



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR

**CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA
ATENÇÃO À DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

SÃO CARLOS

2025

ODAIR JOSÉ MENDES SOUZA JUNIOR

**CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA
ATENÇÃO À DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Linha de pesquisa: Promoção do desenvolvimento humano nos contextos da vida diária.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiana Barbieri Bombarda.

SÃO CARLOS

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Odair Jose Mendes Souza Junior, realizada em 16/05/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Tatiana Barbieri Bombarda (UFSCar)

Profa. Dra. Fernanda Capella Rugno (UFPR)

Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

*“Cê vai atrás desse diploma
Com a fúria da beleza do sol, entendeu?
Faz isso por nós
Faz essa por nós
Te vejo no pódio”
(Emicida)*

Esta publicação é dedicada a todos os estudantes e profissionais de terapia ocupacional que decidem travar os desafios de trabalhar e pesquisar ao mesmo tempo nesse país. Aos que migram rumo ao desconhecido, se levantam após as quedas e ainda acreditam que, de onde viemos, só se é possível vencer através da educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Exu Bará, por me permitir trilhar esse caminho tendo os subsídios necessários para entrar, estar e concluir. À Pombagira Cigana, por me carregar de graça, força e axé. Laroyê!

Ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar (PPGTO/UFScar), pela oportunidade, compromisso e excelência dedicados à minha formação. Todo meu respeito à sua história.

À Belém (PA), lugar onde aprendi ser terapeuta ocupacional, onde cultivo o amor por estudar, falar e compartilhar conhecimentos sobre a terapia ocupacional.

Às minhas mães, Emília de Nazaré Ferreira Nascimento e Deize Celeste de Souza Azevedo, por serem meus maiores exemplos de perseverança, luta e amor. Ao meu pai, Odair Souza, e aos meus lindos, inteligentes e preciosos irmãos Pedro, Thaiany, Jordana, Samuel e Débora. Essa conquista é nossa, conquistamos coletivamente. Amo vocês!

Aos meus avós Maria Raimunda Mendes, Mário Sousa (*in memoriam*), Juraci Azevedo (*in memoriam*) e Natalina Coelho (*in memoriam*). Vovó Natalina, em sua última carta endereçada a mim em 8 janeiro de 2006, disse: “Estude, meu filho, estude sempre. Rezo todos os dias e peço a Deus e Nossa Senhora de Nazaré que te dê muita saúde e inteligência, para que você seja um bom menino e um ótimo rapaz no futuro”. A eles, toda a minha gratidão, pois considerando suas possibilidades e diante das inúmeras adversidades que tiveram, conseguiram construir bases firmes para que as gerações futuras pudessem alcançar voos mais altos.

À minha orientadora, a Professora Tatiana Barbieri Bombarda, pela qual nutro profundo respeito e admiração. Obrigado por me orientar de forma cuidadosa, emancipadora, humana e respeitosa, por sempre me motivar e acalmar nos momentos difíceis.

À minha banca avaliadora, por todas as colaborações para o enriquecimento da minha pesquisa. À Professora Fernanda Rugno e à Professora Regina Joaquim, por contribuírem brilhantemente para a conclusão do meu trabalho.

Aos queridos professores da graduação e da residência — Rogéria Pimentel, Daniella Coutinho, Edilson Sampaio e Gisely Avelar —, por serem fontes de inspiração durante minha formação, sendo exemplos de como seguir uma carreira acadêmica digna e coerente.

Agradeço especialmente à professora Daniella, pela aula de Cuidados Paliativos no sexto período da graduação em 2017, momento em que fui apresentado a essa área transformadora.

Aos meus amados amigos Flávia Coelho, Guilherme Andrade, Thaíse Vieira, Jéssica Maia, Isabelly Brasil, Carlos Vasconcelos, Lorena Henriete, Elton Caio, Nathievilin Dias e Francielle Santos. Agradeço por todo apoio, incentivo e acolhida dentro e fora desse processo. Por todo amor, obrigado!

Aos queridos amigos de PPGTO, Lucas Ramon e Carina Elias, por toda colaboração e incentivo. Levo-os com muita admiração e carinho.

A todas as pessoas em cuidados paliativos, a quem já contribuí e aprendi por meio do cuidar. Aos amigos adquiridos durante a Residência em Atenção ao Câncer/Cuidados Paliativos — Rosana Benício, Emilly Oliveira, Thássia Lima, Ana Catarina, Dominique Freitas, Carolina Fernandes, Lorena Soares, Rafael Lima — e aos demais, com quem iniciei a minha carreira e firmei minhas raízes como paliativista. A vocês, minha eterna gratidão.

Aos terapeutas ocupacionais das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul que participaram do estudo, por me conceder a honra de pesquisar sobre nossa prática profissional e por sua disponibilidade e compromisso com a pesquisa.

Para além de todos já mencionados, agradeço a mim mesmo por acreditar no processo, pelo trabalho árduo, por cada recomeço após as inúmeras quedas, por me doar e pelo esforço constante em tentar acertar mais do que errar..

Por fim, à CAPES, uma vez que este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Código de Financiamento 001.

Até breve, PPGTO!

“Cada dor é única. Cada ser humano é único. Mesmo em gêmeos idênticos, com o mesmo DNA, temos expressões de sofrimento absolutamente diferentes.”

Ana Claudia Quintana Arantes

RESUMO

A dor é um dos sintomas mais presentes na vivência das pessoas com câncer em cuidados paliativos. A atenção em cuidados paliativos exige uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, considerando pressupostos da atenção integral. O terapeuta ocupacional compõe a equipe de cuidados, visando favorecer a manutenção do repertório ocupacional desses indivíduos com dor. O estudo objetivou caracterizar a prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos hospitalizados. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, sendo elegíveis para a participação terapeutas ocupacionais atuantes em enfermarias hospitalares, na atenção em cuidados paliativos oncológicos, com experiência mínima de três meses. O recrutamento dos participantes ocorreu pelo método *snowball* e a coleta de dados por meio de entrevista em plataforma virtual, a qual foi norteada por uma ficha de caracterização e roteiro de entrevista. As informações provenientes da ficha de caracterização foram analisadas por estatística descritiva simples, e os dados da entrevista trabalhados através da análise temática de Bardin. Participaram do estudo 10 terapeutas ocupacionais, com média aproximada de 5 anos de atuação em contextos hospitalares e 4 anos em cuidados paliativos. Os dados das entrevistas foram agrupados em três categorias. A primeira categoria foi denominada “*Modus operandi* da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica” e abrangeu conteúdos relacionados à operacionalidade da assistência ofertada. Nesse sentido, emergiram quatro subcategorias: rotina de trabalho, conhecimento e uso de instrumentos de avaliação da dor, recursos e técnicas utilizados para o manejo da dor oncológica e documentação em prontuário. A segunda categoria, nomeada “Considerações sobre as repercussões da dor oncológica nas ocupações”, envolveu informações sobre a percepção dos profissionais acerca das influências dos quadros algícos nas ocupações. Por fim, a categoria “Desafios enfrentados para o manejo da dor oncológica” apresentou as manifestações em relação às dificuldades enfrentadas no contexto desta prática. Verificou-se que há fragilidades avaliativas na assistência descrita, no que se refere à apropriação de instrumentos e restrição de componentes considerados na avaliação e reavaliação da dor, elementos que podem prejudicar a produção de indicadores sobre a eficácia e importância do terapeuta ocupacional na equipe. Em contrapartida, notaram-se perspectivas de atuação em que os profissionais consideram associações entre dor e ocupações, sobretudo no que diz respeito às interferências

do sintoma nas atividades de vida diária, fator que caracteriza especificidades dessa atuação profissional.

Palavras-chave: dor oncológica; terapia ocupacional; cuidados paliativos; prática profissional.

ABSTRACT

Pain is one of the most common symptoms experienced by people with cancer in palliative care. Palliative care requires an interdisciplinary and multidisciplinary approach, considering the premises of comprehensive care. The occupational therapist is part of the care team, aiming to promote the maintenance of the occupational repertoire of these individuals with pain. The study aimed to characterize the practice of occupational therapists in the care of oncological pain of hospitalized patients in palliative care. This is descriptive research with a qualitative approach, and occupational therapists working in hospital wards, in oncological palliative care, with a minimum of 3 months of experience were eligible for participation. Participants were recruited using the snowball method and data were collected through interviews on a virtual platform, which were guided by a characterization form and interview script. The information from the characterization form was analyzed using simple descriptive statistics and the interview data were processed using Bardin's thematic analysis. Ten occupational therapists participated, with an average of approximately 5 years of experience in hospital settings and 4 years in palliative care. The interview data were grouped into 3 categories. The first category was called "Modus operandi of occupational therapists' practice in cancer pain care" and covered content related to the operability of the care offered. In this sense, 4 subcategories emerged: Work routine, Knowledge and use of pain assessment instruments, Resources and techniques used for cancer pain management, and Documentation in medical records. The second category, called "Considerations on the repercussions of cancer pain in occupations", involved information on the professionals' perception of the influences of pain in occupations. Finally, the category "Challenges faced in cancer pain management" presented the manifestations about difficulties faced in the context of this practice. It was found that there are evaluative weaknesses in the assistance described, regarding the appropriation of instruments and restriction of evaluative components considered in the assessment and reassessment of pain, which may hinder the production of indicators on the effectiveness and importance of the occupational therapist in the team. On the other hand, perspectives of action were noted in which professionals consider associations of pain with occupations, mainly regarding the interference of the symptom in activities of daily living, a factor that characterizes specificities of this professional activity.

Keywords: cancer pain; occupational therapy; palliative care; professional practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Principais marcos regulatórios da assistência oncológica no Brasil.....	25
Figura 2 — Fluxo de coleta de dados por meio do método <i>snowball</i>	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Ações terapêutico-ocupacionais voltadas à dor.....	36
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Características sociodemográficas dos participantes.....	47
Tabela 2 — Características da formação e atuação profissional.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AVD	Atividades de Vida Diária
BPI	Inventário Breve de Dor
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
ESAS	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Visual Numérica
IAHPC	<i>International Association for Hospice & Palliative Care</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
LANSS	Escala de Dor de Avaliação de Sintomas e Sinais Neuropáticos de Leeds
MDASI	Inventário de Sintomas do MD Anderson
MPQ	Questionário de Dor de McGill
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAINAD	<i>Behavioural Pain Scale</i>
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Câncer.....	17
1.2 Cuidados paliativos na oncologia.....	26
1.3 Fundamentos sobre dor e as contribuições do terapeuta ocupacional.....	30
2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.....	39
3 MÉTODO.....	40
3.1 Tipo de estudo.....	40
3.2 Participantes.....	40
3.3 Critérios de inclusão.....	40
3.4 Critérios de exclusão.....	40
3.5 Instrumento de coleta de dados.....	40
3.6 Procedimentos de coleta de dados.....	42
3.7 Análise de dados.....	43
3.8 Aspectos éticos.....	44
4 RESULTADOS.....	45
4.1 Apresentação das categorias temáticas.....	49
4.1.1 <i>Modus operandi</i> da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica.....	49
4.1.1.1 Rotina de trabalho.....	50
4.1.1.2 Conhecimento e uso de instrumentos de avaliação da dor.....	53
4.1.1.3 Recursos e técnicas utilizadas para o manejo da dor oncológica.....	57
4.1.1.4 Documentação em prontuário.....	58
4.2 Considerações sobre as repercussões da dor oncológica nas ocupações.....	59
4.3 Desafios enfrentados para o manejo da dor oncológica.....	60
5 DISCUSSÃO.....	62
6 CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
APÊNDICES.....	83
APÊNDICE A.....	83
APÊNDICE B.....	86
APÊNDICE C.....	87
ANEXOS.....	88

ANEXO 1.....	88
---------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2022), câncer é um termo utilizado para abranger mais de cem tipos de doenças malignas, que tem como característica o crescimento desordenado de células que podem atingir tecidos próximos ou órgãos à distância. Essas células, por se dividirem rapidamente, tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores que podem se espalhar para diversas partes do corpo.

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos diversos tipos de células do corpo. Quando a origem se dá em tecidos epiteliais como mucosas e pele, a nomenclatura utilizada é carcinoma; já quando é proveniente de tecidos conjuntivos como ossos, músculos e cartilagem, são denominados sarcomas (INCA, 2022).

O surgimento do câncer ocorre a partir de uma mutação genética, dada por uma alteração na célula do DNA, que passa a receber instruções equivocadas para as suas atividades. Esse processo de formação é denominado carcinogênese ou oncogênese e, em geral, ocorre de forma gradual, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor (INCA, 2022).

A carcinogênese surge após a exposição a agentes cancerígenos ou carcinógenos responsáveis pelo início, progressão, promoção e inibição do tumor. Consiste em um processo composto por três estágios, denominados iniciação, promoção e progressão (INCA, 2022).

Durante o estágio de iniciação, os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos se modificando. Nesse processo, as células se encontram geneticamente alteradas, todavia, ainda não é possível detectar clinicamente um tumor (INCA, 2022).

No estágio de promoção, as células anteriormente iniciadas recebem os efeitos dos agentes cancerígenos denominados oncopromotores. Dessa forma, a célula iniciada é transformada em célula maligna de forma gradual. Para que esse processo ocorra, é necessário um longo e contínuo contato com o agente cancerígeno promotor, sendo a exposição excessiva a hormônios um dos exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas (INCA, 2022).

Já o estágio de progressão irá se caracterizar pela multiplicação desordenada e irreversível das células alteradas. Durante a progressão, o câncer já está instalado e segue em evolução até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença (INCA, 2022).

Os fatores contribuintes para a iniciação ou progressão da carcinogênese são chamados de agentes oncoaceleradores ou carcinógenos, a exemplo: tabagismo e etilismo (INCA, 2022). Nesse sentido, quanto aos fatores de risco, entende-se por “risco” a possibilidade de um indivíduo sadio estar exposto a determinados fatores ambientais ou hereditários para desenvolver uma doença. Tais fatores podem ser herdados ou encontrados no ambiente físico, resultados de costumes ou hábitos próprios do ambiente social e cultural. Como exemplo, destacam-se a exposição à radiação solar, sedentarismo, hábitos sexuais sem proteção, maus hábitos alimentares, entre outros (Brasil, 2020; INCA, 2022).

O câncer configura-se como uma das principais causas de morte no mundo, sendo considerado o principal problema de saúde pública mundial. Representa uma das quatro principais causas de mortes prematuras na maioria dos países, e conseqüentemente, uma das maiores barreiras para o aumento da expectativa de vida (Santos *et al.*, 2023).

No ano de 2021, registrou-se mundialmente a ocorrência de 18 milhões de novos casos de câncer, sendo os de mama e pulmão os mais incidentes, ambos com aproximadamente 2,1 milhões de casos (INCA, 2020).

Em 2020, a incidência de câncer no Brasil foi de aproximadamente 626 mil casos. Entre os homens, a maior incidência refere-se à neoplasia de próstata, com 29,2% dos casos e, entre as mulheres, o câncer de mama, com 29,7% de novos casos (INCA, 2021).

No ano de 2020, as ocorrências de óbito por câncer no Brasil foram estimadas em aproximadamente 225 mil. Os tumores de brônquio, traqueia e pulmões representaram a maior causa de morte entre pessoas do sexo masculino (13,6%), enquanto o câncer de mama prevaleceu entre as pessoas do sexo feminino, correspondendo a 16,5% dos óbitos. É válido ressaltar a região norte do Brasil como exceção, visto que o câncer de colo do útero correspondeu a 12,58 mortes a cada 100 mil mulheres, sendo a maior causa de óbitos nesta região (INCA, 2020, 2021).

Para o triênio de 2023 a 2025, no Brasil, estima-se a ocorrência de 704 mil novos casos, sendo os casos de câncer de pele não melanoma, seguido pelos cânceres de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago como os de maior incidência (Santos *et al.*, 2023).

Ao considerarmos gênero, os cânceres de pele não melanoma, próstata, cólon e reto, pulmão, estômago e os de cavidade oral são mais incidentes em homens, enquanto em mulheres, destacam-se os de pele não melanoma, mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e tireoide (Santos *et al.*, 2023).

Os tratamentos para os diferentes tipos de câncer são ofertados por meio de cirurgias, quimioterapias, radioterapia e transplante de medula óssea. Em alguns casos, se necessário, as abordagens podem ser ofertadas utilizando a combinação de mais de uma modalidade (INCA, 2022).

Tratando-se especificamente dos tratamentos, a cirurgia oncológica é a modalidade mais antiga aplicada contra o câncer, sendo utilizada para variados tipos, podendo ter caráter curativo quando realizada em estágio inicial. Esse procedimento também pode ser utilizado com objetivo diagnóstico, como na biópsia cirúrgica, bem como para alívio de sintomas (INCA, 2020; Instituto Oncoguia, 2023).

Já o tratamento quimioterápico consiste no uso de medicamentos anticancerígenos para eliminar as células tumorais. Por se tratar de um tratamento sistêmico, atinge não somente as células cancerígenas como também as células saudáveis do organismo. A quimioterapia pode ser administrada pelas vias oral; intravenosa; intramuscular; subcutânea; intratecal (aplicada no líquido) e tópica (INCA, 2023; Instituto Oncoguia, 2023).

A quimioterapia pode ser empregada com múltiplos objetivos: a) curativo, quando há como objetivo o controle completo do tumor; b) adjuvante, quando se objetiva eliminar as células cancerígenas remanescentes, visando a redução da incidência de recidiva e metástase à distância; c) neoadjuvante, quando realizada para reduzir o tamanho do tumor para que o tratamento cirúrgico tenha maior sucesso; d) paliativa, utilizada para favorecer a melhoria na qualidade de vida e a sobrevivência do paciente (INCA, 2023; Instituto Oncoguia, 2023).

Na radioterapia, emprega-se radiações ionizantes cujo objetivo é eliminar ou reduzir o crescimento das células anormais que formam o tumor. Embora as células saudáveis possam ser afetadas pela radiação, também é comum que elas se regenerem, diferente das células cancerígenas. Dentre os vários tipos de radiação, os mais utilizados são os eletromagnéticos e os de elétrons (INCA, 2023; Instituto Oncoguia, 2023).

De acordo com a localização do tumor, a radioterapia pode ser realizada de duas formas. Uma delas é a radioterapia externa ou teleterapia, onde a radiação é realizada com o paciente deitado, sendo emitida por um aparelho direcionado ao local a ser tratado, havendo

sessões de aplicação geralmente diárias. A outra, a braquiterapia, que se caracteriza pelo uso dos aplicadores postos em contato com o local a ser tratado, ou seja, a radiação sai do aparelho e percorre cateteres que são ligados aos aplicadores, irradiando próximo a área a ser tratada. Esse tratamento é feito em âmbito ambulatorial, podendo necessitar de anestesia e, diferente da modalidade anterior, é geralmente realizado uma vez por semana durante três semanas consecutivas (INCA, 2023; Instituto Oncoguia, 2023).

Assim como a quimioterapia, a radioterapia pode ser utilizada como principal tratamento do câncer; como tratamento adjuvante, após cirurgia; neoadjuvante, antes do tratamento cirúrgico; e também como paliativo, visando o tratamento de metástases e o alívio de sintomas como dor e sangramento (Instituto Oncoguia, 2023).

Para além dos procedimentos citados, indica-se também o transplante de medula óssea (TMO) para cânceres que afetam as células do sangue, como os linfomas, leucemias e mieloma múltiplo, tendo como objetivo a substituição de uma medula óssea doente ou deficitária por células saudáveis (INCA, 2023). Após altas doses de quimioterapia associadas ou não à radioterapia, o transplante é realizado por meio de uma transfusão onde o paciente recebe a medula óssea proveniente de si ou de um doador (Instituto Oncoguia, 2023).

Dentre os procedimentos envolvidos no tratamento, destaca-se a importância de incluir os cuidados paliativos no planejamento terapêutico da assistência oncológica, preferencialmente de forma precoce e associados, desde o início, aos tratamentos com objetivo curativo, a fim de colaborar no manejo de sintomas de difícil controle (INCA, 2023).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), são publicados conjuntos de normativas na intenção de garantir ao cidadão brasileiro acesso ao cuidado de forma integral, com o foco em reduzir a mortalidade e as incapacidades resultantes do câncer, bem como em diminuir a sua incidência e colaborar para a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos enfermos (Gadelha, 2002).

Ao final da década de 90, a assistência oncológica no Brasil foi regulamentada por meio das Portarias GM/MS nº 3.535 e nº 3.536, ambas de 2 de setembro de 1998. A Portaria nº 3535 apresentava critérios para o cadastramento de centros de atendimento oncológico, e contribuiu para a estruturação do acesso ao tratamento do câncer de forma integral, além de definir parâmetros para o planejamento de assistência. Já a Portaria nº 3536 tratava da autorização e cobrança de procedimentos ambulatoriais para o tratamento do câncer (Brasil, 1998; Gadelha, 2002; Migowski *et al.*, 2018).

Migowski *et al.* (2018), apontam em seu estudo que ambos os documentos eram limitados no tocante à organização do fluxo assistencial por favorecer o credenciamento de unidades isoladas de tratamento, o que contribuiu para a continuidade de uma assistência fragmentada.

Tratando-se da temática abordada, ocorre um marco importante no início dos anos 2000 através da publicação da portaria GM/MS nº 19 de 03 de janeiro de 2002, que instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, contendo três artigos e cinco objetivos, dos quais destacam-se:

b - estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem de cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada; c - articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos; e - desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria (Brasil, 2002, local 1).

Outro marco voltado à percepção da integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer foi melhor explicitado nas normativas do SUS mediante a Portaria GM/MS nº 2439, de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). O documento incluiu em seu conjunto de ações, além do diagnóstico, a promoção e prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, buscando assim superar as fragmentações das ações e garantir integralidade na assistência (Brasil, 2005; Gadelha, 2002; Migowski *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Atenção Oncológica descreveu a necessidade de garantia de acesso ao cuidado integral, através de mecanismos de referência e contrarreferência que permitissem o acesso a todos os níveis de complexidade (Migowski *et al.*, 2018). Essa política afirma que os cuidados paliativos fazem parte do controle integral do paciente com câncer; ademais, assegura que todo hospital oncológico habilitado deve disponibilizar esse tipo de cuidado (Monteiro *et al.*, 2020).

Em 2005, foram revistos a definição e os parâmetros de organização e habilitação dos hospitais oncológicos. Por meio da portaria SAS/MS nº 741, houve a suspensão da habilitação de novos serviços isolados de quimioterapia e/ou radioterapia, ao passo que os

serviços existentes deveriam se adequar às novas exigências em prazo determinado (Brasil, 2005; Migowski, *et al.*, 2018).

Ao decorrer dos anos 2000, ocorreram outros marcos que implicaram diretamente nas políticas de atenção oncológica, inclusive, levando em consideração a necessidade de superar a fragmentação da assistência prestada. Em 2010, o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes de Organização de Atenção à Saúde, determinadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde em diversas densidades tecnológicas, incorporadas por sistemas de apoio técnico, de gestão e logística, buscando garantir o cuidado integral (Temporão, 2010; Migowski *et al.*, 2018).

Nesse dinamismo evolutivo, diante das mudanças ocorridas no SUS com a portaria anteriormente citada, a promulgação do Decreto 7.508 e da Política de Tecnologia de 2011 resultaram na atualização da PNAO, na qual se supera o conceito de “atenção oncológica”, substituindo-o por “controle do câncer”, termo adotado também pela OMS (Brasil, 2011).

Nesta vertente, visando garantir o acesso do paciente oncológico ao seu primeiro tratamento, em novembro de 2012, a então Presidenta da República sancionou a Lei nº 12.732/2012, composta por cinco artigos. Dentre eles, destacam-se o Art. 1º, que determina que o paciente com neoplasia maligna deve receber gratuitamente toda assistência terapêutica necessária no Sistema Único de Saúde, e o Art. 2º, que estabelece o prazo máximo de 60 dias, contados a partir do diagnóstico com laudo patológico, ou em prazo inferior, conforme a necessidade terapêutica do paciente, para o início do tratamento (Brasil, 2012).

Vale ressaltar ainda, no Art. 2º, o inciso 2º, que prevê que os pacientes oncológicos acometidos por manifestações dolorosas terão tratamento privilegiado e gratuito quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos. A lei em questão entrou em vigor após 6 meses decorridos de sua publicação oficial (Brasil, 2012).

Posteriormente, a publicação da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, propõe estabelecer uma integralidade no cuidado ao indivíduo com câncer (Brasil, 2013).

Essa política conta com seis capítulos, e tem como objetivo alcançar por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, a redução da mortalidade e incapacidade causadas pelo câncer, além de reduzir a incidência de determinados tipos de câncer e contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos

usuários (Brasil, 2013). A organização da mesma teve o intuito de viabilizar seu direcionamento pelo SUS de modo regionalizado e descentralizado, assim como estabelecer o local de tratamento oncológico na atenção hospitalar, composto por hospitais habilitados como as Unidades de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica (Brasil, 2013).

Os hospitais habilitados como UNACON configuram-se como estruturas que realizam diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes na região onde está inserido. Já as estruturas habilitadas como CACON realizam diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer, todavia, não obrigatoriamente dos casos raros e infantis (Brasil, 2013). Entre outras atribuições das UNACON e CACON, está a oferta de cirurgias, quimioterapia e radioterapia, incluindo também a hormonioterapia e cuidados paliativos, seja em nível ambulatorial e/ou de internação, a depender do serviço e da necessidade de cada paciente (Brasil, 2013). Dentre essas atribuições, nas diferentes esferas assistenciais, vale ressaltar a oferta e orientação de cuidados paliativos nos âmbitos da assistência ambulatorial, internação e domiciliar, abrangendo o fornecimento de opiáceos para o controle da dor (Brasil, 2013).

Outro documento a ser citado entre os marcos regulatórios da assistência oncológica é a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, publicada a fim de redefinir critérios e parâmetros de organização, monitoramento, planejamento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção integral em oncologia no SUS (Brasil, 2014). O documento reforça ainda as atribuições dos Componentes de Atenção Especializada às pessoas com doenças crônicas no eixo temático do câncer, conforme descritos nas Portarias nº 252/GM/MS, de fevereiro de 2013, e nº 874/GM/MS, de maio de 2013:

Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar - CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e Complexos - Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, dos Sistemas Logísticos e Governança (Brasil, 2013, local 1).

Silva e Bergmann (2022), pontuam que, embora os esforços realizados contribuam parcialmente para os resultados efetivos, as estimativas nacionais de incidência e de mortalidade por câncer no país continuam em crescimento.

Visto a necessidade de adotar outras estratégias e repensar rumos vigentes, assim como a necessidade de fortalecer e redirecionar as ações de controle do câncer, entre o último trimestre de 2021 e o primeiro trimestre de 2022, foram publicadas novas normativas relativas à atenção ao câncer (Silva; Bergmann, 2022).

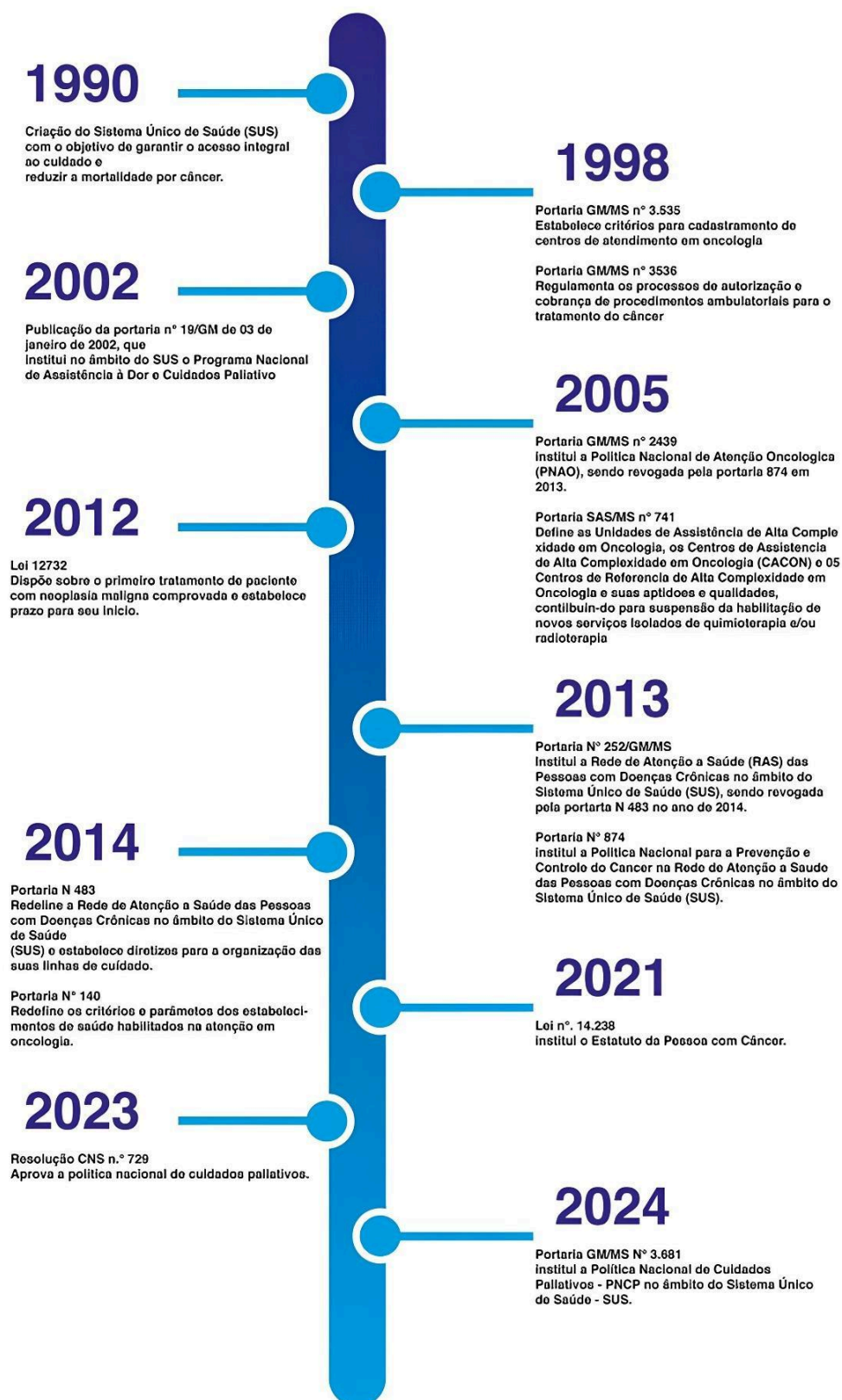
Dentre essas normativas, um documento que se destaca é a Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021, que instituiu o estatuto da pessoa com câncer. A lei é composta por seis capítulos, destinados a assegurar e promover condições de igualdade, acesso ao tratamento adequado e o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com câncer, objetivando alcançar o direito à dignidade, cidadania e a inclusão social (Brasil, 2021).

A lei em questão dispõe ainda sobre os princípios, direitos fundamentais, deveres, atendimento a crianças e adolescentes e disposições finais, das quais se ressalta o Art. 3º, inciso III, que visa garantir o tratamento adequado, nos termos das Leis nº 8080 de 1990 e 12.732 de 2012 (Brasil, 2021). Também evidencia-se o inciso 1º do Art. 12, que entende por atendimento integral aquele realizado nos diversos níveis de complexidade e hierarquia, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas com câncer, incluindo especialidades médicas, fármacos, assistência psicológica, atendimentos especializados e, sempre que possível, atendimento e internação domiciliar (Brasil, 2021). Já o inciso 2º, também do Art. 12, estabelece que o atendimento integral deverá garantir o tratamento adequado da dor, atendimento multidisciplinar e cuidados paliativos (Brasil, 2021).

Nesta direção, destaca-se também a Resolução CNS nº 729, de 07 de dezembro de 2023, a qual versa sobre a importância da criação da cultura de cuidados paliativos por meio da comunicação e capacitação para profissionais e comunidades, aprovando a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP (Brasil, 2023). Após essa resolução, implanta-se a portaria GM/MS nº 3.681, publicada em 7 de maio 2024, responsável por instituir a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em síntese, visando sumarizar os avanços associados à assistência oncológica, sistematizou-se uma figura ilustrativa com os principais marcos regulatórios.

Figura 1 — Principais marcos regulatórios da assistência oncológica no Brasil



Através dos avanços normativos obtidos no Brasil, espera-se que os novos caminhos das políticas públicas possam servir como instrumentos importantes para o desenvolvimento de estudos que evidenciem seus efeitos e impactos na vida dos indivíduos com câncer (Silva; Bergmann, 2022).

A partir da contextualização supracitada, este estudo terá como enfoque o controle do sintoma da dor oncológica na modalidade assistencial dos cuidados paliativos hospitalares.

1.2 Cuidados paliativos na oncologia

Como premissa inicial, considerando o percurso histórico dos cuidados paliativos, especificamente ao que diz respeito ao movimento denominado como *hospice* moderno, destaca-se, entre outros, a figura de Cicely Saunders (Souza, 2014; Alvez *et al.*, 2019).

Os interesses de Saunders tinham como foco o controle da dor e a manutenção do bem estar dos enfermos terminais. Surgiram enquanto se familiarizava com seu trabalho no *St. Luke Hospice*, onde se dedicou inicialmente a métodos bem sucedidos de tratamento da dor em pacientes oncológicos. Esse tratamento consistia na oferta de opiáceos em doses regulares aos pacientes, associada a escuta de problemas de outras ordens (emocionais, sociais, espirituais), o que não era comum em outras instituições da época (Boulay; Rankin, 2011; Miranda, 2020).

A escuta atenta e a análise cuidadosa dos registros feitos por Saunders possibilitou a identificação de aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais como dimensões de sofrimento interferentes na dor, culminando no conceito da dor total (Castro *et al.*, 2021). Para Saunders, reconhecer a multidimensionalidade da dor englobava avaliar não só os sintomas físicos, mas o sofrimento mental e o contexto social e biográfico em que o paciente está inserido (Castro *et al.*, 2021). A compreensão de que a dor ultrapassa as sensações físicas constitui-se como chave para prover acesso a outras dimensões do sofrimento, possibilitando uma visão mais abrangente do sujeito e o reconhecimento da necessidade de múltiplas intervenções voltadas à dignidade e conforto de cada indivíduo até os últimos dias de sua vida (Clark, 2014; Clark, 2018).

Por meio de sua dedicação nos cuidados às pessoas em estágio terminal, Saunders consegue criar, na década de 60, o *St. Christopher's Hospice*, considerado o primeiro serviço

a oferecer cuidado integral ao paciente, contemplando o controle de sintomas, alívio da dor e atenção psicológica, além de fomentar a pesquisa clínica e o ensino nesta área, contribuindo com a propagação da filosofia paliativista (Alves *et al.*, 2019; Matsumoto, 2012).

Nessa perspectiva, ressalta-se que em 1982, o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definição de diretrizes voltadas ao alívio da dor dos pacientes oncológicos, a serem recomendadas em todos os países. Essa discussão considerou as evidências do cuidado realizado nos *hospices* modernos (Matsumoto, 2012; Souza, 2014), sendo os cuidados paliativos uma das diretrizes estabelecidas. A recomendação da prática dos cuidados paliativos, posteriormente, deixou de ser aplicável apenas às pessoas com câncer e passou a abranger um escopo maior de quadros clínicos.

Conceitualmente, os cuidados paliativos são atualmente definidos como:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002, p. 1).

Como princípios norteadores dos cuidados paliativos, destacam-se os seguintes, conforme a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC, 2019):

- a) prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas estressantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais;
- b) fornecimento de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os, junto com suas famílias, a determinar os objetivos do tratamento;
- c) aplicabilidade da abordagem durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades do paciente;
- d) oferta de terapias modificadoras de doenças em conjunto com as ações paliativas sempre que necessário;
- e) estabelecimento do cuidado como influência positiva no curso da doença;
- f) afirmação da vida e reconhecimento da morte como um processo natural, sem a intenção de apressá-la ou adia-la;
- g) fornecimento de apoio ao paciente em seu próprio luto, bem como apoio à sua família e cuidadores;

- h) respeito aos valores e crenças culturais do paciente e da família;
- i) aplicabilidade da abordagem paliativa em todos os estabelecimentos de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário), podendo ser fornecida por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos;
- j) importância da oferta de cuidados paliativos especializados com uma equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos.

Salienta-se que a prática dos cuidados paliativos não se limita a um local ou modalidade de atendimento específico; o *locus* mais indicado vai depender das demandas clínicas e objetivos de cuidado, levando em consideração os valores e vontades do enfermo, tendo como possibilidade o *hospice*, domicílio, instituição de longa permanência, ambulatório ou contexto hospitalar (Tikazawa; Castelani, 2023).

Os cuidados paliativos são necessários em qualquer fase do processo de adoecimento, porém, sua necessidade fica mais evidente quando a progressão atinge altos níveis de sofrimento físico e a ciência não consegue de forma modificadora alterar o curso da doença (Neves; Gouvea; Souza, 2020). Rodrigues e colaboradores reforçam que, quando a ciência não consegue fornecer recursos para se obter a cura do paciente, já fragilizado e limitado, a importância dos cuidados paliativos se torna ainda maior, ao promover ações que atenuam o sofrimento e desconforto do enfermo (Rodrigues *et al.*, 2017).

A transição dos cuidados de caráter curativo para o paliativo é um processo contínuo e sua dinâmica irá diferir de acordo com cada paciente. O cuidado paliativo tem por objetivo promover a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, promover alívio do sofrimento, tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (INCA, 2023).

Considerando que uma das variáveis que desencadeiam sofrimento é a presença de sintomas e, sendo um dos princípios norteadores dos cuidados paliativos o controle da dor, cabe, conforme já apresentado, ratificar que no contexto brasileiro houve a publicação da Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002, que institui no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Esse é um marco importante, especialmente quando se leva em consideração indicadores de estudos epidemiológicos internacionais e nacionais, que apontam a ocorrência da dor como a principal razão pela qual 75 a 80% das pessoas buscam por serviços de saúde (Brasil, 2002; Matsumoto, 2012; Souza, 2014).

A prevalência de sintomas álgicos é alta em doenças avançadas, atingindo cerca de 71% dos pacientes, sendo as mulheres acometidas em maior frequência (representação percentual de 56%). Entretanto, os números tendem a variar dependendo da patologia, havendo entre os pacientes oncológicos notória heterogeneidade vinculadas a fatores como estágio da doença, sítio primário e contexto clínico (Gutgsell *et al.*, 2003; Minson *et al.*, 2010).

A dor é um sintoma que afeta diversos segmentos da rotina diária da pessoa com câncer, incluindo aspectos físicos e atividades básicas, assim como seu estado emocional e psicossocial. A dor em populações oncológicas alcança valores entre 33% e 59%, sendo considerada mais prevalente em pacientes com doença avançada (64 % a 74%) (Goudas *et al.*, 2005; Van Den Beuken-van Everdingen *et al.*, 2007). Esse sintoma difuso, multifatorial, de fisiopatologia múltipla e complexa, pode ser desencadeado devido a sensibilização do nociceptor aferente primário, fatores inflamatórios, acidose induzida pelo tumor, compressão de tecidos por invasão tumoral, lesão ou compressão de tecido nervoso e hiperalgesia devido a sensibilização central (Ercolani; Hopf; Schwan, 2018).

Por essa razão, levando em consideração a prevalência da dor oncológica e suas consequências, os pacientes com doença ativa precisam ser avaliados quanto a presença da dor e imediatamente tratados dentro de suas especificidades (Herrera; Benedetti; Lima, 2018). Durante a avaliação, é importante considerar que, por vezes, o quadro álgico perdura mesmo após a cura do câncer, como por exemplo a dor pós-mastectomia e pós-toracotomia, o que pode gerar impacto psicopatológico e espiritual (Herrera; Benedetti; Lima, 2018).

Nesses casos, para combater o quadro álgico, é primordial saber a fisiopatologia da dor oncológica, identificar as síndromes dolorosas que podem ser agudas ou crônicas e diferenciar quais as etiologias (nociceptivas, neuropáticas e psicogênicas). Torna-se relevante também saber o comportamento temporal do quadro álgico, avaliando como se inicia, se há flutuações diárias, quais as causas identificáveis, se há presença de dor incidental e em que momento a queixa se iniciou (Davies *et al.*, 2013; Davies, 2014).

Com a alta prevalência dos quadros de dor intensa, uma consequência vivenciada por esses pacientes é o comprometimento de suas funcionalidades. Especificamente nos pacientes oncológicos, a predominância dos quadros de dor é ocasionada pelo próprio tumor, mas também há um alto índice de casos decorrentes do tratamento (Gutgsell *et al.*, 2003; Minson, *et al.*, 2010).

Pacientes com câncer são acometidos em menor escala por dores de outra etiologia que não o próprio câncer. Nesse grupo, a maioria das causas se dá por dor somática (52-62%), seguida de dor visceral (22-31%) e neuropática (10-31%), sendo importante ressaltar que os quadros podem se apresentar em um ou mais sítios (Minson *et al.*, 2010; Vattimo *et al.*, 2023).

Os cânceres de pulmão (18,1%), mama (13,4%), cabeça e pescoço (10,2%), estômago, esôfago e pâncreas (9,6%), colorretal (9,5%), útero (6,6%), próstata (6,0%), leucemia e linfoma (3,9%) são os que apresentam maior prevalência de dor (Minson *et al.*, 2010; Raja *et al.*, 2020).

É importante mencionar que, entre os preceitos dos cuidados paliativos, está a oferta de assistência por uma equipe multiprofissional, uma vez que a proposta consiste em cuidar do indivíduo de forma holística, considerando seus aspectos físicos, mentais, espirituais e sociais. Para que esse processo ocorra, são necessários saberes e a partilha de responsabilidades, de modo que as necessidades diferenciadas do enfermo sejam resolvidas em conjunto (Hermes, 2013; Monteiro *et al.*, 2020).

É preciso compreender que o atendimento multiprofissional em cuidados paliativos busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sendo crucial para o processo a capacitação profissional da equipe, a fim de proporcionar atenção qualificada e contribuir com a melhora do paciente (Pará, 2018; Monteiro *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, entende-se que os profissionais diretamente envolvidos na assistência em cuidados paliativos, em nível especializado, devem apresentar conhecimentos abrangentes sobre essa abordagem, bem como o domínio de fundamentos importantes que permeiam, entre outros, a comunicação e o controle de sintomas.

1.3 Fundamentos sobre dor e as contribuições do terapeuta ocupacional

Considerada o quinto sinal vital, a dor envolve inúmeros processos fisiológicos, emocionais e cognitivos; sua principal função no organismo é ativar respostas protetoras, como um sinal de alerta que objetiva minimizar possíveis danos teciduais (Janeiro, 2017). A dor foi conceituada pela primeira vez pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, em 1979, como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. O conceito foi

revisado após quatro décadas e passou a ser descrito como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja *et. al.*, 2020, p.1).

A nova definição recebeu o complemento de mais seis notas explicativas, que incluem a etimologia:

A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais. 2. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos. 3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor. 4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado. 5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico. 6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor (Raja, 2020, p. 1).

A dor tem grande importância na manutenção da integridade física do indivíduo, e pode variar de pessoa para pessoa, ou seja, a mesma lesão pode admitir expressões diversas em diferentes indivíduos, o que torna impossível caracterizá-la objetivamente, uma vez que não existem marcadores biológicos para tal (Ballantyne *et al.*, 2011; Wandner *et al.*, 2012).

Um estudo sobre fisiopatologia da dor afirma que as alterações fisiopatológicas causadas por esse sintoma contribuem potencialmente para o aparecimento de alterações orgânicas e psicológicas, podendo conduzir a um fenômeno doloroso permanente. Por acompanhar a maioria das situações patológicas, é determinado, como norma de boa prática, que a presença de dor e sua intensidade sejam sistematicamente acolhidas, avaliadas, diagnosticadas e registradas (Janeiro, 2017).

Nesse sentido, a dor pode ser apontada como um problema de saúde pública, se levarmos em consideração sua frequência e potencial promoção de incapacidades. Assim sendo, o controle algico precisa ser priorizado na oferta de cuidados de saúde, uma vez que o sucesso da estratégia terapêutica dependerá do monitoramento regular do quadro em todas as suas vertentes (Janeiro, 2017).

Existem muitas maneiras de categorizar a dor, e frequentemente tais discussões são direcionadas por eixos classificatórios. Quando considerado o tempo, por exemplo, a dor pode ser classificada como aguda com duração previsível (dor pós-operatória e trauma) ou crônica. A primeira, diz respeito a manifestação presente por um período inferior a três

meses, enquanto a segunda, caracteriza-se por duração indeterminada, manifestando-se no mínimo por três meses (Cardoso, 2012).

Analisar o tempo de duração da dor é um caminho fundamental durante a avaliação, a fim de identificar se há a ocorrência de um processo mal adaptativo. A dor aguda deve melhorar espontaneamente ao fim da cicatrização da lesão tecidual, que também dependerá da gravidade da lesão, todavia, a dor que permanece após cicatrização é considerada doença (Moura, 2008; Brasil, 2022).

Segundo a IASP, divide-se a classificação da dor crônica em primária e secundária. A primária é descrita como a dor que ocorre em uma ou mais regiões anatômicas, que perdura ou recorre por um tempo superior a noventa dias, e está associada ao estresse emocional ou incapacidade funcional. Além disso, seus sintomas não podem ser melhor explicados por outros diagnósticos. Já a dor crônica secundária, por sua vez, está associada a condições implícitas. Vale ressaltar que ambas as dores crônicas podem coexistir (Scholz *et al.*, 2019; Brasil, 2022).

Considerando a relação nexa causal, a dor também é classificada de acordo com seu aparato neurofisiopatológico, sendo nociceptiva, neuropática e nociplástica (Brasil, 2012). A dor nociceptiva ocorre por um dano real ou potencial ao tecido neural, proveniente da ativação de nociceptores, podendo ser subcategorizada em dor mecânica, isquêmica e inflamatória. Já a dor neuropática é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial, podendo ser subclassificada em periférica ou central. Por sua vez, a dor nociplástica ocorre em decorrência de alterações na nocicepção, apesar da ausência de evidências de dano tecidual real ou potencial, causando a ativação de nociceptores periféricos ou de evidências de doença, bem como lesão do sistema somatossensorial que originam a dor, o que pode levar a duas subclassificações, denominadas como verdadeira ou aumentada (Scholz *et al.*, 2019).

No âmbito da assistência às pessoas com câncer, Andrade *et al.* (2018), apontam que a dor oncológica está relacionada ao processo de desenvolvimento do câncer no organismo, com início e duração variáveis, de forma intermitente ou contínua, sendo esse o sintoma de maior prevalência entre os pacientes oncológicos, ocasionando impactos significativos na qualidade de vida.

Cunha e Rêgo (2015), trazem em seu estudo a necessidade do manejo no alívio da dor, assim como a importância da promoção de conforto como medidas essenciais, que

exigem além de habilidade técnica e conhecimento científico, questões éticas e humanitárias, a fim de contribuir para uma assistência individualizada e resolutive. Para pacientes com dor oncológica, o tratamento objetiva sua redução, com o intuito de proporcionar qualidade de vida considerada aceitável pelo paciente (WHO, 2018).

Diante da caracterização da dor quanto aos seus tipos e mecanismos, torna-se imprescindível um processo avaliativo refinado e qualificado. Nesse sentido, a avaliação deve ser realizada mediante a entrevista e exame físico, a fim de se identificar o tipo de dor, além de compreender como isso afeta o sujeito de forma biopsicossocial e espiritual. Na etapa da entrevista, é fundamental a coleta de informações referentes a qualidade (sensação da dor), localização, fatores que desencadeiam melhora ou piora, intensidade, impacto nas atividades de vida diária, funcionalidade, qualidade do sono, frequência da dor e repercussões na qualidade de vida (Cipião; Wandner; Robinson, 2011; WHO, 2018). A partir daí, a avaliação física ocorre de modo complementar, objetivando avaliar a presença de alterações na sensibilidade e na motricidade, o que auxilia na compreensão do tipo de dor (Cipião; Wandner; Robinson, 2011).

Para além dos questionários que avaliam as questões e componentes tratados anteriormente, como exemplo a sensação, qualidade, intensidade, fatores de risco e fatores físicos nos quadros de dor, outras ferramentas podem ser utilizadas na avaliação do fenômeno algico nos diferentes domínios da vida do paciente (Brasil, 2022).

Segundo Janeiro (2017), para medir a intensidade da dor de modo objetivo, permitindo comparações acerca da melhora com as intervenções, existem escalas de validade que atendem diversas populações. São exemplos de instrumentos os questionários de qualidade de vida, escalas de avaliação da dor e questionários de incapacidade funcional. Sendo assim, a instituição de saúde, com base no perfil dos pacientes assistidos, deve estabelecer quais instrumentos melhor contemplam a realidade dos sujeitos (Brasil, 2022; Janeiro, 2017).

Em relação ao tratamento e manejo da dor, aplicam-se técnicas farmacológicas e não farmacológicas que tem por objetivo reduzir o sofrimento do paciente, promover melhorias na funcionalidade e conseqüentemente na qualidade de vida do indivíduo. Características como idade, doenças associadas, estado de humor, fatores ambientais, diagnóstico do tipo específico de dor e suas causas são subsídios para a indicação de um tratamento eficaz (Brasil, 2022; Janeiro, 2017; Mao *et al.*, 2011).

Para além do emprego de medidas farmacológicas, como opióides e medicamentos adjuvantes, destaca-se o uso de estratégias não farmacológicas. A equipe de cuidados pode empregar técnicas como acupuntura, termoterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea, exercícios físicos, massagens e terapia cognitivo-comportamental (Brasil, 2022; Janeiro, 2017).

Com o objetivo de verificar as técnicas e métodos não farmacológicos utilizados no tratamento da dor do câncer e descrever sua eficácia terapêutica, Nascimento, Santos e Alves (2022), identificaram por meio de uma revisão de literatura, o uso da acupuntura, acupuntura auricular, acupressão, eletroterapia, yoga, exercícios de terapia manual, reflexologia, massagem e programa de educação para gerenciamento da dor.

Conforme o que encontraram, os autores inferiram que os profissionais realizam múltiplos métodos como medidas coadjuvantes no tratamento da dor oncológica. Os resultados encontrados também evidenciaram a eficiência da eletroestimulação e do programa de educação sobre medidas de alívio da dor, assim como das práticas integrativas, que trazem um efeito analgésico importante e são medidas seguras, de fácil aplicação e baixo custo. No entanto, no que diz respeito aos exercícios físicos, os benefícios demonstram-se restritos, somente durante sua prática, tendo seus efeitos cessados com a interrupção (Nascimento; Santos; Alves, 2022).

Por fim, os autores compreendem que as intervenções não farmacológicas podem ser muito eficazes para todos tipos e intensidade da dor, podendo ser recomendadas como alternativas ao tratamento da dor oncológica, ou usadas de forma concomitante às medidas farmacológicas, de acordo com a prescrição nos protocolos de intervenções no tratamento da dor (Nascimento; Santos; Alves, 2022).

É importante frisar que tanto a assistência em cuidados paliativos como as diretrizes de controle algico apresentam, entre seus preceitos, a oferta de ações interdisciplinares realizadas por uma equipe multiprofissional. Para Lima e Almohalha (2011), o terapeuta ocupacional é um profissional habilitado para compor a equipe de atenção ao paciente oncológico, uma vez que utiliza diferentes recursos com o objetivo de promover a qualidade de vida ao paciente assistido.

Pacientes em cuidados paliativos podem experienciar sintomas e consequências geradas pela doença e tratamentos que resultam em períodos prolongados de inatividade. Consequentemente, desencadeia-se um repertório ocupacional empobrecido e centrado em

atividades vinculadas ao tratamento, culminando em uma rotina disfuncional e causando déficits no desempenho de seus papéis ocupacionais e atividades importantes (Ferreira; Nascimento; Bombarda, 2023). Para além disso, o paciente pode apresentar problemas relacionados à realização de suas ocupações, em decorrência da presença de fatores debilitantes como dor, fadiga, declínio cognitivo e sensório-motor, além de comprometimento nos níveis de autonomia e independência nas atividades de vida diária (AVD) (Queiroz, 2012).

Especificamente sobre o sintoma da dor, o impacto algico na capacidade de envolvimento do paciente em ocupações significativas e os impactos da dor em seu bem estar biopsicossocial, denotam a importância dos terapeutas ocupacionais como membros essenciais da equipe multidisciplinar voltada à atenção da dor (Hill, 2016).

O objetivo geral terapêutico-ocupacional no manejo da dor inclui a melhora na realização das AVD, redução do sofrimento e aumento da qualidade de vida, por meio de melhorias em aspectos como a mobilidade, o autocuidado, o trabalho, o lazer e a participação social (Hill, 2016). O processo terapêutico-ocupacional fundamenta-se inicialmente em uma avaliação consistente, para que seja possível o estabelecimento de metas realistas, pautadas na condição biopsicossocial e espiritual de cada sujeito e na identificação de elementos de sofrimento e desconforto desencadeados pelo adoecimento (Queiroz; Souza, 2022). Na avaliação, ainda há de se considerar as queixas do paciente, os aspectos cognitivos e sensório-motores, além de padrões de desempenho e níveis de participação ocupacional (Queiroz, 2021).

A avaliação de sintomas pode ser apoiada por instrumentos como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), a Escala Numérica ou Visual Analógica de Dor (EVA) e o Questionário de Dor de McGill (Pearson; Todd; Futcher, 2007; Takeda, 2009; Rugno; Bombarda; De Carlo, 2018).

Os terapeutas ocupacionais devem ser capacitados para conduzir uma avaliação completa, de modo a verificar não apenas déficits de desempenho, mas também habilidades preservadas e potenciais, visando desenvolver um plano de tratamento específico e singular para o retorno dos pacientes às suas ocupações classificadas como prioritárias (Reeves *et al.*, 2022). Pautados em práticas baseadas em evidências, os terapeutas ocupacionais, por meio de uma abordagem holística e abrangente, devem avaliar minuciosamente os fatores estruturais, fisiológicos, psicológicos, ambientais e pessoais que influenciam a experiência da dor.

Através desta avaliação, há a aplicabilidade de estratégias de autogestão, atividades funcionais, técnicas práticas e exercícios específicos para melhorar a função e a participação, conforme objetivos terapêuticos almejados e elaborados de modo compartilhado entre paciente e terapeuta (Reeves *et al.*, 2022).

Nesse sentido, o foco do terapeuta ocupacional na atenção à dor é contribuir na capacitação do paciente através da gestão de atividades, o que inclui análise e adaptação das mesmas, desenvolvimento de habilidades, resolução de problemas, priorização, planejamento e ritmo, além da utilização de ergonomia, treinamento de habilidades de comunicação, enfrentamento, relaxamento, gerenciamento de estresse e modificação ambiental (Hill, 2016). Terapeutas ocupacionais colaboram com os pacientes na identificação e incorporação de estratégias de autogestão de suas rotinas diárias, para reduzir a dor e favorecer a participação em ocupações significativas, visando melhorar a qualidade de vida (AOTA, 2020).

Observa-se que a literatura indica uma ampla variedade de estratégias interventivas que podem ser utilizadas pelos terapeutas ocupacionais junto aos pacientes com dor, sendo tais informações sistematizadas abaixo (quadro 1).

Quadro 1 — Ações terapêutico-ocupacionais voltadas à dor

Documento norteador	Intervenções terapêutico-ocupacionais no manejo da dor
IASP <i>Curriculum Outline on Pain for Occupational Therapy</i> (Strong; Brown; Jones, 2017).	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de educação em saúde e em dor por abordagens individuais e grupais; - Modificação de fatores físicos e psicossociais que ocasionam perdas funcionais e aumento da dor; - Intervenções cognitivo comportamentais nas ocupações (técnicas de distração, relaxamento, imagens visuais, estratégias baseadas em atenção plena — ex: mindfulness); - Ajustes do ciclo sono-vigília; - Tecnologia assistiva para facilitação de posicionamento, proteção articular, prevenção de danos e incapacidades, bem como melhora da função.
	<ul style="list-style-type: none"> - Simplificação de atividades e adaptação ambiental; - Planejamento da rotina, de modo a distribuir as atividades graduando os esforços, evitando a potencialização da dor, aumentando a tolerância e, conseqüentemente, o nível de participação; - Estratégias ergonômicas (orientações e treinamentos

<p><i>The role of occupational therapy in pain management</i> (Hill, 2016)</p>	<p>de posturas e movimentos durante o desempenho ocupacional, ajustes de mobiliários e demais aspectos ambientais, assim como prescrição de adaptações);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias para reduzir distúrbios de sono, estresse e alterações de humor pautadas nos fatores disparadores avaliados individualmente; - Grupos de educação em dor; - Reabilitação vocacional.
<p><i>Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review</i> (Lagueux; Dépelteau; Masse, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mecânica corporal, posturas e posicionamento e técnicas de proteção articular; - Técnicas de relaxamento, de respiração e gerenciamento de estresse; - Programa de condicionamento físico; - Técnicas de dessensibilização e reeducação sensorial; - Massagens e acupressão; - Imagens mentais e visualização; - Adaptação do ambiente e simplificação de atividades; - Ioga, Tai Chi, meditação e técnicas de atenção plena; - Higiene do sono; - Reabilitação vocacional; - Biofeedback; - Reeducação neuromuscular.
<p><i>The Role of Occupational Therapy in Comprehensive Integrative Pain Management</i> (Reeves et al., 2022)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicação e treinamento de equipamentos adaptativos (tecnologia assistiva); - Posicionamentos, mobilizações e reeducação neuromuscular; - Treinamento ergonômico e de mecânica corporal; - Estratégias cognitivas compensatórias; - Técnicas cognitivo-comportamentais; - Educação em dor; - Ajustes na rotina (análise de atividade para simplificação de atividades, adequação de ritmo, modificação do ambiente para facilitação das tarefas, autogestão do tempo e autorregulação frente a fatores estressores); - Higiene do sono.
<p><i>OT Practice Document: chronic pain</i> (CAOT, 2024)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proteção articular; - Gestão do estresse; - Relaxamento; - Higiene do sono; - Educação em dor; - Simplificação de tarefas e pacing; - Práticas de atenção plena e meditação; - Reabilitação vocacional; - Equipamentos adaptativos;

	<ul style="list-style-type: none"> - Restauração da identidade ocupacional (mudança na rotina, preservação do lazer e manutenção de ocupações importantes); - Facilitar a aceitação e o engajamento por meio de ações pautadas na terapia cognitivo comportamental;
<p><i>CAOT Position Statement Pain Management and Occupational Therapy</i> (Associação Candense de terapeutas ocupacionais, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação ergonômica e de potenciais fatores de risco relacionados à dor, provendo modificação ambiental de modo a promover a saúde musculoesquelética, limitar ou reduzir o estresse articular doloroso e prevenir traumas teciduais; - Técnicas de relaxamento; - Higiene do sono; - Educação em saúde e educação em dor; - Intervenções cognitivo comportamentais; - Pacing.

Fonte: Autor (2024).

Embora a literatura aponte o papel do terapeuta ocupacional no controle da dor em pacientes em cuidados paliativos, considera-se importante investir em análises que reflitam sobre como essas ações vêm sendo operacionalizadas no contexto da prática. Desta forma, essa pesquisa pretende responder às seguintes questões: quais são as características da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos? Esse processo interventivo é sistematizado?

2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Objetivo geral:

Caracterizar a prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos hospitalizados.

Objetivos específicos:

- Verificar como é o *modus operandi* da prática terapêutico-ocupacional no procedimento de avaliação e manejo da dor oncológica em cuidados paliativos;
- Identificar as dificuldades vivenciadas pelo terapeuta ocupacional nessa abordagem assistencial.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa, uma vez que consiste na identificação das subjetividades de um fenômeno ou de uma população, e por descrever ou explicar um fenômeno por meio de análise subjetiva durante a coleta dos dados (Freitas; Jabbour, 2011; Mascarenhas, 2012).

3.2 Participantes

Foram convidados a participar do estudo terapeutas ocupacionais brasileiros, atuantes em enfermaria na atenção em cuidados paliativos oncológicos.

3.3 Critérios de inclusão

Foram elegíveis para participar do estudo terapeutas ocupacionais atuantes nos contextos hospitalares, especificamente em enfermarias, na atenção em cuidados paliativos oncológicos, com experiência mínima de 3 meses, que manifestaram estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice A).

3.4 Critérios de exclusão

Foram inelegíveis a participar da pesquisa terapeutas ocupacionais com experiência no segmento, porém inativos no momento da coleta de dados; estudantes de graduação em prática de estágio na área; profissionais atuantes em cuidados paliativos oncológicos pediátricos e terapeutas ocupacionais que se encontravam exercendo cargos hospitalares administrativos.

3.5 Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados uma ficha de caracterização (apêndice B) e um roteiro semiestruturado (apêndice C). A ficha de caracterização foi aplicada no início da entrevista. Este instrumento teve como objetivo coletar informações sobre o perfil profissional do participante, ou seja, captar dados como nome, idade, tempo de formação graduada, tempo de

atuação hospitalar, atuação em oncologia e em cuidados paliativos, cidade/estado que atua, tipo de hospital que atua, pós-graduação realizada, entre outros. Já o roteiro de entrevista foi constituído por perguntas que buscavam compreender a caracterização do *modus operandi* dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor, isto é, buscou identificar instrumentos, técnicas e abordagens utilizados pelos profissionais para avaliação e manejo dos quadros algicos, bem como as análises referentes à interlocução entre a dor e as ocupações, bem como a identificação das dificuldades vivenciadas nesta atuação.

Foram convidados três juízes com expertise na área de terapia ocupacional hospitalar e/ou cuidados paliativos para apreciação dos instrumentos construídos. Os juízes foram selecionados por conveniência, sendo a elegibilidade pautada pela experiência profissional e acadêmica na área. O convite aos juízes foi realizado através de e-mail, e mediante a manifestação de aceite, os instrumentos foram enviados acompanhados de orientações para a avaliação, que deveria considerar aspectos como clareza, coerência, linguagem, sequenciamento das questões e alcance dos objetivos da pesquisa.

Após o envio dos convites via e-mail, houve manifestação de recusa por um juiz, visto a indisponibilidade de análise dentro dos prazos expostos, e também a ausência de devolutiva por um dos profissionais convidados. Desse modo, obteve-se apenas uma contribuição analítica, a qual compreendeu níveis de concordância com a estrutura e nomenclatura empregadas nos instrumentos, sendo apenas sugerida a inclusão de questões, o que foi acatado pelo pesquisador.

Considerando a entrevista individual como uma forma de organização metodológica útil aos estudos a que se destina (Minayo, 2014), neste estudo utilizou-se o roteiro de entrevista semiestruturado como ferramenta para permitir ao entrevistador maior controle sobre os objetivos investigativos no campo, também possibilitando espaço para uma reflexão espontânea e livre do entrevistado diante das perguntas apresentadas (Minayo; Costa, 2018).

Realizou-se um estudo piloto, o qual buscou testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos, sendo um elemento que possibilitou determinar os problemas em potencial, para que fossem resolvidos antes da realização da pesquisa (Bailer; Tomitch; D'ely, 2011).

O teste piloto foi realizado com quatro terapeutas ocupacionais especializadas em Atenção Clínica ao Câncer - Cuidados Paliativos, que não atendiam os critérios de inclusão, uma vez que não atuavam com o público oncológico e em cuidados paliativos no atual momento. As participantes do estudo piloto foram escolhidas devido suas experiências

recentes, decorrentes de 2 anos de residência multiprofissional atuando com o público oncológico e em cuidados paliativos. O teste piloto indicou a necessidade de alteração na ordem de perguntas do roteiro, bem como a reformulação da escrita de uma das questões para melhor compreensão e alcance dos objetivos.

3.6 Procedimentos de coleta de dados

A entrevista consistiu na técnica utilizada para coleta dos dados, uma vez que pode prover informações de caráter subjetivo, a fim de constituir uma representação da realidade sob a forma de crenças, opiniões, ideias, comportamentos, sentimentos e ação (Minayo; Costa, 2018).

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, foram agendadas entrevistas de acordo com a disponibilidade dos terapeutas ocupacionais que concordaram em participar do estudo.

A pesquisa foi realizada em ambiente virtual, visto que as entrevistas foram realizadas por meio da plataforma *Google Meet*®, com duração média de 40 minutos. Essa estratégia seguiu as recomendações do Ministério da Saúde acerca dos procedimentos em pesquisa conduzidos, total ou parcialmente, em ambiente virtual (CONEP, 2021).

Para a coleta de dados, foi utilizado o método bola de neve (*snowball*), uma técnica que envolve amostra não probabilística, na qual se utiliza cadeias de referências. A execução da amostragem se dá inicialmente com informantes-chaves denominados sementes, que indicam outros convidados e assim sucessivamente, fator que resulta na criação de uma cadeia de indicações de participantes (Vinuto, 2014).

Dewes (2013) afirma que o primeiro passo no método bola de neve é encontrar indivíduos pertencentes à população alvo do estudo, chamados de semente da amostra, uma vez que darão origem a todos os sujeitos amostrados. O método pressupõe que existe uma ligação entre os membros da população dada pela característica de interesse, sendo capazes de identificar outros membros da mesma. Para Snijders (1992), na maioria dos casos, as sementes costumam ser mais acessíveis aos pesquisadores, ressaltando também que é recomendável um estudo maior sobre onde podem ser encontrados indivíduos da população, a fim de que se evite uma amostra mais enviesada.

Diante de tais pressupostos, foram selecionadas como sementes deste estudo cinco terapeutas ocupacionais, sendo um de cada região do país — Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul — conforme critérios de inclusão e exclusão descritos respectivamente nos itens 4.1.3 e 4.1.4. Para a seleção das sementes, adotou-se a escolha pelo profissional pertencente aos hospitais de referência em oncologia de cada região.

Através das sementes, iniciou-se o processo bola de neve, e os primeiros indivíduos são considerados a onda zero. De início, é solicitado que cada semente indique o contato de outros indivíduos que eles considerem membro da população alvo (Dewes, 2013). A onda um é formada pelos contatos indicados da onda zero, que são parte da população alvo e não fazem parte da onda zero. A onda dois é formada pelos contatos indicados pelos indivíduos da onda um, que são parte da população alvo e não fazem parte das ondas anteriores. Desse modo, o processo segue até que o tamanho da amostra almejada seja alcançado, ou quando uma nova onda não produza determinado número de contatos (Dewes, 2013).

Os participantes (sementes e contatos indicados) foram contatados via e-mail por meio de uma mensagem convite de participação. Nesta mensagem, houve a explicitação de informações sobre os objetivos da pesquisa e via de participação, bem como o contato do pesquisador para retirada de dúvidas e oferta de informações complementares, se necessário. Mediante manifestação de aceite, o participante recebia o link de acesso ao TCLE para leitura e manifestação de concordância. Após preenchimento do TCLE, era pactuado o agendamento da entrevista conforme disponibilidades, enviado o link da sala virtual com 24 horas de antecedência e disponibilizado o roteiro de entrevista de forma prévia.

Salienta-se que não houve perguntas obrigatórias, tendo o participante o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, assim como a possibilidade de retirar o seu consentimento da pesquisa a qualquer momento. A entrevista foi gravada utilizando a plataforma *Google Meet*®, e posteriormente foi realizado o download da gravação para armazenamento em um dispositivo local, sem acesso à internet, visando à segurança dos dados.

3.7 Análise de dados

Os dados provenientes da ficha de caracterização foram analisados por meio de estatística descritiva simples.

Em relação às entrevistas, os áudios foram transcritos na íntegra pelo pesquisador para posterior análise e sintetização dos dados. Foi empregada a análise temática, uma técnica que possibilita analisar de forma crítica diversos discursos e formas de comunicação, como meio de tratamento de pesquisa qualitativa. O método se trata da mescla de técnicas de comunicação, que visam obter a descrição do conteúdo analisado e seus indicadores por meio de procedimentos sistemáticos e diretos, permitindo a dedução de conhecimentos relativos (Câmara, 2013; Bardin, 2004).

A técnica da análise de conteúdo é estruturada em três etapas, sendo: a) pré-análise, que corresponde a leitura flutuante, reformulação dos objetivos, escolha dos documentos, hipóteses e formulação de indicadores; b) exploração do material, que envolve a codificação ou categorização, onde são criadas as categorias do estudo; c) tratamento dos resultados, gerando interpretação e inferências dos dados da pesquisa (Bardin, 2011).

Especificamente na etapa de exploração do material e categorização, foi adotado o procedimento expresso por Bardin (2016) como categorias apriorísticas, ou seja, categorias pré-determinadas a partir do objetivo do estudo, do roteiro de entrevista e da experiência do pesquisador na área (Valle; Ferreira, 2024). Posteriormente, os dados foram interpretados com base nos documentos da classe profissional direcionados à atuação do terapeuta ocupacional nos quadros algicos.

3.8 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, conforme nº 66589522.0.0000.5504 do CAAE.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre todos os aspectos da mesma através do TCLE, termo que explicitou os objetivos, método e procedimentos de coleta de dados. Frisa-se, ainda, que as identidades dos participantes foram preservadas e que lhes foi garantida a liberdade de recusar responder a uma ou mais questões, assim como de se retirar do estudo em qualquer etapa, sem qualquer prejuízo pessoal, caso assim decidissem.

4 RESULTADOS

Considerando os procedimentos metodológicos descritos anteriormente neste trabalho, ao todo foram realizados 27 convites de participação à pesquisa, no entanto, obteve-se a participação de apenas 10 terapeutas ocupacionais. Foram consideradas inicialmente cinco sementes, representadas por um terapeuta ocupacional em cada região do Brasil.

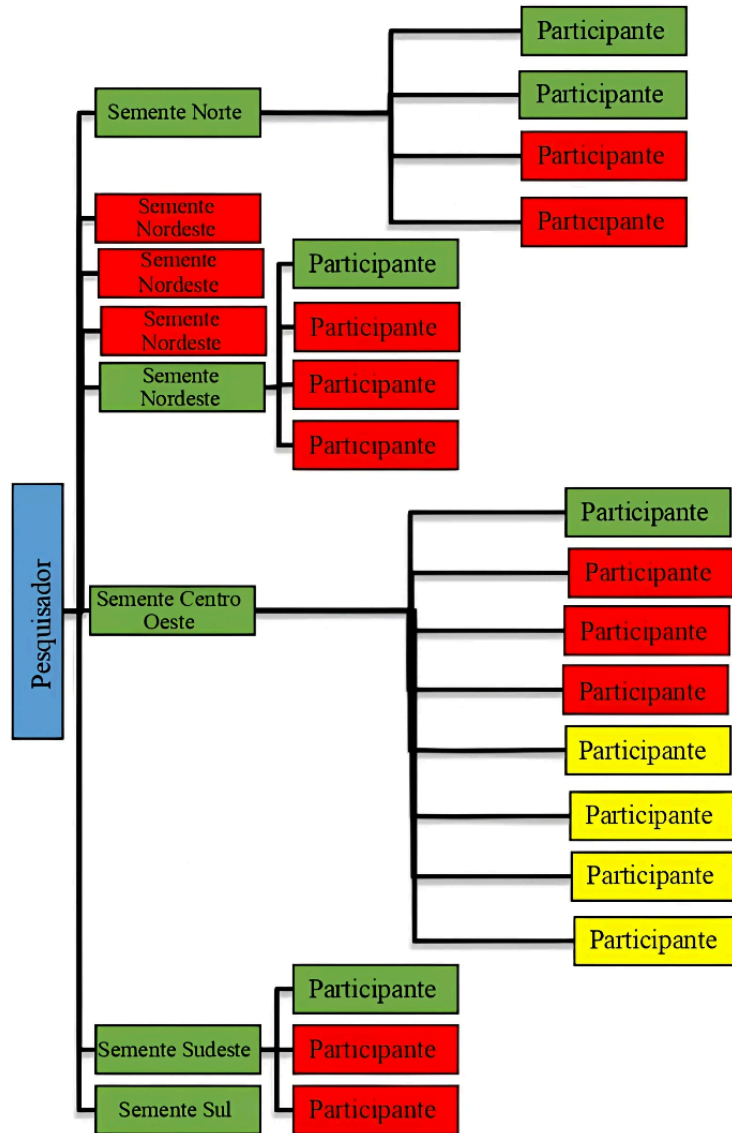
O profissional da Região Norte aceitou participar do estudo e, ao final da entrevista, indicou quatro contatos de potenciais participantes, conforme critérios de inclusão do estudo. O pesquisador entrou em contato com os quatro profissionais indicados, não obtendo retorno de dois deles. Os outros dois terapeutas ocupacionais manifestaram aceite para participação, no entanto, ambos não conseguiram indicar novos contatos, encerrando assim o encadeamento.

Em relação à Região Nordeste, houve ausência de retorno do profissional semente, sendo necessário o envio de convite a um novo participante. Tal impasse ocorreu por mais duas vezes, até que, no quarto contato, obteve-se uma resposta efetiva. A partir da participação do profissional semente, houve a indicação de outros quatro potenciais participantes, dos quais três não responderam ao convite de pesquisa. Um deles manifestou aceite e participou da pesquisa, contudo, não indicou novos potenciais participantes, resultando no fim do encadeamento.

Já em relação à Região Centro-Oeste, a participação da semente culminou em oito indicações de potenciais participantes, havendo ausência de resposta ao convite por três destes. Outros quatro responderam confirmando a disponibilidade, todavia, expressaram não estar mais atuando no contexto hospitalar e/ou cuidados paliativos no momento da coleta de dados, sendo por essa razão interrompido o agendamento da entrevista, visto que não correspondiam aos critérios de inclusão. Nesse sentido, houve apenas um participante indicado entrevistado, o qual não realizou novas indicações, desencadeando o encerramento do encadeamento.

Ao que tange à Região Sul, o profissional semente foi entrevistado, no entanto, não indicou novos potenciais participantes. Por outro lado, na Região Sudeste houve a entrevista com o profissional semente, e a partir dela se obteve três novas indicações. Destas, dois contatos não manifestaram devolutivas, havendo apenas um retorno com participação no estudo sem novas indicações, interrompendo o encadeamento (figura 2).

Figura 2 — Fluxo de coleta de dados por meio do método *snowball*



Legenda:

- Participaram da pesquisa;
- Sementes e indicações que não responderam;
- Indicações que responderam, todavia não se encaixavam nos critérios

Fonte: Autor (2024).

Em relação à caracterização dos 10 participantes, a maior parte foi representada pelo sexo feminino ($n = 9$), com média de idade correspondente a 31,3 anos, considerando uma faixa etária de 24 a 45 anos, conforme detalhado na tabela 1.

Tabela 1 — Características sociodemográficas dos participantes

Características	Variáveis	N (10)	%
Sexo	Feminino	09	90
	Masculino	01	10
Idade	Até 29 anos	04	40
	De 30-39 anos	05	50
	De 40-45 anos	01	10
Região	Norte	03	30
	Nordeste	02	20
	Centro-Oeste	02	20
	Sudeste	02	20
	Sul	01	10
Cidade/Estado	Belém (PA)	03	30
	Recife (PE)	02	20
	Brasília (DF)	02	20
	Barretos (SP)	01	10
	Ribeirão Preto (SP)	01	10
	Florianópolis (SC)	01	10

Fonte: Autor (2024).

Referente aos aspectos formativos, a média do tempo de graduação correspondeu a aproximadamente 7 anos, variando de 6 meses a 17 anos. Já no que tange à pós-graduação, nenhum dos participantes possuía a formação na modalidade *stricto sensu*. No entanto, todos os participantes possuíam pós-graduação *lato sensu* (em curso ou concluída), sendo expressas por 4 dos 10 participantes duas pós-graduações nesta modalidade.

No que diz respeito às informações referentes à formação pós-graduada *lato sensu*, constatou-se 10 cursos concluídos e 4 em andamento. Em relação às áreas de tais cursos, nenhum participante possuía pós-graduação em dor. Houve a realização de pós-graduação em cuidados paliativos por quatro participantes (três concluídas e uma em curso), e seis participantes realizaram pós-graduação em atenção ao câncer (três já concluíram e três estão em cursando). Outras quatro menções referiram-se às pós-graduações concluídas em áreas

diversas (reabilitação de MMSS, gerontologia, psicomotricidade e atendimento integral à família).

Concernente à experiência profissional, a média de tempo de atuação em contextos hospitalares correspondeu a 5 anos, variando de 6 meses a 12 anos. Já em relação ao tempo de atuação em cuidados paliativos, constatou-se experiência média de aproximadamente 4 anos, sendo o menor tempo correspondente a 6 meses e o maior referente a 12 anos.

Tabela 2 — Características da formação e atuação profissional

Características	Variáveis	N(10)	%
Tempo de formação na graduação	6 meses até 1 ano	02	20
	Acima 1 até 5 anos	04	40
	Acima 5 até 10 anos	02	20
	Acima de 10 anos	02	20
Possui pós-graduação	Lato sensu em andamento	04	40
	Lato sensu concluída	10	100
	Stricto sensu	0	0
Tempo de atuação hospitalar	Até 1 ano	03	30
	Acima de 1 até 5 anos	03	30
	Acima 5 até 10 anos	02	20
	Acima de 10 anos	02	20
Tempo de atuação em cuidados paliativos	6 meses até 1 ano	02	20
	Acima 1 até 5 anos	05	50
	Acima 5 até 10 anos	02	20
	Acima de 10 anos	01	10
Local de atuação	Hospital público	09	90
	Hospital privado	01	10
Carga horária semanal	25 horas	01	10
	30 horas	06	50
	60 horas	03	30
Carga horária semanal na atenção em cuidados paliativos	12 horas	01	10
	25 horas	01	10
	30 horas	05	50
	60 horas	03	30

Fonte: Autor (2024).

No que diz respeito ao local de atuação, a maioria dos profissionais entrevistados atuam em hospitais públicos (n = 9), havendo, portanto, apenas um participante atuante em hospital privado. Referente à carga horária semanal dedicada à atenção hospitalar e cuidados paliativos, metade dos participantes (n = 5) afirmaram cumprir 30 horas semanais, enquanto que três participantes declararam a realização de 60 horas semanais, por ocuparem o cargo de terapeuta ocupacional residente. Houve ainda um participante que relatou dedicar 25 horas semanais exclusivas em cuidados paliativos, e outro que se dedica 12 horas semanais à área. Os dados supracitados vinculados às características formativas e profissionais dos participantes foram sistematizados na tabela 2.

4.1 Apresentação das categorias temáticas

A partir das entrevistas realizadas com os 10 participantes, foram identificadas temáticas que deram origem a três categorias, assim denominadas: a) *modus operandi* da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica; b) considerações sobre as repercussões da dor oncológica nas ocupações e c) desafios enfrentados para o manejo da dor oncológica.

Destaca-se que a partir da primeira categoria mencionada, emergiram-se quatro novas subcategorias, nomeadas como: rotina de trabalho, conhecimento e uso de instrumentos de avaliação da dor, recursos e técnicas utilizados para o manejo da dor oncológica e documentação em prontuário.

4.1.1 *Modus operandi* da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica

A atenção hospitalar desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais foi descrita pelos participantes através de informações sobre a rotina diária do trabalho, o processo avaliativo junto ao paciente oncológico em cuidados paliativos com dor e as intervenções empregadas a esse público. A conjuntura de tais informações permitiu uma maior aproximação ao *modus operandi* desta atuação.

4.1.1.1 Rotina de trabalho

Tratando dos processos de trabalho, percebeu-se que é comum na rotina dos terapeutas ocupacionais a realização de um levantamento das demandas no início de seus turnos.

Notou-se que esse levantamento é realizado por busca ativa, por solicitações da equipe e também de visitas à beira leito, sendo executado de forma multiprofissional.

Nós fazemos busca ativa, mas também atendemos de acordo com a solicitação de outros profissionais, desde a equipe médica ao restante da equipe multiprofissional (Paciente 5).

Eu faço a busca ativa e depois tem também, os colegas já sabem da terapia ocupacional nessa parte e graças a Deus em cuidados paliativos já está bem conhecida (...). Às vezes eu chego na unidade, e já tem alguns pacientes que a equipe já me pedem uma atenção “Olha dá uma olhada, avalia tal paciente.” Então, daí tem a busca ativa e tem também a indicação dos colegas que trabalham comigo (Participante 8).

Ao chegar na enfermaria, a gente começa fazendo uma triagem dos pacientes, os quais estão inseridos ali na nossa clínica. E a gente, muitas das vezes, como não é só eu, são outras pessoas também junto comigo, nós nos dividimos... (Participante 1).

Geralmente eu passo a visita, vejo todas as demandas, [...] durante a visita eu avalio logo eles e os pacientes que já estão em acompanhamento, eu vejo qual é a demanda do dia para eu dar continuidade com eles, assim, ou se teve demanda nova, ou se mudou alguma coisa do quadro, mas geralmente é esse processo que eu gosto de fazer (Participante 3).

Hoje a gente se estruturou de uma forma mais multiprofissional, então a gente faz uma visita multiprofissional, né? No início da manhã com uma grande parte da equipe realizamos visita, a gente acaba ali na visita já triando os pacientes que precisam com maior imediatismo da nossa atenção, né? (...) então a gente passa a visita pra fazer justamente aquela visita de triagem na, no atendimento multiprofissional a gente tria, a partir dessa triagem a gente se direciona pro atendimento pra aqueles pacientes que a gente visualiza que tem condições de fazer um trabalho (Participante 6).

Em relação à triagem, observou-se que os terapeutas ocupacionais adotam critérios de elegibilidade dos atendimentos, como forma de estabelecer prioridades assistenciais. Tais critérios se pautam em aspectos como gravidade do quadro clínico, status funcional, vínculo prévio com o atendimento e urgências estabelecidas institucionalmente.

Fico responsável por 25 leitos, vamos assim dizer, mas às vezes varia um pouco. Então eu vejo quais pacientes que estão lá, vejo os que já conheço ou que retornaram, eu vejo KPS, aí depois eu sempre tento pegar aqueles que estão com o KPS um pouco melhor, e eu pego a idade também, eu vejo muito a questão da idade e algumas questões de diagnóstico (Participante 4).

Prioridade são pacientes que a gente atende todos os dias, então a gente coloca pacientes de atendimentos diários, né, por prioridade (...) esses são pacientes de prioridade 1 de atendimento diário, né? Pacientes de prioridade 2, quando a gente separa, são pacientes que a gente tem que ver de duas a três vezes na semana, geralmente só duas, assim, aquele paciente que já deambula, aquele paciente que já tá independente, tem um acompanhante consciente que consegue, a gente consegue orientar e eles conseguem fazer nos outros dias, né, as nossas orientações de semi-independência, assim, nas AVD (...) e paciente de prioridade 3 é aquele paciente que ele tá bem, assim, tá tranquilo, independente funcional, tem as funções motoras e cognitivas preservadas, né? Mas que a gente não deixa de passar (Participante 7).

Eu dou prioridade para aqueles que eu já estou acompanhando. Então como é pouco tempo para uma quantidade grande de pacientes então a gente dá prioridade para aqueles que têm maior demanda, que a gente pode ter mais trabalho funcional com eles (Participante 10).

[...] os pareceres no hospital, eles são classificados como urgência, emergência, urgência relativa e admissão (Participante 2).

Constatou-se que o processo de avaliação dos pacientes oncológicos com dor é conduzido por meio da coleta de informações dirigidas, bem como da avaliação de interferências deste sintoma no desempenho.

(...) a gente verifica a questão da mobilização daquele paciente, se ele vai sentir dor ao mobilizar, dor ao pegar uma colher, dor ao se levantar, ao ir ao banheiro, a fazer as suas necessidades básicas, ao tomar banho, (...) a gente avalia através das ocupações (Participante 1).

Sim, eu avalio, né, o paciente, eu passo a entrevista, como eu disse a você, com a família, com o paciente quando ele tem um certo nível de consciência, e aí em seguida eu tento entender também quais são os limites desse paciente, o que é que hoje esse paciente, que ele tolera fazer (Participante 2).

Tento ao máximo possível identificar o que causa a dor, por exemplo na hora do banho, pra ver se eu tenho que pensar em alguma adaptação, então eu trabalho em cima dos incômodos, eu tento ver mais por esse lado porque às vezes até o banho no leito se torna algo desconfortável e doloroso (Participante 4).

Eu vou observar mais ou menos se essa dor está interferindo na questão dos desempenhos. Principalmente os desempenhos que ele aponta como algo que gostaria de estar fazendo e não tá conseguindo, então eu sempre retorno para essas perguntas, se for por exemplo “eu não tô conseguindo sentar” e a gente ver que é uma dor não severa a ponto de a gente tentar colocar o paciente sentado e avaliar se é uma questão de um posturamento mais inadequado que a gente possa ajustar com algum coxim, alguma coisa pra melhorar (...) Aí a gente faz esses testes assim, né, de amplitude, de posicionamento mesmo, mas muito mais na questão do desempenho da atividade em si. Então “Ah eu não tô conseguindo me alimentar, tô com muita dor na cervical” e que se for principalmente relacionada a uma questão de uma dor oncológica eu pergunto se ao movimentar dói, se ele diz que sim, pergunto se ele consegue me mostrar até onde vai o nível de dor dele. Então a gente faz esses testes assim, de desempenho ou de mobilidade e observação de acordo com aquilo que ele me relata (Participante 6).

Então eu faço o meu roteiro de avaliação, mas que já está aqui internalizado, né? (Participante 8).

Os terapeutas ocupacionais não mencionaram aspectos vinculados a protocolos avaliativos. Observou-se, em seus discursos, menção à avaliação centrada na coleta de informação e observação da relação entre dor com e desempenho ocupacional. No entanto, verificou-se uma incipiência na descrição de análises voltadas à compreensão do tipo de dor e à realização de inspeções físicas.

Como se pôde observar, os discursos dos participantes não apresentaram detalhamentos aprofundados acerca do processo avaliativo realizado. A partir das informações expostas nos parágrafos anteriores, os terapeutas ocupacionais relataram também, de modo amplo, as práticas interventivas operacionalizadas a partir da avaliação. Nesse sentido, foi possível perceber que, em suas práticas, os participantes intervêm principalmente por meio do treino de AVD, utilizando recursos como adaptações, com o objetivo de favorecer a independência na realização da mobilidade funcional, do banho e da alimentação, considerando as influências álgicas no processo.

A gente faz muito treino de marcha, a gente faz muita mobilização, a gente faz treino de atividades do dia-a-dia, (...) (Participante 1).

(...) a gente tenta pensar em estratégias de adaptação, para tornar aquele momento possível, se aquilo faz sentido para o paciente, sabe? E aí, a gente adapta no leito. Eu já fiz algumas adaptações (...) E aí, é dessa forma que a gente vem trabalhando para que seja possível do paciente realizar a atividade. E muitas vezes, até quando o paciente realmente está com dor (...) que todo dia um treino de um pouquinho e ver se a questão da dor, se a dor continua a melhorar, a gente consegue avançar passos naquele treino. Fazendo no nosso dia a dia mesmo, então a gente faz esse treino com ele de passo a passo frente a essa questão que sempre vem da dor (Participante 2).

Aí, depois dessa avaliação, aí eu entro com a prescrição de medidas de conservação de energia, de adaptação das tarefas para conservação da energia. Eu identifico qual é a demanda do paciente para aquele momento com relação a manter independência, funcionalidade (Participante 8).

Adaptação, por exemplo, a gente trabalha, o paciente está tentando ficar sentado, está tentando ir pra cadeira de rodas, realizar a alimentação, suas AVD. Realizando adaptação que não force tanto algum movimento que deixa ele com dor. Isso também é trabalho que a gente faz bastante (Participante 10).

Nos relatos dos participantes, surgiram apontamentos sobre os quadros em que o paciente se encontra em agudização do sintoma. Nessa perspectiva, observaram-se posturas profissionais divergentes na lida com essa situação clínica, as quais perpassaram tanto pela

não realização de intervenções como pela adoção de estratégias baseadas no uso de atividades do repertório ocupacional e técnicas de relaxamento.

As manifestações atreladas a não realização de intervenções em situações de dores agudas envolveram relatos que evidenciaram a compreensão de que, nesses casos, são necessários investimentos farmacológicos inicialmente, sendo a atuação do terapeuta ocupacional limitada nesse contexto.

Um paciente que tem uma dor aguda, o manejo com esse paciente, inicialmente, para a equipe era muito difícil. Porque é uma paciente que ela não suporta ficar sedestado, é um paciente que para mudar o decúbito dele, ele sente bastante dor, no caso desse paciente, ele não tem o que fazer (Participante 2).

Se a dor física não está controlada, eu não consigo atuar sobre as outras demandas de dor (...) então eu não vou conseguir se a dor física não estiver controlada (participante 3).

As dores que foram agudas, foram algumas mais pontuais no caso de o médico já ter intervindo com medicação (...) então eu não pude trabalhar diretamente quando o paciente estava com dor aguda (Participante 10).

Em contrapartida, houve apontamentos que manifestaram a realização de intervenções nas situações agudizadas da dor, fazendo uso de atividades significativas e técnicas de relaxamento para auxiliar neste manejo.

Então utilizo alguma atividade significativa para aquele paciente com dor aguda, para que ele possa ocupar a mente dele e possa se sentir melhor através da utilização da música, a utilização de pintura, a utilização de recursos significativos para ele (Participante 1).

(...) acredito que técnicas de relaxamento seriam uma das estratégias que seriam positivas nesse momento (Participante 10).

Como complemento, destaca-se que um dos participantes mencionou que aplica o mesmo protocolo interventivo do serviço para todas as situações.

Eu mantenho basicamente o mesmo protocolo (Participante 8).

4.1.1.2 Conhecimento e uso de instrumentos de avaliação da dor

No que diz respeito ao conhecimento dos instrumentos voltados à avaliação da dor pelos profissionais participantes, observou-se familiaridade e uso daqueles que são mais frequentes na rotina dos serviços. Nessa lógica, constatou-se que os instrumentos mais

utilizados são direcionados à identificação do nível de intensidade da dor, conforme observado nos relatos abaixo:

A gente tem mais um padrão lá no hospital que nós utilizamos a escala de dor, onde zero significa sem dor e 10 é dor total (Participante 1).

(...) com paciente de paliativo a gente trabalha de uma forma diferente, eu incluí o PPS, a escala de EVA (Participante 2).

(...) A gente tem na clínica em si, um perfil de duas escalas principais que é a PPS de performance e a outra é o ESAS que tem uma etapa que lá tem a dor, que é de 0 a 10 e se for o caso, do paciente não conseguir enumerar e tudo mais, a gente vai e parte para uma escala visual analógica. Então, eles conseguem sinalizar, assim, com movimento de mão, dedo e tudo mais dentro da escala visual analógica (Participante 3).

A gente sempre acaba perguntando pelo visual mesmo, aquela “dor moderada”, “de zero à dez”, “maior dor/menor dor possível (Participante 4).

Geralmente a gente usa a escala EVA, aquela visual analógica. É uma coisa muito subjetiva, né? Se a gente parar pra pensar, a dor é subjetiva no sentido de que cada pessoa vai sentir de uma maneira diferente (Participante 5).

Então, a gente tem adotado meio que como um padrão ou o ESAS ou a escala analógica de dor. É uma escala que a gente utiliza em beira-leito ou aquela escala mesmo de dor, de 1 à 10 que a gente explica para o paciente e aí ele responde (Participante 6).

Na prática, eu acho que a gente usa muito das escalas visuais mesmo, né, aquela numérica, a EVA, a EVN e tudo mais, até para a gente ter um parâmetro e conseguir avaliar e reavaliar até no próprio dia (Participante 7).

Eu uso aquela escala de dor, aquela clássica, né? Pra classificar eu coloco o resultado do EVA (Participante 8).

Nesse caso, né, o PPS, o KPS, que também tem a questão da dor, e o EVA mesmo (Participante 9).

(...) escala analógica, de 0 a 10, aí eu vou perguntar né da avaliação analógica né visual eu vou perguntar de 0 a 10 qual é a dor que ele tá sentindo, onde que ele tá sentindo, o tipo de dor acho que principalmente é que impacta muito se essa dor ela é constante ou se essa dor ela tem pico sabe porque isso vai afetar muito na qualidade de vida do paciente (Participante 10).

A partir dos discursos supracitados, verificou-se que apenas um profissional participante manifestou, a partir da intensidade da dor, explorar localidade, tipo e frequência do sintoma algico. Visualizou-se que os instrumentos mais citados são focados na intensidade do sintoma, tais como a Escala Visual Analógica (EVA), Edmonton Symptom Assessment (ESAS) e Escala Verbal Numérica (EVN). Notou-se que mesmo tratando da avaliação da dor, os participantes 2, 3 e 9 citaram como instrumentos o PPS (Palliative Performance Scale) e o

KPS (Karnofsky Performance Scale), ambos utilizados para avaliação da performance funcional de pacientes em cuidados paliativos.

Ao que tange o conhecimento de outros instrumentos voltados à avaliação da dor — além dos que são empregados na rotina dos serviços e nas práticas dos profissionais participantes —, observou-se variações que abrangem desde a ausência de conhecimento, passando pela manifestação de conhecimento impreciso das denominações, até o conhecimento ampliado.

Parte dos participantes mencionaram que não possuem conhecimentos sobre outros instrumentos para além daqueles utilizados em seus respectivos serviços:

Só o que nós utilizamos na clínica. Por nome eu não consigo me lembrar agora exatamente (Participante 1).

Para avaliação de dor em específico, não (Participante 2).

Não conheço (Participante 5).

EVA e PPS, não tenho conhecimento de outros (Participante 9).

Por outro lado, parte dos participantes afirmou ter conhecimento de outros instrumentos e/ou relatou movimentos de busca para essa apropriação; no entanto, não conseguiu, no momento da entrevista, especificar quais instrumentos seriam esses.

A gente tem conhecimento de outros instrumentos. Inclusive no atual manual da ANCP tem umas escalas de dor que são legais, inclusive tem uma que ela aponta muito essa questão, não tão especificamente da dor física, mas a gente não a usa (Participante 6).

A gente tá pesquisando, de verdade, vou ser bem sincera, e agora eu não consigo lembrar porque até essa semana mesmo eu estava entrando na internet e achei alguns que achei interessante e separei, mas não li ainda (Participante 8).

Eu conheço alguns, mas pra falar a verdade, eu não apliquei (...) eu conheço alguns outros, mas também esqueci os nomes (Participante 10).

Apenas um participante citou com precisão instrumentos que são de seu conhecimento, mas que não são de uso recorrente em sua rotina assistencial.

A escala de Faces, o EVA, a Behavioural Pain Scale, né, que é usado na UTI, a gente tem também uma que é muito interessante, há pouco que eu conheci uma que é a PAINAD de demência, que a gente usou com dois pacientes nossos, que eram pacientes que tinham declínio cognitivo, e foi muito interessante usar (Participante 7).

Considerando aspectos práticos do uso desses instrumentos, os participantes relataram questões relacionadas à frequência de sua reaplicação no decorrer dos processos de cuidados. Nessa vertente, apenas um único participante afirmou não realizar reavaliações por meio da reaplicação do instrumento de mensuração algica.

Eu não realizo reaplicação. Porque às vezes não dá tempo, porque a nossa realidade é assim: os pacientes quando chegam para a internação de cuidados paliativos, infelizmente, não sei qual a realidade dos outros lugares; eles já chegam muito tardiamente pra gente, infelizmente, são os pacientes que não se consegue acompanhar por muito tempo, dar alta, infelizmente, isso a gente ainda não conseguiu estabelecer na rotina pelo tempo que eles chegam pra gente (Participante 8).

Para os demais participantes, a reaplicação de instrumentos de avaliação da dor faz parte da rotina de cuidados. Contudo, observou-se variações relacionadas à frequência desta aplicação.

Pelo menos uma vez na semana. Enquanto aquele paciente está conosco na clínica, ele não teve alta ou ele não evolui a óbito, a gente faz a reaplicação desse teste pelo menos uma vez em cada semana (Participante 1).

Reaplico diariamente (Participante 2).

Geralmente, na visita, basicamente todos os dias, a gente vai fazer a aplicação de alguma avaliação de dor (Participante 3).

(...) Eu só reaplico se ele vier a reinternar ou se eu perceber alguma mudança, se mudou o perfil, se mudou as demandas. Mas é mais nesses critérios: Reinternação, internação e mudança de quadro clínico mesmo (Participante 4).

Eu gosto sempre de questionar, de perguntar no início do meu atendimento e no final do meu atendimento. Para saber se houve alguma alteração (Participante 5).

As vezes logo após a atividade a gente reaplica para ver se a atividade surtiu efeito (participante 6).

(...) Então, acaba que quase diariamente a gente avalia e reavalia os nossos pacientes. Então, eu não tenho algo certo para te dizer assim, nossa, a gente vai reavaliar e a gente vai reaplicar. Isso não funciona para a gente lá na prática, entendeu? Funciona muito ali no dia a dia, como eu te falei, tem um paciente que de manhã ele tá de um jeito e à tarde eu já preciso registrar que a dor dele piorou, e aí já é uma reaplicação (Participante 7).

Digamos que toda semana, por exemplo. Mas é para um paciente que ele se mantém, o que não é algo agudo, que fala mais sobre a progressão da doença, sobre o processo de finitude, então a gente não costuma se ater tanto a esses instrumentos (Participante 9).

Toda vez que eu vou ao leito para poder fazer intervenção ou só para visitar eu faço essas reavaliações (Participante 10).

Notou-se que a frequência das reaplicações varia entre realização diária, semanal, durante a própria intervenção, ou a depender das circunstâncias clínicas e da dinâmica hospitalar.

4.1.1.3 Recursos e técnicas utilizadas para o manejo da dor oncológica

Quando questionados sobre técnicas utilizadas no manejo e controle algico, observou-se que os participantes manifestaram o uso de recursos variáveis em suas práticas.

Houve menções ao uso de técnicas e recursos voltados ao posicionamento e à facilitação de movimentos, o que parece estar relacionado a estratégias para prover a redução da dor associada a componentes musculoesqueléticos.

(...) as órteses de descompressão é o que a gente mais usa em clínica, é geralmente o que faz mais parte da rotina (participante 3).

(...) posicionamento, uso de coxins, principalmente para pacientes muito acamados, com dores relacionadas a imobilismo mesmo, órteses de descompressão (Participante 6).

(...) o posicionamento no leito para descompressão das partes ósseas (Participante 8).

Adaptação, por exemplo, a gente trabalha, o paciente está tentando ficar sentado, está tentando ir pra cadeira de rodas, vai alimentação, AVD, esse tipo de coisa. Fazendo adaptação que não fosse tanto algum movimento que deixa ele com dor. Isso também é trabalho que a gente faz bastante (Participante 10).

(...) eu costumo sempre trabalhar com a tecnologia assistiva, vou te dar um exemplo, quando esse paciente sente uma vontade muito grande de comer sozinho, então a gente tem adaptadores na clínica e eu particularmente confecciono (Participante 1).

(...) adaptações eu consigo trabalhar também, então varia bastante (Participante 4).

A gente vai criando estratégias através de adaptações, através de uma forma de realizar a atividade diferente, sabe? (Participante 2).

Outro recurso que emergiu entre os discursos foi a indicação do uso de práticas que auxiliam na autorregulação, como por exemplo técnicas de relaxamento e de respiração.

As técnicas de relaxamento (Participante 1).

Técnica de respiração para esse paciente, a gente repassa a técnica de respiração para eles (Participante 3).

A massagem, a respiração, eu uso bastante do método de expressão do Yoga com eles (Participante 8).

E a técnica de respiração dirigida é o ápice de recurso disponibilizado pela terapia ocupacional (Participante 9).

As atividades significativas ou de interesse do paciente também foram mencionadas como medidas não farmacológicas empregadas no controle álgico pelos terapeutas ocupacionais.

Para manejo de dor eu costumo utilizar (...) atividades significativas para o paciente (Participante 2).

A gente acaba mesmo utilizando mais as atividades de interesse (...) (Participante 6).

O que eu utilizo com mais frequência eu acho que uma atividade significativa (Participante 9).

Três participantes chegaram a mencionar, entre os recursos utilizados, o emprego de técnicas de conservação de energia, entretanto, sem trazer elementos que nos permitam compreender a relação deste uso com o manejo da dor.

(...) a questão da técnica de conservação de energia (Participante 1).

Técnicas de conservação de energia eu vejo que reduz muito a dor também (Participante 4).

(...) a medida de conservação de energia (Participante 8).

Constatou-se, nas falas dos participantes, a ausência de outras estratégias não farmacológicas indicadas cientificamente como, por exemplo, a educação em dor, a higiene do sono e as práticas integrativas.

4.1.1.4 Documentação em prontuário

Compondo informações acerca do *modus operandi* na práxis terapêutico-ocupacional, os participantes referiram a elaboração de anotações em prontuário nos procedimentos realizados, de modo a registrar a conduta e favorecer a comunicação entre os profissionais.

O prontuário de lá do hospital é prontuário eletrônico (...) a gente consegue comparar e registrar a partir desse prontuário eletrônico. A gente imprime depois e

bota no prontuário físico também. Mas isso fica registrado em sistema e toda a equipe tem acesso (Participante 2).

O hospital tem um prontuário eletrônico, então todo atendimento a gente evolui. Nós da terapia ocupacional, pelo menos ali na enfermaria de oncologia clínica, a gente tende a descrever as nossas condutas (Participante 5).

A gente tem operacionalizado esse controle de atendimento diário, que é da equipe, da TO, né, da oncologia, por exemplo (...), a gente tem um prontuário eletrônico (Participante 6).

Normalmente eu também faço de forma descritiva o que surgiu ali no atendimento no prontuário (Participante 7).

Eu coloco o material que eu uso no prontuário eletrônico (...) não especifico muito detalhadamente. Nós colocamos, por exemplo: ressignificar o contexto hospitalar; por exemplo, colocamos exatamente o que foi feito (Participante 10).

No que se refere aos dados sobre a dor na composição dos registros em prontuário, apenas dois participantes trouxeram em suas falas menção sobre o detalhamento do sintoma na escrita documental.

Eu coloco no meu prontuário a relevância daquela dor; o que o paciente me mencionou, de acordo com a escala de dor. Coloco também as atividades que eu propus fazer com aquele paciente e coloco como ele se sentiu mediante aquelas atividades, aqueles procedimentos (Participante 1).

Nós costumamos fazer no checklist que o paciente apresentou sintomas e dor e aí eu descrevo o recurso que eu utilizei com esse paciente para dor. Então a evolução é bem sucinta (Participante 4).

4.2 Considerações sobre as repercussões da dor oncológica nas ocupações

Os profissionais foram indagados a relatar suas percepções acerca das influências dos quadros algícos nas ocupações, sendo manifestadas especialmente nas Atividades de Vida Diária (AVD).

A gente verifica bastante a dificuldade para fazer as atividades da vida diária, como ir ao banheiro, como comer de forma independente (Participante 1).

O banho, ele é uma das queixas mais presentes. O banho, a sedestação beira-leito. Tem paciente que quer pentear o cabelo e se queixa, sabe? Mas assim, o que é mais frequente para a gente é o banho e a alimentação. São as duas queixas mais presentes (Participante 2).

Impacta muito no banho, o banho se torna totalmente desconfortável. Principalmente aqueles que estão com caquexia, que tem dor oncológica e dor de lesões também, então onde eu abordo muito o banho. Trocar de roupa também, está impactando bastante o vestuário, eles estão se queixando do colocar a calça, ter

que levantar; fazer a ponte pra colocar a calça, colocar uma fralda. Esses são os que mais incomodam eles (Participante 4).

As AVD que são dentro do contexto hospitalar e são disparadamente assim muito prejudicadas. Se as AVD, que são as mais básicas, estão prejudicadas, o que dirá as outras, né? (Participante 6).

As AVD próprias ali daquele momento da internação, todas as básicas, né, então alimentação, ele deambular... Na minha enfermaria o que mais acaba impactando é na questão da deambulação desse paciente, que são pacientes que estão mais acamados e tudo mais (Participante 7).

Eles tendem, pela dor, não sair do leito, ficar mais restrito ao leito e perder mais a independência para as AVD (Participante 8).

Percebe-se, mediante os resultados, que as AVD se destacam nos relatos dos entrevistados, tornando possível inferir a associação deste foco de atuação com fatores ambientais e fatores clínicos debilitantes, presentes com constância no contexto hospitalar.

4.3 Desafios enfrentados para o manejo da dor oncológica

Considerando as dificuldades percebidas no contexto da prática, os terapeutas ocupacionais enfatizaram os entraves associados ao trabalho em equipe, ressaltando a percepção de fragilidades na adequação da prescrição farmacológica para o controle da dor, o que interfere diretamente na assistência terapêutico-ocupacional.

Existe uma dificuldade de uma certa comunicação com a equipe, que muitas das vezes a gente procura saber se já foi feito o manejo de dor para aquele paciente, e eu me refiro à questão de medicamentos, e muitas das vezes a gente não obtém um resultado que a gente gostaria que tivesse (Participante 1).

A equipe, ela tem dificuldade de lidar com isso, sabe? Quando a gente fala de manejo de dor e de desconforto do paciente... eu me peguei discutindo com a equipe. O por que não, de uma morfina. Por exemplo, sabe? (...) então, eu acho que o maior dilema hoje, a maior dificuldade hoje é a discussão mesmo em relação à questão medicamentosa com a equipe. Porque existe, é como se fosse um preconceito mesmo, sabe? da equipe com a morfina (...) eu acho que é uma demanda da equipe, sabe? (...) A equipe, ela tem dificuldade de lidar com isso, sabe? E eu acho também que quando a gente fala de manejo de dor e de desconforto do paciente (Participante 2).

Em uma clínica de cuidados paliativos, se cuida de tudo de câncer, a gente percebe que a gente não cuida da dor sozinho. E a gente precisa muito do outro. E aí a dificuldade muitas vezes desse manejo é o outro. Então se a gente não tiver uma equipe médica boa pra manejo de dor, por exemplo (...) então, se a principal dificuldade nesse manejo é essa, porque se eu não tiver meu auxiliar ali, eu não consigo fazer meu trabalho efetivamente para aquele paciente porque a dor é tratada de maneira interdisciplinar. A dor é multifatorial, cada paciente sente a dor de uma maneira (...) então, eu não consigo fazer um trabalho de uma maneira interdisciplinar. Essa é a principal dificuldade que a gente tem agora (Participante 3).

Muitas vezes, eu acho que a equipe em si... Eu acho que é um problema da equipe, de encarar às vezes só como um fator, por exemplo, psicológico, quando, na verdade, a dor tem fatores fisiológicos. Ou não considerar fatores psicológicos, considerar apenas os fatores físicos. Eu acho que quando a equipe em si faz uma segmentação, a gente tem mais dificuldade de tratar esse sintoma (Participante 5).

A gente tem uma equipe oncológica que, ao mesmo tempo, a gente fala que tá muito tempo lá, pode ser coesa, mas que não compreende mesmo, não faz um bom controle de dor desses pacientes a nível, não só farmacológico, mas a nível de questão de escuta, de posicionamento, de oferta de cuidado básico mesmo para esses pacientes, sabe? Muitas vezes, assim, “ah, não, mas eu já dei o remédio, já fiz isso, já fiz o curativo, já mexi, não adianta, aquela dor não vai passar.” E a maior dificuldade é essa e também é aquela questão da não compreensão daquela dor (Participante 6).

No âmbito individual, dois dos participantes chegaram a explanar sobre suas limitações de experiência e de conhecimento como entraves percebidos em suas assistências.

(...) tem horas que eu paro e penso “Meu Deus o que que eu vou fazer agora? Eu não sei mais o que eu faço”, porque ultrapassa até os limites do meu conhecimento, mesmo que eu busque outros tipos de conhecimento, que eu discuta os casos, eu acho que trabalhar com dor não é fácil, tem muitas barreiras (Participante 4).

Acho que experiência, pois ainda estou no início da residência (Participante 10).

Diante do exposto, percebe-se que os terapeutas ocupacionais atuantes no segmento associam suas dificuldades, em maior parte, aos componentes do trabalho interdisciplinar e à complexidade da multifatorialidade da dor, estando em segundo plano os aspectos intrínsecos a sua formação e/ou competências fragilizadas.

5 DISCUSSÃO

Tendo como base o contexto de atuação em foco, observou-se, nesse estudo, que terapeutas ocupacionais manifestaram associações entre dor e ocupações em suas práticas, o que é importante para justificar as especificidades desta atuação profissional.

O papel da terapia ocupacional no gerenciamento da dor deve ser apoiado por uma articulação entre os fundamentos da mesma e as recomendações científicas para o manejo da dor (AOTA, 2021). Segundo Strong; Brown; Jones, (2017), terapeutas ocupacionais devem estar capacitados para abordar o impacto da experiência de dor no desempenho ocupacional do paciente, bem como para lidar com as repercussões do quadro algico na participação do sujeito em ocupações significativas. Tal cenário requer do profissional a apropriação de componentes fisiológicos, psicossociais e ambientais que influenciam a experiência do sintoma.

Embora os participantes desse estudo tenham mencionado, entre os aspectos avaliados, a busca por informações da interferência da dor no desempenho ocupacional — sendo especialmente citadas a exploração de dados acerca da mobilidade, limitações, tolerância e AVD —, percebeu-se fragilidades nesse *modus operandi*.

Essa constatação pauta-se, inicialmente, nos relatos de que o processo avaliativo se concentra na coleta de informações, porém com limitada exploração de componentes de desempenho (motores, processuais e de interação social) e de fatores estruturais do corpo. Soma-se a essa fragilidade avaliativa as informações sobre o uso de instrumentos, principalmente unidimensionais, voltados à identificação da intensidade da dor no momento do atendimento, uma vez que foi percebida a escassez de reaplicação do instrumento para verificar sua efetividade no manejo do sintoma.

Além disso, não houve menções à exploração de informações adicionais nos procedimentos. Tal fator pode denotar uma problemática, já que a identificação de dados adicionais como a intensidade da dor, localidade, qualidade, temporalidade, cronologia, fatores de alívio e de exacerbação sintomática é considerada um processo padrão na avaliação (Strong; Brown; Jones, 2017).

Ao avaliar a dor em pacientes em cuidados paliativos, é necessário não apenas compreender sua intensidade, mas também sua localização, irradiação, fatores de melhora e/ou piora (por exemplo, na mobilização da região acometida), tempo da dor, padrão contínuo

ou intermitente (se intermitente, a duração de cada episódio e sua relação com fatores precipitantes), a qualidade da dor (em aperto, pontada, queimação, etc.), tratamentos atuais e prévios (também avaliação da adesão ao tratamento e efeitos colaterais), e, por fim, impacto na funcionalidade e na vida diária (sono, atividades, trabalho, humor, apetite, convívio social e espiritualidade). Em complemento, torna-se essencial proceder com o exame físico, considerando aspectos musculoesqueléticos, funcionais e de sensibilidade (Júnior *et al.*; 2023). Sendo assim, percebe-se um distanciamento entre os elementos preconizados no processo de avaliação da dor e os relatados pelos terapeutas ocupacionais em sua assistência.

Considerando que a intensidade da dor constitui um aspecto fundamental do processo avaliativo, e que foi mencionada pelos participantes como sendo aferida principalmente por escalas unidimensionais (EVA, EVN) ou pelo ESAS, infere-se que a opção por tais instrumentos está associada à rotina hospitalar, a qual demanda uma dinâmica mais otimizada do tempo dos profissionais, sendo esses, por vezes, os instrumentos protocolares dentro da equipe. No entanto, não se pode desconsiderar uma possível fragilidade de conhecimento dos profissionais acerca de outros instrumentos voltados à dor, visto que apenas um participante manifestou conhecimento sobre outros métodos (escala de Faces, EVA, *Behavioural Pain Scale*, PAINAD), embora não os aplique em sua prática.

A literatura aponta diversos instrumentos de avaliação da dor aplicáveis à população oncológica e que podem auxiliar o terapeuta ocupacional, como o Questionário de Dor de McGill (*McGill Pain Questionnaire – MPQ*), Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory – BPI*), Inventário de Sintomas do MD Anderson (*MD Anderson Symptom Inventory – MDASI*) e Escala de Avaliação de Sintomas e Sinais Neuropáticos de Leeds (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs – LANSS*), por exemplo (Raja, 2020; Barros; Silva; Sousa, 2023).

A dor deve ser compreendida como quinto sinal vital e, por essa razão, deve ser periodicamente reavaliada (Rolo *et al.*; 2023). Nesse ponto, ressalta-se a variabilidade de informação fornecida pelos participantes quanto à reaplicação das escalas mencionadas, dado que parte deles relatou realizá-la diariamente, semanalmente, durante a própria intervenção, bem como a depender das circunstâncias clínicas e da dinâmica hospitalar. Um único participante informou não realizar reaplicações dos instrumentos.

É crucial pontuar que a dor precisa ser avaliada não só no momento da admissão hospitalar, mas também a cada atendimento do profissional de saúde (Junior *et al.*; 2023). As

informações relativas à não reaplicação dos instrumentos nos levam a refletir sobre a precariedade de subsídios que evidenciam a melhora do sintoma após intervenção, o que poderia configurar-se como um indicador da eficácia terapêutica.

A produção de dados sobre a eficácia das intervenções deve ser considerada na rotina assistencial como via de comprovação do trabalho executado, assim como para auxiliar na visibilidade da importância deste profissional na equipe. No entanto, fragilidades no processo dificultam a valorização do trabalho terapêutico ocupacional.

Somado a isso, analisa-se que o registro em prontuário foi declarado como um procedimento da *práxis*, voltado à documentação das condutas adotadas e à comunicação com os demais profissionais. Todavia, o conteúdo mencionado como habitual pelos participantes pouco abrangia informações acerca do sintoma de dor.

Segundo Bombarda e Joaquim (2024, p. 76), o conteúdo das anotações do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar deve evidenciar, de modo claro, as demandas, os objetivos, o engajamento do paciente durante a intervenção e os resultados alcançados. Nessa vertente, entende-se que a ausência ou incipiência de informações compromete a constatação do alcance ou não das metas almejadas.

Destaca-se que a dor pode ser definida como um fenômeno complexo e uma experiência multidimensional, sendo influenciada por aspectos psicológicos, comportamentais, sociais, ocupacionais e espirituais (Strong; Brown; Jones, 2017). Sendo assim, o modelo biopsicossocial configura-se como base da educação científica em dor e é associado a parâmetros conceituais específicos da terapia ocupacional, fundamentando-se a busca pela identificação dos obstáculos ocupacionais que os sujeitos com dor enfrentam (Wong; Fisher, 2015; Haik; Carrer; Zanca, 2023).

Cicely Saunders, ao descrever e ensinar sobre o conceito de dor total, defendeu a multidimensionalidade da dor, a partir da compreensão de que tal sintoma pode ser proveniente de aspectos de natureza física, psicológica, emocional, social, espiritual e/ou existencial, o que demarca a necessidade de uma atenção holística (Rolo *et al.*; 2023). Entre outros fatores, justifica a preconização da atenção interprofissional como um dos pilares dos cuidados paliativos (Brasil, 2018).

No entanto, o trabalho em equipe foi descrito como desafiador pelos terapeutas ocupacionais participantes deste estudo, especialmente no que tange ao alinhamento das

medidas farmacológicas compreendidas como essenciais para o trabalho da terapia ocupacional.

Salienta-se que a correta classificação da dor — nociceptiva, neuropática ou mista — é a base para o manejo adequado do sintoma (Rolo *et al.*; 2023), e que as estratégias a serem empregadas para cada tipo podem abranger medidas farmacológicas e não farmacológicas. A prescrição baseada em fármacos configura-se como de competência médica, enquanto as outras abordagens possuem caráter interprofissional.

A barreira apontada pelos participantes em relação à percepção de inadequações no gerenciamento da dor por via farmacológica é referenciada na literatura como um problema recorrente. O estudo de Chagas (2023), por exemplo, desenvolvido com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, evidenciou a presença de dezenas de sintomas de ordem física e emocional (entre os quais, a presença de dor), com repercussões negativas no desempenho ocupacional. Tal fator demonstra, segundo a autora, que o princípio norteador dos cuidados paliativos, voltado à promoção do alívio da dor e de demais sintomas, apresentava-se, na prática daquele serviço, de forma fragilizada.

Silva, Medanha e Gomes (2020) expressam que o uso de opioides para o tratamento da dor oncológica é amplamente difundido e comprovado por diversos ensaios clínicos bem controlados. No entanto, também indicam que há a subutilização de tais medicações pela falta de conhecimento no manejo, pela não valorização algica apresentada pelos pacientes, bem como pelo receio de possíveis complicações. Os aspectos limitadores para a prescrição de opióides mostram-se vinculados às fragilidades formativas na área médica (Sousa; Roriz, 2021; Pinheiro, 2010; Dalpai *et al.*, 2017, Braide; Leal; Souza, 2019). Entretanto, é importante enfatizar que também há defasagens no emprego de medidas não farmacológicas.

Em específico, dentro da área de terapia ocupacional, alguns estudos demonstram que a formação graduada não tem contemplado de modo suficiente a oferta de conteúdos básicos para avaliação e manejo da dor (Rider; Khau; Valdes, 2024, Bonifácio, 2019; Ribeiro *et al.*, 2024). Com o objetivo de analisar a formação dos estudantes em dor na faculdade de Ceilândia (DF), Bonifácio (2019), avaliou projetos pedagógicos, ementas das disciplinas obrigatórias e optativas, currículo *lattes* dos docentes dos colegiados e projetos de extensão vinculados a quatro cursos da saúde (fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional e farmácia), o que culminou na constatação de que o curso de terapia ocupacional oferecia apenas 2% de conteúdo sobre dor em suas disciplinas da grade curricular.

Visando investigar a experiência de residentes multiprofissionais sobre o aprendizado do manejo da dor, bem como os desafios e lacunas existentes nessa abordagem temática, o estudo de Ribeiro *et al.* (2024), aplicou um questionário a 27 residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia - Cuidados Paliativos, sendo considerados, entre a classe de participantes, os residentes de terapia ocupacional. A partir dos dados obtidos, os autores expressaram a importância de intensificar a formação em dor, especialmente no contexto dos cuidados paliativos oncológicos. Indicaram, ainda, que o fomento de metodologias de ensino-aprendizagem que favoreçam o desenvolvimento de competências básicas para a assistência em dor deve constituir-se como um objetivo das instituições de ensino.

A educação inicial nesse aspecto é fundamental no âmbito da graduação, pois tem a função de preparar terapeutas ocupacionais para abordar a dor na prática (Rider; Khau; Valdes, 2024). A Associação Internacional de Estudos da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*), como forma de estimular a educação em dor nos cursos de terapia ocupacional, desenvolveu um currículo sistematizando conteúdos que propiciem o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos terapeutas ocupacionais, consideradas como essenciais para a atuação em equipe interprofissional (Strong; Brown; Jones, 2017).

As fragilidades no processo formativo dos terapeutas ocupacionais indicadas na literatura podem justificar os dados obtidos neste estudo acerca das lacunas avaliativas, bem como a manifestação de não realização, por parte dos participantes, de intervenções nos quadros de dores agudizadas, a partir da compreensão que essa situação requer inicialmente investimentos farmacológicos. Por outro lado, quando questionados sobre os desafios práticos, apenas dois dos participantes reconheceram fragilidades de competências profissionais como aspecto limitante.

Embora o apontamento da percepção de necessidade de ajuste farmacológico no quadro agudizado seja pertinente, é importante salientar que há de se considerar também a multifatorialidade da experiência da dor vivenciada, para o provimento de estratégias não farmacológicas que possam auxiliar no controle algíco dessa situação.

Em uma revisão de escopo realizada por Lagueux, Depelteau e Masse (2018), os autores constataram intervenções dos terapeutas ocupacionais nos quadros de dores crônicas sistematizando-as através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Nesta vertente, foi apresentado, entre os papéis do profissional, o gerenciamento

da dor por meio de intervenções classificadas em atividades e participações, funções e estruturas corporais, e fatores ambientais.

Referente às intervenções descritas na categoria atividade e participações, foram descritas ações focadas na mobilidade, independência e autonomia, reabilitação vocacional, estratégias para o equilíbrio ocupacional, resgate da identidade ocupacional, bem como ampliação da participação, engajamento e desempenho. Na categoria denominada funções e estruturas do corpo, foram mencionadas estratégias para melhorar a mecânica corporal e a tolerância à atividade, bem como ações restaurativas. Já na categoria fatores ambientais, estratégias para o gerenciamento da dor passaram por avaliações ergonômicas, adaptações do ambiente físico e ampliação do suporte social (Lagueux; Depelteau; Masse, 2018).

Já no estudo de Lagueux *et al.* (2023), que teve como objetivo descrever a presença da arte sobre a prática da terapia ocupacional na atenção à dor crônica, observou-se, dentre os resultados apresentados, intervenções pautadas em adequações posturais e ambientais, adaptação de atividades, técnicas de mobilização, gerenciamento de edema, massagens, técnicas de atenção plena, gestão de estresse, técnicas de visualização, termoterapia, atividades terapêuticas, intervenções focadas na ocupação, educação em dor, entre outros.

Em consonância com a literatura, constatou-se através dos relatos dos profissionais participantes uma pluralidade de recursos terapêuticos empregados no manejo da dor, tais como o uso de estratégias adaptativas do ambiente e das tarefas, intervenções com foco nas AVD, estímulo à mobilidade, técnicas de relaxamento e respiração, uso de atividades significativas, posicionamentos e dispositivos de tecnologia assistiva, bem como massagem e conservação de energia.

Diante das intervenções supracitadas, observa-se que não há uma sistematização de estratégias não farmacológicas empregadas no contexto da assistência terapêutico-ocupacional oncológica em cuidados paliativos. Tal situação pode impor limitações à prática, já que segundo Rolo *et al.* (2023), a falta de padronização das técnicas não farmacológicas no controle algico é uma das barreiras para a produção de evidências sobre sua eficácia.

Nas entrevistas, outro ponto de reflexão se dá a partir da ausência do uso da educação em dor, higiene do sono e práticas integrativas como recursos utilizados na assistência, aspectos a serem analisados tendo como referência as perspectivas descritas abaixo.

A educação em dor é um recurso que ajuda os profissionais de saúde na abordagem biopsicossocial e no manejo do sintoma. Com base na neurociência, a educação em dor configura-se como uma ferramenta que auxilia na modificação perceptiva do paciente sobre sua dor, promovendo mudanças relacionadas a crenças, medos e mitos, e favorecendo consequentemente o enfrentamento (Pontin *et al.*, 2021).

Em uma revisão integrativa desenvolvida por Hahn e Cordeiro (2021), as autoras apontam, a partir dos dados obtidos, forte recomendação para as ações educativas de abordagem à dor no contexto hospitalar. Entre as práticas destacadas estão: uso de vídeo associado com folheto ou cartilha, vídeo isolado, orientação verbal associada com folheto ou cartilha, cartilha ou folheto isolados, jogo, psicodrama e tecnologias digitais como sites ou aplicativos. É afirmado que tais estratégias podem ser incorporadas durante o processo de hospitalização, ampliando o entendimento e o protagonismo de pacientes e familiares no controle da dor, favorecendo a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Referente às Práticas Integrativas e Complementares (PICS), essas são definidas como recursos terapêuticos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico, na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; proporcionando assim, a ampliação da visão do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (Silva *et al.*, 2023).

Em uma revisão que visou verificar as evidências científicas disponíveis voltadas ao uso das práticas integrativas e complementares nos cuidados paliativos, os autores afirmam, a partir das evidências sintetizadas e analisadas, que as PICS possuem efeito promissor no manejo de um conjunto de sintomas oncológicos, principalmente em relação à dor, ansiedade, preocupação e dispneia vivenciadas por pacientes com câncer em cuidados paliativos (Silva *et al.*, 2023). As principais práticas verificadas são a massoterapia ou massagem terapêutica, aromaterapia, acupuntura, reiki (Silva *et al.*; b, 2023), medicina tradicional chinesa, reflexologia, terapia com animais e musicoterapia (Silva *et al.*; a, 2023).

Por fim, vale destacar que a higiene do sono tem sido uma ação demarcada na literatura de modo amplo, como estratégia preconizada no tratamento da dor realizado pelos terapeutas ocupacionais (Reeves *et al.*, 2022). Esse fator é justificado ao considerarmos, a partir dos pressupostos da fisiologia da dor, a relação da dor com a presença da fadiga e deficiência do sono (Strong; Brown; Jones, 2017).

Há uma relação bidirecional entre dor e sono em grande parte dos pacientes, ou seja, pode haver interferência da dor ao dormir, assim como distúrbios do sono podem exacerbar sintomas algícos, fator parcialmente explicado por mecanismos neurobiológicos semelhantes em ambas as condições (Barreto, 2013; Costa *et al.*, 2023). Considerada uma ocupação, o descanso e sono de pacientes com quadros de dor crônica é afetado e, para tanto, devem compor a estrutura de intervenção dos terapeutas ocupacionais. Os profissionais podem implementar técnicas de higiene do sono, posicionamentos e estratégias de gestão do tempo, incluindo o estabelecimento de rotinas para promover a regulação do sistema nervoso, a gestão da fadiga e a conservação de energia (Reeves *et al.*, 2022).

Conforme anteriormente apresentado, um dado encontrado foi o relato de três dos participantes sobre o uso da conservação de energia como um recurso empregado no controle algíco. Embora as técnicas de energia sejam amplamente mais utilizadas no manejo de sintomas como a fadiga e dispneia, verifica-se o apontamento das mesmas em protocolos e diretrizes voltados à intervenções de autogestão da dor crônica. Nesses casos, considera-se a tolerância à atividade, a conservação de energia e ritmo como forma de manter a funcionalidade e a participação (Strong; Brown; Jones, 2017; CAOT, 2024). Esse ponto demanda maior exploração em estudos futuros, para que se obtenha maior compreensão do raciocínio clínico associado a essa prescrição.

Ainda que as práticas acima possam ser empregadas, as informações proferidas pelos participantes no estudo são desprovidas de detalhamentos, como por exemplo, se há ou não correlação estabelecida entre o quadro algíco e a presença de fadiga. Tal lacuna limita a compreensão sobre o raciocínio clínico envolvido e o *modus operandi* da aplicação dessa técnica no quadro de dor oncológica nesse contexto.

De qualquer forma, é importante frisar que, mesmo diante de algumas fragilidades percebidas, os terapeutas ocupacionais têm se debruçado sobre o escopo da profissão — as ocupações —, sendo especialmente notado maior enfoque interventivo nas AVD. Prejuízos no desempenho das AVD de pacientes no contexto abordado têm sido evidenciados de forma ampla na literatura como foco de atuação dos terapeutas ocupacionais (Amaral; Pinheiro, 2018; Zilli; Vargas, 2022).

Com o objetivo de avaliar os resultados de um programa de terapia ocupacional aplicado a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, no que se refere à modulação da dor, qualidade de vida e sintomas emocionais, o estudo realizado por Takeda (2009), junto a

dois grupos (controle e intervenção), demonstrou que um programa de terapia ocupacional com o uso de atividades terapêuticas associadas à orientações quanto à realização de atividades de vida diária mostrou-se um recurso adjuvante eficaz na modulação da dor, na melhora da qualidade de vida e nos sintomas de ansiedade e depressão, dados que reforçam a potência interventiva do programa quando bem fundamentado em seus domínios de atuação.

Frente ao exposto, observa-se que os dados obtidos nesta pesquisa nos possibilitam visualizar que o processo de trabalho voltado à avaliação e manejo da dor oncológica realizada por terapeutas ocupacionais no âmbito da assistência hospitalar em cuidados paliativos abrange domínios como a relação entre funções, estrutura do corpo e as ocupações. No entanto, também foram perceptíveis as limitações de conhecimentos e habilidades que restringem uma prática de qualidade. Embora os participantes tenham expressado, principalmente, desafios relacionados ao trabalho interdisciplinar diante da multifatorialidade da dor, percebe-se que há lacunas de instrumentalização que fragilizam o processo de avaliação do sintoma e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um plano terapêutico centrado nas necessidades da pessoa cuidada.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou verificar aspectos relacionados ao *modus operandi* dos profissionais de terapia ocupacional na atenção à dor de pacientes oncológicos hospitalizados em cuidados paliativos.

A partir dos dados obtidos, constatou-se fragilidades no *modus operandi* dessa assistência, haja vista indicadores de lacunas no processo avaliativo. Tal percepção denota a necessidade de investimentos nos processos formativos, fator que repercute potencialmente em limitações na produção de indicadores eficazes dessa atuação junto à população em questão.

Entretanto, é importante destacar que as perspectivas de atuação apresentadas pelos terapeutas ocupacionais evidenciaram associações entre a dor e as ocupações; aspecto relevante que reforça as especificidades dessa atuação profissional.

Como limitação do estudo, aponta-se a baixa participação dos profissionais, considerando que, diante de 27 convites, houve a adesão por apenas 10 terapeutas ocupacionais. Todavia, foi possível garantir a representação das distintas regiões do país. Sugere-se, por fim, a ampliação e fortalecimento dos investimentos em estudos neste tema. Nesse sentido, são recomendados delineamentos de pesquisas de caráter observacional, com triangulação de fonte de dados, como potenciais caminhos para o aprofundamento de informações que contribuam para a produção de evidências sobre as práticas terapêutico-ocupacionais na atenção à dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. S. F. et al. **Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 39, 2019.

AMARAL, A. R. C.; PINHEIRO, B. B. B. **Avaliação das Atividades de Vida Diária e das Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas em Cuidados Paliativos Oncológicos no Contexto Hospitalar.** Belém, v. 1, f. 62, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Terapia Ocupacional) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2018. Disponível em: https://bdm.ufpa.br/bitstream/prefix/5701/1/TCC_AvaliacaoAtividadesVida.pdf. Acesso em: 26 set. 2024.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). **Occupational therapy practice framework: domain and process.** Bethesda, MD, USA: American Occupational Therapy Association, v. 74, n. 7412410010, 2020.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). **Role of occupational therapy in comprehensive integrative pain management.** Disponível em: <https://www.aota.org/practice/practice-essentials/quality/quality-resources/role-of-ot-pain-management>. Acesso em: 15 jan. 2024.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. **Role of occupational therapy in pain management.** The American Journal of Occupational Therapy, v. 75, n. Supplement_3, p. 7513410010, 2021.

ANDRADE, F. L. M. et al. Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. **Revista de iniciação científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaoocientifica/article/view/4244>. Acesso em: 22 abr. 2024.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver: e um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida.** 1. ed. Rio de Janeiro: Sibelle Pedral, 2016. p. 1-114.

BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. F. **O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada.** São Paulo: Intercâmbio, v. 24, n. 1, p. 129-146, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/view/10118>. Acesso em: 16 ago. 2024.

BALLANTYNE J. C. et al. **Managing Acute Pain in the Developing World.** Pain Clin Updat - IASP. 2011, XIX(3). Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=BALLANTYNE+J.+C.+et+al.+Managing+Acute+Pain+in+the+Developing+World.+Pain+Clin+Updat+%E2%80%93+IASP.+2011%2C+XIX%283%29.&btnG=. Acesso em: 20 mai. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, V. **Dor e sono: revisão sistemática**. 2013. Monografia (Setor de Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, v. 1, f. 13, 2013. 13 p. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/52377/R%20-%20E%20-%20VIVI%20AN%20BARRETO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 set. 2024.

BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. **Terapia Ocupacional Hospitalar e a produção de registros em prontuário**. In: BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. **Prontuário: fundamentos para a prática dos terapeutas ocupacionais**. Campinas: Memnon, 2024, p. 74-82.

BONIFÁCIO, R. M. L. **A educação em dor para profissionais de saúde com princípios de neurociência**. 2019. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia). Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

BOULAY, S. D.; RANKIN, M. **Cicely Saunders, fundadora del movimiento hospice de cuidados paliativos (actualizado y completado por Marianne Rankin)**. Madrid: Ediciones Palabra, S.A., 2011.

BRAIDE, C. S. L.; LEAL, P. C.; DE SOUZA, M. H. S. L. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina em uma faculdade particular de São Luís/MA. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 10, n. 3, p. 207-218, 2019. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/314>. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/412353#:~:text=REGULAMENTA%20A%20LEI%208.080%2C%20DE,INTERFEDERATIVA%2C%20E%20DA%20OUTRAS%20PROVIDENCIAS>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. **Estatuto da Pessoa com Câncer**. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114238.htm. Acesso em: 22 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005. Dispõe sobre as definições, aptidões e qualidades das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em

Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. **Diário Oficial da União**, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. **Diário Oficial da União**, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Resolução nº 729, de 07 de dezembro de 2023: Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3265-resolucao-n-729-de-07-de-dezembro-de-2023#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de.%C3%A2mbito%20do%20SUS%20\(PNCP\).&text=Considerando%20que%20a%20maior%20parte.aos%20Cuidados%20Paliativos%20\(CP\)%3B](https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3265-resolucao-n-729-de-07-de-dezembro-de-2023#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de.%C3%A2mbito%20do%20SUS%20(PNCP).&text=Considerando%20que%20a%20maior%20parte.aos%20Cuidados%20Paliativos%20(CP)%3B). Acesso em: 26 jan. 2024.

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (CAOT). **OT Practice Document: chronic pain.** Disponível em: <https://caot.ca/document/8201/Chronic%20Pain%20EN.pdf>. Acesso em: 21 set. 2024.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicada às organizações. **Revista Internacional de Psicologia**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 179-191, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CARDOSO, M. G. M. **Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor.** Manual de cuidados paliativos ANCP, p. 113, 2012.

CASTRO, A. P. C. R. et al. Dor no paciente com síndrome pós-COVID-19. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, v. 5, n. 2, p. 56-62, 2021. Disponível em: <https://revistacientifica.hospitalsantaizabel.org.br/index.php/RCHSI/article/view/204>. Acesso em: 20 set. 2022.

CHAGAS, N. C. A. **Cuidados paliativos oncológicos em um serviço de atendimento domiciliar: enfoque sobre as repercussões ocupacionais vivenciadas pelos pacientes.** 2023. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/18644>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CIPIÃO, C.; WANDNER, L.; ROBINSON, M. **A percepção da dor nos outros: como gênero, raça e idade influenciam as expectativas de dor.** O Diário da Dor, v. 12, n. 4, p. 84, 2011. Disponível em: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(11\)00389-0/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(11)00389-0/fulltext). Acesso em: 10 jun 2021.

CLARK, David. **Pharmacological Management of Chronic Neuropathic Pain: Revised Consensus Statement from the Canadian Pain Society.** Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/2014/754693>. Acesso em: 03 set. 2023.

CLARK, David. **Cicely Saunders: uma vida e legado.** Oxford University Press, 2018.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.p *Digite a equação aqui.df*. Acesso em: 17 set. 2022.

COSTA, M. S. S. et al. Distúrbios do sono em pacientes com dor crônica: estudo transversal. **BrJP**, v. 6, p. 390-397, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230077-pt>. Acesso em: 20 jan. 2024.

CUNHA, F. F.; RÊGO, L. P. Enfermagem diante da dor oncológica. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, p. 142-145, 2015.

DALPAI, D. et al. Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação. **Revista Dor**, São Paulo, v. 18, p. 307-310, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/mPNjGwyWp4m4y8FB9zJbtSS/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

DAVIES, A. et al. Dor oncológica inovadora: um estudo observacional de 1000 pacientes oncológicos europeus. **Revista de manejo da dor e dos sintomas**, Maringá, v. 46, n. 5, p. 619-628, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392413001206>. Acesso em: 04 mai. 2024.

DAVIES, A. N. **Dor oncológica inovadora.** Relatos atuais de dor e cefaleia, v. 18, p. 1-5, 2014.

DEWES, J. O. **Snowball Sampling and Respondent-Driven Sampling: a description of the methods**. 2013.

ERCOLANI, D. S. HOPF, L. B. S.; SCHWAN, L. **Dor crônica oncológica: avaliação e manejo**. Acta méd. (Porto Alegre), p. 151-162, 2018.

FERREIRA, A. P. C; NASCIMENTO, J. S; BOMBARDA, T, B. **Ocupações humanas e cuidados paliativos: volume 1: Atividades de Vida Diária**. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 1-20, 2023. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Cartilha_OcupacoesHumanasV4.pdf. Acesso em: 10 fev. 2024.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. JC. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Revista Estudo & Debate**, Lajeado, v. 18, n. 2, 2011.

GADELHA, M. I. P. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 533-543, 2002. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2159>. Acesso em: 12 ago. 2023.

GOUDAS, L. C. et al. **A epidemiologia da dor oncológica**. Investigação do câncer, v. 23, n. 2, p. 182-190, 2005.

GUTGSELL, T. et al. **A prospective study of the pathophysiology and clinical characteristics of pain in a palliative medicine population**. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, v. 20, n. 2, p. 140-148, 2003.

HAHN, F. W.; CORDEIRO, F. R. **Estratégias para o desenvolvimento de educação em saúde sobre dor no hospital**. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, p. e25210313297-e25210313297, 2021.

HAIK, M. N.; CARRER, H. C. N; ZANCA, G G. **Avaliação do indivíduo com dor crônica no modelo biopsicossocial**. In: AVILA, M. A.; GOMES, C. A. F. P.; FILHO, A. V. D (edits.). Métodos e Técnicas de Avaliação em Dor Crônica Abordagem Prática. 1. ed. São Paulo: Manole editora, 2023. p. 3-336.

HERMES, H.; LAMARCA, I. C. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/>. Acesso em: 27 jan. 2024.

HERRERA, __; BENEDETTI, __; LIMA, __. **Dor e cuidados paliativos: dor oncológica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira e Anestesiologia, p. 105-114, 2018.

HILL, W. **O papel da terapia ocupacional no tratamento da dor**. Anesthesia & Intensive Care Medicine 17, n. 9, p. 451-453, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **A vigilância de câncer fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle de câncer**. 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/introducao>. Acesso em: 15 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Cirurgia.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cirurgia>. Acesso em: 17 jan. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Como surge o câncer?** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer>. Acesso em: 15 set. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Cuidados paliativos.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 17 jan. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **O que é câncer?** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 15 set. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Quimioterapia.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/quimioterapia>. Acesso em: 17 jan. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Radioterapia.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/radioterapia>. Acesso em: 17 jan. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Tipos de Câncer.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos>. Acesso em: 15 set. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Transplante de medula óssea.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/transplante-de-medula-ossea>. Acesso em: 17 jan. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Tratamento do câncer.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>. Acesso em: 15 set. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho.** 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-vigilancia-do-cancer-relacionado-a-o-trabalho>. Acesso em: 15 set. 2022.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Tratamentos.** 2023. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/>. Acesso em: 17 jan. 2024.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE (IAHPC). **Consensus-based definition of palliative care.** 2019. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises.** 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2020/09000/the_revised_international_association_for_the_6.aspx. Acesso em: 26 jan. 2024.

JANEIRO, I. M. I. **Fisiologia da dor.** 2017. Disponível em: <https://recil.ulusofona.pt/server/api/core/bitstreams/ef21fbf6-e251-4a39-8172-b27fec39f1b4/content>. Acesso em: 26 jan. 2024.

JUNIOR, J. H. Z. et al. **Cuidados Paliativos: da Clínica à Bioética.** 1 ed. São Paulo: CREMESP, v. 1, f. 3, 2023. Disponível em: https://cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/cuidados_paliativos_vol1/. Acesso em: 25 set. 2024.

LAGUEUX, E. et al. **Management of chronic pain by occupational therapist: a description of practice profile.** Canadian Journal of Occupational Therapy, v. 90, n. 4, p. 384-394, 2023.

LAGUEUX, E.; DÉPELTEAU, A.; MASSE, J. **Occupational therapy's unique contribution to chronic pain management: scoping review.** Pain Research and Management, v. 2018, n. 1, p. 5378451, 2018.

LIMA, S. L., ALMOHALHA, L. **Desvelando o papel do terapeuta ocupacional na oncologia pediátrica em contextos hospitalares.** Rev. Ter. Ocup. São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 22, n. 2, p. 172-181, 2011.

MAO, J. et al. **Terapia medicamentosa combinada para dor crônica: um pedido de mais estudos clínicos.** O Diário da Dor, v. 12, n. 2, p. 157-166, 2011. Disponível em: [https://www.cell.com/trends/pharmacological-sciences/fulltext/S0165-6147\(12\)00141-1](https://www.cell.com/trends/pharmacological-sciences/fulltext/S0165-6147(12)00141-1). Acesso em: 03 de jul. 2023.

MASCARENHAS, A. S. **Metodologia Científica:** 1 Edição. São Paulo: Person, 2012.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios.** In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (orgs.). Manual de cuidados paliativos. ANCP, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.

MIGOWSKI, A. et al. A atenção oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 2, p. 247-250, 2018.

MINAYO, M. C. S; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 40, p. 11-25, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, p. 11-393, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005.** Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em: 01 fev. 2024.

MINSON, F. P. et al. **II Consenso nacional de dor oncológica.** São Paulo: Grupo Editorial Moreira Junior, p. 92-106, 2010.

MIRANDA, Â. M. **O trabalho de cuidados paliativos: uma sociohistória a partir de Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross.** 2020.

MONTEIRO, F. L. R. et al. **Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar ao paciente e seus familiares.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 5, p. 31203-31216, 2020.

MOURA, H. **Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Controle da Dor-Portugal (PNCDOR).** 2008.

NASCIMENTO, N. S. SANTOS, A. T. N.; ALVES, P. G. J. M. Métodos e Técnicas Não Farmacológicas no Tratamento da Dor Oncológica: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 4, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2667>. Acesso em: 30 jan. 2023.

NEVES, L. M. L.; GOUVÊA, M. V.; DE SOUZA, E. E. F. **Cuidados paliativos oncológicos ou cuidados ao fim de vida? O desafio de uma equipe multiprofissional.** Saúde em Redes, v. 6, n. 3, p. 25-37, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1248010>. Acesso em 28 jan. 2024.

PARÁ. **Ophir Loyola expõe serviços da Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos.** 2018. Disponível em: <https://www.ophirloyola.pa.gov.br/noticia/ophir-loyola-exp%C3%B5e-servi%C3%A7os-da-cl%C3%ADnica-de-cuidados-paliativos-oncol%C3%B3gicos>. Acesso em: 27 jan. 2024.

PEARSON, E. J. M; TODD, J. G.; FUTCHER, J. M. Como os terapeutas ocupacionais podem medir os resultados em cuidados paliativos?. **Medicina paliativa**, v. 21, n. 6, pág. 477-485, 2007. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216307081941>. Acesso em: 10 jul. 2023.

PINHEIRO, T. R. S. P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 3, p. 320-326, 2010.

PONTIN, J. C. B. et al. Efeitos positivos de um programa de educação em dor em pacientes com dor crônica: estudo observacional. **BrJP**, v. 4, p. 130-135, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210026>. Acesso em: 21 nov. 2023.

QUEIROZ, M. E. G.; SOUZA, F. D. A. **Processo de avaliação da Terapia Ocupacional em Cuidados Paliativos.** In: CARVALHO, et al. Manual da Residência de Cuidados Paliativos Abordagem Multidisciplinar. 2. ed., Barueri: Manole, 2022, p. 826-834.

QUEIROZ, M. E. G. **Terapia Ocupacional**. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S (Orgs.). Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 3. ed. Rio de Janeiro: Athene, 2021, p. 192-195.

QUEIROZ, M. E. S. Palliative care. **Cadernos brasileiros de terapia ocupacional – Brazilian journal of occupational therapy**, v. 20, n. 2, p. 203-205, 2012. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/623>. Acesso em: 03 jul. 2024.

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

RAJA, S. N. et al. A Associação Internacional para o Estudo da Dor revisada definição de dor: conceitos, desafios e compromissos. **Dor**, v. 10, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/abstract/2022/06000/benefit_risk_assessment_and_reporting_in_clinical.3.aspx. Acesso em: 17 fev. 2023.

REEVES, L. et al. **Role of occupational therapy in comprehensive integrative pain management**. Disponível em: <https://www.aota.org/practice/practice-essentials/quality/quality-resources/role-of-ot-pain-management>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RIBEIRO, P. I.; PAMPOLHA, S. S. A.; SOEIRO, A. C. V.; FREITAS, J. J. S. O ensino sobre dor na perspectiva de residentes de um programa multiprofissional em oncologia-cuidados paliativos no estado do Pará. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Pará, v. 24, n. 2, p. e15104. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/15104>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RIDER, J. V.; KHAU, V.; VALDES, K.A. Survey of Pain Curriculum Among Entry-Level Occupational Therapy Programs in the United States. **Journal of Occupational Therapy Education**, 8 (1), Lexington, 2024. Disponível em: <https://encompass.eku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1794&context=jote>. Acesso em: 13 jul. 2024.

RODRIGUES, G. G. F. et al. Cuidados paliativos direcionados ao cliente oncológico: estudo bibliométrico. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, p. 1349-1356, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13976>. Acesso em: 08 mar. 2024.

ROLO, D. F. et al. **Dor**. In: D’ALESSANDRO, M. P. S. et al. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. cap. 13, p. 137, 2023. Disponível em: <https://proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

RUGNO, F. C.; BOMBARDA, T. B. **Terapia ocupacional e cuidados paliativos oncológicos**. In: DE CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. (orgs.). Terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos, 2018. Disponível em: <https://www.aota.org/practice/practice-essentials/quality/quality-resources/role-of-ot-pain-management>. Acesso em: 16 jul. 2023.

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>. Acesso em: 10 abr. 2024.

SCHOLZ, J. et al. A classificação IASP de dor crônica para CID-11: dor neuropática crônica. **Pain**, 160, n. 1, p. 53-59, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/fulltext/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.7.aspx. Acesso em: 02 jun. de 2024.

SILVA, G. L. A. N. et al. **Contribuições das práticas integrativas e complementares na assistência de enfermagem a pacientes em cuidados paliativos**. 2024. Disponível em: <https://www.publicacoes.unirios.edu.br/index.php/coninfa/article/view/841>. Acesso em: 28 set. 2024.

SILVA, L. J.; MENDANHA, D. M.; GOMES, P. P. O uso de opioides no tratamento da dor oncológica em idosos. **BrJP**, v. 3, p. 63-72, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200014>. Acesso em: 10 set. 2023.

SILVA, L. N. et al. Práticas integrativas e complementares em saúde no cuidado paliativo: revisão integrativa. **Peer Review**, v. 5, n. 3, p. 306-319, 2023. Disponível em: <https://peerw.org/index.php/journals/article/view/228>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SILVA, M. J. S.; BERGMANN, A. Novos Rumos da Política de Controle do Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2668>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SMART, K. M. et al. Mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain: part 1 of 3: symptoms and signs of central sensitisation in patients with low back (\pm leg) pain. **Manual therapy**, v. 17, n. 4, p. 336-344, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22534654/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

SNIJDERS, T. A. B. Estimation based on snowball samples: how to weigh?. **Bulletin of Sociological Methodology/ Bulletin of Méthodologie Sociologique**, v. 36, n. 1, p. 59-70, 1992.

SOUSA, M. N. A.; RORIZ, M. I. R. C. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre dor em cuidados paliativos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3525-3536, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25160>. Acesso em: 10 mai. 2024.

SOUSA, N. B.; SILVA, A. E.; BARROS, V. S. **Avaliação da dor oncológica**. In: AVILA, M. A.; GOMES, C. A. F. P.; FILHO, A. V. D (edits.). Métodos e Técnicas de Avaliação em Dor Crônica Abordagem Prática. 1. ed. São Paulo: Manole Editora, p. 257-258, 2023.

SOUZA, G. G. A de. **Idosos hospitalizados e em cuidados paliativos oncológicos: possibilidades de fazer, ser e tornar-se na finitude**. Belém, p. 14-16, 2014.

STRONG, J.; BROWN, C.; JONES, D. **IASP Curriculum Outline on Pain for Occupational Therapy**. Washington, DC: International Association for the Study of Pain,

2017. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=7069>. Acesso em: 03 mar. 2024.

TAKEDA, N. **Occupational therapy modulating pain in cancer patients under palliative care**. 2009. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/88107>. Acesso em: 12 jun. 2023.

TEMPORÃO, J. G. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 24 mar. 2024.

TIKAZAWA, E. H.; CASTELANI, A. V. B. **Integralidade em cuidados paliativos nos sistemas de saúde**. 2023. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/entities/publication/f7f82344-7fdf-4d9a-a098-5db8ef936662>. Acesso em: 10 set. 2023.

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. de L. **Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação**. SciELO Preprints, [s.l.], 2024. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/7697/14412/15009>. Acesso em: 08 fev. 2024.

VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M. H. J et al. **Prevalência de dor em pacientes com câncer: uma revisão sistemática dos últimos 40 anos**. Anais de oncologia, v. 18, n. 9, pág. 1437-1449, 2007.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 20 jul. 2023.

WONG, S. R.; FISHER, G. Comparing and using occupation-focused models. **Occupational therapy in health care**, v. 29, n. 3, p. 297-315, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25993054/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents**. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definição de cuidados paliativos**. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.2002>. Acesso em: 15 abr. 2024.

ZILLI, F.; VARGAS, O. M. A. A intervenção da terapia ocupacional junto a pacientes oncológicos em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e31611427386-e31611427386, 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 e 510/2016 do CNS)

Pesquisa de Mestrado: Caracterização da prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos.

Prezado (a) terapeuta ocupacional,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Caracterização da prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos” que consiste em um estudo desenvolvido pelo mestrando Odair José Mendes Souza Junior, aluno do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO/UFSCar), e orientado pela prof.^a Dr.^a Tatiana Barbieri Bombarda.

Este estudo tem como finalidade caracterizar a prática do terapeuta ocupacional na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos e os critérios para participação envolvem terapeutas ocupacionais que estejam atuando nos contextos hospitalares, na atenção em cuidados paliativos oncológicos, há no mínimo 3 meses.

Sua participação consistirá em uma entrevista a ser realizada em momento único, previamente agendada, por meio da plataforma Google Meet® e terá duração de aproximadamente de 40 minutos. As entrevistas serão gravadas através da ferramenta de gravação da própria plataforma Google Meet®, e os dados analisados serão exclusivamente os áudios (em hipótese alguma será utilizado as imagens da gravação, ficando a critério do participante realizar a entrevista com a câmera fechada). Visando diminuir o risco de vazamento da gravação, o pesquisador se compromete a realizar o *download* da gravação e armazená-la em dispositivo não vinculado à rede de internet.

As perguntas da entrevista não oferecem risco imediato a você, todavia, considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder as perguntas do roteiro. Caso alguma destas situações ocorram, você pode

desistir de sua participação e solicitar a retirada de seu consentimento a qualquer momento, ademais, caso sejam identificados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. No entanto, sua participação poderá contribuir na ampliação do conhecimento acerca do *modus operandi* dos terapeutas ocupacionais concernentes aos processos de avaliação e manejo da dor oncológica, fator que pode vir a contribuir para a qualificação de tais práticas. Se você tiver alguma dúvida ou consideração em relação à ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no endereço Rod. Washington Luís, km 235 - SP-310 - São Carlos/SP, CEP 13565- 905, no telefone (16) 3351-8111, fax (16) 3361-2081 ou através do e-mail cephumanos@ufscar.br. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando à proteção e dignidade, os direitos, a segurança e o bem estar do participante da pesquisa, sob os preceitos legais de estudos com seres humanos no Brasil.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a qual se encontra no endereço CONEP SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar– Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília/DF, no telefone (61) 3315-5877, e no e-mail conep@saude.gov.br, de segunda a sexta-feira das 08h00 às 18h00. O CONEP tem por função elaborar e atualizar as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e coordena a rede de CEPs das instituições.

Você receberá uma via deste termo em seu e-mail ao final deste preenchimento. Aqui consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, o qual pode ser acionado em qualquer momento para esclarecimentos e retirada de dúvidas.

Em caso de dúvida entrar em contato através do e-mail: odair@estudante.ufscar.br ou pelo telefone: XXX. Pesquisador Responsável: Odair José Mendes Souza Junior.

Endereço: Departamento de Terapia Ocupacional - Rodovia Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP, Brasil.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na

Pró-reitora de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos/SP, Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Ao selecionar a opção “sim, eu concordo em participar da pesquisa” abaixo, o (a) senhor (a) estará declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa e concorda em participar. **Caso deseje recusar a participação, basta fechar a página do navegador no canto superior direito.**

Sim, eu concordo em participar da pesquisa.

APÊNDICE B — Ficha de caracterização dos participantes da pesquisa: caracterização da prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes hospitalizados e em cuidados paliativos.

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Ficha de caracterização dos participantes da pesquisa: caracterização da prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de paciente em cuidados paliativos

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Cidade e estado que atua:
- Possui alguma pós-graduação? Qual?
- Quanto tempo você tem de formação graduada?
- A quanto tempo você atua na área hospitalar?
- Qual o seu tempo de atuação em Cuidados Paliativos?
- Você atua em hospital público ou privado?
- Qual a carga horária semanal que você cumpre no hospital?
- Qual a carga horária semanal que cumpre na atenção em Cuidados Paliativos?

APÊNDICE C — Roteiro de entrevista semiestruturado

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

1 - Poderia me contar como ocorre seus atendimentos com os pacientes oncológicos na enfermaria?

2 - Quando há queixas de dor em seu paciente oncológico, como você efetiva sua avaliação? (quais aspectos considera? perguntas exploradas? testes? mobilizações? interferência nas ocupações)

3 - Você tem conhecimento acerca de instrumentos para avaliação da dor? quais?

4 - Você utiliza em sua prática tais instrumentos? quais? Em que momentos eles são aplicados? (verificar frequência/ reaplicação)

5 - Quais técnicas/recursos você utiliza em suas práticas para manejo da dor oncológica? Há alguma técnica em específico que você destacaria que utiliza com maior frequência?

6 - Com que frequência você sistematiza seus atendimentos quando avaliado presença de dor no paciente oncológico? (essa frequência difere do paciente oncológico com dor controlada?)

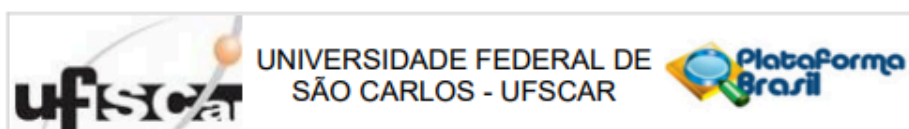
7 - Quais as principais repercussões ocupacionais você avalia nos quadros álgicos dos pacientes oncológicos durante a hospitalização?

8 - Como você trabalha tais repercussões em meio ao quadro álgico?

9 - Quais dificuldades você enfrenta no processo de avaliação e manejo da dor oncológica?

ANEXOS

ANEXO 1 — Parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA ATENÇÃO À DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Pesquisador: ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66589522.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

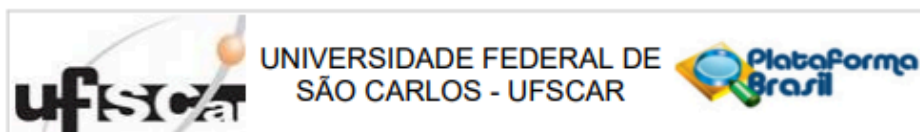
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.923.631

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2058010.pdf, de 19/12/2022 e PROJETO COMPLETO).
RESUMO: Introdução: A dor é um dos sintomas mais presentes na vivência das pessoas com câncer em cuidados paliativos, sendo um dos primeiros sintomas a demandar controle para provisão de conforto e alívio de sofrimento do paciente. A atenção em cuidados paliativos requer o trabalho multiprofissional desenvolvido de modo interdisciplinar, considerando pressupostos da atenção integral. O terapeuta ocupacional, enquanto profissional que compõe a equipe de cuidados, pode favorecer a manutenção do repertório ocupacional desses indivíduos. Objetivo: Caracterizar a prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos hospitalizados. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista com terapeutas ocupacionais atuantes em hospitais que realizam assistência junto a pacientes oncológicos em cuidados paliativos há no mínimo três meses. Para a coleta de dados será aplicado o método snowball, sendo as informações obtidas trabalhadas por meio da análise temática. Resultados esperados: Espera-se, a partir da caracterização de tais práticas, obter norteadores acerca do modus operandi dos processos de avaliação e manejo da dor oncológica e suas interlocuções com as ocupações de modo a qualificar a assistência terapêutica ocupacional. HIPÓTESE: Obter norteadores acerca do

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.923.631

modus operandi que possam favorecer a qualificação dos processos de avaliação e manejo da dor oncológica e suas interlocuções com as ocupações. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa. Descritivo, uma vez que consiste na identificação das subjetividades de um fenômeno ou de uma população, visando também identificar relação entre as variáveis analisadas, e de abordagem qualitativa por descrever ou explicar um fenômeno através de análise subjetiva durante a coleta dos dados (FREITAS; JABBOUR, 2011; MASCARENHAS, 2012). CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Serão elegíveis para participar do estudo, terapeutas ocupacionais que estejam atuando nos contextos hospitalares, na atenção em cuidados paliativos oncológicos, há no mínimo 3 meses, e que estejam de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Estarão inelegíveis a participar da pesquisa terapeutas ocupacionais com experiência hospitalar em cuidados paliativos oncológicos, mas que no momento da coleta de dados não estejam ativos, estudantes de graduação em prática de estágio na área, e terapeutas ocupacionais que estejam exercendo cargos hospitalares administrativos.

Objetivo da Pesquisa:

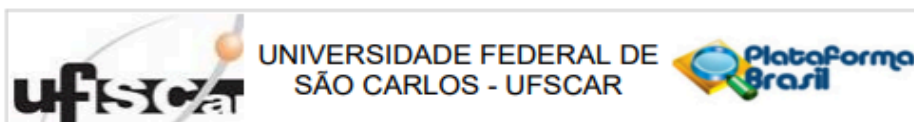
Quais as características da prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos hospitalizados? Este processo interventivo é sistematizado? Objetivo Secundário: Verificar quais instrumentos são utilizados para avaliação da dor e frequência de sua aplicação; Descrever quais técnicas/recursos têm sido utilizados nas práticas voltadas a atenção do paciente com dor oncológica em cuidados paliativos; Verificar como é o modus operandi da prática terapêutica ocupacional no procedimento de avaliação e manejo da dor oncológica em cuidados paliativos; Identificar como terapeutas ocupacionais consideram os aspectos ocupacionais nos quadros algícos; Avaliar dificuldades vivenciadas pelo terapeuta ocupacional neste processo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos e/ou desconfortos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Dessa forma, o pesquisador deve fazer o exercício da alteridade colocando-se no lugar do sujeito participante para detectar possíveis riscos/desconfortos, que podem ser físicos, morais ou psicológicos.

Neste sentido os pesquisadores afirmam que quanto aos riscos envolvidos, identifica-se o desconforto do participante quanto ao recolhimento de informações sobre dados de sua atuação profissional e o risco do vazamento da gravação em acesso livre na rede digital. Diante dos riscos de desconforto, o participante poderá optar por não responder às questões que lhe geram essa

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.923.631

sensação. Como forma de diminuir o risco de vazamento da gravação, o pesquisador se compromete a realizar o download da gravação e a armazenar em dispositivo não vinculado à rede de internet. Benefícios: Esta pesquisa não gerará benefícios diretos aos participantes, porém, os resultados obtidos contribuirão para o avanço do conhecimento na área de terapia ocupacional e na qualificação das práticas profissionais na área do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto completo descreve todos os procedimentos a serem realizados na pesquisa, o qual respeita todos os critérios éticos em pesquisas com seres humanos. Diante disto, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



Continuação do Parecer: 5.923.631

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2058010.pdf	19/12/2022 19:27:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/12/2022 19:26:43	ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	assinadofolhaderosto.pdf	19/12/2022 19:22:34	ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR	Aceito
Outros	CARACTERIZACAO.pdf	16/12/2022 21:33:28	ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	16/12/2022 21:30:55	ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMESTRADO.pdf	16/12/2022 21:28:19	ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOMESTRADO.pdf	16/12/2022 21:27:05	ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/12/2022 21:25:06	ODAIR JOSE MENDES SOUZA JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 03 de Março de 2023

Assinado por:

**Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br