

Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos *

Tools for pain evaluation in cancer patients

Márcia Carla Morete¹, Fabíola Peixoto Minson²

* Recebido do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Buscar publicações na literatura nacional sobre instrumentos para avaliação de dor em pacientes oncológicos e propor um instrumento de avaliação inicial de dor nesses pacientes.

CONTEÚDO: Foram utilizadas as bases de dados LILACS, Bibliográficos da USP, Catálogo *on-line* Global (Dedalus), SciElo, MedLine, Cochrane e o *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

CONCLUSÃO: O presente estudo comprovou que as escalas unidimensionais são mais frequentemente utilizadas, no entanto evidenciou a importância de utilizar instrumento multidimensional para avaliar a dor do paciente oncológico.

Descritores: Avaliação da dor, dor, oncologia, paciente.

the importance of using a multi-dimension tool to evaluate pain in cancer patients.

Keywords: Oncology, pain, pain evaluation, patient.

INTRODUÇÃO

A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) lançou entre 2008 e 2009 o Ano Mundial Contra a Dor no Câncer, para centralizar a atenção e o sofrimento enfrentado por pessoas com câncer. Com esta campanha, a IASP procura favorecer aquelas com a dor do câncer, “aumentando a consciência, melhorando o tratamento, e aumentando o apoio”¹.

Para mais de 10 milhões de pessoas no mundo que em cada ano são diagnosticadas com algum tipo de câncer, a dor associada com a sua condição é uma séria preocupação. Embora a dor seja inevitável, não necessariamente para todas as pessoas com câncer, aproximadamente dois terços das pessoas com doença maligna avançada sente dor. Crianças com câncer têm dor e experiências semelhantes¹.

Apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento, o câncer continua trazendo muito desconforto e sofrimento àqueles que o vivenciam, pela presença do tumor, pelo desgaste físico, emocional, espiritual ou social advindos do tratamento ou pelos sintomas impostos pela doença. Dentre os desconfortos experimentados pelos pacientes com câncer, a dor é apontada como muito frequente, acometendo cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença e em torno de 70% daqueles com doença avançada².

Para a IASP a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões³.

A dor associada ao câncer pode ser devida ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de investigação. Seu controle merece prioridade por várias razões. Primeiro, o não tratamento da dor causa sofrimento desnecessário. A dor prejudica a atividade física, o apetite e o sono, podendo debilitar ainda mais o

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: To look for publications in the Brazilian literature about tools for pain evaluation in cancer patients and to propose an initial pain evaluation tool for cancer patients.

CONTENTS: The following databases were searched: LILACS, *Bibliográficos da USP*, On-line Global Catalogue (Dedalus), SciElo, MedLine, Cochrane and *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

CONCLUSION: This study has shown that one-dimension scales are more often used, however it has stressed

1. Enfermeira e Aluna do Curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

2. Anestesiologista e Orientadora do Curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Márcia Carla Morete

R. Presidente Artur Bernardes, 23/72 – Embaré

11040-180 Santos, SP.

Fone (13) 9156- 7503.

E-mail: marciamorete@uol.com.br

paciente. Da sua presença, frequentemente resultam desesperança e o anúncio do progresso inexorável de uma doença temida, destruidora e fatal. Dor inadequadamente aliviada também provoca repercussões nas esferas social, emocional e espiritual dos pacientes e de seus familiares, como restrição nas atividades de trabalho e lazer, maior ônus financeiro, sofrimento psíquico frente ao desconforto de um ente querido e questionamentos de natureza metafísica, entre outros^{4,5}.

A dor do câncer é descrita como “dor total”, pois é uma síndrome em que, além da nocicepção, outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais influem na gênese e na expressão da queixa. A avaliação da dor é complexa, devido à variedade de aspectos que compõem o quadro algico, sendo a base para a formulação diagnóstica, a proposição terapêutica e a apreciação dos resultados obtidos⁶.

As suas consequências e o sentimento de desamparo são devastadores e podem incluir disfunção funcional, imobilidade, isolamento social, emocional e espiritual, e angústia. Em alguns casos, a dor do câncer não é gerenciada, ocorrendo impacto negativo na sobrevivência do paciente, que manifesta maior medo da dor, do sofrimento, do que propriamente de morrer. A família e os amigos também sofrem, pois testemunham a dor e a angústia vivida por um ente querido¹.

Dores agudas e crônicas são frequentes na doença oncológica. Na forma crônica, ela ocorre em mais de 2/3 nas fases avançadas da doença, podendo ser decorrente do tumor primário, de suas metástases e dos tratamentos quimioterápico, radioterápico e cirúrgico. A dor aguda relaciona-se aos procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, e uma parcela dos pacientes tem dor por causas não oncológicas⁷⁻⁹.

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), das cinco milhões de pessoas que morrem de câncer a cada ano, quatro milhões morrem com dor não controlada. No entanto, muito do sofrimento causado pela dor é desnecessário, visto que mais de 90% dos casos podem ser efetivamente controlados⁴.

Uma das particularidades da dor oncológica na criança é a frequência com que se consegue “prever” seu desencadeamento, conhecendo-se o quadro clínico, a investigação a ser efetuada, o provável tipo de tumor e a terapêutica oncológica a ser instituída¹⁰.

Na assistência à criança com dor algumas considerações importantes devem ser ressaltadas: a queixa de dor referida pela criança é o melhor indicador que deve ser avaliado; alterações do comportamento como choro, irritabilidade, isolamento social, distúrbios do sono

e da alimentação são indicativos de um quadro algico. Os recém-nascidos e as crianças menores não são menos sensíveis aos estímulos dolorosos do que crianças mais velhas e adultas. Nestes casos a observação das mudanças comportamentais e de variações fisiológicas da frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, são indicadores potenciais da dor sentida, pois a sua intensidade está relacionada a outras causas indeterminadas que devem ser pesquisadas^{11,12}.

Em janeiro de 2000 a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) publicou uma norma que descreve a dor como quinto sinal vital, considerando prioritárias: avaliação, intervenção e reavaliação da dor no processo de qualificação ou de acreditação hospitalar. Para a JCAHO a avaliação da dor inclui: localização, intensidade baseada em escala numérica, verbal, outras, momento do início, duração e padrão da dor, fatores de alívio da dor, fatores agravantes, seus efeitos nas atividades diárias e na qualidade de vida, a eficiência da intervenção ou o alívio proporcionado por outra intervenção¹³.

Como em todas as síndromes dolorosas, a avaliação acurada, completa, e sistemática da dor do câncer são cruciais para identificar a etiologia subjacente e para desenvolver um plano de tratamento. Vários instrumentos foram projetados para avaliar a dor no câncer. Os seus princípios de avaliação incluem o uso de instrumentos válidos para a idade e as habilidades cognitivas do paciente, com atenção adicional às necessidades da língua do paciente, o registro das medicações tomadas atualmente, assim como aquelas usadas no passado, incluindo a eficácia e todo efeito adverso; consideração sobre as síndromes comuns de dor do câncer ao conduzir a história e o exame físico; avaliação do distúrbio funcional e da necessidade de medidas de segurança; incorporação de uma abordagem psicossocial na avaliação, incluindo a determinação dos objetivos de cuidados do paciente/família; uso de um diário da dor para seguir a eficácia das terapias e para avaliar mudanças na dor; requisite uma avaliação diagnóstica como, por exemplo, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada e testes de laboratório quando justificada e somente se contribuir para o plano do tratamento; avaliação da presença de outros sintomas, pois a dor é bastante correlacionada com a fadiga, a constipação, os distúrbios do humor e outros sintomas¹³⁻²⁰.

Os componentes essenciais da história da dor são: localização, intensidade e qualidade; nociceptiva: dolorida, latejante; visceral: compressiva, espasmódica; e neuropática: queimação, formigante, elétrica e dormente.

Os padrões temporais, fatores de agravamento e alívio, o significado da dor, presença de sofrimento ou conflito existencial, os fatores culturais e a história da medicação usada¹³⁻²⁰

Dentre as escalas de avaliação da intensidade da dor, podem-se destacar as escalas unidimensionais que incluem a escala de avaliação numérica de zero a 10, uma escala verbal como, por exemplo, “nenhuma dor”, “dor leve”, “dor moderada” e “dor intensa”, ou escala analógica visual com uma linha de 10 cm com escores tais como “nenhuma dor” à esquerda e “dor intensa” à direita, e o paciente indica o lugar na linha que representa melhor a sua intensidade. Uma variedade de escalas usa desenhos de faces, do sorriso à aflição, para os pacientes que não podem facilmente usar os instrumentos descritos. Diversos instrumentos para avaliação da dor em crianças estão disponíveis¹³⁻²⁰

Entre os instrumentos multidimensionais podem ser destacados o Inventário Breve da Dor (IBD) que é um instrumento válido, clinicamente útil para avaliação da dor, e tem sido bastante usado nas pessoas com câncer. Inclui um diagrama para anotar a localização da dor, perguntas a respeito da intensidade atual, média, e a pior, usando a escala de avaliação de zero a 10; e os itens com que a IASP avalia o distúrbio devido à dor¹³⁻²⁰.

Quanto aos instrumentos de Avaliação de Sintomas, os estudos demonstram correlação significativa entre dor, depressão, fadiga, e outros sintomas geralmente vistos nas pessoas com câncer. Estes sintomas concomitantes são referidos geralmente como conjuntos de sintomas. O uso das escalas multidimensionais que incorporam os sintomas mais comuns assegura a avaliação sistemática. Diversos instrumentos atualmente disponíveis que medem conjuntos de sintomas e demonstraram validade e confiabilidade inclui: a Escala de avaliação de sintoma de Edmonton (ESAS), o Inventário de sintoma de M. D. Anderson (MDASI), a Escala memorial de avaliação de sintoma (MSAS), a Lista de verificação de sintoma de Rotterdam (RSC)¹³⁻²⁰.

Um “termômetro” de sofrimento é a escala analógica visual vertical, projetada para avaliar como um termômetro, na qual zero significando “nenhum sofrimento” e 10 situado na parte superior do termômetro, que indica “sofrimento extremo.” Acompanhando a escala do termômetro, há uma lista de verificação que inclui uma variedade de preocupações físicas, psicológicas, práticas, apoio familiar, e interesses espirituais e religiosos¹³⁻²⁰.

A utilização de instrumentos para avaliação da dor possibilita garantir que seja avaliado aquilo que a criança esta vivenciando, e não o que o profissional julgue que

ela esteja sentindo. Para que haja melhor compreensão da dor, é necessário considerar os processos que a criança vivencia; tanto os estágios de desenvolvimento físico quanto mental²¹

Na escolha dos instrumentos para mensuração de dor, deve-se atentar para as suas qualidades psicométricas, para que sejam atendidos os parâmetros de validade (se o instrumento avalia o constructo/conceito que se propõe a avaliar), fidedignidade (concordância ou consistência de resultados quando o instrumento se repete em condições similares ou quando avaliado por avaliadores independentes), sensibilidade (o quão bom é um teste para identificar indivíduos que apresentam o que está sendo avaliado), especificidade (o quão bom é um teste em identificar indivíduos que não apresentam o que está sendo avaliado) e aplicabilidade clínica (a utilidade da mensuração ao ambiente clínico em que ela será usada)²².

Uma lacuna existente na avaliação quanto à qualidade da dor da criança ainda permanece devido à ausência de instrumentos adequados ao nível do seu desenvolvimento cognitivo. Faz-se necessário testar, portanto, instrumentos de avaliação que possibilitem não apenas avaliar, mas também discriminar e mensurar as diferentes dimensões da experiência dolorosa na criança²⁰

O controle e o alívio da dor no câncer têm sido objeto de preocupação constante da equipe de enfermagem, na busca de intervenções que possam diminuir ou evitar problemas de ordem físico-emocional, relacionados ao tratamento, à evolução da doença e à assistência na fase terminal. A enfermagem atua inúmeras vezes com a criança com dor, percebendo assim que o aumento da ansiedade e do desconforto compromete ainda mais o seu estado geral. Nesse sentido, a responsabilidade de promover o alívio da dor e o conforto do paciente exige uma precisa avaliação dos aspectos fisiológicos, emocionais, comportamentais e ambientais que desencadeiam ou exacerbam o quadro algico na criança. Na assistência em sua integralidade, devem ser consideradas as situações de desconforto e de dor vivenciadas, objetivando melhor qualidade de vida desses pacientes²².

O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para avaliar a dor da criança, podendo, sobretudo, influenciar no seu controle, ao ter autonomia para avaliar e medicar mediante a prescrição médica, se necessário. Deve, também, utilizar dessa posição para construir um canal entre a pesquisa sobre dor infantil e a prática hospitalar, na tentativa de diminuir ou aliviar o sofrimento, aprendendo a avaliar a criança com dor através de uma variedade de abordagens²¹

O conhecimento sobre a existência de dor no paciente oncológico e o quanto essa condição impacta na qualidade de vida, dentro desse cenário a avaliação da dor poderia significar um ponto de partida bastante importante na busca de melhor controle da dor dessa clientela. A questão norteadora seria: qual a forma adequada de avaliação da dor do paciente oncológico?

O objetivo do presente estudo foi buscar publicações na literatura nacional sobre instrumentos de avaliação de dor em pacientes oncológicos.

PESQUISA

Foram consultadas as bases de dados: LILACS, Bibliográficos da USP - Catálogo *On-line* Global (Dedalus), SciElo, MedLine, *Cochrane e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), utilizando-se as palavras-chaves: Dor, Dor oncológica, instrumentos de avaliação de dor, acrescidas da Lógica Booleana “and”.

O estudo foi realizado nas Bibliotecas do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein. Foram selecionados estudos no período precedente restrito há nove anos, resumos e estudos na íntegra, em português, espanhol e inglês.

Foram selecionados somente os estudos na íntegra que abordassem estudos sobre avaliação da dor oncológica no paciente adulto e pediátrico, no período de 2000 a 2009. Foram incluídos artigos tipo revisão narrativa de literatura, revisão sistemática de literatura, pesquisa de campo, relato de experiência e relato de caso, independente da formação profissional do autor.

Após a identificação dos artigos, os seus resumos foram analisados e, na sequência os artigos na íntegra. Após a leitura e decisão por inclusão ou não no estudo, foi preenchido o roteiro com os dados da pesquisa.

Das 26 publicações selecionadas, 14 foram escolhidos por expor informações sobre os instrumentos de avaliação de dor nos pacientes oncológicos.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO IDENTIFICADOS

Dos 14 artigos analisados, oito foram publicados nos últimos três anos, o que demonstra crescente interesse no tema, todos foram publicados na literatura internacional. Isso evidencia a necessidade de ampliar pesquisas no Brasil relacionados ao tema.

No que refere ao delineamento das pesquisas, foram encontrados 10 ensaios clínicos aleatórios, três de revisão

de literatura e um com abordagem qualitativa. A tabela 1 apresenta a síntese dos artigos incluídos na pesquisa acerca dos instrumentos de avaliação da dor em pacientes oncológicos.

DISCUSSÃO

Nos estudos analisados a avaliação da dor do paciente oncológico exige uma abordagem quantitativa, utilizando escalas adequadas ao perfil do paciente atendido e, uma abordagem qualitativa, com enfoque de aspectos descritivos da dor e o seu impacto nas funções e atividades de vida diária. Observou-se em alguns estudos, que a implantação do uso de uma escala para a avaliação da dor oncológica proporcionou a possibilidade de tratar a dor mais adequadamente, embora alguns estudos enfatizem que mesmo diante da evidência de dor, havia pacientes que estavam sem medicação analgésica.

Apesar da crescente melhora no controle da dor nos últimos 15 anos, a dor relacionada ao câncer continua afetando significativamente a saúde pública. De todos os sintomas que o paciente com câncer apresenta, a dor é sempre o mais temido. O sofrimento desses pacientes é resultado da interação da percepção dolorosa associada à incapacidade física, ao isolamento social e familiar, às preocupações financeiras, ao medo da mutilação e da morte, definindo o quadro de dor total descrito por Cecily Saunders³⁷.

A dor psíquica ou sofrimento pode determinar um importante papel na qualidade de vida do paciente. Ignorar esse tipo de dor é tão perigoso quanto ignorar a dor somática. A dor física e a dor psíquica estão intimamente relacionadas, o que demonstra a importância da interdisciplinaridade no tratamento do paciente com dor oncológica³⁷.

A mensuração da dor é utilizada como um parâmetro fundamental para a orientação terapêutica. A intensidade da dor é o critério mais comumente usado na prática clínica para quantificá-la e resulta da interpretação global dos aspectos sensitivos, emocionais e cognitivos que envolvem a experiência dolorosa³⁷.

O presente estudo proporcionou uma reflexão sobre as diversas dimensões da avaliação da dor do paciente oncológico. Observou-se que dentre os instrumentos encontrados, a ferramenta mais frequentemente utilizada são as escalas unidimensionais. No entanto, alguns estudos mostraram a importância de utilizar instrumento multidimensional para avaliar a dor total característica do paciente oncológico.

Acredita-se que o estudo deve possibilitar às equipes de

Tabela 1 – Síntese dos artigos sobre os instrumentos de avaliação da dor em pacientes oncológicos. São Paulo, 2009

Autores	Delineamento/Amostra	Ano	Avaliação de dor estudada	Resultados	Conclusões e considerações
Choi, Kim, Kim e col. ²³	Aleatório N = 382	2006	Uso de instrumento de avaliação de dor: KCPAT. Esse instrumento é dividido em 5 partes: localização da dor, tipo de dor, intensidade da dor, sintomas associados e aspectos psicossociais.	Observou que a intensidade da dor diminuiu de acordo com a EAV. E 89.8% dos profissionais acreditaram que o seu uso é viável.	Proporcionou satisfação aos pacientes no controle da dor e foi uma ferramenta útil para avaliação da evolução e manejo da dor no câncer.
Hagen, Stiles, Nikolaichuk e col. ²⁴	Aleatório N= 38	2008	Uso de instrumento de avaliação de dor: ABPAT. O instrumento tem 9 itens: significado da dor, localização, intensidade, qualidade, duração, frequência, aplicabilidade e resposta a medicação e resultado final.	Dos itens avaliados desse instrumento, 80% dos centros participantes nacionais concordaram e aplicaram todos os itens do instrumento e 88% dos centros internacionais também testaram a aplicabilidade desse instrumento na sua prática.	De acordo com os centros participantes, os pacientes foram capazes de entender e preencher esse instrumento. O estudo foi aceito na maioria dos centros nacionais e internacionais, porém requer maiores pesquisas e aplicabilidade desse instrumento.
Russell, Aveyard e Oxenham ²⁵	Aleatório Controlado N= 712 N= 152	2006	Uso de instrumento PMI	O grupo do <i>hospice</i> teve um controle de dor mais rapidamente, porém nem o método de avaliação nem o protocolo mostraram diferença.	Métodos dinâmicos que avaliam mudança na prescrição e intensidade da dor devem ser desenvolvidos para ter um manejo mais eficaz da dor.
Hølen, Lydersen, Klepstad, e col. ²⁶	Aleatório Controlado N= 300 N= 286	2008	Uso de instrumento de avaliação de dor: BP. Consiste em abordagem multidimensional da avaliação da dor e a interferência da dor nas funções.	Os pacientes de câncer relataram maiores valores de interferência física comparados aos pacientes com dor não câncer, embora tenham a mesma intensidade de dor. Os pacientes com dor de não câncer relataram valores maiores de interferência psicológica do que os pacientes com dor de câncer.	Os resultados indicam que os pacientes são incapazes de verbalizar isoladamente a interferência da dor usando a BPI. O diagnóstico tem que ser levado em conta quando interpretamos relatos de interferência da dor em suas funções.
Balducci ²⁷	Revisão	2003	Revisão das principais escalas de dor para idosos com câncer: NRS: escala numérica VDS: escala descritor verbal PPS, EAV: visual e MPQ: McGill	A avaliação da dor em pacientes idosos deve requerer uma avaliação mais compreensível possível do que em pacientes mais novos. A avaliação necessita incluir condições que possam exacerbar ou não a percepção da dor, como a depressão, disfunções e comorbidades.	Mostrou a necessidade de considerar aspectos peculiares para essa clientela de idosos na avaliação e manuseio da dor, porém necessita de mais estudos nesse tema.
Dy, Asch, Naeim e col. ²⁸	Revisão	2008	Busca pela melhor avaliação da dor no paciente oncológico	Para avaliação da dor do paciente oncológico há necessidade de uma avaliação descritiva da dor, juntamente com um instrumento do impacto funcional da dor no paciente oncológico.	Observaram-se as melhores práticas e recomendações na avaliação e manuseio da dor oncológica.
Devi e Tang ²⁹	Aleatório N= 169	2008	Uso a escala de Faces de Wong Baker e o Inventário de dor (BIP) abreviado.	O uso dessas escalas resultou em 3 dias para reduzir a dor, sendo que 98% dos pacientes que tinham dor intensa passaram a ter dor moderada.	Permitiu continua avaliação da dor de forma objetiva.
Rhodes, Koshy, Waterfield, e col. ³⁰	Aleatório N= 520	2001	Uso a escala verbal numérica (EVN)	De todos os pacientes estudados, 23,1% relataram dor significativa. E dos pacientes com dor significativa, 28,2% não tinham citação de dor na anotação física e 47,9% não tinham documentado tratamentos medicamentosos para dor.	A avaliação quantitativa da dor era ausente antes desse estudo. A intensidade da dor foi identificada como altas prevalências de dor na amostra estudada, e um significativo número de pacientes não estava tendo sua dor tratada.
Du Pen, Pen, Hansberry, e col. ³¹	Aleatório / controlado N = 105	2000	Utilizou o Inventário Abreviado de Dor (BPI) em diversas instituições	Pacientes que freqüentavam os centros treinados para implantação do algoritmo da avaliação da dor, tinham uma significativa redução da dor após 4 meses da data da coleta dos dados.	O estudo possibilitou afirmar que o treinamento de instituições com uso do algoritmo para avaliar a dor do paciente oncológico pode ser útil na prática comunitária.
Martoni, Degli Esposti, Cricca, e col. ³²	Aleatório N = 223	2007	Utilizou a escala analógica visual (EAV)	Dos pacientes estudados 28% tinham VAS>1,21 e desses 35% não tinham analgésico prescrito.	A monitorização sistemática da escala visual analógica pelas enfermeiras é uma estratégia segura.
Torritesi e Vendruscolo ³³	Revisão	2000	Utilizou as escalas: avaliação informação da criança, avaliação do comportamento e avaliação da intensidade da dor	A utilização do modelo da escala de McGrath para o controle e avaliação da dor em crianças com câncer tem como objetivo contribuir para uma assistência de enfermagem voltada para a sua integralidade física, emocional e social.	O uso deste instrumento de avaliação poderá orientar a assistência de enfermagem à criança com dor, decorrente de outros processos patológicos,
Martinez e, Gregoire ³⁴	Aleatório N = 400	2007	Utilizou a escala analógica visual (EAV)	Dos pacientes estudados 62% deles tinham intensidade de dor leve e 4,25 % dor intensa.	Mostrou que o valor da EAV tem um percentual de pacientes com dor leve que não tem controle.
Pimenta, Koizum e Jacobsen ³⁵	Aleatório N = 57	2000	Utilizou um instrumento de informação e o questionário de McGill	A maior parte (66,7%) dos doentes apresentou dor moderada. Em 17,5% dos casos, a dor foi descrita como intensa. De acordo com McGill, os resultados mostraram que a média de descritores foi 13,1 por doente, dentre eles, os componentes sensitivo, afetivo, avaliativo e miscelânea foram respectivamente: 6,3; 3,5; 0,9 e 2,4.	Os doentes concentraram-se em 12 descritores do questionário para dor de McGill para explicar seu quadro doloroso. Observou-se a importância da dimensão afetiva na dor crônica de origem neoplásica. A opção por descritores de caráter afetivo foi significativamente superior a dos outros componentes da dor.

(Continuação da Tabela 1) – Síntese dos artigos sobre os instrumentos de avaliação da dor em pacientes oncológicos. São Paulo, 2009

Autores	Delineamento/Amostra	Ano	Avaliação de dor estudada	Resultados	Conclusões e considerações
Chico, Hayashi e Ferreira ³⁶	Qualitativa: representação social N = 10	2004	Utilizou o auto relato e a expressão corporal, envolvendo não só aspectos físicos químicos, mas componentes sócio- culturais e as particularidades do ambiente onde o fenômeno nociceptivo é experimentado.	Em relação à avaliação da dor: física, localizando e quantificando a experiência dolorosa. Deve ser sistemática, continuada e registrada de forma detalhada, visando a compreensão e diagnóstico etiológico do quadro algíco com implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica.	Permitiu compreender um pouco melhor o paciente com câncer e levá-lo da necessidade de conhecer e considerar os sentimentos, os pensamentos e as emoções sentidas, respeitando sua individualidade, especificidade e integridade em toda a complexidade do seu ser, pois a compreensão mais afinada dos aspectos psicológicos, emocionais e sociais que envolvem a pessoa com câncer subsidia condições para que a enfermagem adquira ou aperfeiçoe seu preparo e atuação nas situações dos cuidados que envolvem esta doença.

saúde que prestam assistência a pacientes oncológicos, ferramenta para construir seus instrumentos visando melhorar o tratamento dessa dor e o significado na vida do paciente, na qualidade de vida, viabilizando assim, uma melhor proposta terapêutica para alívio da dor e minimizando o sofrimento causado pelo manejo inadequado da dor do paciente oncológico.

CONCLUSÃO

O presente estudo comprovou que as escalas unidimensionais são mais freqüentemente utilizadas, no entanto evidenciou a importância de utilizar instrumento multidimensional para avaliar a dor do paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain, Seattle: International Association for the Study of Pain; 1994 [cites 2009 Jan27]. Available from: <http://www.aisp-pain.org/terms-p.html>.
- Bonica JJ. Treatment of Cancer Pain: Current Status and Future Needs. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F. Advances in Pain Research and Therapy. New York, Proceedings of the 4th World Congress on Pain; 1985;589-615.
- Fundação Oncocentro de São Paulo [homepage na Internet]. São Paulo (SP): Fundação Oncocentro de São Paulo; 2008 [citado em 2008 Out 17]. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/>.
- Pimenta CAM, Koizume MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. Rev Bras Cancerol, 1997;43:21-44.
- Department of Health and Human Services. Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research (US). Guia clínica prática: manejo del dolor por câncer. 1994.
- Teixeira MJ, Correa CF, Pimenta CA. Dor: Conceitos Gerais. São Paulo: Limay, 1994.
- Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e Cuidados Paliativos. São Paulo: Manole, 2006.
- Bender MC, Kramer CM, Miaskowisk C. New directions in the management of cancer-related cognitive impairment, fatigue and pain. NCCN National Comprehensive Cancer Network, 2002.
- Fitzgibbon DR, Chapman CR. Cancer Pain: Assessment and Diagnosis. In: Loeser JD et al. Bonica's Management of Pain. Nova York: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- McCaffery M, Pasero C. Breakthrough pain. Am J Nurs, 2003;103:83-86.
- Serrano SC, Oliveira Júnior JO. O tratamento medicamentoso da dor oncológica na criança. Arquivos do 6^o Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. 2003. São Paulo, 2003;253-260.
- Bruera E, Kim HN. Cancer pain. JAMA, 2003;290:2476-2479.
- Sutton LM, Porter LS, Keefe FJ. Cancer pain at the end of life: a biopsychosocial perspective. Pain, 2002;99:5-10.
- Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. Cancer, 2000;88:2164-2171.
- Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS, et al. Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. Cancer, 2000;89:1634-1646.
- Holland JC, Jacobsen PB, Riba MB. NCCN: distress management. NCCN Fever and Neutropenia Practice Guidelines Panel. Cancer Control, 2001;8:(Suppl2):88-93.
- Miaskowski C, Cleary J, Burney R, et al. American Pain Society Clinical Practice Guideline Series, N^o 3: Guide for the management of cancer pain in adults and children. Glenview IL: American Pain Society; 2005.
- Portenoy RK, Conn M. Cancer Pain Syndromes. In: Bruera E, Portenoy RK. Cancer Pain: Assessment and Management. Cambridge: Cambridge University Press, 2003;89-108.

19. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*, 1994;30A:1326-1336.
20. Rossato LM, Magaldi FM. Multidimensional tools: application of pain quality cards in children. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2006;14:702-707.
21. Silva JA, Ribeiro-Filho MP. Avaliação e mensuração de dor-pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: Furple, 2006.
22. Pedroso RA, Celich KLS. DOR: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006;15:270-276.
23. Choi YS, Kim SH, Kim JS, et al. Change in patients' satisfaction with pain control after using the Korean cancer pain assessment tool in Korea. *J Pain Symptom Manage*, 2006;31:553-562.
24. Hagen NA, Stiles C, Nikolaichuk C, et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a delphi process and patient think-aloud interviews. *J Pain Symptom Manage*, 2008;35:136-152.
25. Russell PB, Aveyard SC, Oxenham DR. An assessment of methods used to evaluate the adequacy of cancer pain management. *J Pain Symptom Manage*, 2006;32:581-588.
26. Hølen JC, Lydersen S, Klepstad P, et al. The Brief Pain Inventory: pain's interference with functions is different in cancer pain compared with noncancer chronic pain. *Clin J Pain*, 2008;24:219-225.
27. Balducci L. Management of cancer pain in geriatric patients. *J Support Oncol*, 2003;1:175-191.
28. Dy SM, Asch SM, Naeim A, et al. Evidence-based standards for cancer pain management. *J Clin Oncol*, 2008;26:3879-3885.
29. Devi BC, Tang TS. Documenting pain as the fifth vital sign: a feasibility study in an oncology ward in Sarawak, Malaysia. *Oncology*, 2008;74:(Suppl1):35-39.
30. Rhodes DJ, Koshy RC, Waterfield WC, et al. Feasibility of quantitative pain assessment in outpatient oncology practice. *J Clin Oncol*, 2001;19:501-508.
31. Du Pen AR, Pen SD, Hansberry J, et al. An educational implementation of a cancer pain algorithm for ambulatory care. *Pain Manag Nurs*, 2000;1:116-128.
32. Martoni AA, Degli Esposti C, Cricca A, et al. Twice-daily pain monitoring as standard clinical practice for inpatients at a medical oncology unit: a descriptive study. *Ann Oncol*, 2007;18:158-162.
33. Torritesi P, Vendrusculo DM. Pain in children with cancer: models of evaluation. *Rev Lat Am Enfermagem*, 1998;6:49-55.
34. Martinez A, Gregoire J. Descrição del dolor em pacientes com câncer avançado atendidos em los hospitales Carlos Van Buren y Eduardo Pereira, 2003- 2004. *Rev Chil Salud Publica*, 2007;11:136-141.
35. Pimenta CAM, Koizum MS, Jacobsen M. Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev Bras Cancerol*, 2000;43:21-44.
36. Chico E, Hayashi VD, Ferreira NMA. Doente com câncer: a experiência de crescer com o sofrimento. *Revista Texto & Contexto*, 2004;13:57-62.
37. Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, et al. *Dor: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Apresentado em 20 de janeiro de 2010.

Aceito para publicação em 01 de março de 2010.