua**

A maioria dos médicos (87%) respondeu que prescreve analgésicos a intervalos fixos. Treze por cento deles prescrevem analgésico para ser administrado a critério do paciente. Quatro médicos não responderam a questão.

N.º DE MÉDICOS

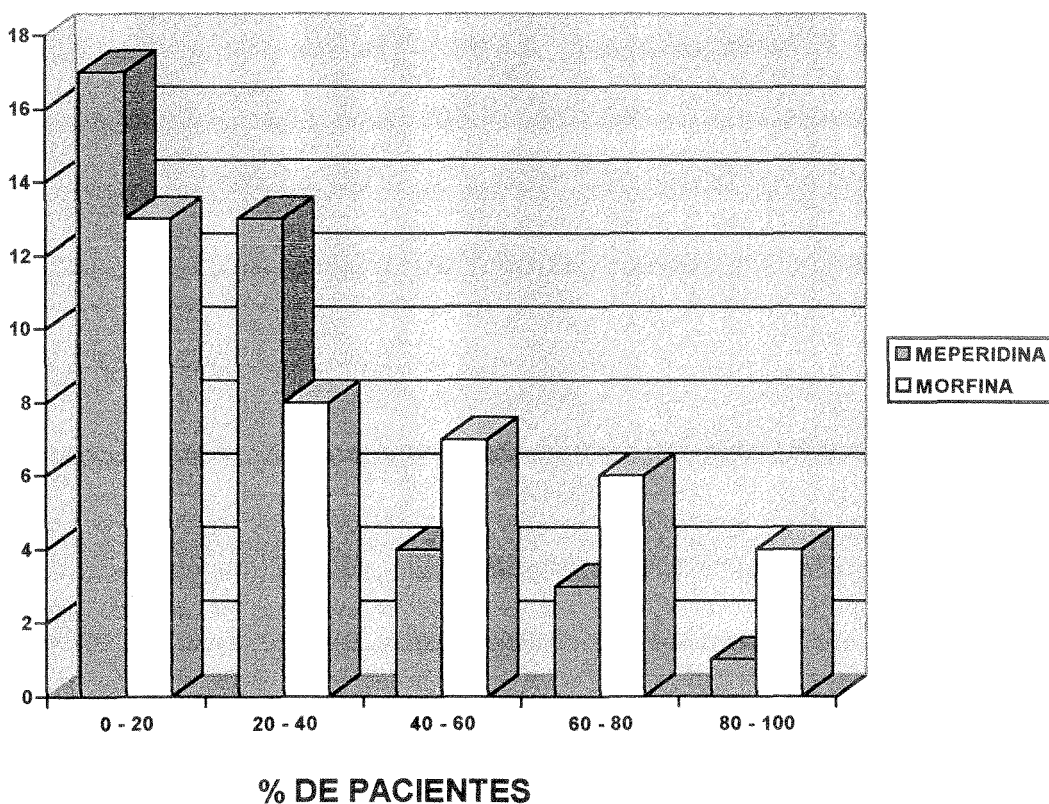


Fig. 14 - Respostas dos médicos oncologistas quanto à prescrição de meperidina e morfina

- **Probabilidade de o paciente desenvolver adição após uso de meperidina de 4/4h por uma semana**

Cinco médicos (16%) declararam não acreditar que ocorra adição com este esquema. Dezoito (56%) responderam que a probabilidade de adição é de 10 a 30%, enquanto 9 (28%) informaram que o risco é de 50 a 100%. Dez médicos deixaram de responder a questão.

- **Probabilidade de ocorrer depressão respiratória após administração de doses terapêuticas de opióides fortes**

Para 10 dos médicos (31%), a probabilidade de ocorrer depressão respiratória após administração de doses terapêuticas de opióides fortes é inferior a 5%. Para outros 22 (69%), a probabilidade é de 10 a 40%. Dez médicos não responderam a pergunta.

- **Dose dos analgésicos (em miligramas) para administração de 4/4h**

a) **Ácido Acetilsalicílico(AAS):** vinte e oito dos 39 médicos que responderam a questão (72%) utilizam a dose de 500mg. Dois (5%) prescrevem doses inferiores a 300mg e 9 (23%) usam de 600 a 1000 mg. Três médicos não responderam a questão (figura 15).

b) **Codeína:** Vinte e um médicos (60%) responderam utilizar a dose de 30mg. Um médico (3%) emprega dose inferior a 30mg; 12 (34%)

informaram usar dose de 40mg a 60mg; 1 (3%) administra 200mg. Sete médicos não responderam esta questão (figura 16).

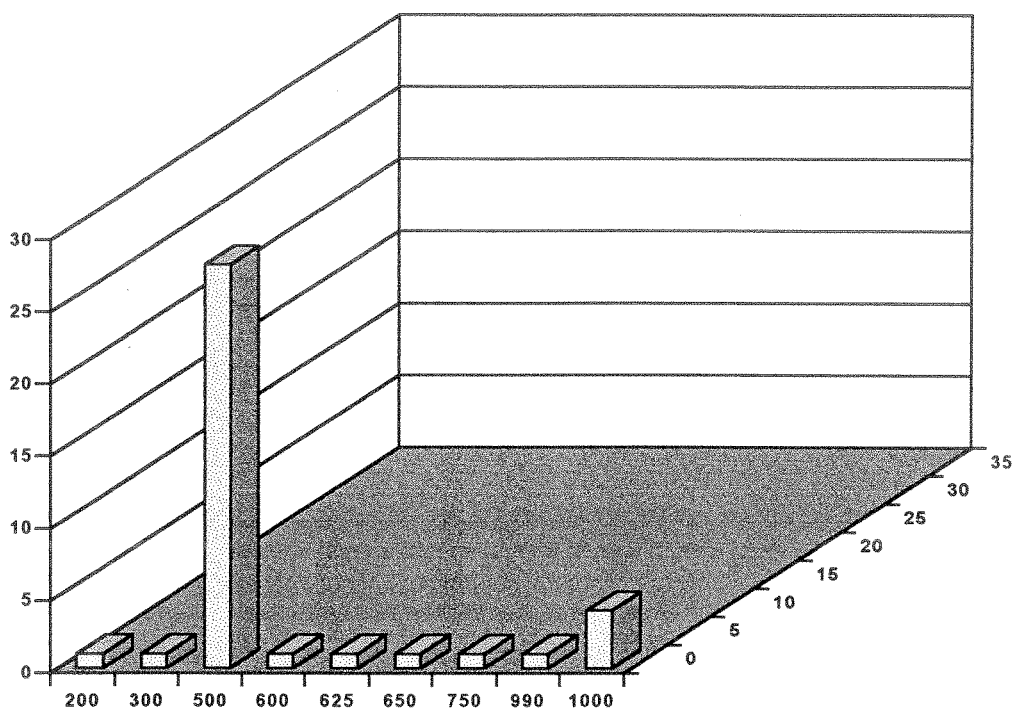
c) Meperidina: treze médicos (38%) costumam usar de 2mg a 40mg; 21 (62%) utilizam de 50 a 100mg e 8 não responderam a questão (figura 17).

d) Morfina: onze médicos (34%) responderam utilizar doses até 7mg; 15 (47%) prescrevem 10mg; 6 (19%) usam de 12 a 35mg e 10 médicos deixaram de responder a questão (figura 18).

A A S

Nº DE MÉDICOS = 39

(DOSE TERAPÊUTICA: 300 -1000 mg)³³



DOSES DE AAS (mg)

Fig. 15 - Doses de AAS utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4h

CODEÍNA

N.º MÉDICOS = 35

(DOSE TERAPÊUTICA: 30 - 120 mg)³³

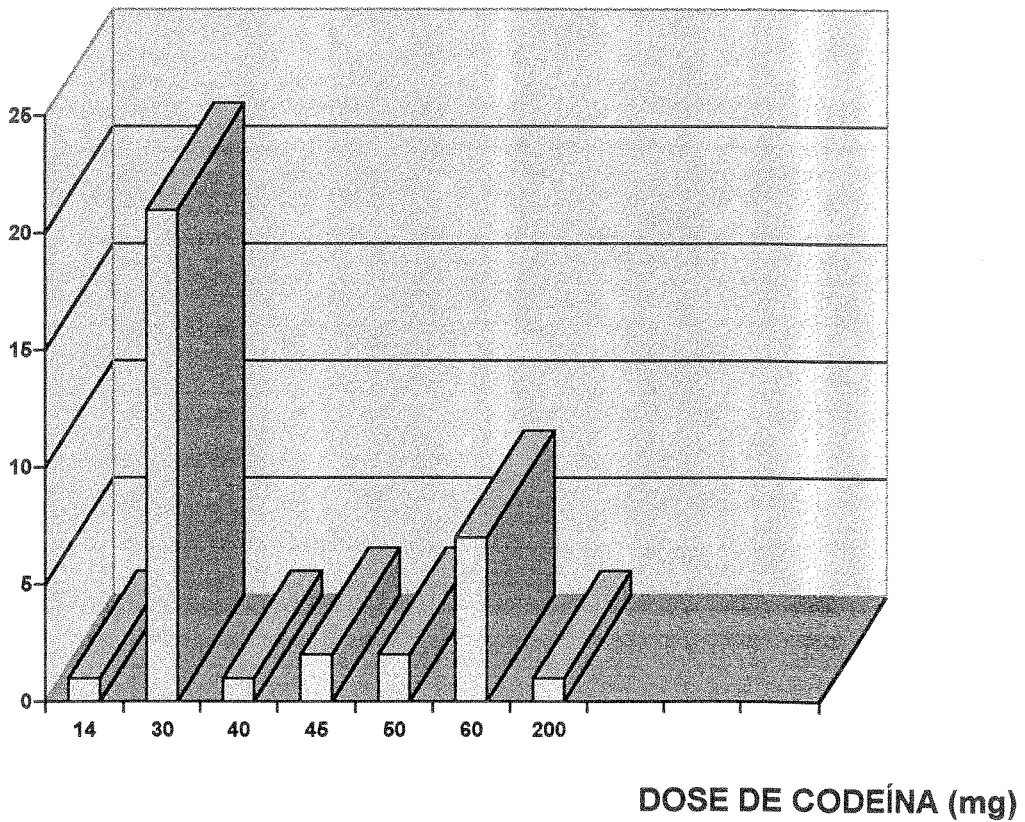
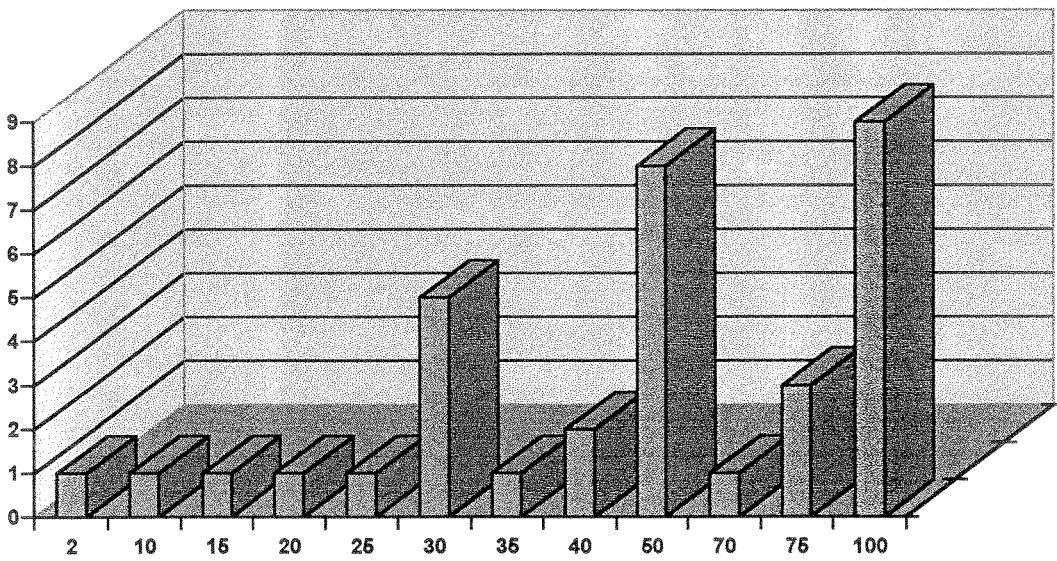


Fig. 16 - Doses de codeína utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4 h

MEPERIDINA

N.º MÉDICOS = 34

(DOSE TERAPÊUTICA: 100 mg)³³



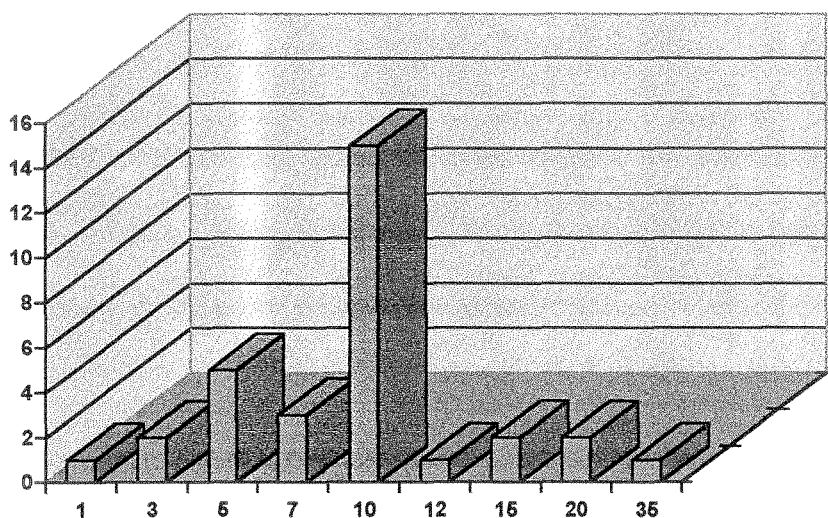
DOSE DE MEPERIDINA (mg)

Fig. 17 - Doses de meperidina utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4h

MORFINA

N.º DE MÉDICOS = 32

(DOSE TERAPÊUTICA: 2,5 - 10 mg)³³



DOSE DE MORFINA (mg)

Fig. 18 - Doses de morfina utilizadas pelos médicos oncologistas para administração de 4/4h

- **Comparação da dose da morfina por via oral em relação à dose injetável**

Vinte e oito médicos (85%) responderam que a dose por via oral deve ser maior que a injetável, enquanto 5 (15%) entendem que as doses devem ser iguais. Nove médicos não responderam esta questão.

- **Experiência com analgesia para alívio da dor no câncer utilizando os seguintes métodos: anestésico epidural, opióide peridural, neurocirurgia e infusão EV contínua com opióide**

Vinte e um profissionais (55%) têm experiência com um só dos quatro métodos apresentados; 17 (45%) têm experiência com 2 a 4 destes métodos. Quatro deles não responderam a questão.

4.1.6 - Objetivos dos Profissionais no Manejo da Dor e Experiência de Dor Forte em Si Próprio

- **Objetivo ao prescrever analgésicos**

Dezoito médicos (45%) têm como objetivo erradicar totalmente a dor e 14 (35%) objetivam aliviar a dor ao máximo. Oito (20%) pretendem

aliviar a dor o suficiente para o paciente sentir-se confortável e 2 nada informaram.

- **Experiência de dor forte em si próprio**

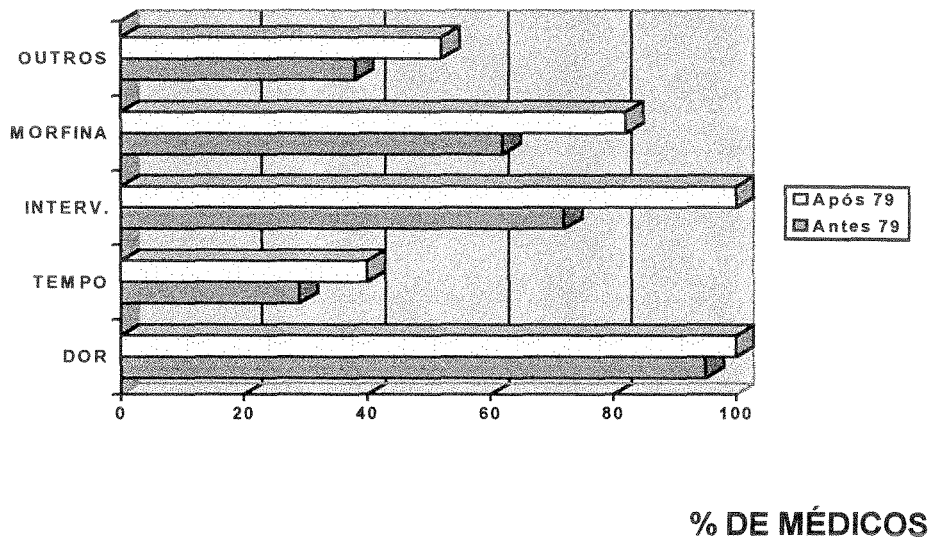
Vinte e dois profissionais (52%) responderam ter experimentado dor forte em si próprio, enquanto 20 (48%) afirmaram nunca ter tido esta experiência. A análise destes resultados, comparando-os com o interesse em tratar a dor no câncer e os conhecimentos sobre o uso de drogas analgésicas, não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

4.1.7 - Influência do Tempo de Formatura no Interesse em Tratar Dor no Câncer e nos Conhecimentos sobre o Uso das Drogas Analgésicas

A figura 19 representa uma síntese das respostas obtidas. A divisão dos médicos em dois grupos de acordo com o ano de formatura permitiu observar que os formados depois de 1979 demonstraram uma melhor performance quanto aos itens questionados, sugerindo maior conhecimento e interesse em relação ao tratamento adequado de pacientes com dor de câncer. Noventa e cinco por cento dos médicos formados antes de 1979 tratam pacientes com dor e câncer. Todos os formados após 1979

(100%) responderam tratar da dor no câncer. Os outros parâmetros considerados foram o percentual de tempo dedicado a tratar a dor do câncer, o uso de analgésicos a intervalos fixos e o conhecimento de outros métodos de analgesia para a dor do câncer. Os médicos formados após 1979 mostraram uma tendência de dedicar mais tempo para tratar a dor do câncer e todos usam analgésicos a intervalos fixos. Esse grupo também mostrou maior conhecimento sobre a dose de morfina oral e sobre outros métodos de analgesia.

INTERESSE/CONHECIMENTO



- **Outros Métodos** - Conhece outros métodos de analgesia para a dor no câncer
- **Morfina** - Dose oral maior que parenteral
- **Intervalo** - Uso de analgésico a intervalo fixo
- **Tempo** - Percentual de tempo dedicado para tratar a dor no câncer
- **Dor** - Trata a dor dos pacientes com câncer

Fig. 19 - Influência do tempo de formatura no interesse em tratar dor no câncer e nos conhecimentos sobre o uso de drogas analgésicas

4.2 - Escala sobre Qualidade de Vida

4.2.1 - Testagem Inicial e Modificações

Dos 40 pacientes avaliados nesta fase do estudo, 11 eram analfabetos (27,5%).

A Escala foi preenchida de forma completa por 83% dos alfabetizados e por 27% dos analfabetos. A diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,0073$). A tabela VI ilustra os índices de respostas das questões da Escala entre pacientes alfabetizados ou não.

A tabela VII identifica as questões não respondidas pelos pacientes. A questão número 4 não foi respondida por 1 paciente analfabeto. A questão número 6 não foi respondida por 2 alfabetizados e por 7 analfabetos que não entenderam o significado da palavra náusea. A questão número 7 não foi respondida por 1 paciente alfabetizado e por 1 analfabeto. A questão número 9 não foi respondida por 1 alfabetizado e por 2 analfabetos por não entenderem o significado da palavra paladar. A questão número 16 não foi respondida por 2 pacientes analfabetos por desconhecerem o significado da palavra útil. A questão número 18 não foi respondida por 1 paciente alfabetizado, sem ter sido determinada a razão.

Tabela VI

Percentual de respostas das questões da Escala

RESPOSTAS	PACIENTES		
	ALFABETIZADOS	ANALFABETOS	
Respondeu todas as questões	24 (83%)	3 (27%)	p= 0,0073
Não respondeu uma ou mais questões	5 (17%)	8 (73%)	
TOTAL	29 (100%)	11 (100%)	

Tabela VII

Questões não respondidas

Nº DA QUESTÃO	Nº DE VEZES	
	ALFABETIZADOS	ANALFABETOS
4	-	1
6	2	7
7	1	1
9	1	2
16	-	2
18	1	-
TOTAL	5	13

4.2.2 - Comparação dos Escores Obtidos pelos Grupos Estudados

Para a análise dos escores dos três grupos estudados foram comparados os resultados obtidos na primeira e na segunda avaliações em separado. Na primeira avaliação, a média dos escores do grupo de estudantes foi de 87,64 (DP= 6,49), a dos pacientes hipertensos foi de 77,33 (DP= 10,2) e a dos pacientes com câncer foi de 64,27 (DP= 10,82). O escore obtido pelos estudantes foi significativamente maior do que o dos hipertensos, e o destes, significativamente superior ao dos obtidos pelos pacientes oncológicos ($p < 0,05$).

Na segunda avaliação, a média dos escores do grupo de estudantes foi de 89,20 (DP= 5,03), a dos pacientes hipertensos foi de 78,58 (DP= 9,12) e a dos pacientes com câncer foi de 64,56 (DP= 12,41). A análise estatística mostrou resultados superponíveis aos da primeira avaliação.

A análise discriminante permitiu identificar um grupo de 15 questões que tiveram maior peso para diferenciar os três grupos. São elas as questões de números 2, 3, 5, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24 e 25. Os resultados desta análise sugerem também que, utilizando somente estas 15 questões, a chance de diferenciar os três grupos ocorre com uma confiança de 86,79%.

4.2.3 - Estudos de Validação

4.2.3.1 - *Estudantes Universitários*

- Aceitabilidade

Na primeira aplicação, a Escala foi respondida pelos 47 estudantes presentes em sala de aula. Nenhum deles negou-se a fazê-lo. Quarenta e quatro estudantes preencheram todas as questões e 3 deles o fizeram de forma incompleta. Na segunda aplicação, os 25 estudantes presentes em sala de aula preencheram a Escala respondendo a todas as questões.

- Praticabilidade

O tempo médio para devolver a Escala devidamente preenchida foi de 7,2 minutos (DP= 1,92), tendo variado entre 5 minutos para o primeiro estudante entregá-la e 10 minutos para o último. A única dúvida suscitada por alguns estudantes foi o fato de terem de responder perguntas que se relacionavam com doença, sendo eles sadios.

- Reprodutibilidade

Para avaliar a reprodutibilidade, foram comparados os escores obtidos pelos 25 alunos que preencheram a Escala em duas ocasiões. A média dos escores obtidos na primeira aplicação foi de 87,64 (DP= 6,49) e, na segunda, de 89,20 (DP= 5,03). Embora a diferença entre as duas aplicações da Escala não tenha sido estatisticamente significativa ($p= 0,054$), o nível de não significância foi apenas marginal.

4.2.3.2 - Pacientes em Tratamento para Hipertensão

- Aceitabilidade

Os 75 pacientes inicialmente convidados concordaram em participar do estudo e preencheram a Escala de forma completa. Trinta e seis deles retornaram para reconsulta durante o período do estudo e todos responderam integralmente as perguntas.

- Praticabilidade

O tempo médio para preenchimento da Escala foi de 12,9 minutos (DP= 7,85), variando de 5 minutos para o mais rápido a 30 minutos para o

último paciente. Não houve menção de dúvidas sobre o preenchimento da Escala.

- Reprodutibilidade

Para avaliar a reprodutibilidade, foram comparados os escores obtidos pelos 36 pacientes que preencheram a Escala em duas ocasiões. A média dos escores foi de 77,33 (DP= 10,20) na primeira aplicação e de 78,58 (DP= 9,12) na segunda, não havendo diferença estatisticamente significativa entre uma e outra ($p= 0,403$).

4.2.3.3 - Pacientes com Câncer

- Aceitabilidade

Os 50 pacientes convidados aceitaram preencher a Escala da primeira vez e o fizeram de modo completo. Na segunda aplicação a Escala foi preenchida por 44 deles. Dos 6 pacientes que não preencheram a Escala na segunda ocasião, 4 não o fizeram por piora significativa do quadro de saúde e os outros 2 por óbito.

- Praticabilidade

O tempo médio para preenchimento da Escala foi de 22 minutos (DP= 21,97), variando de 5 minutos para o mais rápido até 60 minutos para o paciente com maior dificuldade física. Nenhum deles relatou dificuldade de entendimento da Escala.

- Reprodutibilidade

A média dos escores da primeira aplicação foi de 64,27 (DP= 10,82) e da segunda, de 64,56 (DP= 12,41). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores da primeira e segunda aplicações da Escala ($p= 0,704$).

4.3 - Utilização da Escala de Qualidade de Vida Pós-Validação

Cinqüenta e quatro pacientes com câncer avançado preencheram a Escala na primeira ocasião; 31 o fizeram em uma segunda ocasião e 20 deles em um terceiro momento (tabela VIII). O intervalo médio entre a primeira e segunda aplicações da Escala foi de 22,65 dias (DP= 13,88) e o intervalo médio entre a segunda e terceira foi de 24,4 dias (DP= 10,95). Dos 34 pacientes que não preencheram a Escala em três ocasiões foi

possível obter informações sobre 16 deles (40%) através de um questionário enviado para seus endereços; 13 haviam falecido em consequência da doença e 3 ainda estavam vivos. Os demais 18 pacientes foram definitivamente perdidos de *follow-up*.

Tabela VIII

Número de pacientes que repetiram o preenchimento da Escala no período de nov/94 a jul/95

Nº de vezes em que a Escala de QV foi aplicada	PACIENTES	
	n	(%)
1	54	100
2	31	57
3	20	37

4.3.1 - Escala para Medir Qualidade de Vida

A Escala de QV teve um escore de 63,80 (DP=11,53) na primeira aplicação, de 61,75 (DP= 11,75) na segunda e de 61,90 (DP= 9,78) na terceira ($p = 0,288$).

4.3.2 - Escala de Karnofsky

A Escala de Karnofsky teve um escore de 61,50 (DP= 12,68) na primeira avaliação, de 59,60 (DP=11,45) na segunda e de 56,50 (DP=11,82) na terceira ($p = 0,128$).

4.3.3 - Escala Numérico-Verbal para Medir Dor

A Escala Numérico-Verbal para medir dor teve um escore de 6,25 (DP= 3,33) na primeira aplicação, de 4,80 (DP= 3,10) na segunda e de 3,80 (DP= 2,94) na terceira ($p = 0,002$).

4.3.4 - Comparação entre as Escalas

A tabela IX ilustra a média dos escores obtidos nas avaliações da QV, Escala de Karnofsky e Numérico-verbal quando da aplicação nos 20 pacientes em três ocasiões distintas.

A tabela X mostra os coeficientes de correlação entre as três escalas utilizadas para avaliação dos pacientes estudados. Os coeficientes de correlação entre a Escala de QV e as de Karnofsky e a Numérico-verbal para medir dor foram de, respectivamente, 0,50 e -0,60.

Tabela IX

Média dos escores dos 20 pacientes obtidos em três ocasiões

ESCALAS	OCASIÕES		
	1ª	2ª	3ª
Qualidade de Vida	63,80	61,75	61,90 p= 0,288
Karnofsky	61,50	59,60	56,60 p= 0,128
Escala Num.-Verbal	6	5	4 p= 0,002

Tabela X

Correlação entre as escalas

ESCALA	KARNOFSKY	NUMÉRICO-VERBAL
QV	0,50 (p = 0,011)	- 0,60 (p = 0,002)

5 - DISCUSSÃO

5 - DISCUSSÃO

5.1 - Questionário para os Médicos Oncologistas

O índice de resposta a questionários enviados a profissionais da saúde através do Correio é muito variável. Estudos publicados em países desenvolvidos sugerem altos índices de resposta, embora isto nem sempre seja a regra. É possível que a maior tradição em pesquisa vigente nesses países se traduza numa correspondente resposta por parte dos profissionais quando convidados a participar. Mesmo assim, alguns trabalhos mostraram que havia necessidade de repetir a remessa dos questionários para se alcançar maior número de respondedores. Rawal⁷⁶, numa pesquisa feita na Suécia com o objetivo de medir atitudes e conhecimento sobre o manejo da dor no câncer em pacientes terminais, obteve resposta em 79 a 100% dos médicos e de 85 a 93% das enfermeiras, variando de acordo com a especialidade do profissional. Vainio⁹⁴, na Finlândia, em investigação semelhante, obteve 83% de respostas quando endereçou um segundo e um terceiro questionário aos que não tivessem respondido o primeiro. Na repetição do estudo, cinco anos após, enviou apenas uma vez

o questionário e obteve 40% de respostas. Elliot²⁴, nos Estados Unidos, estudando o mesmo assunto, obteve respostas de 62% dos médicos, índice semelhante ao atingido por Lopez de Maturana⁵³, na Espanha, com 66% de respostas. Warncke¹⁰⁰, na Noruega, enviou questionário sobre o manejo da dor no câncer a 830 médicos e recebeu resposta de 69% deles. Em contraste, Fife²⁸, nos Estados Unidos, obteve apenas 15% de respostas dos médicos com duas remessas de questionário e 24% de respostas das enfermeiras, com só uma remessa.

No Brasil pouco se tem publicado sobre índices de resposta a questionários dirigidos a profissionais de saúde. Um estudo realizado pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1991²³ utilizou um questionário enviado a 340 médicos psiquiatras do Estado e obteve 44,7% de respostas. Recentemente uma pesquisa liderada pelo Conselho Federal de Medicina⁴⁶ com o objetivo de determinar o perfil dos médicos brasileiros obteve índices de resposta baixos e variáveis de acordo com a região estudada. Os resultados parciais mostraram uma variação desde 17,5% em alguns locais do Nordeste até 42,7% em São Paulo.

Embora o índice de 41% de respostas obtido no presente estudo possa ser considerado baixo para permitir generalização dos resultados observados, ele é satisfatório em relação a outras publicações existentes no nosso meio. Portanto algumas especulações podem ser feitas

sobre o perfil dos médicos oncologistas do Rio Grande do Sul em relação ao manejo da dor em seus pacientes. Deve-se reconhecer, entretanto, que estes dados necessitam ser analisados com precaução, pois a amostra selecionada pode não ser totalmente representativa da população geral de oncologistas do nosso Estado.

Dos 42 médicos que responderam ao questionário, 83% deles tinham vínculo com Hospital Universitário. É possível que esta característica predominante na amostra estudada tenha influenciado os participantes, tornando-os mais inclinados a colaborar com a pesquisa. Se esta hipótese for verdadeira, é possível que os não respondedores tenham um menor grau de vinculação universitária e potencialmente um perfil diferente daquele expresso na presente amostra. Seguindo-se esta linha de raciocínio, é lícito especular que o grau de conhecimento dos oncologistas gaúchos sobre farmacologia de analgésicos e métodos de tratamento da dor possa ser ainda menor do que o aqui refletido.

Com o objetivo de avaliar a influência do tempo de formatura no interesse em tratar pacientes com dor de câncer e o conhecimento de farmacologia das drogas analgésicas, os médicos foram divididos em dois grupos, tendo como limite o ano de formatura de 1979. Os médicos formados após 1979 demonstraram um performance superior em todos os cinco itens pesquisados, o que potencialmente era reflexo de uma maior experiência profissional no assunto. Foi identificada uma maior

tendência a dedicar mais tempo da atividade profissional para tratar pacientes com dor de câncer. O grau de conhecimento em relação ao uso de analgésicos a intervalos fixos, doses corretas da morfina por via oral e de outros métodos de analgesia foi superior nos médicos formados após 1979. É possível que estes resultados indiquem que os médicos formados mais recentemente tenham recebido um treinamento com maior ênfase nos conhecimentos de terapêutica de analgésicos e valorização da dor no paciente com câncer. Estes resultados podem representar uma influência do programa de tratamento da dor no câncer elaborado pela OMS que, no início da década de 80, passou a promover atividades científicas e publicações para universalizar o conhecimento sobre o assunto. Num estudo semelhante realizado em 1991 na Universidade de Minnesota (EUA), Elliot e Foley²⁵ mostraram que os médicos mais jovens tinham melhor conhecimento que os mais antigos, tendo tal fato sido atribuído à inclusão do tema Tratamento da Dor no Câncer no currículo universitário e, especialmente, da Residência Médica nos anos mais recentes.

Embora a grande maioria dos médicos (95%) tenha declarado utilizar opióides fortes em pacientes com câncer e dor, segundo os próprios médicos, menos de 40% de seus pacientes recebem prescrição destes analgésicos. Poucos são os médicos que prescrevem opióides fortes para a maioria de seus pacientes com dor de câncer. Considerando a característica da dor neste tipo de paciente, seria esperado o uso de opióides com maior frequência.

Cabe observar, entretanto, que a maioria dos oncologistas gaúchos prescreve analgésicos a intervalos fixos conforme a recomendação da OMS e de estudiosos do assunto.

Os fatores limitantes para o uso dos opióides fortes descritos na literatura foram marcantes também no presente estudo. Um significativo número de médicos demonstrou receio de que seus pacientes pudessem desenvolver adição e depressão respiratória se submetidos ao uso de opióides fortes por um período de uma semana. Existem evidências claras na literatura de que, em geral, é muito baixa a incidência destes efeitos colaterais com o uso terapêutico por curto período de tempo^{73,93,97,102}. É possível que muitos pacientes com câncer e dor não recebam analgesia adequada com opióides fortes devido a uma preocupação excessiva dos médicos com os efeitos colaterais destas drogas. Isso provavelmente está associado ao alerta que se observa em livros de Farmacologia de que o uso crônico dos opióides leva ao desenvolvimento de tolerância e ao risco potencial de depressão respiratória³³.

A análise das respostas relacionadas às doses dos analgésicos mostra que 26 a 31% dos médicos prescrevem doses de opióides abaixo daquelas farmacologicamente aceitas como efetivas, o que pode estar relacionado às preocupações citadas anteriormente ou ao conhecimento insuficiente da farmacologia dos analgésicos.

A resposta incorreta sobre as doses da morfina por via oral apresentada por 24% dos médicos pode estar ligada ao desconhecimento das propriedades farmacológicas dessa droga. Embora recente no mercado brasileiro, a morfina por via oral é de uso corrente nos países do chamado Primeiro Mundo há mais tempo, descrita na literatura e recomendada pela OMS como uma das medicações essenciais para o tratamento da dor no paciente com câncer^{9,22,27,31,32,89,93,105}.

O fato de 55% dos médicos terem referido experiência com apenas um dos métodos apresentados para o alívio da dor no câncer pode significar que as demais alternativas disponíveis no nosso meio são pouco difundidas entre os oncologistas.

Uma observação importante deve ser feita quanto às perguntas que deixaram de ser respondidas, pois as relacionadas com os diversos opióides fortes (doses e efeitos colaterais) tiveram abstenção de 19 a 24% dos médicos. Uma das explicações possíveis para isso é que os mesmos não responderam por desconhecer o uso correto dessas drogas.

Cinquenta por cento dos médicos informaram que não têm como objetivo erradicar totalmente a dor de seus pacientes com câncer. Tal atitude pode ser reflexo de uma crença de que o alívio total é impossível, do desconhecimento de métodos de analgesia eficazes ou do medo de que

doses maiores possam causar parafefeitos com o risco de abreviar a sobrevida do paciente.

A análise da influência da experiência de dor em si próprio não se refletiu em diferenças significativas nos aspectos avaliados por este questionário. Estes resultados não confirmaram a nossa hipótese inicial, baseada em alguns casos anedóticos, de que aqueles médicos que tivessem sofrido algum tipo de dor forte pudessem demonstrar maior interesse em informar-se sobre o assunto, com reflexo positivo no seu conhecimento sobre analgesia no paciente com câncer.

Através da análise das informações obtidas nos questionários observou-se que, na opinião dos médicos, é expressivo o número de pacientes com câncer que se queixa de dor, com índices semelhantes aos relatos na literatura. Isto provavelmente se reflete no significativo percentual de tempo de trabalho dedicado pelos médicos para tratar a dor de seus pacientes.

A análise do questionário revela ainda que a maioria dos médicos estudados acredita que consegue analgesia adequada em mais de 60% dos casos, o que contrasta com estudos publicados pela OMS^{32,105} que registram índices entre 20 a 50% . Estas diferenças podem ser reflexo da significativa variação existente quando se comparam opiniões do profissional e do paciente sobre resultados do tratamento. Existem

evidências de que as informações obtidas diretamente dos pacientes expressam mais fielmente o grau de analgesia obtido do que as impressões de seus médicos assistentes^{42,84}.

Do presente estudo pode-se especular que, ou os médicos oncologistas do Rio Grande do Sul tratam adequadamente a dor de seus pacientes, ou a impressão dos mesmos não reflete a verdadeira analgesia obtida pelos pacientes. Esta confirmação permitiria entender melhor a contradição observada no presente estudo pela qual a maioria dos médicos respondeu não ter tido treinamento adequado para tratar dor e pelo menos 1/3 deles demonstrou conhecimento insatisfatório de assuntos relacionados à farmacologia dos analgésicos; ao mesmo tempo um expressivo número de médicos acredita que obtém analgesia adequada para a maioria de seus pacientes.

Cabe destacar, entretanto, o forte desejo manifestado pelos médicos de ter oportunidade de treinamento para aperfeiçoar seus conhecimentos no manejo da dor no câncer.

5.2 - Escala para Medir Qualidade de Vida

Durante a testagem inicial da Escala, observou-se um percentual de questões não respondidas significativamente maior no grupo de pacientes analfabetos. Na revisão da literatura não há registro deste tipo de achado, provavelmente refletindo que pesquisas desta natureza tendem a ocorrer em países onde o índice de analfabetismo é muito baixo ou inexistente. Posteriormente as questões não entendidas pelos pacientes analfabetos foram modificadas, embora a versão final da Escala não tenha sido retestada neles. A decisão de excluir dos estudos de validação os pacientes analfabetos limita o uso da presente Escala apenas para alfabetizados. Tal limitação é menor no Rio Grande do Sul e nos demais Estados das regiões Sul e Sudeste onde o índice de analfabetismo é menos evidente do que no restante do país⁴⁰. O alto percentual de analfabetos encontrado na presente amostra é, provavelmente, reflexo de uma população de usuários do Hospital Conceição que presta assistência a pessoas com reconhecida característica de nível sócio-econômico e cultural menos privilegiado.

As modificações que se fizeram necessárias para que os pacientes pudessem entender melhor algumas palavras da Escala sugere que podem existir barreiras na comunicação entre médico e paciente. Alguns estudos mostram que essas barreiras, além de prejudicar a

avaliação da QV feita pelo médico, interferem na adesão às recomendações dirigidas a melhorar a QV dos pacientes^{42,84}.

Para validação da Escala, após a testagem inicial, selecionaram-se três grupos de indivíduos com potenciais diferenças de QV. Considerando-se os escores obtidos no primeiro dos dois testes realizados nos três grupos estudados, observou-se que a média da QV foi de 87,64 nos estudantes sadios, de 77,33 nos pacientes hipertensos e de 64,27 nos pacientes com câncer. O escore de QV obtido pelos estudantes foi significativamente superior aos dos pacientes hipertensos, e os destes, significativamente superior aos obtidos pelos pacientes oncológicos. Estes resultados podem ser atribuídos a diferenças de característica dos grupos estudados, mas mais provavelmente refletem uma real diferença de QV entre eles.

Os estudos de validação mostraram um excelente índice de aceitabilidade da Escala pelos três grupos, independentemente do escore de QV observado. A idade e o grau de escolaridade não interferiram na praticabilidade da Escala. Os três grupos tinham diferenças significativas na média de idade, sendo de 20 ± 7 anos nos estudantes, de 48 ± 13 anos nos pacientes hipertensos e de 62 ± 13 anos nos oncológicos. Também observou-se grande variabilidade no grau de escolaridade entre os três grupos: a totalidade dos estudantes cursava o nível superior, entre os

hipertensos 66% haviam completado o primeiro grau e 5% o nível superior, e 81% dos pacientes oncológicos tinham o primeiro grau completo e nenhum tinha nível superior.

O tempo médio para preenchimento da Escala foi de 7,2 minutos para os estudantes, de 12,9 minutos para os pacientes hipertensos e 22 minutos para os pacientes oncológicos.

Diferenças no grau de escolaridade e de capacidade funcional entre os indivíduos são variáveis que podem ter influenciado no tempo necessário para o preenchimento da Escala.

Estes achados, somados ao fato de que os três grupos preencheram a Escala de forma completa, sugerem que ela foi suficientemente clara e compreensível para os participantes.

O tempo médio de 22 minutos para preenchimento da Escala pelo grupo de pacientes com câncer pode ser considerado excessivamente longo. Por esta razão foi realizada uma análise discriminante com o objetivo de identificar quais dos 25 itens que a compunham poderiam ser mais relevantes. Isto permitiria uma redução e uma simplificação da Escala sem prejuízo do seu poder discriminatório. Foram identificados 15 itens que poderiam detectar as diferenças de QV entre os três grupos estudados com uma confiança de 86,79%.

Em cada grupo a Escala foi aplicada em duas ocasiões. As médias dos escores obtidos na primeira e segunda ocasiões foram, respectivamente, 87,64 e 89,20 para os estudantes, 77,33 e 78,58 para os pacientes hipertensos e, para os oncológicos, 64,27 e 64,56.

As variações nos escores obtidos entre a primeira e segunda ocasiões foram mais nítidas entre os estudantes e os pacientes hipertensos e foram mínimas entre os pacientes com câncer. Esta observação pode ser reflexo da diferença no intervalo de tempo entre a primeira e segunda aplicações da Escala e do número de indivíduos no grupo de estudantes e pacientes hipertensos. A Escala pode, entretanto, ser considerada reprodutível quando aplicada em mais de uma ocasião. Estes resultados sugerem que a presente Escala de QV é um instrumento que permite identificar mudanças na QV em indivíduos ou grupo de indivíduos, podendo ser útil para monitorar respostas a intervenções clínicas.

A Escala de Karnofsky vem sendo utilizada desde sua publicação, em 1948, para medir o estado funcional dos pacientes com câncer. Os estudos sobre QV, iniciados na década de 60, passaram a sugerir escalas mais complexas que avaliavam também o bem-estar emocional e social dos pacientes. Outra vantagem importante das escalas de QV sobre a Escala de Karnofsky é a potencial redução da influência do observador, por se tratar de escalas de auto-resposta.

A correlação entre as escalas de Karnofsky e de QV encontrada no presente estudo foi de 0,50, e entre a numérico-verbal de dor e a de QV foi de -0,60. Estudos semelhantes mostraram resultados contraditórios quando comparadas as escalas de Karnofsky e de QV^{27,64}. Em alguns a correlação foi negativa, e a justificativa dos pesquisadores baseou-se na hipótese de a escala de QV ser mais representativa do real estado do paciente. Em outros a correlação foi positiva e, portanto, as duas escalas teriam igual valor preditivo para medir a QV dos pacientes. No presente estudo a correlação encontrada sugere que a escala de Karnofsky possa ser útil para identificar variações na QV dos pacientes com câncer.

A correlação negativa observada quando comparados os escores de dor e de QV, no presente estudo, confirma resultados já publicados que fazem referência à dor como um fator de piora da QV^{9,26,27,72,85}.

A média dos escores alcançados com a aplicação da Escala de QV quando aplicada em três ocasiões diferentes foi, respectivamente, 63,80, 61,75 e 61,90, não mostrando diferença estatisticamente significativa. O mesmo ocorreu com a Escala de Karnofsky cujos resultados foram 61,50, 59,60 e 56,60. O escore médio da escala numérico-verbal de dor foi de 6 na primeira ocasião, de 5 na segunda e de 4 na terceira, havendo diferença estatisticamente significativa. Estes dados sugerem que o efeito da intervenção no alívio da dor não se refletiu em melhora da QV. Entretanto, por se tratar de pacientes em estado avançado de doença

maligna, seria esperado piora da QV, o que não aconteceu. Uma das possíveis explicações para este fato seria o reflexo da intervenção da equipe multidisciplinar no atendimento dos pacientes, cuja abordagem visa o alívio dos sintomas em geral e não exclusivamente a dor.

É possível que estudos com período de observação mais prolongado possam tornar mais nítidos os achados aqui apresentados.

6 - CONCLUSÕES

6 - CONCLUSÕES

Considerando-se os objetivos estabelecidos no presente estudo, os resultados obtidos permitem as conclusões abaixo expressas.

- Os médicos ocologistas dedicam uma parte significativa do seu tempo para tratar a dor em seus pacientes. Embora a maioria dos que respondeu ao questionário seja de opinião de que seus pacientes recebem analgesia adequada, as respostas sugerem que um percentual expressivo deles tem conhecimento inadequado sobre doses e parafarmacos dos analgésicos opióides, especialmente entre aqueles formados antes de 1979. Considerando que a maioria dos médicos que participou deste estudo tenha indicado que recebeu treinamento insuficiente para o manejo da dor e tenha expressado interesse em receber educação continuada sobre o assunto, sugerimos que o ensino do tratamento da dor deve ser estimulado nos programas de graduação e pós-graduação em Medicina.

- A presente Escala é um instrumento que permite quantificar qualidade de vida em seu sentido amplo, que inclui bem-estar físico, emocional e social.
- A presente Escala é um instrumento potencialmente válido para monitorar variações na qualidade de vida em indivíduos ou grupo de indivíduos submetidos a intervenções clínicas para cuidados paliativos em câncer avançado.
- A Escala de Qualidade de Vida mostrou resultados concordantes com os da Escala de Karnofsky, e estes resultados são influenciados pela intensidade de dor no paciente com câncer.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. AARONSON NK. Quality of life research in cancer clinical trials: a need for common rules and language. **Oncology**, 4 (5): 59-66, 1990.
02. AARONSON NK, AHMEDZAI S, BULLINGER M, et al. The EORTC Core Quality of Life Questionnaire: Interim Results of an International Field Study. In: Osoba (Ed). **Effect of Cancer on Quality of Life**. Boca Raton: CRC Press Inc., 1991.
03. AARONSON NK, AHMEDZAI S, BERGMAN B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ - C30: A Quality-of-life Instrument Use in International Clinical Trials in Oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Washington, 85(5):365-376, 1993.
04. AHMEDZAI S. Measuring quality of life in hospice care. **Oncology**, 4 (5):115-119, 1990.
05. ALBOU, P, As Escalas de Thurstone e Likert. Em: **Questionários Psicológicos**, São Paulo, São Paulo Editora, cap. II, p. 184 - 192, 1973.

06. ANDERSON F, DOWNING GM, HILL J. Palliative Performance Scale (PPS): A New Tool. **Journal of Palliative Care**, 12 (1):5-11, 1996.
07. BELLETIERI RJ. Quality of Life - Before, During, and After Treatment. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, vol. 698: 372-377, 1993.
08. BJORDAL K, KAASA S. Psychometric Validation of The EORTC Core Quality of Life Questionnaire, 30 - Item Version and a Diagnosis-Specific Module for Head and Neck Cancer Patients. **Acta Oncologica**, Stockholm, vol 31(3):311- 321, 1992.
09. BONICA JJ, General considerations of chronic pain. In: BONICA JJ, **The Management of Pain**. 2^a ed, Pennsylvania: Lea & Febiger ed. 1990: 180 - 196.
10. BRESCIA FG, et al: Hospitalized advanced cancer patients: a profile. **Journal of Pain Symptom Management**, 5: 221 - 227, 1990.
11. CALMAN KC. Quality of Life in cancer patients - An hypothesis. **Journal of Medicine Ethics**, England, 10: (3): 124 - 127, 1984.
12. CELLA DF. Quality of Life: Concepts and Definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, vol 9, (3): 186 - 192, 1994.
13. CHISHOLM EM, DOMBAL FT, GILES GR. Validation of a self administered questionnaire to elicit gastrointestinal symptoms. **British Medical Journal**, London, 290: 1795-96. 1985.
14. COATES A., THOMSON D., McLEOD G.R. et al. Prognostic value of quality of life scores in a trial of chemotherapy with or without

interferon in patients with metastatic malignant melanoma **European Journal of Cancer**, 29 A (12):1731-4, 1993.

15. COHEN C. On the Quality of Life: Some Reflections. **Circulation**, New York, vol. 66 (suppl III): 29 - 38, 1982.
16. COSTA LA, AMON L.C., PINTO RC et al. Uso de Narcótico no Tratamento da Dor: Dados de um Hospital Universitário. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 35(4): 230-3, 1991.
17. CURTIS EB, KRETCH R, WALSH TD. Common symptoms in patients with advanced cancer. **Journal of Palliative Care**, Canada, 7: (2): 25 - 29, 1991.
18. CRAMER JA. Quality of Life for people with epilepsy. **Neurologic Clinics**, vol. 12, (1): 1 - 13, 1994.
19. DAUDT RL, CLEELAND CS. The prevalence and severity of pain in cancer. **Cancer**, Philadelphia, 50: 1913 - 1918, 1982.
20. DE HAESS JCJM, ZITTOUN RA. Quality of Life. In: Peckham M., Pinedo H., Veronesi U. **Oxford Textbook of Oncology**: 2400-2408, 1995. Oxford University Press.
21. DONOVAN K, SANSON RW, REDMAN S. Measuring Quality of Life in Cancer Patients. **Journal of Clinical Oncology**, New York, vol. 17, (7): 959 - 968, 1989.
22. DOYLE D., HANKS GW, MC DONALD N. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. Oxford University Press, New York, 845 p. 1993.

23. EIZIRIK CL, FONSECA AF, GAZAL CH, et al. O Psiquiatra do Rio Grande do Sul e Sua Prática de Consultório: Perfil dos Entrevistados (I). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 13(3): 160 - 166, 1991.
24. ELLIOTT TE, ELLIOTT BA. Physician Acquisition of Cancer Pain Management Knowledge. **Journal of Pain and Symptom Management**, vol. 6, (4): 224 - 229, 1991.
25. ELLIOT K, FOLEY K.M. Neurologic Pain Syndromes in Patients With Cancer. **Critical Care Clinics**, Philadelphia, vol. 6, (2): 393 - 418, 1990.
26. FERREL BR, GRANT M, PADILLA G, et al. The Experience of Pain and Perceptions of Quality of Life: Validation of a Conceptual Model. **The Hospice Journal**, vol. 7(3): 9 - 24, 1991.
27. FERREL BR, WISDOM C, WIEZL C. Quality of Life as an Outcome Variable in the Management of Cancer Pain. **Cancer**, Philadelphia, 63: 2321 - 2327, 1989.
28. FIFE BL, IRICK N, PAINTER JD. A Comparative Study of the Attitudes of Physicians and Nurses Toward the Management of Cancer Pain. **Journal of Pain and Symptom Management**, vol. 8, (3): 132 - 139, 1993.
29. FINLAY IG, DUNLOP R. Quality of Life Assessment in Palliative Care. **Annals of Oncology**, Netherlands, 5: (1): 13 - 18, 1994.

30. FITZPATRICK R, FLETCHER A, GORE S. et al. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. **British Medical Journal**, London, 305: 1074-1077, 1992.
31. FOLEY KM. The Treatment of Cancer Pain. **The New England Journal of Medicine**, Boston, vol. 313 (2): 84 - 95, 1985.
32. FOLEY KM. Pain Relief Into Practice: Rhetoric Without Reform. Editorial. **Journal of Clinical Oncology**, New York, vol. 13(9): 2149 - 2151, 1995.
33. GOODMAN L.S. AND GILMAN AG. **The Pharmacological Basis of Therapeutics** New York. Macmillan Publishing Company, 1990, 1839 p.
34. GUYATT GH, JAESCHKE RJ. Measurements in Clinical Trials: Choosing the Appropriate Approach. In: Spilker B. **Quality of Life Assessments in Clinical Trials**. New York: Raven Press, 1990. 470 p: 37 - 46.
35. HAMILTON M. Development of a rating scale for primary depressive illness. **British Journal Society of Clinical Psychology**, 6:278-296, 1967.
36. HEINRICH RL, SCHANG CC, GANZ P. Living with cancer: The Cancer Inventory of Problem Situations. **Journal of Clinical Psychology**, Brandon, vol. 40, (4): 972 - 980, 1984.
37. HIGGINSON I. Quality of life was ignored in meta-analysis. **British Medical Journal**, London, 312: 249, 1996.

38. HÜRNY C, BERNHARD J. Problems in Assessing Quality of life of Lung Cancer Patients in Clinical Trials. **Chest**, Park Ridge, 96 (1) Suppl. 102S - 105S, 1989.
39. HUTCHINSON A, FARNDON J, WILSON R. Quality of survival of patients following mastectomy (Abstr.). **Clinical Oncology**, 5: 391, 1979.
40. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Anuário Estatístico do Brasil - 1994**.
41. IZSAK F.C., MEDALIE JH: Comprehensive follow-up of carcinoma patients. **Journal of Chronic Diseases**, 24:179-191, 1971.
42. JACHUCK SJ, BRIERLEY H, JACHUCK S, et al. The effect of hypotensive drugs on the quality of life. **Journal of the Royal College General Practitioners**, Edinburgh, 32: 103 - 105, 1982.
43. JAESCHKE R, GUYATT GH. How to Develop and Validate a New Quality of Life Instrument. In: Spilker B. **Quality of Life Assessments in Clinical Trials**. New York: Raven Press, 1990, p47 - 57.
44. JAMES A. Painless Human Right. **The Lancet**, London, 342: 567-568, 1993.
45. JONES DR, FAYERS PM, SIMONS J. Measuring and Analyzing Quality of Life in Clinical Trials: A Review. In: Aaronson NK, Beckmann J. **The Quality of Life of Cancer Patients**. New York: Raven Press, 1987. p41 - 61.

46. JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasilia, nov./dez/94, p.3.
47. KARNOFSKY DA, ABELMANN WH, CRAVER LF, et al. The Use of the Nitrogen Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma. **Cancer**, Philadelphia, vol. 1: 634 - 656, 1948.
48. KARNOFSKY DA, BURCHENAL J.H. Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: **Evaluation of Chemotherapeutic Agents**, Macleod ed, Columbia University Press, New York, 1949.
49. KELLY JB, PAYNE R. Pain Syndromes in the Cancer Patient. **Neurologic Clinics**, nov, 9 (4): 937 - 953, 1991.
50. KING MT, DOBSON AJ, HARNETT PR. A Comparison of Two Quality-of-Life Questionnaires for Cancer Clinical Trials: The Functional Living Index - Cancer (FLIC) and the Quality of Life Questionnaire Core Module (QLQ - C30). **Journal of Clinical Epidemiology**, 49 (1):21-29, 1996.
51. LIKERT R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, 22 (140), 1932.
52. LOESER JD, EGAN KJ. **Managing the Chronic Pain Patient**. New York. Raven Press, 1989, 253p.
53. LOPEZ DE MATURANA A, MORAGO V, SAN EMETERIO E, et al. Attitudes of General practitioners in Bizkaia, Spain, towards the terminally ill patient. **Palliative Medicine**, 7: (1): 39 - 45, 1993.

54. MADDOX GL. Persistence of Life Style Among the Elderly: A longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satisfaction. In: Neugarten BL (Ed). **Middle Age and Aging**. U. of Chicago Press, 1968.
55. MARIGO C. Câncer na América Latina - Perspectivas Sombrias. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 41(2): 63 - 74, 1995.
56. McMILLAN S.C., MAHON M. A Study of Quality of Life of Hospice Patients on Admission and at Week 1. **Cancer Nursing**, New York, 17(1): 52 - 60, 1994.
57. MARKS R.M, SACHAR E.J. Undertreatment of Medical Inpatients with Narcotics Analgesics. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, 78: 173 - 181, 1973.
58. McNEIL B, WEICHENLBAUM R, PAULHER S, et al. Tradeoffs, between quality and quantity of life in laryngeal cancer, Special Article, Speech and Survival. **The New England Journal of Medicine**, Boston, 305 (17): 983 - 987, 1981.
59. MEDEIROS EB. Para que Fim Servem os Testes? Em: **Medida Psicológica: Princípios e Prática**, Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas, p. 14 - 25, 1976.
60. MELZACK R. **Pain Measurement and Assessment**. New York. Raven Press, 1983. 293 p.
61. MELZACK R. The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods. **Pain**, Amsterdam, 1: 277 - 299, 1975.

62. MOINPUR CM, et al. Quality of Life Assessment in Southwest Oncology Group Trials. **Oncology**, Basel, vol 4. (5): 79 - 89, 1990.
63. MOINPUR CM, CHAPMAN RC. Pain Management and Quality of Life in Cancer Patients. **A University of Washington Publication**, Seattle, 1992. (From Pain and Toxicity Research Program).
64. MOR V, LALIBERT L, MORRIS JN, et al. The Karnofsky Performance Status Scale. An Examination of its Reliability and Validity in a Research Setting. **Cancer**, Philadelphia, vol. 53, (9):2002 - 2007, 1984.
65. MURPHY DF , McDONALD A, POWER C, et al. Measurement of Pain: A Comparison of the Visual Analogue with a Nonvisual Analogue Scale. **The Clinical Journal of Pain**, New York, 3: 197 - 199, 1988.
66. NAKAO MA and SEYMOUR A. Numbers Are Better Than Words. **The American Journal of Medicine**, New York, 74: 1061 - 1065, 1983.
67. NELSON EC, LANDERAF JM, WAYS HD, et al. The functional status of patients. How can it be measured in physician's offices? **Medical Care**, Philadelphia, 28: 1111 - 1126, 1990.
68. O'BOYLE CA. Assessment of Quality of Life in Surgery. **British Journal of Surgery**, Bristol, 79: 395 - 398, 1992.
69. OLSCHIEWSKI M, SCHULGEN G, SCHUMACHER M. Quality of Life Assessment in Clinical Cancer Research. **British Journal of Cancer**, London, 70: 1 - 5, 1994.

70. PIMENTA CA, KOIZUMI MS. Analgesia em Câncer: Crenças e Atualização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 27, (2): 309 - 314, 1993.
71. PORTENOY RK. Overview of Symptom Prevalence and Assessment. **Syllabus of the Postgraduate Course - Memorial Sloan-Kettering Cancer Center**, New York, 1992.
72. PORTENOY RK. Pain and quality of life: clinical issues and implications for research. **Oncology**, 4(5): 172-178, 1990.
73. PORTER J. Addiction Rare in Patients Treated with Narcotics. **The New England Journal of Medicine**, Boston, 302: 123, 1980.
74. PRIESTMAN JJ, BAUN M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. **The Lancet**, London, p. 899 - 901, 1976.
75. RAPIN CH. Cancereux. Le traitement de la douleur chez les patients cancéreux. **Schweizerische Rundschau Fuer Medizin Praxis**, Bern, 76: (40): 1095 - 97, 1987.
76. RAWAL N, HYLANDER J, ARNER S. Management of terminal cancer in Sweden: a nationwide survey. **Pain**, Amsterdam, 54: 169 - 179, 1993.
77. ROBINSON K, BRUERA E. The Management of Pain in Patients with Advanced Cancer: The Importance of Multidimensional Assessments. **Journal of Palliative Care**, 11 (4): 51-53, 1995.

78. ROSENTHAL DS. Cancer Therapy - The 21st Century CA - **A Cancer Journal for Clinicians**, New York, 46 (3):131 - 132, 1996.
79. SCHIPPER H. Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. **Oncology**, 4(5): 51-57, 1990.
80. SCHIPPER H. Quality of Life Meaning and Measurement. In: Foley KM. **Advances in Pain Research and Therapy**. New York, Raven Press, vol 16: 89 - 108, 1990.
81. SCHIPPER H, CLINCH J, McMURRAY A, et al. Measuring the Quality of Life of Cancer patients: The Functional Living Index - Cancer: Development and Validation. **Journal of Clinical Oncology**, New York, vol 2, (5): 472 - 483. May. 1984.
82. SELBY PJ, CHAPMAN J, ETAZADI-AMOLI J. The development of a method for assessing the quality of life of cancer patients. **British Journal of Cancer**, London, 50: 13 - 22, 1984.
83. SIGURDARDOTTIR V, BOLUND C, SULLIVAN M. Quality of Life Evaluation by the EORTC Questionnaire Technique in Patients with Generalized Malignant Melanoma on Chemotherapy. **Acta Oncologia**, 35 (2): 149-158, 1996.
84. SLEVIN ML, PLANT H, LYNCH D, et al. Who should measure quality of life, the Doctor or the patient? **British Journal Cancer**, London, 57: 109 - 112, 1988.
85. SPILKER B. **Quality of Life Assessment in Clinical Trials**. New York: Raven Press, 1990. 470 p.

86. STERKENBURG CA, KING B, WOODWARD CA. A Reability and Validity Study of the McMaster Quality of Life Scale (MQLS) for a Palliative population. **Journal of Palliative Care**, 12 (1): 18-25, 1996.
87. STERNBACH RA, Chronic pain as disease entity. **Triangle**, Basal, 20: 27, 1981.
88. STRAIN JJ. The Evolution of Quality of Life Evaluations in Cancer Therapy. **Oncology**, Basal, 4(5), p. 22 - 26, 1990.
89. TAKEDA F. Results of field testing in Japan of the WHO draft interim guidelines on relief of cancer pain. **Pain Clinic**, 1: 83 - 89, 1986.
91. TANNOCK I. F. Management of breast and prostate cancer: how does quality of life enter the equation **Oncology**, Basal, 4(5): 149-156, 1990.
92. TEOH N., STJERNWARD J. WHO Cancer Pain Relief Program - Ten Years On. **IASP Newsletter** - Seattle, p. 5 - 6, July/August, 1992.
93. TWYXCROSS RG & LACK SA. Myths About Morphine. **Symptom Control in Far Advanced Cancer: Pain Relief**, p. 223 - 236; Pitman, London, 1983.
94. VAINIO A. Treatment of terminal cancer pain in Finland: a second look. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Aarhus, 36: 89 - 95, 1992.

95. VENTAFRIDDA V, et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. **Cancer**, Philadelphia, 59: 851 - 856, 1987.
96. WALL PD. 25 volumes of Pain (Editorial). **Pain**, Amsterdam, 25: 1 - 4, 1985.
97. WALSH TD. Common misunderstandings about the use of morphine for chronic pain in advanced cancer. **CA: Cancer Journal For Clinicians**, 35: (3): 164 - 69, 1985.
98. WARD SE, GOLDBERG N, MILLER - MC CAULEY et al. Patient - Related Barriers to Management of Cancer Pain. **Pain**, Amsterdam, Vol. 52: 319-324, 1993.
99. WARE JE. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. **Cancer**, Philadelphia, 10: 124 - 127, 1984.
100. WARNCKE T, BREIVIK H, VAINIO A. Treatment of cancer pain in Norway. A questionnaire study. **Pain**, Amsterdam, 57: 109 - 116, 1994.
101. WENGER NA. Qualidade de vida: um imperativo médico. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, São Paulo, vol. XVI, (3): 62 - 69, 1987.
102. WHITE I.D., HOSKIN PJ, HANKS GW et al. Analgesics in Cancer Pain: Current Practice and Beliefs. **British Journal Cancer**, London, 63: 271 - 274, 1992.
103. WORLD Bank. **Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges**. World Bank, 1989.

104. WORLD Health Organization. The first ten years of the World Health Organization. Geneve: WHO, 1958.

105. WORLD Health Organization - **Cancer Pain Relief**. Geneve, 1986.

ANEXOS

ANEXO 1

<p>Primeira carta aos médicos oncologistas solicitando que respondessem o questionário</p>

Porto Alegre, 14 de julho de 1993.

Prezado(a) colega:

Sou médico clínico e estou cursando o Mestrado de Clínica Médica da UFRGS, sob orientação do Prof. Algemir Brunetto. Minha dissertação aborda o tema "TRATAMENTO DA DOR NO PACIENTE COM CÂNCER POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR; ESTUDO PROSPECTIVO SOBRE REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA".

Como parte do trabalho, foi elaborado um questionário que estou enviando a todos os médicos Oncologistas do Rio Grande do Sul. A finalidade deste questionário é de conhecer como os Oncologistas percebem o problema dor em seus pacientes e as dificuldades que enfrentam no manejo dos mesmos, dando total garantia de anonimato às respostas.

Espero contar com a sua colaboração que será muito importante, não só para realizar a minha tese de dissertação, mas também para entender mais objetivamente a dimensão da dor no paciente com câncer em nosso meio.

Após preencher o questionário, por gentileza remeta-o com a maior brevidade possível utilizando o envelope-resposta anexo.

Muito obrigado pela sua ajuda.

Atenciosamente

Newton Barros
Rua Anita Garibaldi, 359/303
90450-001 - Porto Alegre
Fone: (051) 332 4315

ANEXO 2

Segunda carta enviada a todos os médicos, pedindo que respondessem somente aqueles que não o tinham feito da primeira vez.

Porto Alegre, 26 de novembro de 1993.

Prezado colega;

Por favor me desculpe por escrever novamente, mas eu preciso de sua ajuda. A carta e o questionário anexos foram encaminhados para 103 médicos oncologistas do Rio Grande do Sul e recebi resposta de apenas 23.

Decidi por isso encaminhar novo questionário na tentativa de conhecer a opinião de maior número de colegas.

Não sei quem respondeu porque não há identificação nas cartas.

Caso o(a) Sr(a). seja um dos 23 que já respondeu, desconsidere a presente. Em caso do contrário, por favor preencha-o e coloque no correio logo que possível.

Mais uma vez agradeço a colaboração.

Atenciosamente,

Newton Barros

ANEXO 3

Questionário destinado a médicos oncologistas sobre o uso de analgésicos em pacientes com câncer

1 - Ano de formatura: _____

2 - Sexo: () Masculino () Feminino

3 - O Sr(a) trabalha em Hospital Universitário?

() sim () não

4 - Exerce outra especialidade além de oncologia?

() sim () não Qual? _____

5 - Entre os pacientes com câncer que o Sr(a) costuma atender, qual a proporção percentual que se queixa de dores? _____%

6 - O Sr(a) trata pacientes com dor por câncer?

() sim () não se sim:

a) Que proporção percentual de tempo de sua clínica é gasto tratando pacientes com dor de câncer? _____%

b) Que proporção percentual de pacientes que o Sr(a) atende responde adequadamente ao tratamento com drogas analgésicas? _____%

c) Que proporção de pacientes recebem procedimentos invasivos? _____%

7 - Como o Sr(a) considera o treinamento médico que recebeu para tratar a dor em pacientes oncológicos?

- inexistente
- inadequado
- adequado

8 - O Sr. desejaria alguma forma de educação continuada sobre aspectos básicos ou clínicos da dor no câncer?

- sim
- não

9 - No paciente com câncer e dor, o Sr(a) utiliza opióides fortes tais como Morfina, Meperidina (Petidina), Buprenorfina?

- sim
- não

10 - Em caso de NÃO utilizar opióides fortes (Morfina, Meperidina, Buprenorfina), para tratamento de pacientes oncológicos com dor, qual a razão?

11 - Em relação ao número de pacientes oncológicos com dor que o Sr(a) atende:

- a) que proporção percentual utiliza Meperidina? ____%
- b) que proporção percentual utiliza Morfina? ____%

12 - Para tratamento de pacientes oncológicos com dor contínua, como o Sr(a) prescreve os analgésicos?

- a intervalos fixos
- se necessário (a critério do paciente)

- 13 - Qual a probabilidade de um paciente oncológico com dor recebendo doses terapêuticas de Meperidina (Petidina) de 4/4 hs durante uma semana de desenvolver adição à droga? ___%
- 14 - Em que proporção percentual o Sr(a) acredita que ocorra depressão respiratória após administração de doses terapêuticas de opióides fortes? ___%
- 15 - Considerando-se uma administração de 4/4 hs, quantos Miligramas por dose o Sr(a) prescreveria para os analgésicos abaixo?
- a) AAS ___mg (via oral) b) Codeína ___mg (via oral)
c) Meperidina ___mg (EV) d) Morfina ___mg (EV)
- 16 - Em relação a analgesia com Morfina, a dose por Via Oral deve ser:
- () igual à dose injetável () maior que a dose injetável
() menor que a dose injetável () é inefetiva por via oral
() desconheço pois não tenho experiência com a via oral
- 17 - Com qual(is) dos métodos abaixo o Sr(a) tem experiência para o alívio da dor no câncer?
- () anestésico epidural () neurocirurgia
() opióide peridural () infusão EV contínua com opióide
- 18 - Quando o Sr(a) prescreve analgésicos para pacientes oncológicos, o objetivo que tem em mente é:
- () erradicar totalmente a dor () aliviar ao máximo a dor
() aliviar o suficiente para que o paciente se sinta confortável
- 19 - O Sr(a) já experimentou, em si próprio, algum tipo de dor forte?
- () sim () não

“Obrigado por ter colaborado para o nosso projeto”.

ANEXO 4

Escala de Ferrel²⁷

This form is designed to measure how your disease and treatment affect the quality of your life. For each question, we ask you to make a mark on a line. Please mark these lines with a "I" to indicate how severe each of the following problems has been since your last appointment.

1. How easy or difficult is it to adjust to your disease and treatment?

not at all easy _____ very easy

2. Do you worry about the cost of your medical care?

not at all _____ a great deal

3. If you have pain, how distressing is it?

not at all _____ extremely
distressing _____ distressing

4. How useful do you feel?

not at all _____ extremely
useful _____ useful

5. How much happiness do you feel?

not at all _____ a great deal

6. How satisfying is your life?

not at all _____ extremely
satisfying _____ satisfying

7. Is the amount of affection you give and receive sufficient to meet your needs?

not at all _____ completely

8. Is your disease or treatment interfering with your personal relationships?

not at all _____ a great deal

9. Are you worried (fearful or anxious) about the outcome of your disease?

not at all _____ constantly

10. How much are you able to do the things you like to do such as watch TV, read, garden, listen to music, etc?

not at all _____ a great deal

11. How much strength do you have?

not at all _____ a great deal

12. Do you tire easily?

not at all _____ a great deal

13. Is the amount of time you sleep sufficient to meet your needs?

not at all _____ completely

14. Are you able to take care of your personal needs (dress, comb hair, toilet, bath)?

I can't do _____ I can do
anything by myself everything myself

15. How much pain do you have?

none _____ a great deal

16. How much of an appetite do you have?

none _____ more than
usual

17. How is your bowel pattern?

the worst _____ normal for me
I've ever had

18. Is the amount you eat sufficient to meet your needs?

not at all _____ completely

19. Are you worried about your weight?

not at all _____ a great deal

20. Do you have nausea?

never _____ all the time

21. Do you vomit?

never _____ all the time

22. Have you had any changes in taste?

none at all _____ a great deal

23. How satisfied are you with your appearance?

completely _____ completely
dissatisfied satisfied

24. Are you worried about unfinished business?

none at all _____ extremely