

Catastrofização e percepção da dor de pacientes em tratamento contra neoplasia oral

Catastrophizing and pain perception of patients undergoing oral cancer treatment

Catastrofización y percepción del dolor de pacientes sometidos a tratamiento oral contra el cáncer

Claudiane Mahl¹; Paulo Ricardo Saquete Martins-Filho¹; Emily de Lima Pena²; Lois Lene Silva Santos²; Catarina Sampaio Carvalho²; Beatriz Santana Silva²; Joyce Moura Santos²

Resumo: A avaliação adequada da dor do paciente oncológico é necessária para que haja o controle eficaz, tornando-se imprescindível a abordagem sobre todas as causas determinantes como o tipo, duração, intensidade, fatores desencadeantes e agravantes, além de considerar que a percepção dolorosa é individualizada. Desta forma o objetivo deste trabalho é avaliar a percepção da dor, a adequação analgésica e o nível de pensamentos catastróficos sobre dor dos pacientes diagnosticados com neoplasia oral (C00-14), que estavam iniciando tratamento no hospital referência Sergipe, período de agosto de 2017 a maio de 2018. Utilizaram como instrumentos validados o Inventário Resumido da Dor, para percepção da dor; o Índice de Manejo da Dor, para avaliar a adequação analgésica e a Escala de Pensamentos Catastróficos, para identificar os níveis de catastrofismo. Dos 28 avaliados, a maioria eram homens (71%), com idade superior a 50 anos (57,1%), baixa escolaridade (92,8%), baixa renda (78,5%), tabagistas ou ex-tabagistas (71,5%) e etilista ou ex-etilista (75%). Quanto às características clínicas, a neoplasia de assoalho da boca representou 21,4% do total. Em relação ao estadiamento, 71,4% estavam no IV estágio. Quase 50% referiram ter sentido dor forte na última semana. A analgesia estava inadequada para 21,4% e 29% possuíam alto nível de pensamentos catastróficos. Os pacientes avaliados estão dentro do perfil de pacientes com neoplasia oral apresentados na literatura, onde a maioria é do sexo masculino, baixa renda, baixa escolaridade, etilista e tabagistas. Observou-se que a dor está presente no dia-a-dia de grande parte dos pacientes, muitos com manejo inadequado da dor e catastrofização. Por isso o diagnóstico precoce e tratamento imediato para a redução da morbimortalidade e sequelas da doença são essenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais. Catastrofismo. Percepção da dor.

Abstract: Adequate assessment of pain in cancer patients is necessary for effective control, making it essential to address all the determining causes such as type, duration, intensity, triggering and aggravating factors, and consider that pain perception is individualized. Thus, the objective of this study is to evaluate pain perception, analgesic adequacy and level of catastrophic thoughts about pain of patients diagnosed with oral neoplasia. This is a cross-sectional descriptive analysis of patients diagnosed with oral neoplasia (C00-14), who were starting treatment at the Sergipe referral hospital, from August 2017 to May 2018. They used as validated instruments the Summary Inventory of the Pain, for pain perception; the Pain Management Index, to assess analgesic adequacy and the Catastrophic Thought Scale, to identify catastrophic levels. Of the 28 evaluated, most were men (71%), over 50 years old (57.1%), low education (92.8%), low income (78.5%), smokers or former smokers (71.5%) and alcoholic or former alcoholic (75%). Regarding the clinical characteristics, the floor of the mouth represented 21.4% of the total. Regarding staging, 71.4% were in the IV stage. Almost 50% reported experiencing severe pain in the last week. Analgesia was inadequate for 21.4% and 29% had a high level of catastrophic thoughts. The evaluated patients are within the profile of patients with oral neoplasia presented in the literature, where most are male, low income, low education, alcoholics and smokers. It was observed that pain is present in the daily routine of most patients, many with inadequate pain management and catastrophization. Therefore, early diagnosis and immediate treatment to reduce morbidity and mortality and sequels of the disease are essential, contributing to improve the quality of life of these patients.

Keywords: Oral Neoplasms. Catastrophism. Pain perception.

Resumen: Es necesaria una evaluación adecuada del dolor en pacientes con cáncer para un control efectivo, por lo que es esencial abordar todas las causas determinantes, como el tipo, la duración, la intensidad, los factores desencadenantes y agravantes, y considerar esa percepción del dolor. Es individualizado. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la percepción del dolor, la adecuación analgésica y el nivel de pensamientos catastróficos sobre el dolor de los pacientes diagnosticados con neoplasia oral. Este es un análisis descriptivo transversal de pacientes diagnosticados con neoplasia oral (C00-14), que estaban comenzando el tratamiento en el hospital de referencia Sergipe, desde

¹Docente da Universidade Federal de Sergipe (UFS). E-mail: profclaudianem30@gmail.com

²Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

agosto de 2017 hasta mayo de 2018. Usaron como instrumentos validados el Inventario resumido del Dolor, para la percepción del dolor; el Índice de Manejo del Dolor, para evaluar la adecuación analgésica y la Escala de Pensamiento Catastrófico, para identificar niveles catastróficos. De los 28 evaluados, la mayoría eran hombres (71%), mayores de 50 años (57.1%), baja educación (92.8%), bajos ingresos (78.5%), fumadores o ex fumadores (71.5%) y alcohólico o ex alcohólico (75%). En cuanto a las características clínicas, el piso de la boca representó el 21,4% del total. En cuanto a la estadificación, el 71,4% se encontraba en la etapa IV. Casi el 50% informó haber experimentado un dolor intenso en la última semana. La analgesia fue inadecuada para el 21.4% y el 29% tenía un alto nivel de pensamientos catastróficos. Los pacientes evaluados están dentro del perfil de pacientes con neoplasia oral presentados en la literatura, donde la mayoría son hombres, de bajos ingresos, de baja educación, alcohólicos y fumadores. Se observó que el dolor está presente en la rutina diaria de la mayoría de los pacientes, muchos con manejo inadecuado del dolor y catastrofización. Por lo tanto, el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato para reducir la morbilidad y la mortalidad y las secuelas de la enfermedad son esenciales, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Neoplasias orales. Catastrofismo. Percepción del dolor.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países com maior incidência de neoplasia oral que, por sua vez, corresponde a cerca de 40% de todos os tumores de cabeça e pescoço. Aproximadamente 90% dos tumores malignos são carcinomas de células escamosas, enquanto os 10% restantes representam malignidades raras (variantes do carcinoma de células escamosas, melanomas, linfomas e sarcomas). Alguns elementos de risco comuns para o desenvolvimento de câncer de cavidade oral incluem o tabaco e o álcool, que são fatores de risco independentes, mas também possuem sinergia. Outros fatores de risco incluem o Papiloma Vírus Humano (HPV), pobre higiene dental e irritação mecânica crônica (CAMPANA; GOIATO, 2013).

Inerente e paralelamente à neoplasia bucal maligna, é possível observar os relatos envolvendo os diferentes tipos de dores que são consideradas fenômenos multidimensionais que resultam da complexa interação - denominada de sofrimento global - entre fisiologia, psicologia, personalidade e comportamento. Dessa forma, essa sensação se trata de algo estritamente particular, característico e subjetivo que ocorre de diferentes maneiras e está altamente relacionada com as crenças, o histórico social, emocional, físico, psicológico e espiritual, o que resulta em distorções cognitivas que podem influenciar alguns comportamentos devido ao errôneo processamento de informações, assim, promovendo pensamentos negativos involuntários relacionados a esse sentimento (RAIMUNDO, 2014).

Além disso, pode ser considerada um fenômeno somatopsíquico articulado pelo humor e pelo significado que a dor assume para cada indivíduo, a qual tem como componente comportamental um conjunto de manifestações tanto verbais quanto não verbais como queixas, gemidos e posturas anti-álgicas. Nesse sentido, a dor afeta o homem não apenas fisiologicamente mas sobretudo existencialmente e por isso, ninguém é capaz de sentir uma dor, por mais semelhante que seja, da mesma forma (RAIMUNDO, 2014).

A avaliação adequada da dor do paciente é necessária para que haja o controle eficaz da mesma, tornando-

-se imprescindível a abordagem sobre todas as causas determinantes como o tipo de dor, a duração, intensidade e fatores que a desencadeiam ou a aumentam e não apenas da lesão orgânica, considerando que a percepção dolorosa é individualizada e influenciada pelas experiências vivenciadas pelo indivíduo, sendo assim, um modelo biopsicossocial de análise. Desse modo, a avaliação da dor tem como finalidade detectar a presença dessa sensação, estimar seu impacto sobre o indivíduo e determinar a eficácia dos tratamentos (SILVA, 2011).

Nesse viés, o termo catastrofização se aplica à situação e é utilizado para descrever pensamentos excessivamente negativos e de desesperança durante experiências dolorosas que podem contribuir para magnificação da condição ou do sintoma da doença (SEHN, 2012). Desta forma faz-se necessária a utilização de instrumentos validados que contribuam para a avaliação da dor e identificação de pensamentos catastróficos, contribuindo para melhoria da qualidade de vida destes pacientes. Isto posto, esta pesquisa objetivou descrever a percepção da dor, o índice de manejo da dor e o nível de pensamentos catastróficos sobre dor em pacientes com neoplasia oral.

METODOLOGIA

Trata-se de um corte transversal, com análise descritiva de pacientes com neoplasia oral assistidos no Setor de Oncologia do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), Brasil. O recrutamento foi efetuado a partir de busca ativa dos casos suspeitos de câncer na região de cabeça e pescoço registrados nos prontuários médicos e odontológicos da referida instituição no período de agosto de 2017 a maio de 2018.

Foram incluídos os pacientes que receberam diagnóstico histopatológico de carcinoma de lábio, cavidade oral, faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), seios maxilares, glândulas salivares, que foram encaminhados para tratamento oncológico, seja ele cirúrgico, radioterápico ou uma combinação destas modalidades terapêuticas com ou sem terapia sistêmica (quimioterapia ou terapia-alvo).

Foram excluídos os pacientes com doenças graves

incapacitantes, transtornos mentais ou psicomotores que interfiram na entrevista, bem como aqueles com história prévia de câncer com recorrências locais ou à distância. Os casos de melanomas e neoplasias malignas de pele da face, pálpebra couro cabeludo e orelha também foram excluídos do estudo. O estado mental atual foi avaliado através do Mini-Exame de Estado Mental, instrumento utilizado para avaliar funções cognitivas específicas incluindo orientação para tempo, orientação para local, registro de 3 palavras, atenção e cálculo, lembrança de 3 palavras, linguagem e capacidade construtiva visual (BERTOLUCCI et al., 1994).

Foram avaliadas as características socioeconômicas e clínicas dos pacientes através de uma ficha clínica elaborada pelos pesquisadores, referentes às (1) condições educacionais, socioeconômicas e demográficas, (2) consumo de cigarro e álcool, (3) localização do tumor primário, (4) estadiamento clínico, (5) interpretação do quadro clínico.

• Descrição e Categorização das Variáveis

(1) Condições Educacionais, Socioeconômicas e Demográficas: Idade. Sexo: masculino / feminino. Procedência. Estado civil: solteiro / casado / separado ou divorciado / viúvo. Religião: católica / evangélica / espírita / outras / sem religião. Escolaridade: analfabeto / ensino fundamental / ensino médio / ensino superior. Renda mensal: ≤ 1 salário mínimo / 1-3 salários mínimos / > 3 salários mínimos.

(2) Consumo de Cigarro e Álcool, baseado em Brouha et al. (2005): Cigarro: não-fumante / ex-fumante / 0 – 20 cigarros/dia / > 20 cigarros/dia. Álcool: não etilista, 0 – 2 doses/dia / > 2 doses/dia.

(3) Localização do Tumor Primário, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde / Décima Revisão – CID 10: C00 (lábio); C01-02 (língua); C03 (gengiva); C04 (assoalho da boca); C05 (palato); C06 (mucosa jugal, vestíbulo, área retromolar, glândulas salivares menores); C07-08 (glândulas salivares maiores); C10 (orofaringe); C11 (Nasofaringe); C12 (Seio piriforme); C13 (Hipofaringe); C14 (Outras localizações lábio, cavidade oral e faringe).

(4) Estadiamento clínico: Foi utilizado o Sistema TNM, da American Joint Committee on Cancer (AJCC), através do qual se analisa o maior diâmetro da lesão (T), o comprometimento dos linfonodos regionais (N) e as evidências de metástase à distância (M). Os casos serão classificados em estágio inicial (0, I-II) ou avançado (III-IV), conforme a combinação dos componentes T, N e M.

Para avaliar o Pensamento catastrófico sobre dor, foi utilizada a Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor, criada por Sullivan et al. (2001), e utilizada para avaliar os pensamentos catastróficos sobre dor em pacientes com dor crônica. A escala foi validada para utilização em pacientes com dor crônica no Brasil em

2012 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e mostrou-se um instrumento satisfatório para uso em pesquisa e clínica no Brasil (SEHN et al., 2012).

É composta por três subescalas autoaplicáveis (Desesperança, Magnificação e Ruminação), permitindo de forma rápida e fácil a identificação de indivíduos com traços psicológicos para catastrofização. Possui 13 itens, onde o paciente relata ou aponta o grau de pensamento ou sentimento descrito em relação à dor, respeitando uma graduação de 5 pontos (0 = Mínima; 1 = Leve; 2 = Moderado; 3 = Intensa; 4 = Muito intensa). O escore total é dado através da soma de todos os itens e varia de 0 a 52 pontos.

Para avaliação da dor utilizou-se o Inventário Resumido da Dor (IRD) e o Índice de Manejo da Dor (IMD). O IRD, desenvolvido por Cleeland e Ryan (1992) e traduzido por Azevedo et al. (2007), é um instrumento válido, reprodutível e sensível na detecção, acompanhamento e caracterização da dor em pacientes com câncer.

Contém um item dicotômico para verificação da existência de dor, um item para a localização da dor através de um diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), um item para registro das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e, finalmente, uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10) que avaliam a interferência da dor nas atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver.

Para avaliar a adequação da analgesia foi utilizado o IMD criado por Cleeland et al. (1994) para determinar a potência analgésica frente à intensidade da dor referida pelos pacientes. Os analgésicos foram classificados segundo sua potência em: 0 = ausência de medicamento 1 = analgésico antiinflamatório não-hormonal (AINH); 2 = opióide fraco (codeína, tramadol); e 3 = opióide forte (morfina, meperidina). Em relação à adequação analgésica, a intensidade da dor foi classificada a partir da escala numérica, em: 1 = dor leve (1-4); 2 = dor moderada (5-7); 3 = dor intensa (8-10). O IMD foi obtido subtraindo-se da potência do analgésico (PA) a intensidade da dor (ID), ou seja, $IMD = PA - ID$. O escore do IMD varia de -3 a +3 e as pontuações negativas indicam inadequação analgésica, enquanto os escores positivos e o zero, indicam adequação.

• Análise dos dados

Os instrumentos foram revisados e os dados foram inseridos no programa Microsoft Excel 2013, com formato de arquivo de planilha (extensão. xls). O perfil socioeconômico, características clínicas e hábitos de vida, alimentação e higiene dos pacientes foram apresentados por meio de tabelas, utilizando análise descritiva, com

frequência absoluta e relativa e desvio padrão. Os níveis de catastrofismo e o índice de manejo da dor foram apresentados utilizando-se a frequência relativa escore médio, mínimo e máximo. O tratamento estatístico dos dados foi feito no software BioEstat 5.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob número do parecer 2099061 CAAE: 68035317.3.0000.5546 e atende aos aspectos éticos, seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 28 pacientes com diagnóstico de neoplasia oral entrevistados no setor de oncologia do hospital de urgência de Sergipe, no momento anterior ou posterior a consulta ambulatorial ou mesmo no setor de radiologia, antes da consulta com oncologista ou do preparo da boca com odontólogo estomatologista.

A amostra foi composta por maioria masculina (75%), com faixa etária superior a 50 anos (57,1%). Baixa renda, 71,4% recebiam menos de um salário mínimo por mês e baixa escolaridade, sendo que 53,5% com ensino fundamental completo ou incompleto; além disso, 39,3% eram analfabetos (Tabela 01).

Tabela 01: Distribuição das características socioeconômicas dos pacientes com neoplasia oral, Sergipe, 2018.

Variável	N	(%)
Sexo		
Feminino	07	25,0
Masculino	21	75,0
Grupo etário (Dp 14,4)		
Até 40 anos	05	17,8
41 a 50 anos	04	14,3
51 a 60 anos	04	14,3
61 a 70 anos	07	25,0
71 anos ou mais	05	17,8
Estado Civil		
Solteiro(a)	15	53,6
Casado(a)	11	39,3
Viúvo(a)	02	7,1
Escolaridade		
Analfabeto	11	39,3
Ensino fundamental	15	53,5
Ensino médio	02	7,2
Renda		
Menos de um salário	20	71,4
Um salário	02	7,1
Um a três salários	06	21,4
Religião		
Católica	20	71,4
Evangélica	06	21,4
Sem religião	02	7,1

Fonte: Dados da pesquisa. Dp = desvio padrão

Estes resultados confirmam os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que apresenta a neoplasia oral com acometimento predominante em homens com mais de 50 anos, tendo uma estimativa de novos casos de 11200 homens em 2018. O nível de escolaridade também está relacionado com a ocorrência do Neoplasia oral. Os indivíduos analisados nesta pesquisa apresentaram baixo índice de escolaridade (Tabela 01), assim como apresentado no estudo de Ganesh et al., (2013) no qual houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de câncer bucal entre os diferentes níveis de alfabetização e ocupação.

O cigarro é considerado um fator de risco extrínseco para a neoplasia oral, neste estudo foi observado que dos 28 entrevistados, apenas 8 disseram não fumar enquanto os 71,5% restantes revelaram ser fumantes ou ex-fumantes, com consumo entre 0 a 20 (39,3%) ou mais de 20 cigarros (32,2%) por dia. Outro fator avaliado foi o etilismo, no qual observou-se um percentual de 75% de etilistas ou ex-etilistas, com consumos de menos de duas doses por dia de 35,7% e mais de duas doses com 39,3%. Além disso, hábitos alimentares inadequados podem ser considerados fatores de risco para o câncer. Nesse sentido, 67,2% dos pacientes relataram consumir as vezes ou raramente frutas e verduras. Enquanto que 35,7% disseram consumir alimentos gordurosos todos os dias. Ademais, quando questionados sobre a higiene oral diária, 46,4% dos pacientes responderam que fazem a higiene oral menos que duas vezes ao dia (Tabela 02).

Santos et al (2015) concluiu em sua pesquisa que o consumo de álcool e tabaco está associado ao prognóstico de neoplasia oral, quanto maior o consumo, piores são as condições de prognóstico da doença. Assim como em outros levantamentos epidemiológicos, os resultados deste estudo demonstraram que o consumo de tabaco isoladamente, ou usado concomitante com o álcool, tem grande ocorrência em indivíduos com neoplasia oral.

Além disso, com relação à saúde bucal, Maier et al. (1993), relataram informações sobre o câncer bucal em que 40,9% tinham cálculo dentário de 3 mm ou mais ou tártaro e 28% tinham inflamação gengival crônica, indicando assim que pacientes com neoplasia oral teriam um pior cuidado com a saúde oral. Outros estudos realizados no Brasil e Índia mostraram aumento do risco de câncer oral entre os indivíduos com más práticas de higiene oral.

No estudo de Marques, Luzia A et al. (2008) o estado de saúde oral foi avaliado através das variáveis próteses dentárias e frequência de sangramento gengival durante a escovação auto-relatado pelos entrevistados. No que diz respeito às práticas de higiene oral, nenhuma associação significativa para o câncer bucal foi observada entre os sujeitos que nunca escovaram os dentes em comparação com aqueles que escovavam entre três ou mais vezes por dia, no entanto, os pacientes que

Tabela 02: Distribuição dos hábitos alimentares e de higiene dos pacientes com neoplasia oral, Sergipe - 2018.

Variável	N	(%)
Fumante ou Ex-fumante/Nº de cigarros por dia		
0 a 20 cigarros	11	39,3
Mais de 20 cigarros	09	32,2
Não fumante	08	28,6
Etilista ou Ex-etilista/Nº de doses por dia		
Menos de 2 doses	10	35,7
Três ou mais doses	11	39,3
Não etilista	07	25,0
Consumo de alimentos gordurosos por semana		
Às vezes/raramente	18	64,3
Todos os dias	10	35,7
Consumo de frutas e verduras por semana		
Às vezes/raramente	16	67,2
Todos os dias	12	42,9
Higiene oral por dia		
Às vezes	04	14,3
Uma vez	09	32,1
Duas ou mais vezes	15	53,6

Fonte: Dados da pesquisa.

nunca compareciam à consultas odontológicas tiveram maior risco de câncer do que os indivíduos que relataram comparecer a consulta pelo menos uma vez ao ano. Esses que realizam visitas dentárias frequentes são geralmente mais cuidadosos com sua higiene oral, e esse comportamento pode ser considerado um indicador de proteção, pois ajuda a eliminar ou impedir a exposição da mucosa a certos carcinogêneos.

De acordo com os dados obtidos, a neoplasia maligna de outras localidades de lábio, cavidade oral e faringe que possui o CID C14 apresenta-se com maior percentual entre os pacientes com 28,6% de neoplasia oral enquanto que 21,4% apresentaram CID C04 (Neoplasia Maligna do Assoalho da Boca). Em contrapartida, apenas 4 pacientes entre os entrevistados possuíam neoplasia maligna de lábio, de gengiva, de orofaringe ou do seio piriforme (Tabela 03).

Em estudo realizado por Gois Santos, Santos, Carvalho et al. entre 2000 e 2009, no qual avaliou-se o banco de mortalidade por neoplasia oral na cidade de Aracaju, foi observado a distribuição dos óbitos segundo o sítio anatômico (CID-10). Os achados indicam que neoplasias malignas de outras partes e partes não especificadas da boca (CID-C06) e neoplasias malignas de outras partes e partes não especificadas da língua (CID-C02) aparecem com maior frequência, com 43,6% e 33,3% casos relatados, respectivamente. Enquanto que

o código CID C03, que define o maligno neoplasmas das gengivas, não teve ocorrências.

Com relação à distribuição dos pacientes com neoplasia oral de acordo com estadiamento clínico, neste estudo, 71,4% dos pacientes tiveram suas lesões diagnosticadas em fase avançada (estágio IV) enquanto que apenas 3 pacientes estavam em estágio III e um em estágio I, sendo 4 ignorados.

Em vista a resultados similares a esta pesquisa, Santos et al (2015) relatou em seu estudo que o diagnóstico tardio acarreta aumento do risco de óbitos e diminuição da qualidade de vida dos indivíduos acometidos pelo câncer, além da aplicação de tratamentos invasivos e mutiladores, com maior duração e maiores custos hospitalares. Observou-se alta prevalência de diagnóstico tardio com predomínio de pacientes diagnosticados em estágio avançado (estágio IV, 43,43%). Isso reforça a necessidade de políticas de prevenção do câncer de boca, de acordo com Almeida et al. (2012) campanhas de rastreamento de câncer bucal, envolvendo todos os níveis de atenção à saúde e em conformidade com as políticas públicas do governo federal, produzem resultados bem-sucedidos na prevenção e detecção precoce do câncer bucal no estado de São Paulo.

Através do Inventário Resumido de dor, foi avaliada a dor máxima, mínima e média no período da última semana, além da dor que o paciente estava sentindo naquele exato momento. Aos 28 pacientes foi solicitado que lembrassem da última semana e que avaliassem de 0 a 10 qual foi a dor máxima sentida, quase 50% referiu ter sentido dor forte (7-10) na última semana e 29%

Tabela 03: Distribuição dos pacientes com neoplasia oral de acordo com os termos anatômicos localização (CID-10), Aracaju, Sergipe, 2018.

CID - 10	N	(%)
C00 Neoplasia Maligna de Lábio	01	3,6
C03 Neoplasia Maligna de Gengiva	01	3,6
C04 Neoplasia Maligna do Assoalho da Boca	06	21,4
C05 Neoplasia Maligna de Palato	03	10,7
C06 Neoplasia Maligna de Mucosa Jugal	02	7,1
C07 - 08 Neoplasia Maligna de Glândulas Salivares Maiores	03	10,7
C10 Neoplasia Maligna de Orofaringe	01	3,6
C11 Neoplasia Maligna de Nasofaringe	02	7,1
C12 Neoplasia Maligna de Seio piriforme	01	3,6
C14 Neoplasia Maligna de outras localidade de lábio, cavidade oral e faringe	08	28,6

Fonte: Dados da pesquisa.

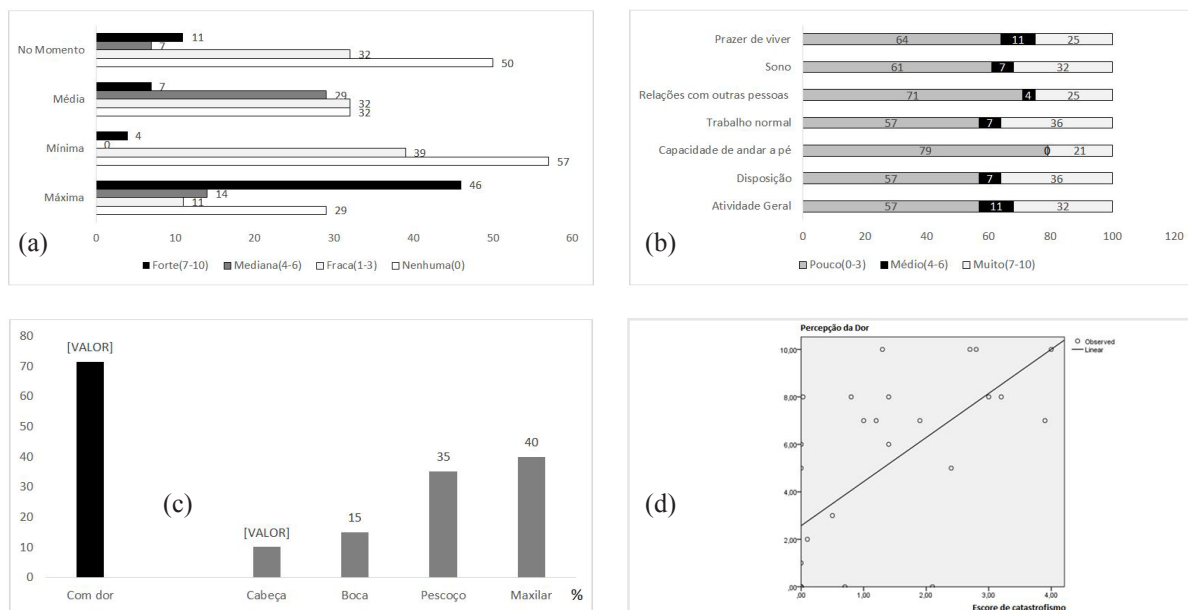


Figura 01: (a) Classificação da percepção da dor máxima, mínima, média e no exato momento da entrevista, sentida na última semana pelos pacientes com neoplasia oral; (b) Classificação da percepção da interferência da dor nas atividades de vida diária pelos pacientes com neoplasia oral; (c) Localização anatômica da dor dos pacientes com neoplasia oral e (d) Relação entre o nível de catastrofismo e o nível de percepção da dor (máxima) na última semana. Aracaju, Sergipe, 2018. Fonte: Dados da pesquisa.

não sentiram dor. Ao solicitar a lembrança da menor dor sentida na última semana, 4% referiram que a menor dor ainda foi forte. Em relação à dor sentida no momento da entrevista, 11% apresentava dor forte (Figura 01a).

Para Pimenta et al (1997) a utilização de escalas de classificação da dor auxilia na comunicação e, sobretudo, nas mudanças de sua intensidade ao longo do tempo (WHO, 1999). Pena et al. (2008), diz em seu estudo que “a dor constitui o sintoma dominante na maioria dos doentes com neoplasia. Atinge 50% dos pacientes no curso da doença, podendo estar presente em até 90% nas fases avançadas”. O mesmo autor afirma que a subjetividade conferida à dor a torna difícil de interpretar ou descrever, e, por isso, muitas vezes, passa a ser um sintoma subdiagnosticado e, consequentemente, subtratado, particularmente em pacientes com câncer.

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

Em relação a percepção da interferência da dor nas atividades de vida diárias dos pacientes (Figura 1b), é possível observar que em média 29% dos pacientes demonstraram sentir que a dor interfere muito em suas atividades, sendo que a disposição, trabalho normal apresentaram o maior percentual (36%), seguida do sono e atividade geral (32%).

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

Dentre os 28 pacientes entrevistados, 20 (71,4%) referiram ter sentido dor na última semana, destes 40% sentiram dor no maxilar e 35% no pescoço (Figura 1c). Visto que este tipo de neoplasia acomete a região de cabeça e pescoço, a maioria dos pacientes que referiram sentir dor informaram ser esta, irradiante. A intensidade da dor sentida depende do tipo de câncer, do estadiamento e da tolerância à dor. Em sua maioria ocorre devido a pressão do tumor a ossos, nervos e órgãos. Os pacientes com doença avançada são mais propensos a dor.

Além disso o tratamento também provoca dor, é o caso da radioterapia que na neoplasia oral pode causar queimaduras, cicatrizes, feridas e dor na boca e garganta (estomatite ou mucosite), podendo ser intensa a ponto de impedir a alimentação ou dificultando a fala.

Em relação ao manejo da dor, observou-se que 21,4% (6) dos pacientes apresentavam-se com manejo inadequado, necessitando de adequação analgésica. Pimenta et al (1997) visando compreender a alta ocorrência de dor não controlada, comparou a intensidade da dor com a potência do analgésico prescrito. Em 15,8% dos casos, a dor foi considerada leve (0 a 3) e 66,7% dos doentes avaliaram a dor como moderada (4 a 7) e 17,5%, como intensa. No entanto, 26,7% dos esquemas terapêuticos eram adequados para dor leve; 37,7% para dor moderada e nenhum envolveu o terceiro degrau da escada analgésica, que prevê o uso de opiáceos fortes para o controle da dor, embora 17,5% dos doentes tenham avaliado a dor como intensa (8 a 10).

Alguns fatores são capazes de aumentar a adesão do paciente ao tratamento e com isso em vista, Oseasohn et al.(1989) em trabalho de revisão sobre pesquisas de adesão dos doentes às medicações, identificaram como alguns desses aspectos o conhecimento pelo doente sobre os fármacos prescritos, qualidade das informações recebidas, o grau de congruência entre as normas e os valores do doente em relação às recomendações dadas, a existência de suporte familiar satisfatório e o bom relacionamento entre o doente e os profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

Quanto a nível de pensamentos catastróficos sobre dor, observou-se que 29% dos pacientes apresentaram escores iguais ou superiores à dois indicando nível elevado de catastrofização. A média do escore foi de 1,22 (Dp 1,31) (Figura 1d).

A intensidade com que os pacientes oncológicos convivem com angústias, dor, desfiguramento, dependência, isolamento, separação, assim como os efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, as frequentes internações hospitalares, dentre outros, levam a alta prevalência de transtornos psiquiátricos (COENSON, DIMSDALE, 1994). A maneira de ver, sentir e reagir, próprias de cada pessoa, relacionam-se às crenças e distorções cognitivas que podem influenciar diretamente em determinados comportamentos levando a pensamentos automáticos negativos (BECK, 1964).

Na Regressão linear entre os escores de catastrofismo e dor máxima percebida na última semana, observou-se relação significância (0,000) no teste ANOVA. É possível perceber que conforme aumentam os escores de catastrofismo, também aumentam os níveis de dor percebida. A catastrofização da dor para Baliza et al. (2014), pode ser considerada um dos preditores psicológicos mais importantes para os piores resultados pós-cirúrgicos, contribuindo para maior tempo de permanência no hospital, maior intensidade de dor e piora na funcionalidade.

Ao cruzamento entre variáveis nominais de dor (Nenhuma, Leve, Moderada, Forte) e Catastrofismo (Alto ou Baixo), dos 28 pacientes, oito apresentaram alto catastrofismo, destes seis referiram ter sentido dor forte na

última semana, no entanto não foi encontrada relação significativa nos testes de Fisher e Sperman, o que pode ser consequência da amostra pequena. Da mesma forma, ao cruzar catastrofismo com adequação analgésica, não foi observada relação significativa, uma vez que dos 8 pacientes que catastrofizam, apenas um encontrava-se com manejo inadequado da dor, no entanto quando avaliou os medicamentos utilizados por estes pacientes, foi percebido que, dos oito pacientes que catastrofizam três utilizam opióides fracos e três opióides fortes, além disso, os pacientes que não catastrofizam (20), oito utilizam AINH e nove referiram não utilizar medicação.

Não podemos deixar de comentar que a maioria dos pacientes encontravam-se em estágio avançado da doença, desta forma influenciando para a amplificação da intensidade da dor. Desta forma, considerando as peculiaridades do paciente oncológico, pode ser de grande valia a identificação deste marcador no início do tratamento, além qualificação da atenção ao paciente oncológico, com prevenção, diagnóstico e tratamento rápidos.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa apresentou um perfil que se assemelha ao apresentado na literatura, onde a maioria dos pacientes com neoplasia oral são do sexo masculino, baixa renda, baixa escolaridade, etilistas e tabagistas. Observou-se que a dor está presente no dia a dia da maioria dos pacientes e que o manejo da dor não é adequado para todos os pacientes. Além disso, iniciam o tratamento em estágio avançado da doença, o que contribui para desfechos desfavoráveis. Existe uma relação positiva entre o catastrofismo e intensidade da dor. Os pacientes que catastrofizam fazem uso de opióides fracos e fortes, porém não apresentam manejo inadequado, em sua maioria. Por isso o diagnóstico precoce e tratamento imediato para a redução da morbimortalidade e sequelas da doença, são essenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Foi analisado um número restrito de pacientes com neoplasia oral, é importante a realização de outras pesquisas com amostragem maior para confirmação dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- AARON T. BECK, M. Thinking and Depression: Theory and Therapy. *Arch Gen Psychiatry*, v. 10, p. 561–71, 1964.
- BALIZA, G. A.; LOPES, R. A.; DIAS, R. C. O papel da catastrofização da dor no prognóstico e tratamento de idosos com osteoartrite de joelho: uma revisão crítica da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 439–449, 2014.
- BONICA, J. *Advances in pain research and therapy. Proceeding of the Fourth World Congress on Pain*. (C. F. (eds) Fields HL, Dubner R, Ed.) Treatment of can-

- cer pain: current status and future needs. **Anais...**New York: Raven Press, 1985
- CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. DE M. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 692–699, 2005.
- CAM, P.; MS, K.; MJ., T. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev Bras Cancerol**, v. 43, n. 1, p. 21–44, 1997.
- CHARLES S. CLEELAND; GONIN, R.; HATFIELD, A. K.; EDMONSON, J. H.; BLUM, R. H.; STEWART, J. A.; PANDYA, K. J. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. **The New England journal of medicine**, v. 330, n. 3, p. 153–158, 1994.
- COENSON, C.; DIMSDALE, J. E. Psychiatric liaison on a bone marrow transplantation unit. **General Hospital Psychiatry**, v. 16, n. 2, p. 131–134, 1994.
- FERRELL, B.; EBERTS, M.; MCCAFFERY, M.; GRANT, M. Clinical decision making and pain. **Cancer Nurs.**, v. 14(6), p. 289– 97., 1991.
- GANESH, R.; JOHN, J.; SARAVANAN, S. Socio demographic profile of oral cancer patients residing in Tamil Nadu - A hospital based study. **Indian Journal of Cancer**, v. 50, n. 1, p. 9–13, 2013.
- INCA. **ESTIMATIVA | 2018 Incidência de Câncer no Brasil**. [s.l: s.n.].
- LLEWELLYN, C.; LINKLATER, K.; BELL, J.; JOHNSON, N. W. S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. **Oral Oncology**, v. 40, n. 3, p. 304–13, 2004.
- MARQUES, L. A.; ELUF-NETO, J.; FIGUEIREDO, R. A. O.; GÓIS-FILHO, J. F. DE; KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, M. B. DE; ABRAHÃO, M.; WÜNSCH-FILHO, V. Oral health, hygiene practices and oral cancer. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 3, p. 471–479, 2008.
- OSEASOHN, C.; GRAVELEY, E. A.; HUDEPOHL, N. C. Issues in medical compliance research. **Can J Nurs Res**, v. 21, n. 4, p. 35–43, 1989.
- PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 30, n. 3, p. 473–483, 1996.
- PIMENTA C.A.M. Avaliação da experiência dolorosa. **Rev. Med.**, v. 74, n. 2, p. 69–75, 1995.
- SANTOS, V. S.; TRENTA, C. L.; GUEDES, S. A. G.; GOIS SANTOS, V. T. DE; CARVALHO, R. A. DA S. Mortality from oral cancer in Aracaju/SE, Brazil: 2000-2009. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 3, p. 204–210, 2013.
- SEHN, F. C. **Associação do catastrofismo com marcadores biológicos**. [s.l.] (Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul Faculdade De Medicina Médicas, Programa De Pós-Graduação Em Medicina: Ciências Médicas, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide for monitoring alcohol consumption and related harm**. [s.l: s.n.].