

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

Odair José Mendes Souza Junior ¹

Tatiana Barbieri Bombarda ²

Destaques: (1) Identificou-se lacunas importantes na avaliação em dor. (2) Há similaridades no *modus operandi*, contudo, não constatou-se padrões sistemáticos nas intervenções terapêutico-ocupacionais. (3) As narrativas profissionais evidenciaram práticas generalistas.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.17217>

Como citar:

Souza Junior OJM, Bombarda TB. Dor oncológica de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos: Investigação da prática terapêutico-ocupacional. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e17217

RESUMO

Este estudo objetivou investigar a prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos hospitalizados. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com participação de 10 terapeutas ocupacionais atuantes nos contextos hospitalares, especificamente em enfermarias, na atenção em cuidados paliativos oncológicos, com experiência mínima de 3 meses. Procedimentalmente, foi utilizado o método

¹ Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7114-7670>

² Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9478-7945>

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

bola de neve, sendo a coleta de dados efetuada através de entrevistas realizadas e gravadas pelo *Google Meet*®. O conteúdo obtido foi transcrito e sistematizado por meio de análise temática. Os participantes apresentaram média de idade de 31,3 anos, com tempo médio de atuação em contextos hospitalares referente a 5,1 anos e de atuação em cuidados paliativos referente a 4,4 anos. A partir do conteúdo das entrevistas emergiram 3 categorias temáticas que culminaram na sistematização de 7 subcategorias sendo, neste artigo, explanado sobre a categoria denominada *Modus operandi* da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica e suas 4 respectivas subcategorias (Rotina de trabalho, Conhecimento e uso de instrumentos de avaliação da dor, Recursos e técnicas utilizados para o manejo da dor oncológica, Documentação em prontuário). Constatou-se fragilidades no *modus operandi* desta atuação, com incipiência especialmente no processo avaliativo. No entanto, as características de atuação apresentadas pelos terapeutas ocupacionais evidenciaram associações da dor com as ocupações, aspecto relevante para favorecer a defesa das especificidades desta atuação profissional.

Palavras-chave: dor; cuidados paliativos, terapia ocupacional.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) configuram-se como cuidados holísticos e centrados na pessoa que possui doença limitante e ameaçadora da vida, com ações estendidas ao núcleo familiar que exerce apoio ao cuidado, considerando a prevenção e alívio do sofrimento em busca da manutenção da qualidade de vida (1).

Embora os CP constitua-se como um direito humano, indicadores globais apontam que mais de 60 milhões de pessoas apresentam sofrimento grave atrelado a condições de doenças ameaçadoras da vida, fator que poderia ser prevenido por meio dos CP. Nesta estatística, há uma diversidade de doenças envolvidas, sendo o percentual referente a doenças oncológicas correspondente a 28,2% (1).

O câncer apresenta-se como um dos principais motivos de morte mundial, sendo o principal problema de saúde pública no mundo, correspondendo a uma entre as quatro principais causas de mortes prematuras na maioria dos países (2).

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

Os sintomas e preocupações multidimensionais que as pessoas com câncer e outras condições vivenciam na trajetória do adoecimento impactam significativamente a qualidade de vida, sendo a prevenção e alívio do sofrimento o alvo das intervenções paliativas, as quais devem ser realizadas por equipe multiprofissional com ações interdisciplinares (3).

Por meio do artigo 8, inciso I, da portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, a qual Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS é expresso, entre as atribuições da equipe assistencial, a necessidade de realização de avaliações abrangentes para promoção do alívio da dor e outros sintomas, considerando as necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais da pessoa adoecida

Sobre a dor, em específico, esse sintoma é definido como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (4). Considerado o quinto sinal vital, a dor abrange diversos processos fisiológicos, emocionais e cognitivos; sendo sua principal função no organismo ativar respostas protetoras, como um alerta que objetiva reduzir possíveis danos teciduais (5).

Para a avaliação em dor preconiza-se a realização de entrevista e exame físico, de modo a identificar o tipo de dor e compreender os impactos no sujeito em suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Na entrevista, é imprescindível a coleta de informações referentes a qualidade (sensação da dor), localização, fatores que desencadeiam melhora ou piora do sintoma, intensidade e frequência da dor, impacto nas atividades de vida diária, funcionalidade, qualidade do sono e repercussões na qualidade de vida (6). De modo complementar, deve-se realizar avaliação física objetivando identificar a presença de alterações na sensibilidade e na motricidade (6).

O impacto algico na capacidade do paciente em envolver-se em ocupações significativas e os impactos da dor em seu bem estar biopsicossocial são aspectos que demarcam a importância dos terapeutas ocupacionais como membros essenciais da equipe multidisciplinar voltada à atenção da dor (7). 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

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

de tratamento específico e singular para o retorno dos pacientes às suas ocupações classificadas como prioritárias (8).

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. Por meio 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 (8).

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 das atividades, desenvolvimento de habilidades, adaptação de atividades, 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 (9). Em síntese, é função dos terapeutas ocupacionais auxiliarem 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 melhorias na qualidade de vida (10).

Diante do exposto, considerando apontamentos da literatura sobre o papel do terapeuta ocupacional na avaliação e manejo da dor, assim como o fato da dor ser um dos sintomas mais prevalentes entre os pacientes em cuidados paliativos, especialmente no câncer avançado (1), identifica-se que há incipiência em produções que investiguem como esses fundamentos têm sido operacionalizados no contexto assistencial. Desta forma, este estudo pautou-se nas seguintes questões de pesquisa: Quais as características da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos hospitalizados? Este processo interventivo vem sendo realizado de modo sistematizado?, sendo o objetivo principal deste estudo investigar a prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos hospitalizados.

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, em que considerou-se como critérios de inclusão terapeutas ocupacionais atuantes nos contextos hospitalares, especificamente em enfermarias, na atenção em cuidados paliativos oncológicos, com experiência mínima de 3 meses.

Foram excluídos terapeutas ocupacionais com experiência hospitalar em cuidados paliativos oncológicos, mas que no momento da coleta de dados não estavam ativos; 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.

Para a coleta de dados foram desenvolvidos pelos pesquisadores uma ficha de caracterização e um roteiro de entrevista. Tais instrumentos foram construídos a partir de consulta a literatura da área e enviados a três juízes com expertise na área de terapia ocupacional hospitalar e/ou cuidados paliativos, os quais avaliaram aspectos como clareza, coerência, linguagem, sequenciamento das questões e alcance dos objetivos da pesquisa. Esse processo analítico resultou em sugestões de acréscimos de questões no roteiro de entrevista, fator acatado pelos pesquisadores. Não obstante, foi realizado um estudo piloto, o qual culminou na necessidade de alteração na ordenação de perguntas do roteiro, bem como reformulação da escrita de uma das questões para melhor compreensão e alcance dos objetivos.

Frente a tais processos, a versão final da ficha de caracterização abrangeu informações sobre o perfil profissional do participante (nome, idade, tempo de formação graduada, tempo de atuação hospitalar, tempo de atuação em oncologia, tempo de atuação em cuidados paliativos, cidade/estado que atua, tipo de hospital que atua, pós-graduação realizada), enquanto que o roteiro de entrevista buscou compreender as características da prática dos terapeutas ocupacionais na atenção à dor (exploração da dinâmica assistencial, do conhecimento profissional sobre dor e acerca das dificuldades vivenciadas nesta atuação).

Para coleta de dados foi utilizado o método bola de neve (snowball), o qual consiste em uma técnica que envolve amostra não probabilística, em que se utiliza de cadeias de referências, ou seja, a execução da amostragem se dá inicialmente com informantes-chaves

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

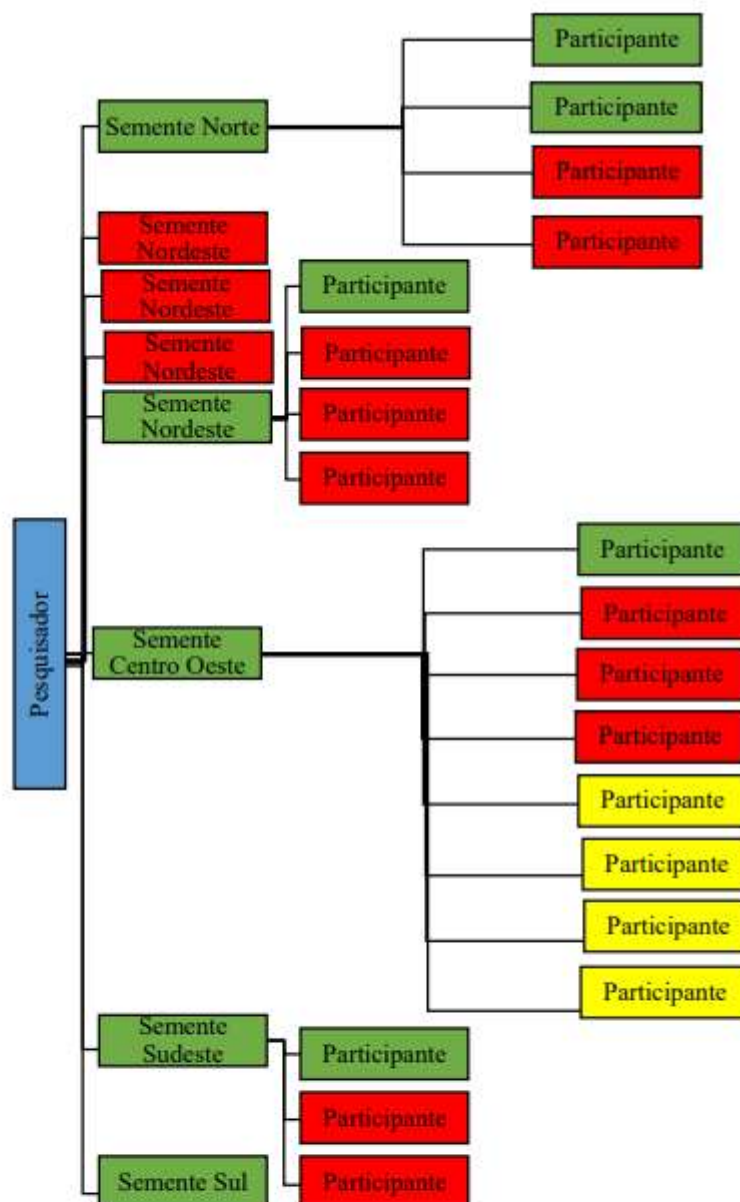
denominados sementes, que indicam outros convidados e assim sucessivamente, fator que resulta na criação de uma cadeia de indicações de participantes (11).

Foram selecionadas como sementes deste estudo cinco terapeutas ocupacionais, pertencentes a hospitais de referência em oncologia, sendo um de cada região do país: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, conforme critérios de inclusão e exclusão supracitados.

Os participantes foram contatados via e-mail por meio de uma mensagem convite, a qual continha 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 da entrevista com 24 horas de antecedência e disponibilizado o roteiro de entrevista de forma prévia.

Salienta-se que esse processo metodológico abrangeu ao todo 27 convites de participação à pesquisa, obtendo-se ao final 10 terapeutas ocupacionais participantes, conforme ilustrado na figura 1.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**



Legenda:

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

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

As entrevistas foram realizadas em âmbito virtual, por meio da plataforma *Google Meet*®; com tempo médio de 40 minutos, seguindo as recomendações realizadas pelo Ministério da Saúde acerca das orientações para procedimento em pesquisa, com qualquer etapa em ambiente virtual (12).

Ao final de cada entrevista foi realizado o download da gravação gerada pelo *Google Meet*® para armazenamento em um dispositivo local, sem acesso à internet, visando a segurança dos dados. Os áudios foram transcritos pelo pesquisador na íntegra para posterior análise temática (13). Os dados emergidos da ficha de caracterização foram sintetizados por meio de estatística descritiva simples.

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 parecer de aprovação nº 5.923.631.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Considerando a participação de 10 terapeutas ocupacionais, obteve-se como características dos respondentes, uma maior participação de mulheres (n=9), cuja faixa etária variou entre 24 e 45 anos, sendo a média de idade referente a 31,3 anos.

Territorialmente, 3 dos participantes atuavam na região norte, 2 na região nordeste, 2 na região sudeste, 2 na região centro oeste e 1 na região sul.

Referente ao tempo de atuação na área hospitalar, constatou-se variação entre 6 meses e 12 anos, sendo a média do tempo de experiência de trabalho nos contextos hospitalares concernente a 5,1 anos. Já referente ao tempo de atuação em cuidados paliativos, constatou-se média de experiência de aproximadamente 4,4 anos, sendo o menor tempo correspondente a 6 meses e o maior referente a 12 anos.

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 a carga horária semanal dedicada à atenção hospitalar e cuidados paliativos, metade dos participantes (n=5) afirmaram cumprir 30 horas semanais, enquanto que 3 participantes referiram realização de 60 horas semanais por ocupar o cargo de terapeuta

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

ocupacional residente. Houve ainda um participante que referiu dedicar-se 25 horas semanais exclusiva em cuidados paliativos e outro participante que se dedica 12 horas semanais aos CP.

Categorias temáticas

A partir do conteúdo das entrevistas, obteve-se três categorias temáticas: 1) Desafios enfrentados para o manejo da dor oncológica, 2) Repercussões da dor oncológica nas ocupações e 3) *Modus operandi* da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica. As categorias temáticas deram origem a subcategorias, conforme sistematização no quadro abaixo.

Quadro 1. Sistematização da análise temática

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Desafios enfrentados para o manejo da dor oncológica	Fragilidades no trabalho interdisciplinar e limitação na prescrição farmacológica para controle da dor Restrições de conhecimento profissional e experiência profissional recente
Repercussões da dor oncológica nas ocupações	Atividades de vida diária
Modus operandi da prática de terapeutas ocupacionais na atenção à dor oncológica.	Rotina de trabalho Conhecimento e uso de instrumentos de avaliação da dor Recursos e técnicas utilizados para o manejo da dor oncológica Documentação em prontuário

Fonte: Autor (2025)

Neste artigo, realizaremos a apresentação do tema *modus operandi* e suas subcategorias, haja vista os recortes delineados para essa escrita e alcance das questões de pesquisa e objetivo apresentados inicialmente.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

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

A atenção hospitalar desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais foi manifestada pelos participantes trazendo informações acerca da rotina diária do trabalho, do processo avaliativo junto ao paciente oncológico em cuidados paliativos com dor e acerca das intervenções empregadas com esse público. A conjuntura de tais informações permitiu nos aproximar do *modus operandi* desta atuação.

Subcategoria: Rotina de trabalho

Nas narrativas referentes aos processos de trabalho identificou-se que na rotina dos terapeutas ocupacionais inicialmente os profissionais realizam, no início de seus turnos, um levantamento das demandas, ato realizado tanto por busca ativa, como por solicitações da equipe e de visitas à beira leito realizadas principalmente multiprofissionalmente.

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

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

A partir da triagem observou-se que os terapeutas ocupacionais adotam critérios de elegibilidade para os atendimentos como via de estabelecer prioridades assistenciais. Tais critérios se pautam em aspectos como gravidade do quadro clínico, status funcional, já estar em seguimento 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).

O processo de avaliação dos pacientes oncológicos com dor é operacionalizado por meio da coleta de informações dirigidas, bem como de avaliação de interferências deste sintoma no desempenho ocupacional.

(...) 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

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

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).

Não foram mencionados pelos terapeutas ocupacionais aspectos vinculados a protocolos avaliativos, sendo notado nos discursos menção referente a avaliação centrada na coleta de informação e observação da relação da dor com o desempenho ocupacional, no entanto, com incipiência de discriminações de análises voltadas à compreensão do tipo de dor e de inspeções físicas.

Como pôde-se observar, não houve nos discursos dos participantes detalhamentos aprofundados acerca do processo avaliativo realizado, e a partir das informações da avaliação explanada nos parágrafos anteriores, os terapeutas ocupacionais trouxeram também, de modo amplo, as práticas interventivas operacionalizadas a partir da avaliação. Neste sentido, foi possível perceber que os participantes em suas práticas intervêm principalmente por meio do treino de AVD, lançando mão de recursos como as adaptações, objetivando favorecer a independência durante a realização da mobilidade funcional, banho, 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

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

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 houve apontamentos acerca dos quadros em que o paciente encontra-se com agudização do sintoma. Nesta vertente, observou-se posturas profissionais divergentes na lida com essa situação clínica, as quais perpassaram tanto pela não realização de intervenções como pela adoção de intervenções fazendo uso de atividades do repertório ocupacional e de relaxamento.

As manifestações atreladas a não realização de intervenções em situações de dores agudizadas envolveram relatos que evidenciaram uma compreensão que, neste caso, é necessário investimentos inicialmente farmacológicos, sendo a atuação do terapeuta ocupacional limitada neste 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 de participantes que manifestaram a realização de intervenções junto a situações agudizadas da dor, fazendo uso de atividades significativas e técnicas de relaxamento para auxiliar neste manejo.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

Então utilizo alguma atividade significativa para aquele paciente com dor aguda, para que ele possa ocupar a mente dele e possa se sentir melhor a 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).

Em complemento, é importante dizer, que um dos participantes chegou a trazer na entrevista sobre quadros de dor aguda e crônica, referindo que aplica o mesmo protocolo interventivo do serviço para ambas as situações.

Eu mantenho basicamente o mesmo protocolo (Participante 8).

Subcategoria: Conhecimento e uso de instrumentos de avaliação da dor

Constatou-se que os instrumentos mais referidos foram voltados à identificação do nível de intensidade de dor e que o conhecimento dos profissionais participantes acerca de instrumentos voltados à avaliação de dor, evidenciam uso e familiaridade com aqueles que são mais frequentes na rotina dos serviços.

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).

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

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, constatou-se que apenas um profissional participante manifestou, a partir da intensidade da dor, explorar localidade, tipo e frequência do sintoma álgico. 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). Nota-se que mesmo com a questão sendo dirigida à avaliação da dor, os participantes 2, 3 e 9 citaram como instrumentos o PPS (Palliative Performance Scale) e o KPS (Karnofsky Performance Scale), os quais são utilizados para avaliação da performance funcional de pacientes em cuidados paliativos.

Ao que tange ao conhecimento acerca de outros instrumentos voltados à avaliação da dor, para além dos que são empregados na rotina dos serviços e das práticas do terapeuta ocupacional participante, observou-se variabilidades que perpassaram entre o não conhecimento, a manifestação de conhecimento sem precisão de denominações e conhecimento ampliado.

Parte dos participantes referiram que não possuem conhecimentos sobre instrumentos para além dos citados como operacionalizados em seu serviço:

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

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

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 afirmaram conhecimento de outros instrumentos e/ou movimentos de buscas para essa apropriação, no entanto, sem conseguir, no momento da entrevista, precisar 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 dos instrumentos avaliativos para a dor, os participantes relataram aspectos referentes à frequência de reaplicação dos instrumentos no decorrer dos processos de cuidados. Nesta vertente, um único participante referiu não realizar reavaliações intermediadas pela 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).

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

Para os demais participantes, a reaplicação de instrumentos de avaliação da dor faz parte da rotina de cuidados, no entanto, observou-se variações relacionadas a 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 de instrumentos voltados a dor varia entre menções de realização deste procedimento em diário, semanal, durante a própria intervenção e a depender das circunstâncias clínicas e da dinâmica hospitalar.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

Subcategoria: Recursos e técnicas utilizadas para o manejo da dor oncológica

Observou-se que os participantes manifestaram uso de recursos variáveis em suas práticas.

Houve apontamentos atrelados ao uso de técnicas e recursos voltados a posicionamentos e facilitadores de movimentos, o que parece remeter a estratégias para prover melhora 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, 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 eu 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 dos participantes envolveu a indicação do uso de técnicas que auxiliam na auto regulação, 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).

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

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 medida não farmacológica empregada no controle algico pelos terapeutas ocupacionais participantes.

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, no entanto, 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 a ausência nas falas dos participantes de outras estratégias não farmacológicas indicadas cientificamente como, por exemplo, a educação em dor, higiene do sono e práticas integrativas.

Subcategoria: Documentação em prontuário

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

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

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 específico, muito detalhadamente. Nós colocamos, por exemplo: ressignificar o contexto hospitalar, por exemplo, colocamos exatamente o que foi feito (Participante 10).

Ao que se refere aos dados sobre a dor na composição dos registros em prontuário, apenas dois participantes trouxeram em suas falas menção acerca de detalhamento do sintoma na composição da 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).

Diante das informações supracitadas, percebe-se que o entendimento profissional sobre o procedimento do registro em prontuário almeja documentar a conduta, no entanto, com escassez de informações, o que inclui não ser frequente as anotações sobre sintomas.

DISCUSSÃO

Terapeutas ocupacionais devem estar capacitados para abordar o impacto da experiência de dor no desempenho ocupacional do paciente e as repercussões do sintoma em ocupações significativas (10). Embora os participantes deste estudo tenham mencionado como um dos aspectos avaliados a busca por informações da interferência da dor no desempenho ocupacional, sendo explicitadas informações gerais sobre a exploração de dados acerca da mobilidade, das limitações, tolerância e AVD, percebeu-se fragilidades neste *modus operandi*.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

Ao relatarem sobre como procedem com o processo avaliativo, os participantes evidenciaram centrar-se na coleta de informações, com incipiência avaliativa de componentes de desempenho (motores, processuais e de interação social) e de fatores estruturais do corpo. Em complemento, obteve-se informações acerca do uso de instrumentos principalmente unidimensionais voltados à identificação da intensidade da dor presente no momento do atendimento, com escassez de reavaliação para verificar a efetividade da gestão de manejo deste sintoma. Além disso, não houve menção dos participantes acerca de exploração de informações adicionais tais como localidade da dor, temporalidade, discriminação do tipo de dor, etc.

Ressalta-se que é considerado padrão ouro no processo de avaliação em dor, a identificação de informações acerca da intensidade da dor, localidade, qualidade, temporalidade, cronologia, fatores de alívio e de exacerbação sintomática (14).

É necessário, ao avaliar a dor em pacientes em cuidados paliativos, não apenas compreender a intensidade da dor, mas também sua localização; irradiação; fatores de melhora e/ou piora (por exemplo, mobilização da região acometida); tempo da dor; se o padrão é 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 (avaliar também a adesão ao tratamento e efeitos colaterais); e impacto na funcionalidade e na vida diária (sono, atividades, trabalho, humor, apetite, convívio social e espiritualidade) (15), sendo essencial proceder posteriormente com exame físico considerando aspectos musculoesqueléticos, funcionais e de sensibilidade (15).

Frente a essa conjuntura, percebe-se que há um distanciamento entre os elementos preconizados no processo de avaliação em dor e os relatados pelos terapeutas ocupacionais como considerados em sua assistência.

Considerando que a intensidade da dor é aspecto básico do processo avaliativo e foi referido pelos participantes como captados principalmente por escalas unidimensionais (EVA, EVN) ou pelo ESAS, infere-se que a opção por tais instrumentos associa-se a rotina hospitalar, a qual demanda uma dinâmica mais otimizada do tempo dos profissionais, sendo por vezes, esses os instrumentos protocolares dentro da equipe. No entanto, não é possível desconsiderar uma fragilidade de conhecimento dos profissionais acerca de outros instrumentos voltados à

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

dor, haja vista apenas um participante ter mencionado conhecimento sobre outros instrumentos (escala de Faces, EVA, *Behavioural Pain Scale*, PAINAD), mas que não aplica em sua prática.

A dor deve ser compreendida como quinto sinal vital e, por essa razão, deve ser periodicamente reavaliada (16). Chama a atenção a variabilidade de informação acerca da reaplicação das escalas mencionadas como de uso pelos participantes, visto que houve apontamentos sobre esse procedimento ser realizado diariamente, semanalmente, durante a própria intervenção, bem como houve sinalização sobre essa reaplicação depender das circunstâncias clínicas e da dinâmica hospitalar. Um único participante informou não realizar reaplicações dos instrumentos.

É preciso lembrar que a dor precisa ser avaliada não só no momento da admissão hospitalar, mas também a cada atendimento do profissional de saúde (15), e que tais informações sobre uma não reaplicação dos instrumentos leva-nos a refletir sobre uma precariedade de subsídios de dados de melhoras do sintoma após intervenção, o que poderia vir a configurar-se como um indicador da eficácia terapêutica.

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

Somada à informação de fragilidades acerca da frequência de reaplicação dos instrumentos, analisa-se que o registro em prontuário foi afirmado pelos participantes como um procedimento da *práxis* voltado a documentação das condutas adotadas e a comunicação com os demais profissionais, todavia, o conteúdo mencionado pelos participantes como habituais pouco abrangia informações acerca do sintoma de dor.

Segundo Bombarda e Joaquim (17) 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. Nesta vertente, entende-se que a ausência ou incipiência de informações compromete a constatação do alcance ou não das metas almejadas.

Em um estudo voltado a descrição do estado da arte sobre a prática da terapia ocupacional na atenção à dor crônica, constatou-se intervenções pautadas em adequações

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

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 (18), o que converge com os achados de nosso estudo.

A pluralidade de recursos terapêuticos empregados no manejo da dor referido pelos participantes abrangeram uso de estratégias adaptativas do ambiente e das tarefas, intervenções com foco nas AVD, estímulo à mobilidade, técnicas de relaxamento e respiratórias, uso de atividades significativas, posicionamentos e uso de dispositivos de tecnologia assistiva, massagem e conservação de energia, denotando uma não sistematização de estratégias não farmacológicas empregadas no contexto da assistência terapêutico-ocupacional oncológica em cuidados paliativos, fator indicado por Rolo (18) como uma das barreiras para a produção de evidências sobre a eficácia desta prática.

Não obstante, é importante refletir sobre a não menção pelos terapeutas ocupacionais participantes acerca do uso da educação em dor, higiene do sono e práticas integrativas como recursos utilizados em sua assistência.

A educação em dor, com base na neurociência, constitui-se como uma ferramenta que ajuda os profissionais de saúde na abordagem biopsicossocial e no manejo da dor, visto auxiliar na modificação perceptiva do paciente sobre sua dor, viabilizando mudanças relacionadas a crenças, medos e mitos, favorecendo consequentemente o enfrentamento (19)

Referente as 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 a ampliação da visão do processo saúde doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (20). Evidências científicas apontam que as PICS possuem efeito promissor no manejo de um conjunto de sintomas oncológicos, principalmente ao que tange a dor, ansiedade, preocupação e dispneia vivenciadas por pacientes com câncer em cuidados paliativos (21).

Já referente à higiene do sono, essa tem sido uma ação demarcada na literatura de modo amplo como estratégia preconizada no tratamento da dor realizado pelos terapeutas

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

ocupacionais (9). 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 (14).

Há uma relação bidirecional entre dor e sono em grande parte dos pacientes, ou seja, pode haver interferência da dor no sono, assim como distúrbios do sono podem exacerbar sintomas algícos, fator parcialmente explicado por mecanismos neurobiológicos semelhantes em ambas as condições (20).

Considerada uma ocupação, o descanso e sono de pacientes com quadros de dor crônica é afetado, e para tanto, deve compor a estrutura de intervenção dos terapeutas ocupacionais, que podem lançar mão de técnicas de higiene do sono, posicionamentos, estratégias de gestão do tempo, incluindo estabelecimento de rotinas para promover a regulação do sistema nervoso, gestão da fadiga e conservação de energia (9).

Um dado encontrado em nosso estudo, foi o do relato por três dos participantes sobre uso da conservação de energia como um recurso empregado no controle algíco. Esse ponto demanda maior exploração em estudos futuros para maior compreensão do raciocínio clínico associado a essa prescrição. 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 voltadas a intervenções com foco na autogestão da dor crônica, onde considera-se a associação entre tolerância à atividade, conservação de energia, ritmo, como via para manter funcionalidade e participação (14). No entanto, as informações proferidas pelos participantes em nosso estudo são desprovidas de detalhamentos, como por exemplo, se há ou não realização de correlação pelos participantes do quadro algíco com presença de fadiga, fator que limita nossa compreensão sobre o raciocínio clínico envolvido e o *modus operandi* da aplicação desta técnica no quadro de dor oncológica no contexto de prática dos respondentes.

De qualquer forma, é importante frisar que, mesmo diante de 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 oncológicos em cuidados paliativos têm sido evidenciados de forma ampla na literatura como foco de atuação dos terapeutas ocupacionais (22,23).

DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL

Visando 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, Takeda (24), por meio de um estudo com dois grupos (controle e intervenção), demonstrou que um programa de terapia ocupacional com o uso de atividades terapêuticas associada a 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.

Outro estudo interessante de ser citado refere-se ao estudo metodológico de Ferreira (25), o qual visou desenvolver um conjunto de diagnósticos terapêuticos ocupacionais de restrições de participação nas AVD de adultos em cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar. Os resultados culminaram na formulação de 215 diagnósticos para seis AVD: alimentação, higiene pessoal, vestir-se, banho, uso do vaso sanitário, mobilidade funcional, sendo esta estratificação realizada por tipo de atividade, e por seus componentes (habilidades motoras, processuais, funções e estruturas do corpo, e barreiras contextuais), produto esse que cientificamente vai demarcando avanços que auxiliam na visibilidade da profissão, demandando apropriação de tais conhecimentos científicos pela categoria profissional.

Percebe-se, em face de toda a discussão aqui promovida, que a prática terapêutico-ocupacional frente a quadros algícos de pacientes em cuidados paliativos carece de ações especializadas no contexto da internação para prover redução da dor e de seus consequentes impactos ocupacionais, o que exige aprimoramento de conhecimentos e habilidades profissionais. Infere-se que a experiência prática recente dos profissionais pode contribuir com as lacunas aqui constatadas, bem como com a realização de práticas mais generalistas.

Assume-se nesta discussão, a limitação do estudo referente a coleta de informações ocorrer exclusivamente pela narrativa dos terapeutas ocupacionais, sendo imprescindível outros eixos de exploração de dados tais como a observação das práticas e análises de prontuários para compreensão e debates mais aprofundados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características de atuação apresentadas pelos terapeutas ocupacionais evidenciaram associações da dor com as ocupações, aspecto relevante e que favorece a defesa das

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

especificidades desta atuação profissional. No entanto, constatou-se fragilidades no *modus operandi* desta atuação, haja vista obtenção de indicadores acerca de lacunas no processo avaliativo, fragilidade essa que tende a comprometer ou limitar o planejamento e execução de intervenções potenciais, e que demarca a necessidade de investimentos em ações de educação inicial e continuada voltada a categoria 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 maiores investimentos nos processos formativos sobre dor e cuidados paliativos no âmbito da terapia ocupacional, assim como o desenvolvimento de pesquisas nesta temática com amostras mais ampliadas e com triangulação de fonte de dados (análise de prontuário, observações práticas e entrevistas) para produção de evidências robustas sobre as práticas terapêutico-ocupacionais na atenção à dor.

REFERÊNCIAS

1. Harding R, et al. Palliative care: how can we respond to 10 years of limited progress? World Health Organization and World Innovation Summit for Health; 2024.
2. Santos AP, Oliveira LFB, Lima KC. Câncer e saúde pública: uma revisão. Rev Bras Cancerol. 2023;69(2):e-123456.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.681. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília; 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
4. Sampaio SGS, Motta LB, Caldas CP. Dor e internação hospitalar em cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol. 2021;67(3):e-131180. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1180>
5. Janeiro L. Fundamentos da dor: fisiologia e clínica. São Paulo: Editora Saúde; 2017.
6. Robinson O, Pini S, Flemming K, Campling N, Fallon M, Richards SH, et al. Exploration of pain assessment and management processes in oncology outpatient services with healthcare professionals: a qualitative study. BMJ Open. 2023 Dec 1;13(12):e078619–9.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

7. Cipião L, Wandner LD, Robinson ME. Assessment of pain in cancer patients: a multidimensional approach. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(3):123–30.
8. Hill R. Occupational therapy in pain management for palliative care. *Palliat Med*. 2016;30(4):389–95.
9. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2022.
10. American Occupational Therapy Association (AOTA). *Occupational therapy’s role in managing chronic pain*. AOTA; 2021.
11. Ribeiro JP, Maliszewski LS, Martins L. Técnica de amostragem “bola de neve virtual” na captação de participantes em pesquisas científicas. *Journal of Nursing and Health*. 2024 Apr 26;14(1):e1426636–6.
12. Conselho Nacional de Saúde (CONEP). *Orientações para pesquisas em ambiente virtual*. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
13. Valle PRD, Ferreira JDL. Análise de conteúdo na Perspectiva De Bardin: Contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Educação Em Revista*. 2025;41.
14. Strong J, Brown C, Jones D. *IASP curriculum outline on pain for occupational therapy*. Washington (DC): International Association for the Study of Pain; 2017.
15. Júnior AL, Souza RR, Lima F. Avaliação multidimensional da dor em cuidados paliativos. In: *Manual de cuidados paliativos*. São Paulo: Editora Vida; 2023. p.130–7.
16. Pontin M, Silva K, Amaral R. Educação em dor: impacto nas crenças e comportamentos dos pacientes. *Rev Dor*. 2021;22(1):55–62.
17. Bombarda TB, Joaquim RHVT. Terapia ocupacional hospitalar e a produção dos registros em prontuário. In: Bombarda TB, Joaquim RHVT, editors. *Prontuário: fundamentos para a prática de terapeutas ocupacionais*. Campinas (SP): Memnon Edições Científicas; 2024. p. 74-82.
18. Rolo IM, Goulart F, Teixeira AG. Intervenções não farmacológicas na dor oncológica: barreiras e recomendações. *Rev Dor*. 2023;24(1):47–54.
19. Silva MRS, Cardoso L, Franco M. Práticas integrativas no controle da dor oncológica: uma revisão. *Rev Bras Med*. 2023;80(5):121–30.
20. Barreto F, Costa G, Almeida T. Distúrbios do sono em pacientes com dor crônica: revisão integrativa. *Rev Neuropsicol*. 2023;24(2):9–17.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

21. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). Chronic pain management guidelines. Ottawa: CAOT; 2024.
22. Ferreira APC, Fuly P dos SC, Nascimento JS. Intervenções terapêuticas ocupacionais para as Atividades de Vida Diária em Cuidados Paliativos oncológicos: revisão integrativa. Research, Society and Development. 2023 Jan 4;12(1):e12212139497.
23. Zilli JF, Vargas D. Terapia ocupacional na oncologia: revisão de literatura. Rev Bras Cancerol. 2022;68(1):e012345.
24. Takeda SY. Programa de terapia ocupacional na modulação da dor e qualidade de vida em cuidados paliativos: estudo de intervenção. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2009;20(3):176–83.
25. Ferreira MG. Diagnósticos terapêuticos ocupacionais nas AVD de adultos em cuidados paliativos oncológicos. Rev Ter Ocup Hosp. 2023;11(2):101–14.

Submetido em: 2/5/2025

Aceito em: 30/8/2025

Publicado em: 6/4/2026

Contribuições dos autores

Odair José Mendes Souza Junior: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Obtenção de financiamento; Investigação; Metodologia; Administração do projeto; Supervisão; Validação de dados e experimentos; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição.

Tatiana Barbieri Bombarda: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do projeto; Supervisão; Validação de dados e experimentos; Design da apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação - revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

**DOR ONCOLÓGICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
INVESTIGAÇÃO DA PRÁTICA TERAPÊUTICO-OCUPACIONAL**

<p>Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.</p> <p>Financiamento: Não possui financiamento</p>
<p>Autor correspondente: Odair José Mendes Souza Junior Universidade Federal de São Carlos- UFSCar Rodovia Washington Luis, Km 235, Caixa Postal 676. São Carlos/SP – Brasil - CEP: 13565-905</p>
<p>Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz</p>

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

