

AValiação DA DOR EM PACIENTE COM CâNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS A LUZ DA LITERATURA

Júlio César Coelho do Nascimento*

RESUMO: Um dos maiores problemas para tratar a dor está relacionado à dificuldade de diagnosticar e mensurá-la. Principalmente quando se trata da dor no câncer em pacientes em Cuidados Paliativos (CP). **Objetivo:** identificar através da literatura quais os instrumentos usados para avaliar a dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos e analisar quais os mais adequados para esta avaliação. **Materiais e Métodos:** Estudo de revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada nas bibliotecas: LILACS e PubMed. Os artigos encontrados passaram por testes de relevância TR I (Critérios de inclusão e exclusão), TR II (Seleção dos artigos a partir dos resumos e exclusão das repetições) e TR III (Leitura dos artigos na íntegra). **Resultados:** Identificou-se diferentes instrumentos usados para avaliar a dor, dentre eles: as escalas unidimensionais (escala visual numérica – EVN, escala visual analógica- EVA, escala de cores e escala de faces) e as escalas multidimensionais (*Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* e *McGill Questionnaire*). **Conclusões:** Os estudos demonstraram que a EVN e a EVA são as mais utilizadas e avaliam a dor a nível de intensidade, no entanto elas não apresentam eficácia quando se trata de pacientes com prejuízos cognitivos. Para esta situação, indica-se o uso da escala de faces. No que se refere as escalas multidimensionais, elas avaliam o efeito da dor no humor, durante atividades cotidianas e também na qualidade de vida. Portanto, para avaliar o paciente com dor é preciso observar sua condição clínica para a escolha da escala mais adequada.

Palavras chaves: Câncer. Dor. Avaliação da dor. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT: *The biggest problem to treat pain is related to the difficulty of diagnosing and measures it. Especially when it comes to pain in cancer patients in palliative care (PC). Objective: To identify through literature which the instruments used to assess pain in cancer patients in CP and analyze what the most appropriate for this evaluation. Materials and Methods: A systematic review of the literature study, type integrative review. The search was carried out on the bases: LILACS, MEDLINE, SciELO and PubMed. Articles found passed by relevance test TR I (Criteria for inclusion and exclusion), TR II (Selection of articles from the abstracts and excluding repetitions) and TR III (Read the full articles). Results: we identified different instruments used to assess pain, such as: the unidimensional scales (visual numeric scale - EVN, visual analog-scale EVA, gamut and facial scale) and multidimensional scaling (Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and McGill Questionnaire. Conclusion: Studies have shown that the NGL and EVA are the most used and serve only to assess pain intensity, however they are not effective when it comes to patients with cognitive impairments. For this situation indicates the use of the faces scale. As regards the multidimensional scaling, they evaluate the effect of pain on mood, during everyday activities and quality of life as well. Therefore, to evaluate the patient with pain is necessary to observe their clinical condition for choosing the most appropriate scale.*

Key-words: Neoplasms; Pain; Pain Measurement; Palliative Care.

* Recorte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Oncologia Clínica do Centro de estudos de Enfermagem e Nutrição (CEEN) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

* Enfermeiro, especialista em Oncologia Clínica – PUC/GO, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Noroeste. Av Brasil Qd P Lt 13 Vila Pedroso, Goiânia-GO, CEP: 74770-040 Telefone: (062) 8605-2545 e-mail: enf.juliocesar@live.com

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde se deparam com situações desafiadoras durante o processo de enfrentamento do câncer. Dentre estes, salienta-se a dor no câncer, um problema que merece atenção na literatura mundial devido sua alta prevalência e ao impacto negativo que produz na qualidade de vida do indivíduo (MORAIS et al., 2009)

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais” (GOMES, 2007).

Em pacientes com câncer, a dor é um dos sinais e sintomas mormente apresentado e relatado (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

Segundo estatísticas do Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos, o câncer tornou-se um grande problema de saúde pública mundial, principalmente nos países de médio e baixo desenvolvimento (BRASIL, 2014). Estima-se para o ano de 2030, 27 milhões de novos casos, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente com câncer (BRASIL, 2014).

Os pacientes em estado avançado, geralmente, estão em cuidados paliativos (CP), nesse caso os cuidados são direcionados para controlar os sinais e sintomas provindos do câncer. Pensando nisso, na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) “promoveu a prevenção e alívio da dor do câncer como um dos maiores desafios da saúde pública”, e enfatiza a garantia deste por meio dos prestadores de serviço aos pacientes (ALONSO, 2013).

A dor, assim como os outros sinais vitais representa um indicador muito importante que pode evidenciar possíveis complicações do estado de saúde apresentado pelo paciente, portanto se torna necessário a abordagem da mesma como quinto sinal vital (MORAIS *et al.*, 2009).

Em um estudo realizado por Alonso (2013), na cidade de Buenos Aires afirmou que o controle da dor é o principal motivo para os pacientes buscarem os serviços de CP. Neste estudo, os pacientes relataram negligência no manejo da dor nos centros não especializados.

No Hospital da Universidade de Toronto – Canadá, *Sunnybrook Odette Cancer Centre*, foi realizado um estudo que avaliou a prevalência de dor de 1.000 pacientes diante do programa de CP

prestados pela instituição. Dentre estes, 25,4% (254) relataram dor leve, 19,6% (196) relataram dor moderada e 46,5% (465) relataram a dor grave (MITERA et al., 2010).

A dor é o principal fator responsável pela diminuição da qualidade de vida dos pacientes com câncer (KWON et al., 2013). A partir desse reconhecimento, a importância da avaliação da dor adequada resultou no desenvolvimento de vários instrumentos para a avaliação da dor e, conseqüentemente, em um tratamento adequado (KWON et al., 2013).

Em grande parte dos casos a dor no câncer pode ser tratada, no entanto, esse processo exige uma abordagem multidisciplinar que contenha conhecimento da fisiopatologia da dor, bem como a farmacologia dos analgésicos e o manejo das questões psicossociais (MINSON et al., 2012).

O alívio da dor e a promoção de conforto são intervenções essenciais que envolvem além de conhecimento científico e habilidade técnica, questões humanitárias e éticas da prática da enfermagem.

Na perspectiva que a dor é um sintoma predominante em pacientes com câncer, principalmente aqueles que estão em CP, esta questão tem sido amplamente discutida pelos profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem devido ao tempo que esta permanece com o paciente. Ainda assim, não é dada a devida importância no que se refere a avaliação da dor, devido à subjetividade dos instrumentos disponíveis para uma avaliação precisa. Diante disso, questiona-se: Quais os instrumentos específicos disponíveis para avaliar a dor de pacientes com câncer em CP?

Assim, a importância do estudo da dor deve-se ao fato de que a sensação gera estresse, sofrimento e desconforto para o paciente e sua família. E também poderá trazer subsídios para a melhor prática de enfermagem baseada em evidências para uma avaliação eficaz deste sintoma.

O conceito atual de dor abrange os aspectos somáticos causados pela dor que Cicely Saunders conceituou como dor total. Saunders foi uma das fundadoras do St. Christopher's Hospice na Inglaterra. Foi ela que conceituou Dor Total a partir dos elementos emocionais, psicológicos, sociais e espirituais (NAIME, 2013).

A síndrome da dor total referido por Saunders é a expressão mais forte do sofrimento humano que pode ser experimentada por cerca de 75% dos pacientes oncológicos em CP (MUÑOZ; MONJE, 2010).

A dor no câncer se manifesta em cerca de 60% dos pacientes e destes, 30% apresenta dor de intensidade moderada a severa. A dor é um sintoma que pode atingir 80% dos pacientes com câncer em estado avançado. Esta dor pode estar relacionada aos tumores primários e metastáticos, apresentando-se em dor aguda ou crônica (INCA, 2008, p.523).

A dor na pessoa com câncer pode estar relacionada à invasão direta do tumor (local e sistêmica), o próprio tratamento do câncer (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, e biópsia) ou problemas não relacionados ao câncer (por exemplo: hérnia de disco e neuropatia diabética). Fatores psicossociais (depressão, ansiedade, catastrofização e cognição) podem influenciar a percepção da dor e contribuir para a intensidade da dor total (MINSON et al., 2012).

Muitas literaturas classificam a dor de origem oncológica de acordo com a abordagem feita Saunders na década de 1960. De acordo Silva et al., (2011) geralmente na fase inicial, o câncer é indolor. No entanto, a manifestação clínica pode ocorrer em 33% dos pacientes em tratamento precoce. No estágio avançado, 90% dos pacientes relatam dor de moderada a severa, portanto, a dor total só é alcançada neste estágio.

A dor relacionada ao câncer propicia-se mais de um tipo: incidental (transitória, súbita causada por algum movimento, tosse, evacuação), intermitente (dor episódica), neuropática (decorrente de lesão total ou parcial), nociceptiva ou mista (decorrente de estimulação química ou física, que pode ser constante ou intermitente). (MINSON et al., 2012).

Para Brunner e Suddarth (2009), a experiência sensorial da dor depende da interação entre o sistema nervoso e ambiente. O processamento dos estímulos da dor e o resultado da percepção do sistema nervoso central e periférico. Os nociceptores são responsáveis pela captação dos estímulos dolorosos.

Acredita-se que devido à concepção de que dor e câncer estão ligados diretamente a morte, se torna difícil a solução deste problema, uma vez que a morte é inevitável (GUERRA; NÚÑEZ; MONTEAGUDO, 2012)

Com objetivo de promover uma “boa morte” em 1990, o conceito de CP foi definido como cuidado ativo total de pacientes em que não há possibilidade de cura. Nesse sentido, a prioridade do cuidado prestado é controlar a dor e outros sintomas e problemas psicológicos, sociais e espirituais. A fim de proporcionar qualidade de vida aos pacientes e familiares. Em 2002, a OMS estabeleceu o novo conceito de CP enfocando mais a prevenção do sofrimento advindo da doença, sendo a dor o mais relatado, porém o mais negligenciado (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Entende-se que o objetivo principal dos cuidados paliativos é dar vida aos dias e não dias a vida. No entanto, Guerra, Núñez e Monteagudo (2012), afirmam que os avanços da ciência têm permitido à muitos pacientes terminais prolongar a vida por mais tempo, experimentando sofrimento total.

Alonso (2013), afirma que o alívio da dor é uma questão de direitos humanos juntamente com os CP, sendo assim o controle da dor necessita de atenção multiprofissional, para garantir o direito de pacientes com câncer uma qualidade de vida.

Mesmo com a evolução dos serviços de saúde e dos fármacos, nota-se que a dor não é devidamente avaliada em pacientes com câncer. Certamente, por esse motivo, eles não recebem uma terapêutica adequada (SILVA et al., 2011)

Em 1996, segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da dor (SBED), o presidente da Sociedade Americana de Dor, James Campbell citou e reconheceu a dor como quinto sinal vital e afirmou ainda que “se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo como os outros sinais haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado” (AMARAL; CALASANS, 2013, p. 151). Contudo, de acordo com Carvalho, Nóbrega e Garcia (2013), só em janeiro do ano 2000, a dor foi realmente considerada como quinto sinal vital.

Corroborando com Campbell; Bottega; Fontana (2010), acreditam que a dor descrita como o quinto sinal vital, deve ser avaliada automaticamente bem como a temperatura corporal, pulso/frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória. Deve ser avaliada através de instrumentos que possam transcrever sua intensidade. Ribeiro; Barreto; Sousa (2011), sugerem para avaliação da dor, adoção de um protocolo em instituições de saúde que deve ser seguido por todos envolvidos no atendimento aos pacientes.

Existem variados instrumentos disponíveis para avaliar a dor, principalmente no que se refere a intensidade e esta revisão é importante pois irá identificar estes instrumentos. Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar e avaliar, através da literatura quais os instrumentos específicos disponíveis para avaliação da dor de pacientes com câncer em cuidados paliativo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura que é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática (BRASILEIRO; SILVA, 2011).

Depois da definição do tema realizou-se uma busca nas bases de dados virtuais em saúde, *United States National Library of Medicine (Pubmed)* e na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), abrangendo as bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (*MEDLINE*), *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*.

Os critérios de inclusão foram: todas as produções científicas indexadas nas bases de dados mencionadas anteriormente em língua inglesa, espanhola e portuguesa publicadas no período de 2009 a 2015 e disponíveis na íntegra via *on-line*. Foram excluídas produções científicas nas formas de: estudos tipo carta ou *letter*, editorial, opiniões, teses e dissertações, manuais, normativas e resoluções; e aqueles que não estiverem relacionados com a temática.

Foram utilizados os descritores indicados no Descritor em Ciência da Saúde – “DeCS” da Biblioteca Virtual de Saúde (*dor or sofrimento físico and (manejo da dor or avaliação da dor or medição da dor or escala analógica da dor)and (neoplasia or câncer) and (cuidados paliativos or assistência paliativa or tratamento paliativo)*) e no *Medical Subject Headings– “MeSH”* do *United States National Library of Medicine* os seguintes descritores: (*pain*) *and (pain management or pain measurement) and (neoplasms) and (palliative care)*.

Identificados os artigos aplicou-se o teste de relevância conforme tabela abaixo (quadro 1).

Quadro 1. Nível de Relevância das Produções Científicas

Nível do Teste de Relevância	Natureza da relevância da produção científica
Nível I	Critérios de inclusão e exclusão.
Nível II	Seleção dos artigos dentro da temática a partir dos resumos e exclusão das repetições de artigos encontrados em duas ou mais bases de dados.
Nível III	Leitura dos artigos e inclusão dos que apresentaram relação com a avaliação da dor em pacientes com câncer em Cuidados Paliativos.

Posteriormente a seleção preliminar utilizando-se os descritores, foram incluídas produções científicas conforme os critérios de inclusão e exclusão pré-definidos no Teste de Relevância (TR) I. Em seguida aplicou-se o TR II. Neste momento os artigos foram selecionados a partir de seus resumos, levando-se em consideração a aproximação com a temática do estudo.

Finalmente, no TR III, foi realizada a leitura dos artigos selecionados na íntegra. As informações necessárias foram organizadas em um banco de dados e a partir desta compilação, agrupou-se os dados em duas categorias: “Escala para Avaliar a Dor Advinda do Câncer” e “Avaliação Dor no Câncer”. Na primeira categoria avaliou-se como é feita a avaliação da dor no câncer, já na segunda, buscou-se os tipos de escalas usadas para avaliar a dor no câncer e sua eficácia. Assim, foi possível elaborar e discutir o objetivo do estudo.

Após a leitura na íntegra dos textos, TR III, ainda foram excluídos 33 artigos por não estar relacionados diretamente com o objeto da pesquisa. Deste modo, o presente estudo foi realizado com um total de 20 artigos.

Conforme apresentado na tabela abaixo, constatou-se que a base de dados que mais apresentou publicações foi a PubMed. No levantamento preliminar apresentou 2.792 (95,2%) e após aplicação do TR I 141 (4,8%) e TR II 38 (1,3%). Na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS foram encontrados no levantamento preliminar 139 artigos, depois de aplicado o TR I, apenas 42 foram selecionados. Com os critérios propostos pelo TR II, somente 13 foram selecionados para o TR III.

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo a base de dados após a seleção preliminar e aplicação do TR I e TR II.

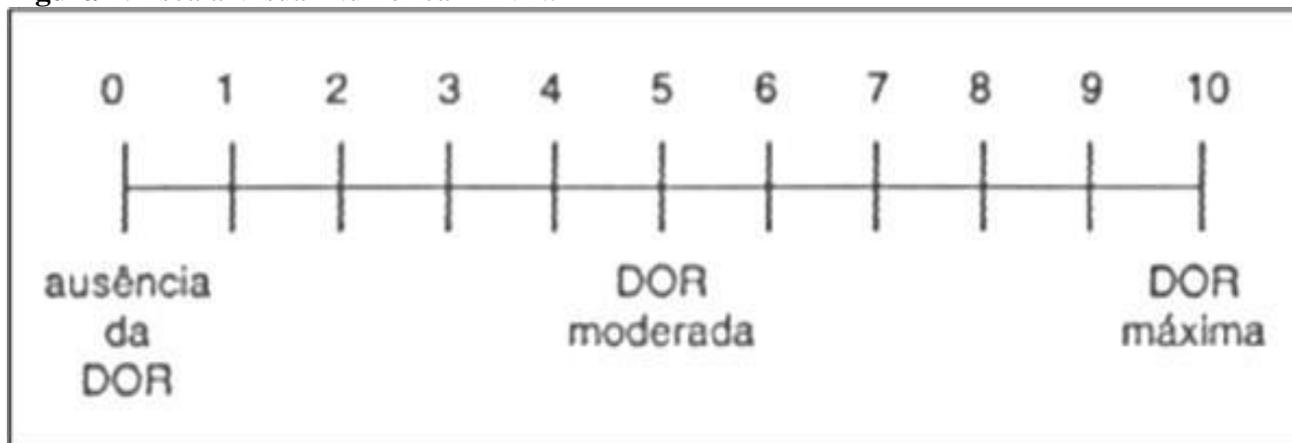
Base de dados	Seleção Preliminar		TR I		TR II	
	N	%	N	%	N	%
LILACS	8	0,30	2	0,1	2	3,8
MEDLINE	120	4,10	40	22	13	24,5
PubMed	2.792	95,25	141	77	38	71,7
Central-Ensaio Controlados	Clínicos 5	0,20	–	–	–	–
IBECS	2	0,06	–	–	–	–
BDEF-Enfermagem	1	0,03	–	–	–	–
CUMED	1	0,03	–	–	–	–
Coleção SUS	1	0,03	–	–	–	–
Total	2931	100	183	100	53	100

De todos os artigos pesquisados nas bases de dados supracitadas, apenas 53 foram selecionados para aplicar o TR III. Nesta etapa conduziu-se a leitura dos artigos na íntegra, em seguida os dados foram compilados em um banco de dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Existem duas categorias de escalas para avaliar a dor, conforme descrito por Naime (2013) são as chamadas Escalas unidimensionais, que servem para medir a intensidade da dor e as Escalas multidimensionais que aferem e avaliam o efeito da dor diariamente e na qualidade de vida.

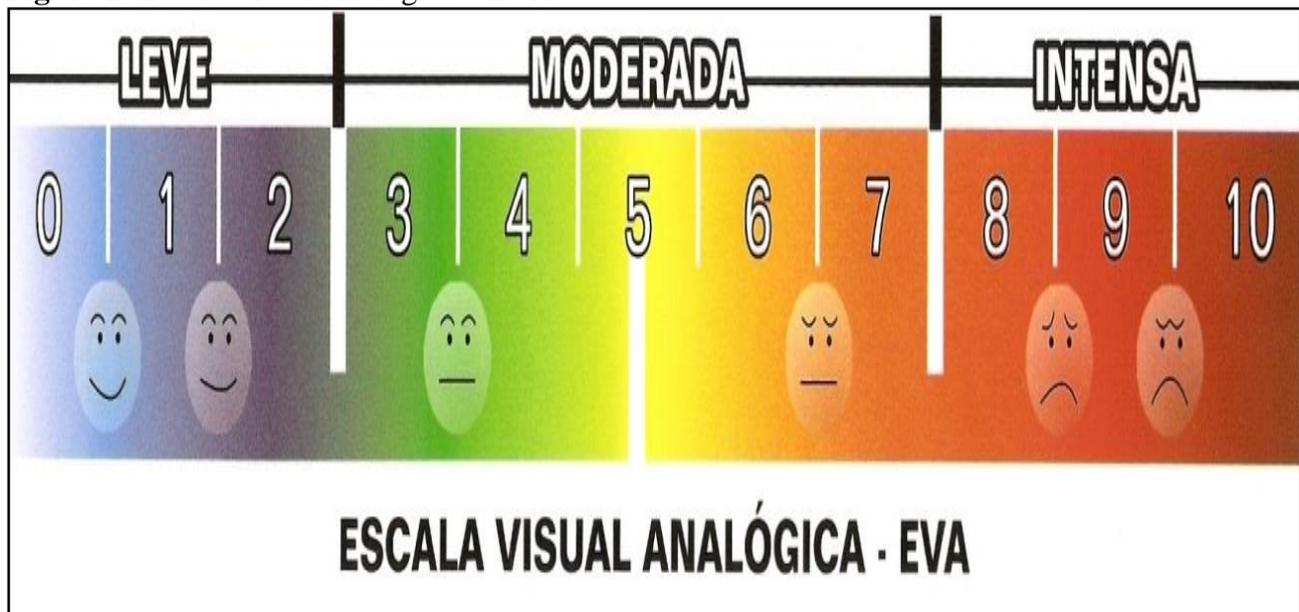
Na categoria das Escalas unidimensionais, as mais utilizadas são a escala visual numérica, que é instrumento simples de linha reta com enumeração de 0 a 10, sendo o início dessa linha 0, representando “sem dor” e 10 com apresentação da dor máxima. Conforme pode ser visto na figura 1.

Figura 1. Escala Visual Numérica – EVN.

Fonte: (NAIME, 2013, p. 13).

Ainda dentro dessa categoria, temos a escala visual analógica, EVA, escala de avaliação verbal e escala de expressões faciais. A EVA consiste na avaliação dos componentes sensitivos da dor em uma linha de 10 cm, (sem dor em uma extremidade, até dor máxima na outra extremidade) (AMARAL; CALASANS, 2013).

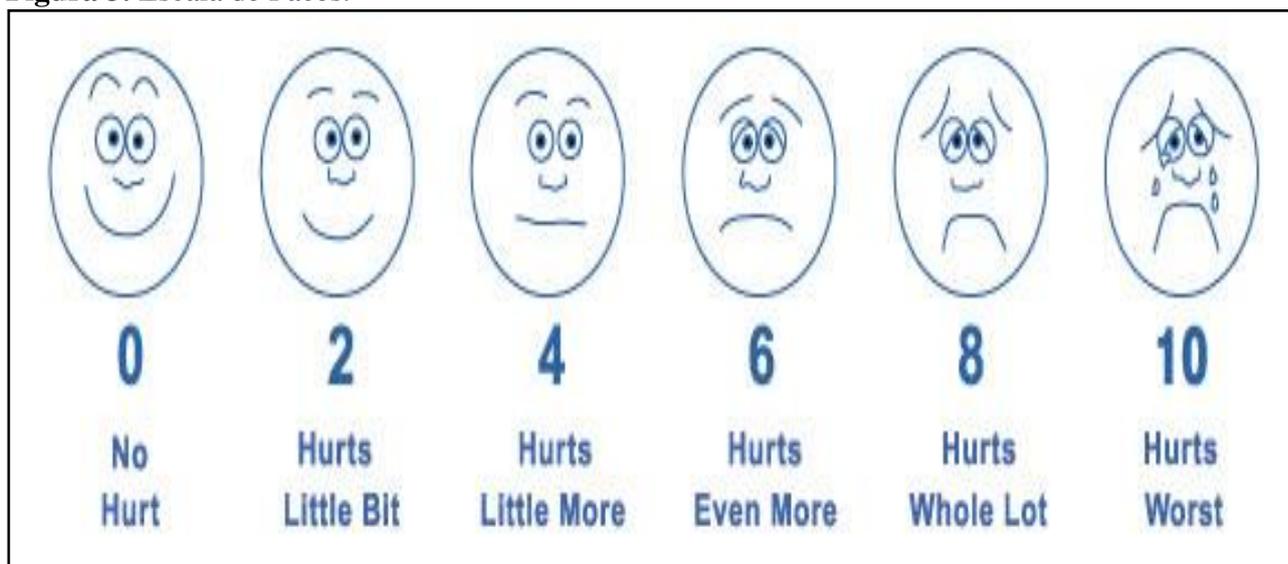
Figura 2. Escala Visual Analógica – EVA.



Fonte: (NAIME, 2013, p. 13).

A escala de avaliação verbal é feita sem auxílio de instrumento, neste tipo de escala o paciente quantifica a experiência dolorosa usando frases que representam diferentes intensidades da dor (nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor intensa).

A escala de faces criada por Wong Baker também é conhecida Wong Baker Face Scale. Conforme caracteriza Morete e Minson (2010), a primeira figura é muito sorridente e as expressões vão se transformando, mostrando graus crescentes de tristeza, até chegar a última que é muito triste, conforme figura 3. Diante da escala, o paciente escolhe a face que julga mais parecida com a sua. Conforme descrito na literatura, esse tipo de escala foi desenvolvido para avaliar a dor em crianças. Portanto, esta permite melhor resultado aplicado em pacientes com prejuízo cognitivo.

Figura 3. Escala de Faces.

Fonte: <http://wongbakerfaces.org/>

Quanto as escalas multidimensionais a literatura destaca o Inventário Breve da Dor (IBD) “um instrumento útil para avaliação da dor, e tem sido bastante usado nas pessoas com câncer”. Inclui um esquema para anotar a localização da dor, perguntas a respeito da intensidade atual, média, e a pior, usando a escala de avaliação de 0 a 10 de acordo com a figura 4 (MORETE; MISON, 2010).

Figura 3. Breve Inventário de Dor (Formulário Curto) Modificado.

1.	Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve a sua dor em seu pior momento nas últimas 24 horas.
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Sem Dor Dor Tão Forte Quanto Você Pode Imaginar
2.	Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve a sua dor em média.
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Sem Dor Dor Tão Forte Quanto Você Pode Imaginar
3.	Por favor, classifique a sua dor assinalando o quadrado ao lado do número que melhor descreve a intensidade da dor que você está sentindo neste momento .
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Sem Dor Dor Tão Forte Quanto Você Pode Imaginar
4.	Nas últimas 24 horas, qual foi a intensidade do alívio que você sentiu, com as medicações ou tratamentos para dor? Por favor, assinale o quadrado abaixo que representa a porcentagem que melhor descreve a intensidade do alívio que você sentiu ?
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Nenhum Alívio Alívio Completo
5.	Assinale o quadrado ao lado do número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu com:
A.	Suas atividades gerais
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Não Interferiu Interferiu Totalmente
B.	Seu trabalho normal (inclui tanto trabalho doméstico como trabalho fora de casa)
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Não Interferiu Interferiu Totalmente
C.	Relacionamentos com outras pessoas
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Não Interferiu Interferiu Totalmente

Fonte: Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

Observa-se que esta escala, embora seja muito eficiente para avaliar a dor do câncer só é eficiente aplicada à pacientes com sua função cognitiva preservada. Percebe-se mediante a apresentação do primeiro questionamento “assinale o quadro que indica sua dor”. É evidente que um paciente em Cuidados Paliativos terá dificuldades para se auto avaliar, portanto, faz-se necessária adaptação de outra escala para uma avaliação mais precisa de sua dor.

Dentro das escalas multidimensionais, o McGill de Dor (McGill Questionnaire – MPQ) é instrumento bastante utilizado para avaliar a dor. Trata-se de questionário que avalia a qualidade da dor, desenvolvido pelo Dr. por Melzack na Universidade McGill, em Montreal no Canadá no ano de 1975 (NAIME, 2013).

Este questionário avalia aspectos da dor por meio de descritores que o paciente escolhe para expressar a sua dor. Divididos em quatro grupos, os descritores são: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo, e miscelânea (SANTOS, et al., 2006). Martinez, Grassi e Marques, (2011), explicam que os descritores podem ter valor máximo de 20. Já o índice de dor é calculado pela somatória dos valores de intensidade de cada descritor (0-5), tendo este o máximo de 78. MPQ conta com um diagrama corporal para melhor localização da dor e avaliação da dor quanto a sua periodicidade e duração.

Outro instrumento, também desenvolvido no Canadá, foi a Escala de Edmonton (ESAS). Criada em 1991, no Hospital Geral de Edmonton. Em 2010, foi revisada no Brasil com o objetivo de facilitar o entendimento dos pacientes. Este instrumento auxilia na detecção e monitoramento de sintomas em pacientes com câncer em CP, avaliando a combinação de sintomas físicos e psicológicos, conforme descrito na tabela 3 (MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013).

Tabela 4. Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

Fonte: (MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013).

Observa-se que é um instrumento fácil de ser preenchido e simples para uso dos pacientes. Monteiro, Almeida e Kruse (2013), relatam a precisão desta escala mesmo com algumas limitações.

3.1 Avaliação da Dor no Câncer

A avaliação da dor do paciente com câncer exige uma abordagem quantitativa, utilizando escalas adequadas conforme o perfil do paciente atendido e, uma abordagem qualitativa, com abordagem os aspectos descritivos da dor e seu reflexo nas atividades diárias (MORETE E MINSON, 2010).

A implantação de escalas para avaliar a dor possibilita um tratamento mais adequado e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida ao paciente, sobretudo aos que estão em CP.

Conforme descrito por Brunelli et al., (2010), na Itália, as escalas numéricas e as escalas verbais são as mais usadas por profissionais de saúde para avaliar a dor advinda do câncer. Os

mesmo autores realizaram um estudo em vários centros hospitalares comparando dessas duas escalas. Identificou-se que o uso da escala numérica é bem aceita pelos pacientes idosos, ao contrário das verbais. Resultados semelhantes foram observados entre os pacientes com altas doses de opióides.

Alonso (2013) afirma que a EVN é um instrumento confiável para avaliar a dor, por esse motivo essa escala se tornou a mais utilizada em Buenos Aires, pois além de ter uma avaliação mais precisa, ela permite ao paciente relatar sua dor aos profissionais. No entanto, o autor reconhece que em muitos casos (quando o paciente se encontra com a comunicação prejudicada), esse tipo de escala é insuficiente para avaliar a dor.

Assim como Alonso (2013) e Lima et al., (2013) percebem a necessidade de adaptação das escalas ao paciente. Relatam ainda que a escala visual analógica não é indicada aos pacientes com alteração da cognição ou outra condição clínica que impossibilite a compreensão.

Considerando o estudo realizado por Alonso (2013) e Lima et al., (2013) pode-se afirmar que a Escala Visual Numérica e a Escala Visual Analógica apresentam eficácia à pacientes com as funções cognitivas preservadas. No entanto, em pacientes com alteração da cognição elas não são adequadas.

O paciente em CP pode se encontrar com a comunicação prejudicada devido o agravo da doença. Neste caso, indica-se o uso da escala face. Um instrumento de fácil entendimento que permite melhor resultado (MORETE; MINSON, 2010).

Na maior cidade do Canadá, Ontario, uma equipe multiprofissional criou um projeto de integração de CP, intitulado “Provincial Palliative Care Integration Project” (PPCIP), para verificar os problemas correlacionados aos serviços de cuidados paliativos implantado no país. Neste estudo observou-se que a dor foi um dos sintomas mais apresentados pelo pacientes. Diante disso, para avaliar a dor, os pesquisadores aplicaram a Escala de Edmonton e durante um ano de estudo, foi possível observar um avanço significativo no controle desse sintoma (JULIE, et al., 2012).

Sabe-se que há outros tipos de escalas para avaliar a dor, no entanto especificamente neste estudo elas não foram citadas devido não atender a necessidade da avaliação da dor em cuidados paliativos. Existe conhecimento incipiente sobre elas, e a busca ainda é crescente, mas está longe do que é necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi alcançado parcialmente, uma vez que foi possível identificar através da literatura os instrumentos disponíveis para avaliação da dor de pacientes com câncer em cuidados paliativo, no entanto não foi possível identificar instrumento específico para avaliar a dor de pacientes com câncer em cuidados paliativos.

Após a análise dos estudos foi possível concluir que embora esteja disponíveis diversos instrumentos para avaliar a dor, ainda há escalas que não são eficientes e que a avaliação é bem complexa, exige conhecimento da fisiopatologia da dor.

Este estudo possibilitou levantar pontos muito importantes no que diz respeito a avaliação da dor, sobretudo em pacientes em cuidados paliativos. Identificaram-se problemas que estão relacionados diretamente com a assistência prestada, principalmente na escolha do instrumento mais eficaz para avaliar a dor. Outro problema encontrado se refere a eficácia dos instrumentos disponíveis.

Percebe-se, portanto, a necessidade de estudos **mais** aprofundados para atender a necessidade dos profissionais de saúde no que diz respeito a avaliação da dor. Embora os instrumentos disponíveis para avaliar da dor ainda sejam ineficazes, acredita-se que este estudo possibilitará às equipes de saúde que prestam assistência de forma direta ou indireta a pacientes com câncer em cuidados paliativos, uma visão mais ampla no que diz respeito à avaliação da dor. Principalmente a equipe de enfermagem que passa mais tempo com o paciente.

Ressalta-se que avaliar a dor envolve uma equipe multiprofissional com um objetivo em comum, aliviar a dor advinda do câncer e outros sintomas resultantes da doença, visto que, as escalas multidimensionais são mais abrangentes.

REFERÊNCIAS

ALONSO, J.P. El tratamiento del dolor por câncer en el final de la vida: estudio de caso en un servicio de cuidados paliativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Salud Colectiva**, v.9, n. 1, p.41-52, 2013.

- AMARAL, J.B.; CALASANS, M.T.A. As dimensões da dor na pessoa sob cuidados paliativos. In: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013, p. 149-164.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n.2, p. 283-290, 2010.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Estimativa 2014**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Acesso em 17 de fevereiro de 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
- BRASILEIRO, M. E.; SILVA, L. C. S. **Metodologia da pesquisa científica aplicada à enfermagem**. Goiânia: AB; 2011.
- BRUNELLI, C. et al. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.8, n. 4, p. 1-8, 2010.
- CARVALHO, M. W. A.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Processo e resultados do desenvolvimento de um Catálogo CIPE® para dor oncológica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1061-1068, 2013.
- GOMES, P. C. **A bioética e a dor: algumas reflexões**. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. (Org.). **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2007.
- GUERRA, Y. G.; NÚÑEZ, P. P. B.; MONTEAGUDO, C.R.A. Evaluación de la calidad de la atención del paciente con dolor en fase terminal: estudio descriptivo transversal. **Revista Medwave**, v. 12, n.6, p. 1-7, 2012.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª ed. Rio Janeiro: INCA, 2008.
- KNON, J.H. et al. Experience of Barriers to Pain Management in Patients Receiving Outpatient Palliative Care **Journal of Palliative Medicine**, v.16, n.8, p. 908-914, 2013.
- LIMA, D. A. et al. Pain evaluation in cancer patients admitted to a teaching hospital of the Northeastern region of Brazil. **Rev Dor. São Paulo**, v.14, n.4, p. 267-2671, 2013 .
- MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D.C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 51, n.4, p. 299-308, 2011.
- MINSON et al. Procedimentos intervencionistas para o manejo da dor no câncer. **Einstein**, v.10, n. 3, p. 292-295, 2012.
- MITERA et al. Retrospective Assessment of Cancer Pain Management in an Outpatient Palliative Radiotherapy Clinic Using the Pain Management Index. **Journal of Pain and Symptom Management**, Toronto – CAN, v.39, n.2, 2010.

MONTEIRO, D.R.; ALMEIDA, M.A; KRUSE, M.H.L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n.2, p. 163-171.

MORAIS, F. F. et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. **Revista Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 73-77, 2009.

MORETE, M.C.; MINSON, F.P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev Dor**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 74-80, 2010.

MUÑOZ, E.; MONJE, D. Valoración de Dolor Total en el Policlínico Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario San José. **Revista El Dolor**, v.19, n. 54, p. 26-34, 2010.

NAIME, F. F. **Manual do tratamento da dor: dor aguda e dor de origem oncológica: tratamento não invasivo**. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 18 -19.

NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Rev Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 50-54, 2011.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O Exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 2010.

RIBEIRO, N. C. et al. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo v. 45, n. 1, p. 146-152, 2011.

SANTOS, C.C. et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Rev Acta Fisiatr**, São Paulo, v.13 n. 2, p. 75-82.

SILVA, T. O. N.; SILVA, V. R.; MARTINEZ, M. R.; GRADIM, C. V. C. Avaliação da Dor em pacientes oncológicos. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n.3, p. 359-363, 2011.

SORIN, B.M.D.; JOSÉ, E.; SARRIA, M.D. The Management of Pain Metastatic Bone Disease. **Rev Cancer Control**. v. 19, nº 2, p. 154-166, 2012.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. Cuidados Paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.