UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELIS ÂNGELA ALVES DA COSTA LIPPI

Avaliação e Mensuração da Dor Crônica Advinda do Câncer

Ribeirão Preto
2011

ELIS ÂNGELA ALVES DA COSTA LIPPI

Avaliação e Mensuração da Dor Crônica Advinda do Câncer

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Ciência e Tecnologia
em Saúde

Orientador: Profa. Dra. Fátima Aparecida
Emm Faleiros Sousa

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Lippi, Elis Ângela Alves da Costa

Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer, Ribeirão Preto, 2011.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

108 f. ill

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Orientadora: Faleiros Sousa, Fátima Aparecida Emm

1. Câncer 2. Dor 3. Medição da Dor 4. Psicofísica

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: LIPPI, Elis Ângela Alves da Costa

Título: Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Ciência e Tecnologia em Saúde

Orientador: Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Ao Meu Pai Celeste,
que me concedeu o dom da vida e guia continuamente
os meus passos.*

*Ao Yuri,
meu amigo, meu companheiro e meu amor para sempre.*

*À Victória, Eduarda, Bárbara e ao Yuri C.,
que são parte de mim e
minha inspiração para a busca de conhecimento e sabedoria.*

Agradecimentos

“Ser feliz é ter um coração agradecido” (Autor Desconhecido)

À Mestra Fátima Faleiros: mais que uma orientadora, um exemplo de vida, de ética, de busca pelos ideais. Sou imensamente grata pelo incentivo constante, pela compreensão nos momentos de adversidade, pelas advertências e por quanto eu cresci com elas...

Aos amigos do Laboratório de Psicofísica Clínica Talita, Carla, Simone, Débora, Márcia Félix, Márcia Garbi, Rodrigo, Lucas e Nádia: obrigada pelo carinho, amizade e parceria. À Andresa e Hilze, que comigo iniciaram esta trajetória e foram mais que amigas; foram irmãs.

Às Enfermeiras e amigas: Eliana, Tatiana e Terezinha obrigada por me ajudarem a sobrepujar os obstáculos diários.

Aos amigos da Clínica para o Tratamento da Dor: obrigada pelo entusiasmo, bondade e competência no dia a dia de convivência com o sofrimento alheio.

Aos amigos do Centro de Endoscopia: obrigada pelas oportunidades de aprendizado, paciência e busca pela excelência.

Aos participantes da Pesquisa pela sincera colaboração neste estudo.

Aos meus queridos sogros Maria e Valdomiro, que com tanto amor e disposição cuidaram dos meus “anjos”, tornando possível esta realização.

A todos os meus amigos e familiares pelo incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

*“Não me deixe rezar por proteção contra os perigos, mas pelo destemor em enfrentá-los.
Não me deixe implorar pelo alívio da dor,
mas pela coragem de vencê-la.
Não me deixe procurar aliados na batalha da vida, mas a minha própria força.
Não me deixe suplicar com temor aflito para ser salvo, mas esperar paciência para merecer a liberdade.
Não me permita ser covarde, sentindo sua clemência apenas no meu êxito, mas me deixe sentir a força de sua mão quando eu cair”.*

Rabindranath Tagore

RESUMO

LIPPI, E.A.A.C. **Avaliação e Mensuração da dor advinda do câncer**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a dor crônica advinda de diferentes tipos de cânceres. Os objetivos específicos foram descrever as características sociais dos participantes, caracterizar a dor percebida por meio de indicadores específicos e identificar os 10 descritores de dor crônica de maior e menor atribuição conforme a percepção da amostra. Participaram do estudo 45 mulheres com câncer de mama, 45 homens com câncer de próstata e 60 indivíduos de ambos os sexos com câncer de sistema digestivo. Para a mensuração da dor foram utilizados os 50 descritores de dor crônica que compõem a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR), utilizando-se o método psicofísico de estimação de categorias. Os resultados da caracterização social das 3 amostras foram: a média de idade foi de 60 anos, 54% eram do gênero masculino, 58,7% casados, 65,3% pertencentes à religião católica e 50,6% tinham ensino fundamental completo. Na caracterização da dor foi evidenciado que, referente ao sítio primário do tumor, 30% estavam localizados na mama, 30% na próstata e 14,7% no estômago. O início da queixa dolorosa ocorreu em 40,7% dos participantes antes do diagnóstico da doença, 52,7% relataram somente 1 sítio de dor e 55,4% relataram que a mesma era intermitente. A intensidade da dor atribuída nas 3 amostras, considerando a média aritmética, demonstrou que os participantes com tumores de sistema digestivo reportaram os maiores escores ($7,58 \pm 2,59$) e 26,6% desta amostra relataram escores acima de 8 para todos os descritores apresentados. Na avaliação dos descritores 10 descritores de maior atribuição foi observado que, 5 estavam presentes nas 3 amostras: “dolorosa”, “desconfortável”, “chata”, “desagradável” e o descritor “incômoda”, o qual foi o mais atribuído tanto pelos participantes com câncer de sistema digestivo quanto pelos participantes com câncer de próstata, demonstrando a similaridade da linguagem da dor nos diferentes grupos. Sobre a dimensão dos descritores de maior atribuição nas 3 amostras houve predomínio de descritores de dor crônica que caracterizaram a dimensão afetiva (50%), seguido pelos de dimensão cognitiva (26,6%) e pelos de dimensão sensitiva (23,3%). Concluímos que, mesmo sendo a dor oncológica um fenômeno considerado individual, multidimensional com comprometimento em diversos domínios da vida, a sua linguagem apresenta semelhança independente do sítio do tumor e do gênero e a dimensão afetiva da dor deve ser melhor explorada nas avaliações clínicas.

Palavras-chave: 1. Câncer 2. Dor 3. Medição da Dor 4. Psicofísica.

ABSTRACT

LIPPI, E.A.A.C. **Evaluation and Measurement of chronic pain from cancer**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The aim general of this study was to evaluate chronic pain arising from different types of cancers. The specific objectives were to describe the social characteristics of the participants, to characterize the pain perceived by specific indicators and descriptors to identify the 10 major and minor award chronic cancer pain as perceived in the sample. The study included 45 women with breast cancer, 45 men with prostate cancer and 60 individuals of both sexes with cancers of the digestive system. For the measurement of pain were used 50 descriptors of chronic pain comprising the Multidimensional Pain Evaluation Scale (EMADOR), using the psychophysical method of category estimation. The results of the social characterization of the 3 samples were mean age was 60 years, 54% were male, 58.7% married, 65.3% belonging to the Catholic area and 50.6% had completed elementary education as schooling. The characterization of pain was evident that, for the primary tumor site 30% were located in the breast, prostate 30% and 14.7% in the stomach. The onset of pain complaint occurred in 40.7% of the participants before the diagnosis of disease, 52.7% reported only one site of pain and 55.4% reported that it was intermittent. Pain intensity given in three samples, considering the arithmetic mean, showed that participants with tumors of the digestive system report higher scores (7.58 ± 2.59) and 26.6% of this sample reported scores above average in 8 arithmetic mean of all the descriptors presented. In the evaluation of the descriptors was seen observed that among the 10 descriptors with higher scores, five were present in three samples: "painful," "uncomfortable", "boring," "unpleasant," and the descriptor "incommode" that was the longer assigned by both the participants with cancer of the digestive system and by the participants with prostate cancer, demonstrating the similarity of the language of pain in different groups. The dimension of descriptors with higher scores in three groups, there was a predominance of chronic pain descriptors that characterize the affective dimension (50%), followed by the cognitive dimension (26.6%) and size sensitive (23.3%). We conclude that even though cancer pain phenomenon considered an individual, multidimensional impairment in several areas of life, their language has similarities regardless of tumor site and gender, and affective dimension of pain should be further explored in the clinical ratings.

Keywords: 1. Cancer 2. Pain 3. Pain Measurement 4. Psychophysics.

RESUMEN

LIPPI, E.A.A.C. Evaluación y medición del dolor crónico por cáncer. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

El objetivo de este estudio fue evaluar el dolor crónico que se presenta a partir de diferentes tipos de cáncer. Los objetivos específicos fueron describir las características sociales de los participantes, caracterizar el dolor percibido por los indicadores específicos y identificar los 10 descriptores de mayor a menor atribución dolor crónico oncológico conforme la percepción de la muestra. Participaron del estudio 45 mujeres con cáncer de mama, 45 hombres con cáncer de próstata y 60 individuos de ambos sexos con cáncer en el sistema digestivo. Para la medición del dolor se utilizaron 50 descriptores de dolor crónico que comprende la Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor (EMEDOR), utilizando el método psicofísico de estimación de categorías. Los resultados de la caracterización social de las 3 muestras fueron: la edad media fue de 60 años, 54% eran varones, el 58,7% casados, 65,3% pertenecen a la religión católica y el 50,6% había completado la educación primaria. En la caracterización del dolor era evidente que, referente al sitio del tumor primario 30% se localizaron en la mama, 30% en la próstata y 14,7% en el estómago. El inicio de la queja del dolor se produjo en el 40,7% de los participantes antes del diagnóstico de la enfermedad, el 52,7% informó de un solo sitio del dolor y el 55,4% informó que la misma era intermitente. La intensidad del dolor atribuida en tres muestras, teniendo en cuenta la media aritmética, mostraron que los participantes con los tumores del sistema digestivo reportaron los mayores escores ($7,58 \pm 2,59$) y el 26,6% de esta muestra reportaron escores mayores que 8 en el promedio aritmético de todos los descriptores presentados. En la evaluación de los 10 descriptores de mayor atribución se observó que, 5 estaban presentes en los 3 grupos: "dolorosa", "desconfortable", "aburrido", "desagradable", y el descriptor "incómodo" que fue el más atribuido por participantes con cáncer del sistema digestivo como también por los participantes con cáncer de próstata, lo que demuestra la similitud en el lenguaje del dolor en diferentes grupos. La dimensión de los descriptores de mayor atribución en los 3 grupos, hubo un predominio de los descriptores de dolor crónico que caracterizan la dimensión afectiva (50%), seguido por la dimensión cognitiva (26,6%) y por los de dimensión sensitiva (23,3%). Llegamos a la conclusión de que, aunque el dolor oncológico sea considerado un fenómeno individual, multidimensional con comprometimiento en los diversos dominios de la vida, su lenguaje presenta semejanza independiente de la localización del tumor y de género, y la dimensión afectiva del dolor debe ser objeto de un mejor estudio en las evaluaciones clínicas.

Palabras clave: 1. Cancer 2. Dolor 3. Dimensión del Dolor 4. Psicofísica.

Lista de Ilustrações

Gráfico 1 – Incidência Mundial de Câncer em ambos os sexos (2008).....	19
Figura 1 – As dimensões da Dor Total.....	26

Lista de Tabelas

Tabela 1	Resumo das estatísticas de morte e casos de câncer em nível mundial ocorridos em 2008.....	20
Tabela 2	Características sociais da amostra composta por clientes com câncer de sistema digestivo e dor crônica (N=60).....	54
Tabela 3	Características da dor crônica da amostra composta por clientes com câncer de sistema digestivo (N=60).....	56
Tabela 4	Descritores de dor crônica de maior atribuição na caracterização da dor crônica de clientes com câncer de sistema digestivo (N=60)...	57
Tabela 5	Descritores de dor crônica de menor atribuição na caracterização da dor crônica de clientes com câncer de sistema digestivo (N=60).....	58
Tabela 6	Características sociais da amostra composta por mulheres com câncer de mama e dor crônica (N=45).....	60
Tabela 7	Características da dor crônica da amostra composta por mulheres com câncer de mama (N=45).....	62
Tabela 8	Descritores de dor crônica de maior atribuição na caracterização da dor por mulheres com câncer de mama (N=45).....	62
Tabela 9	Descritores de dor crônica de menor atribuição na caracterização da dor por mulheres com câncer de mama (N=45).....	63
Tabela 10	Características sociais da amostra composta por homens com câncer de próstata e dor crônica (N=45).....	65
Tabela 11	Características da dor crônica da amostra composta por homens com câncer de próstata (N=45).....	66
Tabela 12	Descritores de dor crônica de maior atribuição na caracterização da dor por homens com câncer de próstata (N=45).....	67
Tabela 13	Descritores de dor crônica de menor atribuição na caracterização da dor por homens com câncer de próstata (N=45).....	68

Lista de Abreviaturas

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BPI	Brief Pain Inventory
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
DDS	Descriptor Diferencial Scale
DP	Desvio Padrão
EMADOR	Escala Multidimensional de Avaliação de Dor
IARC	International Agency for Research on Cancer
IASP	International Association for the Study of Pain
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPAI	Initial Pain Assessment Inventory
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KCPAT	Korean Cancer Pain Assessment Tool
MA	Média Aritmética
MPAC	Memorial Pain Assessment Card
MPI	Multidimensional Pain Inventory
MPQ	McGill Pain Questionnaire
NPTA	Numerical Pain Treatment Algorithm
NRS	Numeric Rating Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
OP	Ordenação de Posição
PD	Pain Drawing
PMI	Pain Management Index
PPP	Pain Perception Profile
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SDPM	Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia
SF 36	Medical Outcomes Study - 36
VAS	Visual Analogue Scale
VRS	Verbal- Visual Rating Scale
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Problema e Justificativa.....	16
1.2. O Câncer e a Dor.....	18
1.3. A Dor Total.....	25
1.4. A dor no indivíduo com câncer de sistema digestivo.....	28
1.5. A dor na mulher com câncer de mama.....	30
1.6. A dor no homem com câncer de próstata.....	32
1.7. Avaliação da Dor do Câncer.....	33
1.8. A Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR).....	37
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	40
3. OBJETIVOS.....	47
3.1. Objetivo Geral.....	48
3.2. Objetivos Específicos.....	48
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	49
4.1. Local de Estudo.....	50
4.2. Amostra.....	50
4.3. Critérios de Inclusão.....	50
4.4. Critérios de Exclusão.....	51
4.5. Período.....	51
4.6. Aspectos Éticos.....	51
4.7. Material.....	51
4.8. Procedimento.....	51
4.9. Análise dos Dados.....	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1. Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo.....	54
5.2. Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer de mama.....	59
5.3. Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer de próstata..	64
5.4. Discussão dos dados entre as diferentes amostras.....	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES.....	92
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	93
Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados.....	95
ANEXOS.....	96
Anexo A- Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR).....	97
Anexo B- Cópia da Autorização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa....	107

1. Introdução

1.1. Problema e Justificativa

O câncer configura-se como uma das principais causas de morte em todo o mundo. Os benéficos avanços na tecnologia para o diagnóstico e nos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, têm aumentado significativamente a expectativa de vida das pessoas, porém grande parte destas sofrerá com a dor advinda do câncer, seja obtendo a cura da doença ou mesmo durante a evolução para a morte.

Na década de 70, a dor oncológica foi considerada “o maior problema de saúde nos Estados Unidos da América” (BONICA, 1978) e na década de 80, considerada como emergência médica mundial pela Organização Mundial da Saúde – OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

O sofrimento e as repercussões na qualidade de vida dos clientes, cuidadores, familiares e amigos são significativos para quem os vivencia. Dessa forma, a dor do câncer traz consequências em diversos domínios da vida: físico, psicológico, espiritual e social, sendo a mesma considerada como dor total (SAUNDERS, 1976). Não obstante, quando inevitavelmente os tratamentos para o câncer falham e a saúde deteriora, há necessidade de mudanças no foco do cuidado prestado pelas equipes de saúde, ou seja, ao invés da busca pela cura da doença, a busca pela qualidade de vida por meio dos cuidados paliativos no qual o manejo da dor é um dos principais objetivos (CARACENI, 2005; PITORAK, 2005).

Segundo a OMS, todo governo deve incluir o controle da dor e cuidados paliativos em seu sistema de saúde, pois tais estratégias são eficazes para aliviar a dor e outros sintomas e proporcionar uma melhor qualidade de vida para clientes com câncer e doença avançada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990). Contudo, tais objetivos só serão alcançados se houver uma adequada e necessária educação na formação dos profissionais de saúde para empregarem de forma efetiva tais estratégias.

Desde o ano 2002, atuando como enfermeira em uma Clínica Especializada no Manejo da Dor Crônica de um Hospital Público, convivemos cotidianamente com o sofrimento de pessoas portadoras de dor oncológica. Semelhante a diversos serviços de assistência a este tipo de clientes, uma avaliação e caracterização

sistematizada e fidedigna da dor não é realizada, resultando em subestimação e dificuldade no manejo da dor.

Abundante literatura sobre a dor do câncer há disponível em nosso meio (APOLONE et al., 2009; BASTOS et al., 2009; BORNEMAN et al., 2010; BOUREAU et al., 2001; BRUNELLI et al., 2010; CAPONERO, 2008; CARACENI, 2001, 2005; CHIH-YI SUN et al., 2007; COLVIN; FALLON, 2008; COUCEIRO; MENEZES; VALENÇA, 2009; HADI et al., 2008; DUGGLEBY, 2002; EDRINGTON et al., 2007; FERREL; MICHAEL; PAICE, 2008; FOLEY, 1999; HALPERT; ERDEK, 2008; JACOBSEN et al., 2009; JENSEN, 2003; KATZ et al., 2005; KLEPSTAD et al., 2002; MACDONALD et al., 2005; MANTYH et al., 2002; MARINEO, 2003; MIASKOWSKI et al., 2007; MICELLI, 2002; MYSTAKIDOU et al., 2007; PERRON; SCHONWETTER, 2001; PIMENTA et al., 2006; PITORAK, 2005; POLESHUCK et al., 2006; PORTENOY, 1999; RIPPAMONTI; LONGO, 2004; STENSETH et al., 2007; VAN DEN BEUKEN VAN EVERDIGEN et al., 2007; VILA et al., 2005; VILHOLM et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990) e, apesar de todas as pesquisas e diversos artigos publicados na área, faz-se necessária a implementação de melhorias nos sistemas de saúde do mundo para promover uma melhor qualidade de vida aos que, de forma crescente, vivenciam a dor oncológica. Esta deve ser a meta dos profissionais de saúde, atuando de forma inter e transdisciplinar nos contextos clínicos.

Ferreira (2005) descreve a dor como “uma experiência subjetiva e multidimensional que envolve aspectos sensitivos, hedônicos e culturais e que evoca reações físicas e emocionais que podem ser atenuadas, acentuadas ou perpetuadas por variáveis sócio-culturais, orgânicas e psíquicas dos clientes e por condições ambientais em que se apresenta” (informação verbal)¹. Por conter tantas variáveis e devido à sua multidimensionalidade, avaliar e mensurar este fenômeno torna-se um notório desafio.

Muitos autores consideram que avaliar a queixa álgica e suas implicações contribui significativamente para a escolha das melhores alternativas terapêuticas a serem empregadas (BOUREAU, 2001; FALEIROS SOUSA, 2004; JENSEN, 2003; TEIXEIRA, 2004). Para tal, diversos métodos de avaliação têm sido empregados, mas não há em nosso meio um modelo específico de instrumento para avaliar a dor

¹ Informação fornecida por Sérgio Henrique Ferreira, em Ribeirão Preto em 2004.

no câncer (CARACENI, 2001, 2005; FALEIROS SOUSA, 2009; JENSEN, 2003; VILA, 2005).

Dentre os tipos de cânceres mais incidentes que produzem dor de forma crônica, ou seja, que ultrapassam 3 meses de duração, estão os tumores de mama nas mulheres, de próstata entre os homens e de sistema digestivo em ambos os sexos.

Tendo a finalidade de melhor compreender a dor crônica advinda de diferentes tipos de câncer, consideramos que a identificação dos descritores mais atribuídos pelos clientes possibilitará a adequada avaliação e mensuração da dor percebida e contribuirá para conhecimento da linguagem da dor oncológica, além de trazer subsídios para um melhor manejo deste fenômeno.

1.2. O Câncer e a Dor

Anualmente, milhões de pessoas em todo o mundo perdem a vida devido ao câncer, em todas as fases do ciclo vital. Ele não é uma única doença, mas uma coleção de transtornos que constituem, pelo menos, 300 diferentes tipos histológicos (BRASIL, 2011a). Os tumores são o resultado de uma cascata de reações celulares genéticas e epigenéticas anormais de perda de regulação do crescimento celular, caracterizada pela proliferação anormal, mudanças estruturais no interior das células motivadas por fatores genéticos e ambientais (químicos, físicos ou biológicos), com efeitos aditivos ou multiplicativos. As células tumorais podem cair na corrente sanguínea e se instalarem em outro órgão distante, formando as metástases (ALBERTS et al., 2010; CAPONERO, 2008; BRASIL, 2011a).

A incidência, distribuição geográfica e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a múltiplos fatores, incluindo sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição a carcinógenos ambientais, como o tabaco, os azocorantes, as aflatoxinas, o benzeno, ácido desoxirribonucléico do grupo herpes e papiloma, bem como vírus de ácido ribonucléico do tipo C (BRASIL, 2008).

O câncer está profundamente associado a situação social e econômica dos clientes e os fatores de risco são mais elevados nos grupos com nível mínimo de educação. Além disso, os clientes das classes sociais mais baixas têm taxas de

sobrevivência inferiores aos das classes sociais mais elevadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O crescimento e o envelhecimento populacional afetarão, de forma significativa, o impacto do câncer no mundo, principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento. No Brasil, o câncer constitui a segunda causa de morte na população brasileira desde 2003 (BRASIL, 2011a). Em nível mundial, a Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer/Organização Mundial da Saúde (*International Agency for Research Cancer – IARC, World Health Organization - WHO*) estimou que em 2008 ocorreriam 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo (INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH CANCER, 2008).

Dados mais recentes sobre a incidência do câncer foram publicados em 2008 pela IARC/WHO, evidenciando que o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), de mama (1,29 milhões), de cólon e de reto (1,15 milhões) são os tumores mais incidentes no mundo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Incidência mundial de câncer em ambos os sexos em 2008 (Adaptado de INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH CANCER, 2008)²

² Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>> Acesso em: 10 mai 2011.

Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos), dados demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Resumo das estatísticas de morte e casos de câncer em nível mundial ocorridos em 2008 (adaptado de INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH CANCER, 2008)³

Estatísticas Mundiais	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
População (milhares)	3402841	3347220	6750061
Número de casos novos de câncer (milhares)	6617.8	6044.7	12662.6
Taxa de idade padronizada*	203.8	165.1	181.6
Risco de adquirir câncer antes dos 75 anos (%)	21.2	16.5	18.7
Número de mortes por câncer (milhares)	4219.6	3345.2	7564.8
Taxa de idade padronizada*	128.6	87.6	106.1
Risco de adquirir câncer antes dos 75 anos (%)	13.4	9.1	11.2
5 cânceres mais frequentes	Pulmão Próstata Colorectal Estômago Fígado	Mama Colorectal Cérvico-uterino Pulmão Estômago	Pulmão Mama Colorectal Estômago Próstata

*Taxa de idade padronizada: número de novos casos ou mortes por 100 000 pessoas por ano

No Brasil, as estimativas para o ano de 2011 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tumores mais incidentes para o sexo masculino serão os cânceres de pele não melanoma (53 mil casos novos), os de próstata (52 mil), de pulmão (18 mil), de estômago (14 mil) e de cólon e de reto (13 mil). Para o sexo feminino, aponta-se que os mais incidentes serão os tumores de pele não melanoma (60 mil), de mama (49 mil) e de colo do útero com 18 mil casos novos diagnosticados (BRASIL, 2011a).

O grande impacto na saúde e mortalidade dos clientes em todo o mundo, motivam que significativos investimentos no controle do câncer sejam empregados

³ Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>> Acesso em: 10 mai 2011.

na atualidade. O conhecimento médico, as novas tecnologias para o diagnóstico e para o estadiamento, o desenvolvimento de novas terapias e a detecção precoce da doença, têm proporcionado um aumento da sobrevida após o diagnóstico inicial, exigindo a conquista de uma melhor qualidade de vida (CAPONERO, 2008; SPINOSA; SANHUEZA, 2002). Apesar de todos estes avanços, muitos clientes com câncer ainda permanecerão sofrendo com a dor oncológica e perdendo tempo precioso de suas vidas em consequência da dor e do sofrimento (MORETE, MINSON, 2010).

Estatísticas recentes e acuradas sobre a prevalência da dor nos clientes com câncer não estão disponíveis, dadas as devidas proporções em diferentes países do mundo. VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN et al. (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura incluindo 52 estudos publicados nos últimos 40 anos, evidenciando que a dor é um sintoma prevalente em 33% dos clientes após tratamento com intenção curativa; nos clientes sob tratamento antineoplásico, a prevalência eleva-se para 59% e em clientes caracterizados com doença em fase avançada, metastática ou terminal, a prevalência de dor chega a 64%. Incluindo-se todos os estados da doença, a prevalência é de 53% e 18% dos participantes apresentaram níveis de dor moderada ou severa. Os clientes com câncer de cabeça e pescoço são os quais apresentam a maior prevalência, seguidos pelos clientes com tumores gastrintestinais. Os autores desta revisão concluíram que, apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde, a dor do câncer ainda é um problema significativo (VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN et al., 2007).

Outros autores apontam que cerca de 18 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem devido à dor causada pelo câncer, manifestando-se em 51 a 70% dos clientes com câncer nos diversos estágios evolutivos da doença, sendo observada em 70 a 90% dos portadores de neoplasias avançadas e 40% apresentam dor intensa (LAURETTI, 2007; MORAES, 2004).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain – IASP*) a define como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que primariamente é associada à lesão tecidual ou descrevemos em termos desta lesão ou ambos” (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2010).

A dor pode surgir em qualquer momento da fase evolutiva ou na fase remissiva da doença. Acredita-se que muitos buscarão os serviços de saúde devido

a uma queixa dolorosa, podendo ser este o primeiro sinal da doença neoplásica. Os procedimentos diagnósticos e os terapêuticos, as cirurgias mutiladoras ou não, a quimioterapia e a radioterapia também podem ocasionar dor. Nos estágios avançados da doença a dor é um importante e comum agravo à qualidade de vida destes clientes (CAPONERO, 2008; PERRON; SCHONWETTER, 2001; RIPPAMONTI; LONGO, 2004; VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN et al., 2007).

Em 1984, a OMS estabeleceu normas para o controle da dor no câncer, internacionalmente reconhecidas, aceitas e aplicadas na atualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990). Tais estratégias baseiam-se na farmacoterapia analgésica, conhecida como “escada analgésica da OMS”, padronizando o tratamento analgésico de acordo com a intensidade da dor percebida. Acreditando que, por ser acessível a maior parte dos povos do planeta, a escada analgésica efetiva aliviar a dor em aproximadamente 90% dos clientes com câncer e em 75% dos clientes com doenças sem possibilidade de cura em estágio avançado (MINSON; MARANGONI, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Porém, após 27 anos, problemas no manejo da dor oncológica são evidentes, conduzidos pela falta de conhecimento da sua multidimensionalidade, baseando-se as estratégias de manejo principalmente na dimensão física.

Desde 2000, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO*) e a Sociedade Americana de Dor (*American Pain Society*) descrevem-a como “5º sinal vital”, devendo ser avaliada e registrada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que são avaliados os outros sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial). Este recurso propicia que sejam empreendidos tratamentos ou mudanças na conduta terapêutica (CLARKE; KASHANIA, 1998; DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS, 1999; FALEIROS SOUSA, 2002).

Complexos mecanismos estão envolvidos na indução da dor associada ao câncer. Segundo Caponero (2008); Perron e Schonwetter (2001); Manthy et al., (2002); Ripamonti e Longo (2004) existem múltiplas causas para a dor oncológica:

- Expansão tumoral com consequente pressão em órgãos circunvizinhos;
- Secreção de mediadores inflamatórios e pró-hiperalgésicos;
- Infiltração tumoral de plexos nervosos causando dano ao tecido neural (dor neuropática);

- Disseminação metastática do câncer nos ossos;
- Distensão de vísceras e da cápsula de órgãos sólidos, inflamação da mucosa, isquemia e necrose que ativam nociceptores viscerais, ocasionando a dor visceral;
- Rápida perda de peso, hipercatabolismo muscular, imobilização ou aumento da tensão muscular e espasmos dolorosos do músculo, ocasionado pelas metástases ósseas, podem causar a dor muscular;
- Dores relacionadas ao tratamento, que incluem a dor articular após quimioterapia e terapia hormonal, mucosite dolorosa após radio e quimioterapia, dores neuropáticas pós-irradiação, hiperalgesia induzida por opioides e dores ocasionadas por lesões neurais advindas de intervenções cirúrgicas.

Para Manthly et al. (2002) a dor do câncer frequentemente torna-se mais grave quando a doença progride e a gravidade é muito variável de cliente para cliente, de tumor para tumor e de sítio para sítio.

Outros autores pontuam que os mecanismos causadores da dor nos clientes com câncer estão relacionados à própria doença neoplásica decorrentes da invasão tumoral em 60 a 80% dos casos; consequentes aos tratamentos antineoplásicos em 20 a 25% dos casos (dor pós-operatória, pós-quimioterapia, pós-radioterapia) e não associada ao câncer e seu tratamento em 5 a 10% dos casos (BRASIL, 2001a; CAPONERO, 2008; PARRIS, 1997).

Os tipos de dor que ocorrem nos pacientes com câncer são a nociceptiva, a neuropática e a mista. A dor nociceptiva ocorre por estimulação térmica, química ou física nas terminações nervosas ocasionadas por danos teciduais. Os estímulos dolorosos ativam os nociceptores periféricos através de neurônios intactos ascendendo para estruturas do tronco cerebral. A dor nociceptiva compreende a dor somática e a dor visceral. A dor somática é decorrente da ativação de nociceptores cutâneos e profundos, sendo geralmente descrita como bem localizada, constante, dolorosa, como pontada ou agulhada. A dor visceral é causada por processos patológicos em órgãos internos que ativam nervos aferentes sensoriais que inervam estes órgãos sendo caracterizada como contínua, mal localizada e profunda. A dor neuropática é resultante de lesão nervosa total ou parcial, central ou periférica em consequência de processos compressivos, infiltrativos ou lesivos na estrutura nervosa. É caracterizada como queimante, em choque, ardente, com formigamento

e parestesia. As causas mais comuns da dor neuropática nos clientes com câncer inclui as sequelas de radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, inflamação, infiltração tumoral e traumas. Comumente, os clientes apresentam dor mista envolvendo a dor nociceptiva e a dor neuropática (CARACENI, 2001; PERRON; SCHONWETTER, 2001; PIMENTA; FERREIRA, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990; WUJCIK; UTLEY, 1997).

Utilizando sua duração como referência, a dor pode ainda ser classificada em aguda ou crônica e ambas são frequentes na dor oncológica. A forma aguda relaciona-se principalmente a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos. A forma crônica ou persistente que estende-se por mais de 3 meses, deixa de ser um sinal para constituir uma doença; acomete cerca de 50% dos clientes em todas as fases da doença e ocorre em mais de 2/3 dos clientes nas fases avançadas (BRASIL, 2001a; LEE et al. 2005; PIMENTA et al., 2006; SILVA, 2001).

A dor crônica produz alterações vegetativas incluindo insônia, falta de apetite, falta de desejo sexual, favorece o desenvolvimento de um repertório de respostas de esquiva e de fuga relativas a atividades física, social e ocupacional (BOUREAU, 2001; CAPONERO, 2010; MORAES, 2004; MURTA, 1999).

Para Caponero (2010), a dor crônica relacionada às neoplasias ocorre por que o sistema nervoso, frente a estímulos dolorosos constantes, fica hiperexcitável, aumenta o campo de recepção e o número de receptores na membrana neural, gerando dor independente de novos estímulos, ocasionando um desequilíbrio entre o sistema que informa a existência de dor e aquele que o suprime.

A cronicidade da dor do câncer pode ser muito estressante para o corpo e para a alma e requer atenção cuidadosa e permanente para ser manejada adequadamente. Frequentemente, associa-se com ideias de progressão tumoral e piora clínica, levando à angústia da incerteza do sofrimento futuro e da proximidade da morte. Apesar de toda complexidade, diversos autores apontam que a dor crônica do câncer pode ser manejada na quase totalidade dos casos com o emprego de terapias farmacológicas e não farmacológicas disponíveis atualmente (CAPONERO, 2008; CANCER-PAIN ORG, 2002; GIVEN et al. 2007; GUILLEN, 2007; PORTENOY; LESAGE, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Para Ripamonti e Longo (2004), a Síndrome da Dor Crônica do Câncer pode conduzir a fadiga, ansiedade, medo, depressão, raiva e isolamento, fatores que podem diminuir os limites individuais de dor. Em contrapartida, o sono adequado,

elevação do humor, diversão, empatia e entendimento podem elevar os limites individuais de dor, repercutindo positivamente na qualidade de vida do cliente e de seus familiares, amigos, cuidadores e equipe. Para tornar isto possível, faz-se necessária uma assistência global e transdisciplinar.

Outros autores (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008; MURTA, 1999; PERRON; SCHONWETTER, 2001; RIPPAMONTI; LONGO, 2004) apontam que existem diversos fatores que podem afetar diretamente a habilidade dos clientes em controlar sua dor, incluindo:

- aspectos emocionais, como a ansiedade e depressão;
- aspectos cognitivos, como a confiança de uma pessoa em sua capacidade de lidar com a dor, desespero e constante lembrança da natureza incurável e progressiva da doença;
- contextos social e ocupacional, incluindo o apoio que um cliente recebe de seu parceiro ou família;
- fobia por parte dos clientes, familiares e profissionais sobre a administração de medicamentos opiáceos.

Os clientes com dor crônica oncológica podem ainda sofrer com a ocorrência de “dor episódica” ou “dor da descoberta” (*breakthrough pain*), definida como surto de dor ou dor aguda que ocorre num contexto de dor bem controlada, acarretando sofrimento e agravo à qualidade de vida, podendo ter diversas causas tais como a metástase ou afecções que naturalmente progridem (CARACENI, 2001; CAPONERO, 2004; COLVIN; FALLON, 2008; INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008).

1.3. A Dor Total

O Biênio 2008-2009 foi considerado pela IASP o “*Ano Mundial de Combate a Dor do Câncer*”, mas a preocupação com a dor oncológica não é recente. Na década de 1970, a inglesa Cecily Saunders introduziu o conceito de “dor total” para definir o tipo de dor percebida pelos clientes oncológicos. Considera-se a dor advinda do câncer como “total” por trazer consequências em todos os domínios da vida, sejam eles físico, psicológico, social, emocional e espiritual, que a proximidade da morte

pode lhes proporcionar (SAUNDERS, 1976). Na figura 1 a autora descreve a natureza abrangente da dor do câncer.

Figura 1 – As Dimensões da Dor total (adaptado de CANCER PAIN, 2008)⁴

As consequências no domínio físico podem ser causadas pelos efeitos diretos do tumor, pelo tratamento, pela debilidade geral e por diversas comorbidades. A dor espiritual e a angústia incluiu questões existenciais, a busca de sentido e de propósito, a raiva do "destino", bem como questões relacionadas a fé e a religião específicas. A dor social refere-se à posição do cliente na sociedade e na cultura, às questões financeiras e ao impacto da dor sobre a família e cuidadores. A dor psicológica, muitas vezes difícil de compreender e manejar, envolve aspectos culturais, experiência prévia, ambiente social e crenças, sexo, personalidade e estado emocional, ocasionando medo, ansiedade e depressão. (CAPONERO, 2008; MICELLI, 2002; SAUNDERS, 1976).

Os aspectos físicos da dor não podem ser manejados de forma isolada. O termo "dor irrelevante aos opiáceos" é por vezes utilizado para descrever os componentes da dor comuns na dor psicológica, social e espiritual que são

⁴ Disponível em: < http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Global_Year_Against_Cancer_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=8716 > Acesso em: 09 out 2009.

frequentemente negligenciados nas avaliações clínicas (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008).

Consideramos que há em nosso meio inadequação da necessidade de “tratar a dor” pois, para o alcance dos objetivos de uma assistência eficiente e da melhoria da qualidade de vida, há necessidade de se “manejar a dor” em todos os seus domínios e os vários componentes devem ser considerados e manejados simultaneamente.

Muitos dos clientes com câncer podem ainda vivenciar desconfortos ocasionados por lesões cutâneas, odores desagradáveis, transtornos alimentares, insônia, ansiedade, mutilação, desfiguração, fadiga, luto antecipatório, dificuldades econômicas, de acesso aos serviços de saúde e desintegração do mundo familiar. Estes fatores podem resultar em piora da dor e ocasionar o “sofrimento total” (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008; PIMENTA et al., 2006).

As consequências da dor do câncer são devastadoras, podendo incluir incapacidade funcional, imobilidade, isolamento social, estresse emocional e espiritual, conduzindo à cessação das terapias potencialmente curativas. Alguns clientes com câncer expressam maior medo de morrer de dor do que de morrer por causa da doença, além de seus familiares e amigos que também sofrem por testemunhar a dor e a angústia experimentadas por um ente querido com câncer (CAPONERO, 2004; MARTINS, 2004; MACIEL, 2004).

Para Espinoza e Sanhueza (2007), como o câncer é uma das causas de morte vivenciada através de um difícil processo, o entendimento deste por toda a equipe de saúde permite que haja a condução de uma morte com qualidade, considerando que o cliente possa estar o mais livre possível da dor. Os autores ainda salientam que a espiritualidade permite suportar a dor, o sofrimento, dá sentido à vida embasada na fé religiosa.

Fitch (2006) descreve que doenças como o câncer que ameaçam a vida, desafiam a espiritualidade, ameaçam a esperança e motivam a busca pelo significado ou sentido da situação, e a espiritualidade se refere à dimensão que motiva o significado.

Bonica (1978), ainda na década de 70, apontava sobre a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na assistência aos clientes com dor do câncer. Outros autores apontam para a importância deste tipo de abordagem no cuidado ao cliente

durante a evolução do câncer desde o diagnóstico até a morte, pois esta é capaz de promover conforto, dignidade e respeito, condições tão necessárias aos clientes com câncer avançado (CARACENI et al., 1996; FERREL; LEVY; PAICE, 2008; FOLEY et al., 2006).

1.4. A Dor no Indivíduo com Câncer de Sistema Digestivo

Os cânceres de sistema digestivo abrangem as neoplasias malignas de esôfago, de estômago, de pâncreas, de fígado, de vesícula, de vias biliares, de intestino delgado, de cólon e de reto.

Dentre os tumores acima citados, destaca-se o câncer de estômago e, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2010 o número de casos novos de câncer de estômago será de 13.820 nos homens e de 7.680 nas mulheres, correspondendo a um risco estimado de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 8 para cada 100 mil mulheres. No mundo, a incidência do câncer de estômago configura-se como a quarta causa mais comum e, em termos de mortalidade, é a segunda causa de óbitos por câncer. Em geral, sua magnitude é de duas a três vezes maior nos países em desenvolvimento e tem maior incidência no sexo masculino que no feminino (BRASIL, 2010).

Cerca de 9,4%, equivalendo a um milhão de casos novos de todos os cânceres, são de cólon e de reto. Estima-se que, para o ano de 2010 em nosso país, de todos os novos tipos de câncer diagnosticados, 13.310 homens serão acometidos e 14.800 mulheres. Os tumores malignos de cólon e de reto, em termos de incidência, configuram-se como a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. Estes valores correspondem a um risco estimado de 14 casos novos a cada 100 mil homens, e 15 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2010).

Cerca de 20% de todas as dores de origem neoplásica encontram-se localizadas no tronco e os tumores do aparelho digestivo correspondem a 31% de todos os cânceres que causam dor, e quanto maior o estadiamento clínico-patológico, maior a incidência de dor relacionada à neoplasia. Nos clientes terminais

deste tipo de câncer, as dores tendem a ser mais intensas, progressivas e incidentes em 60 a 80% dos clientes (DELGADO, 2002).

Nos tumores do estômago, a dor pode apresentar-se como sintoma inicial, muitas vezes confundindo-se com sintomas de doenças benignas e comuns como gastrite e úlceras pépticas (WEBMD, 2010).

As dores moderadas e graves são frequentes em clientes com câncer do trato digestivo. Além disso, procedimentos endoscópicos, muitas vezes necessários para o estadiamento da doença, podem ainda ser outro fator de ocorrência de dor, ansiedade e desconforto para estes clientes (ESSINK-BOOT et al., 2007).

O câncer de pâncreas é uma das neoplasias com maior índice de letalidade e a sobrevida global continua a ser de 4% em todas as etapas. A dor abdominal é um sintoma importante nos clientes com câncer pancreático incurável, principalmente na parte superior do abdômen, podendo irradiar para as costas, sendo muitas vezes difícil de tratar. Outros problemas comuns para os clientes com este tipo de neoplasia são obstrução intestinal, obstrução biliar, insuficiência pancreática, caquexia-anorexia e depressão, condições para o aumento da queixa dolorosa e perda da qualidade de vida. A dor visceral é um dos sintomas mais difíceis de controlar, aumentando a demanda para a eutanásia nos países nos quais tal prática é permitida. O manejo da dor, dos seus sintomas e sua avaliação devem ser constantes, pois são aspectos mais importantes para a assistência a estes clientes e com a progressão da doença, a dor pode tornar-se insuportável (DI MOLA; DI SEBASTIANO, 2008; FAZAL; SAIF, 2007; MARINEO, 2003).

Na vigência de dor induzida por câncer hepatobiliar, a inadequada atenção ao sintoma doloroso tem um impacto negativo na qualidade de vida, porém o alívio satisfatório da dor e do sofrimento pode ser conquistado na maioria dos casos por meio da abordagem multidisciplinar. Este tipo de câncer pode acarretar dores do tipo nociceptiva, neuropática ou uma combinação dos dois (HELPERT; ERDEK, 2008).

Nos portadores de câncer de cólon e de reto submetidos a intervenções cirúrgicas com colocação de estomas, além de todas as implicações que o diagnóstico de câncer ocasiona, os clientes podem deparar-se com diversas alterações em seu processo de viver, que vão desde a alteração da fisiologia gastrointestinal, da autoestima a alteração da imagem corporal ocasionada pelos dispositivos, odores e lesões cutâneas periestomais. Todas estas transformações

condicionam a vida familiar, afetiva, laboral e social da pessoa, acarretando dor física, social e espiritual (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

1.5. A Dor na Mulher com Câncer de Mama

O câncer de mama é um dos principais diagnósticos entre mulheres no mundo inteiro, com 1 milhão de novos casos por ano e, segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que por volta de 2020, 70% dos casos novos de câncer de mama ocorrerão em países em desenvolvimento. O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2010 será de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2010).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. É provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal (BRASIL, 2010; VILHOLM, 2008).

Semelhante a outros tipos de tumores, a dor ocasionada pelo câncer de mama está relacionada principalmente a cirurgias e procedimentos invasivos (biópsias, tumorectomia e mastectomias, disseções de linfonodos); a radioterapia (reações dolorosas na pele, plexopatias braquiais e cervicais); a quimioterapia (mucosites, artralguas e mialguas e neuropatias periféricas), ao linfedema de membros superiores devido ao esvaziamento axilar; a dor óssea ocasionada e por terapia hormonal; a dor relacionada ao crescimento tumoral e suas metástases, sendo que aproximadamente 25% dos tumores malignos de mama produzem metástases primeiramente para os ossos, pulmões e fígado (KATZ et al., 2005).

A dor local, devido ao tumor primário, muitas vezes só ocorre quando há invasão da pele local, sendo este um agravo para o diagnóstico inicial da doença.

A Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia (SDPM) é condição frequente para as mulheres que foram submetidas a cirurgias, produzindo dor do tipo crônica, podendo ser de natureza neuropática, resultante de lesão de nervos ou disfunção do sistema nervoso, e nociceptiva, resultante de lesão dos músculos e dos ligamentos. A

frequência da síndrome pode variar entre 4 a 56% (COUCEIRO; MENEZES, VALENÇA, 2009).

A SDPM foi relatada pela primeira vez durante os anos 1970, caracterizada como maçante e em queimação, e a dor no tórax anterior, no braço e na axila podem ser exacerbadas por movimentos da cintura escapular (WOOD, 1978).

A causa exata da SDPM ainda é obscura, mas várias teorias etiológicas têm sido postuladas, incluindo a dissecação do nervo intercostobraquial, dano ao nervo axilar intraoperatório e dor causada por neuroma (COUCEIRO; MENEZES, VALENÇA, 2009; JUNG et al., 2003; MacDONALD, 2005).

A prevalência de queixas como dor, fadiga, parestesia e edema no membro superior ipsilateral entre as clientes que se submeteram a tratamentos para o câncer de mama pode ser elevada, variando de 5 a 74%. Em muitos casos, estes sintomas impedem as mulheres de voltarem às suas rotinas diárias, às práticas de exercícios e de recreação, interferem no ato de dirigir, no cuidar dos filhos, no lazer e na atividade sexual, repercutindo na qualidade de vida (COUCEIRO; MENEZES, VALENÇA, 2009; QUEIROZ et al., 2009). Os mesmos autores relatam que dados sobre estas complicações podem ser subestimados pelos médicos e pelas clientes, que tentam aceitá-los como normal ou como consequência irremediável do tratamento.

Alguns estudos têm demonstrado as diferenças na expressão da dor entre os homens e as mulheres. Para Costa (2008), há maior prevalência de dor na mulher em diversas condições clínicas e pode ser devido, em parte, a variações hormonais frequentes nas mulheres e os efeitos adversos de analgésicos são mais comuns entre elas, pois estas utilizam mais analgésicos que os homens.

Segundo a INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (2007), há evidências de que as mulheres experimentam dores mais recorrentes, mais intensas, mais duradouras e com menor tolerância a diversos estímulos dolorosos do que os homens, mas que essas expressões podem variar no transcurso da vida, reduzindo-se depois dos anos reprodutivos.

Tais variáveis devem ser consideradas para a avaliação de mensuração da dor, bem como na escolha de estratégias para o manejo da dor associada ao câncer de mama.

1.6. A Dor no homem com Câncer de Próstata

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o número de casos novos de câncer de próstata estimado para o Brasil no ano de 2010 será de 52.350. Estes valores correspondem a um risco estimado de 54 casos novos a cada 100 mil homens. Em termos de valores absolutos, o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de câncer. Mais do que qualquer outro tipo de câncer, este é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (BRASIL, 2010).

Como sintoma, a dor pode aparecer na fase avançada da doença, sendo caracterizada por um quadro de dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, por infecções generalizadas ou por insuficiência renal. Os clientes podem experimentar dor direta no local das metástases, frequentemente uma dor surda e constante que aumenta gradualmente em intensidade com o tempo. Eles descrevem a dor geralmente com o agravamento dos sintomas; outros clientes não relatam nenhuma dor até que uma complicação secundária ocorra como instabilidade estrutural que conduz a fraturas patológicas ou a colapso vertebral. Tais eventos podem causar espasmos do músculo, compressão de nervo e, mais seriamente, compressão da medula espinal e consequente aumento da dor (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008; REALE; TURKIEWICZ; REALE, 2001).

A fadiga e a dor óssea são sintomas comuns na fase avançada do câncer de próstata e, juntos, tais sintomas deterioram a qualidade de vida, requerendo intervenções interdisciplinares, tais como a educação dos clientes e seus cuidadores para promover o conforto e o alívio destes sintomas críticos (BORNEMAN et al., 2010; RIPAMONTI; LONGO, 2004).

A piora da dor nos portadores de câncer prostático afeta a capacidade de realização de atividades de vida diárias, devendo ser a meta do seu manejo a diminuição da intensidade dos sintomas e o aumento das funções e, consequentemente, a melhora da qualidade de vida global destes homens (HADI, et al., 2008).

Outros autores salientam que programas para mudar a atitude frente a dor do câncer, aperfeiçoar as habilidades de comunicação entre clientes e profissionais de saúde, agregar mudanças institucionais e a avaliação adequada do cliente em termos de síndromes dolorosas podem ser estratégias promissoras na luta contra o sofrimento e a dor associados ao câncer prostático (LATTANZI, 1999; MÜNGER-BEYELER et al., 2008).

1.7. Avaliação da Dor do Câncer

A avaliação é um passo vital e preliminar para o controle satisfatório da dor do câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Segundo Guillen (2007), "a dor é um sintoma subjetivo e é preciso ensinar a avaliá-lo".

Vários autores enfatizam que para o melhor manejo da dor do câncer faz-se necessária uma avaliação global que caracteriza os sintomas físicos, avalia a relação entre a dor e a doença, clarifica o impacto das condições de dor e os transtornos na qualidade de vida do cliente. Esta avaliação requer o uso de uma nomenclatura padrão, uma avaliação funcional qualificando e quantificando as deficiências nos vários domínios (BOUREAU et al., 2001; MICELLI, 2002; PORTENOY; LESAGE, 1999; TEIXEIRA, 2004; YENG et al., 2005).

Não obstante, a dor é intrinsecamente subjetiva e o autorrelato do cliente é o padrão ouro para a avaliação (JENSEN, 2003; PORTENOY; LESAGE, 1999). Para McCaffery⁵ (1968 apud FERREL, 2005, p. 83), "a dor é o que a pessoa diz que está enfrentando e existe sempre que ele diz que há".

Pimenta et al. (2005) descrevem que a dor do câncer tem conceito popular de incontrolável e de terrível e, embora este temor tenha fundamento, é possível reduzi-la com avaliação e tratamentos adequados. Estes autores salientam que a avaliação da experiência dolorosa não é um procedimento simples e a seleção dos instrumentos e métodos a serem usados na avaliação deve ser cuidadosa, dada a natureza complexa e subjetiva do fenômeno algico.

5 McCAFFERY, M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain and main environment interactions. Los Angeles: University of California Los Angeles.

Conforme o Manual Técnico do INCA (BRASIL, 2001a) o sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação inicial cuidadosa de sua natureza, incluindo o entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor, e esta avaliação irá atuar como uma linha de base para o julgamento de intervenções subsequentes.

A avaliação funcional do fenômeno doloroso, assim como o impacto biopsicossocial, são fundamentais para definir o diagnóstico e as condutas terapêuticas e assim sendo, a avaliação do cliente com dor oncológica deve ser multidimensional, envolvendo a quantificação e qualificação dos aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais, cognitivos, afetivos e culturais dos clientes (FALEIROS SOUSA, 2004; TEIXEIRA, 2004; YENG, 2005).

Para uma adequada avaliação da dor crônica do câncer, é necessário mensurar o mais fidedignamente possível o fenômeno algico. Segundo Faleiros Sousa (2002, p. 446):

[...] a mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema desta natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou conduta terapêutica. Com uma mensuração apropriada da dor torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e permite escolher qual é o melhor e mais seguro dentre os diferentes tipos.

Na literatura científica, encontramos vários métodos que podem ser utilizados para avaliar e mensurar a dor. Eles podem ser classificados em instrumentos unidimensionais, que quantificam apenas a severidade ou intensidade, e multidimensionais, que buscam avaliar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; PEREIRA; FALEIROS SOUSA, 1998).

Os instrumentos unidimensionais constituem um meio simples dos clientes atribuírem a intensidade da dor percebida e devido à fácil aplicação, são os mais utilizados na pesquisa e na clínica. Para Da Silva e Ribeiro-Filho (2006), as escalas unidimensionais mais frequentemente utilizadas são a Escala de Categoria Numérica (*Numeric Rating Scale – NRS*), a Escala Analógica Visual (*Visual Analogue Scale – VAS*) e a Escala de Categoria Verbal ou Visual (*Verbal- Visual Rating Scale – VRS*).

Considerando que a dor é um fenômeno complexo, os instrumentos multidimensionais buscam avaliar de maneira mais completa possível a experiência dolorosa.

Para Da Silva e Ribeiro-Filho (2006), a importância de uma avaliação acurada da dor clínica tem promovido a explosão de uma variedade de escalas multidimensionais. Entre os principais questionários e inventários multidimensionais de avaliação da dor descritos na pesquisa e clínica encontramos o Instrumento de Avaliação Inicial da Dor (*Initial Pain Assessment Inventory - IPA*), o Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory - BPI*), o Questionário McGill de Dor (*McGill Pain Questionnaire - MPQ*), o Desenho da Localização da Dor (*Pain Drawing - PD*), o Perfil da Percepção da Dor (*Pain Perception Profile - PPP*), a Escala de Avaliação da Dor Relembrada (*Memorial Pain Assessment Card - MPAC*), o Inventário Multidimensional de Dor (*Multidimensional Pain Inventory - MPI*), a Escala de Descritor Diferencial (*Descriptor Diferencial Scale - DDS*) e a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR).

Na literatura, verificamos que o BPI e o MPQ estão entre os mais utilizados para avaliar a dor oncológica. Estes instrumentos estão disponíveis em diversas línguas e nas formas reduzida e completa. O MPQ, instituído por Melzack e Turgerson (1975), é um questionário amplamente utilizado em ambientes clínicos e na pesquisa.

Jensen (2003) revisou sistematicamente a literatura para identificar a fidedignidade e a validade das medidas de dor oncológica e avaliar suas propriedades psicométricas. Nos 164 estudos analisados, 74,4% avaliaram a intensidade da dor, 29,3% avaliaram a combinação da intensidade e interferência da dor em um único escore, 14% avaliaram a interferência da dor, 10,4% a qualidade, 10,4% o alívio da dor, 8,5% os efeitos/dissabor/incômodo, 1,8% os sítios de dor e 1,2% os aspectos temporais da dor. Para o autor, a dor tem muito mais qualidades sensitivas e afetivas que vão além de sua intensidade.

Faleiros Sousa e Silva (2005) sugerem que um instrumento ideal de avaliação da dor deve ter propriedades de uma escala de razão; deve fornecer informação imediata sobre a fidedignidade do desempenho dos clientes; deve ser relativamente livre de vieses; deve ser simples de utilizar com clientes com e sem dor, tanto em contextos clínicos quanto de pesquisa, ser fidedigno, ser sensitivo às mudanças na

intensidade da dor e demonstrar utilidade tanto para a dor experimental quanto a dor clínica, permitindo comparações confiáveis entre ambos os tipos de dor.

Segundo Pimenta (2003), para que haja um adequado controle da dor oncológica, faz-se necessária a organização de sistema de identificação e a avaliação do cliente com dor oncológica pela enfermagem deve envolver aspectos físicos, psicossociais e terapêuticos, além de minuciosa caracterização da dor.

A avaliação e a mensuração são os primeiros passos de qualquer estratégia de manejo da dor do câncer. No entanto, apesar dos diversos instrumentos disponíveis, ainda não há em nosso meio uma metodologia padronizada válida para avaliar o estado da dor no cliente com dor crônica associada ao câncer no contexto clínico (CARACENI, 2001; JENSEN, 2003).

Na pesquisa, os ensaios clínicos de tratamento da dor oncológica devem utilizar medidas de dor confiáveis e válidas e, apesar da grande variedade de medidas disponíveis, ainda não existem quaisquer orientações claras para selecionar uma ou mais medidas em relação às demais (JENSEN, 2003).

Para uma avaliação fidedigna, há que se estabelecer uma efetiva comunicação entre profissionais, clientes e cuidadores. Micelli (2002) aponta que a forma de comunicação da dor dependerá de fatores tais como idade do cliente, sexo, estrutura de personalidade, funções cognitivas, história pessoal, contexto sócio-familiar e de dor, estado afetivo e condições psico-orgânicas do momento. Para a autora, a comunicação da dor dependerá ainda da qualidade do ouvinte, da disponibilidade real e sincera de escuta, da comunicação inequívoca do ouvinte ao cliente e da sua determinação inarredável em dele cuidar.

Segundo Abella e Ochoa (2007), existem erros frequentemente identificados na América Latina relacionados com a avaliação de clientes com dor, aplicáveis àqueles com dor oncológica:

- Não crer na avaliação do cliente, desconsiderando que o indicador mais confiável da existência e da intensidade da dor é o seu autorrelato e nem o comportamento nem os sinais vitais podem substituí-lo;
- Não mensurar a dor permanentemente e em intervalos regulares;
- Desconsiderar as populações especiais (neonatos, lactentes, crianças pequenas, pessoas com retardo mental, demência, grupos étnicos e imigrantes com pouca linguagem), devendo-se conhecer as especificidades de cada grupo;

- Focar apenas o manejo da dor e esquecer da qualidade de vida, ou seja, além de se quantificar a intensidade da dor, deve-se indagar sobre o impacto da dor na funcionalidade e nas atividades de vida diária;
- Não investigar a natureza da dor, desconsiderando que a classificação da fonte pode guiar o uso de medicamentos específicos e o seu manejo;
- Subutilizar e ignorar os métodos não farmacológicos, sendo que tais métodos podem ajudar a reduzir o consumo de analgésicos e melhorar a qualidade de vida dos clientes.

1.8. A Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR)

A natureza multidimensional e os diversos domínios da vida afetados pela dor oncológica torna sua mensuração uma tarefa desafiadora. Há que se considerar que a mesma pode ser expressa de diversas formas, como por alterações não vocais (postura, expressões faciais, atividade motora, atividade autonômica), pelas expressões vocais paralinguísticas (como choro) e a pela linguagem (PEREIRA, 2001). As palavras são um dos aspectos da dimensão linguística da dor, utilizadas para comunicá-la e para descrever sua experiência (DUGGLEBY, 2002).

Para Bonica (2002), a dor apresenta um vocabulário específico que possibilita a comunicação do cliente com os profissionais, família, sociedade, variando de acordo com a cultura, a sociedade e a época vivida.

A busca pelo conhecimento sobre a linguagem da dor é antigo e foi descrito pela primeira vez na literatura em 1939 por Dallenbach, quando o autor propôs uma lista de 44 palavras divididas em 5 grupos avaliando a temporalidade e a distribuição espacial da dor, bem como a sua integração com questões afetivas e atributos qualitativos (NOBLE et al., 2005).

Melzack e Turgerson (1971) selecionaram 102 palavras e as denominaram descritores de dor, os quais foram categorizados nas dimensões sensorial discriminativa, cognitiva-avaliativa e afetivo-motivacional. Posteriormente tais descritores compuseram o instrumento multidimensional MPQ. Para Faleiros Sousa e Silva (2005), este questionário apresenta algumas dificuldades, tais como o fato de os procedimentos de escalonamento de categorias utilizados para quantificar cada

conjunto de descritores fornecerem informações ordinais e, em vez de intervalar, o MPQ é limitado em sua capacidade de informação quantitativa acerca da dor, fazendo com que alguns clientes fiquem confusos com o vocabulário. Além disso, ele fornece apenas um escore total.

Para Duggleby (2002) a avaliação da dor depende da comunicação entre o avaliador e a experiência individual do cliente sobre a dor percebida, e os instrumentos tem a função de facilitar tal comunicação.

Buscando-se uma adequada avaliação da dor, Faleiros Sousa et al. (2010) identificaram e validaram, por meio de métodos psicofísicos, os descritores de língua portuguesa que caracterizam a dor crônica, considerando as diferenças culturais em expressar verbalmente a dor.

A Psicofísica é um campo da psicologia experimental que visa reconhecer a relação funcional entre os estímulos físicos e as respostas que eles provocam, com o propósito de medir intensidades da percepção sensória e de experiências emparelhando com a intensidade do som, do paladar, do esforço percebido e dor, tendo a psicofísica nascido quando os cientistas começaram a pensar na possibilidade de mensurar as sensações (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006); STEVENS, 1975).

Faleiros Sousa et al. (2010, p. 5) descrevem a importância da psicofísica na avaliação e mensuração da dor:

A psicofísica tem como suposição central que o sistema perceptual é um instrumento de mensuração que gera resultados (experiências, julgamento, respostas) que podem ser sistematicamente mensurados e analisados. Dessa forma, cumpre mencionar a importância de escutar qualitativamente o outro de tal forma que envolva empatia, interesse e respeito às diferenças e à subjetividade, para que o pesquisador não projete valores e crenças, assim como o mundo interno, fazendo com que a percepção se torne distorcida em relação à percepção da vida e da dor atualmente usada nas Ciências, têm se mostrado promissores para escalonar fenômenos subjetivos, entendendo a diversidade e a multidimensionalidade do ser humano e a beleza do cérebro e da mente humana como sistema ativo capaz de capturar essas qualidades por meio de descritores.

Da Silva e Ribeiro-Filho (2006) salientam que as aplicações da psicofísica têm sido relevantes tanto para o tratamento quanto para manipulação das dores aguda e crônica, clarificando seus mecanismos e fornecendo uma base científica para os modernos métodos de avaliação e mensuração. Para estes autores, o rigor das ferramentas da psicofísica podem contribuir no processo na avaliação e mensuração

tanto da dor clínica quanto da experimental, podendo gerar uma medida fidedigna e válida do quinto sinal vital nas suas diferentes dimensões.

Para Faleiros Sousa et al. (2010), a dor é influenciada por fatores culturais, situacionais e também pela atenção, motivação, emoção, dentre outras variáveis psicológicas. A maior parte da informação necessária para se adequar um procedimento de avaliação da dor origina-se do que o cliente relata, complementada pela avaliação física. O cliente é considerado (no ambiente clínico ou de pesquisa) como um instrumento de mensuração, sendo que quem sabe sobre a dor que percebe é quem a sente.

Com o objetivo de elaborar um instrumento multidimensional de avaliação de dor para a língua portuguesa, validado de forma subjetiva e estatística, Faleiros Sousa et al. (2010) desenvolveram a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR).

Para a elaboração do EMADOR, participaram 6 juízes, 493 profissionais da saúde e 146 participantes portadores de dor aguda e de crônica. As autoras utilizaram a lista de descritores contida no MPQ, em livros, em artigos científicos específicos da literatura mundial, em dicionário da língua portuguesa e em dicionário médico.

Em sua forma inicial, o instrumento constou de uma lista com 308 descritores e respectivas definições e, abaixo das mesmas, foi colocada uma escala de categorias de 7 pontos, contendo alternativas que variavam de 0 a 6, segundo as quais os participantes deveriam emparelhar os seis julgamentos, atribuindo escores que representassem o quanto, em sua percepção, tal descritor era atribuído para caracterizar a dor.

Foram utilizados métodos psicofísicos diretos e indiretos, sejam de estimação de categorias, estimação de magnitudes e emparelhamento intermodal com modalidade de resposta e comprimento de linhas. Resultaram destes experimentos os 40 descritores que mais caracterizaram a dor aguda e os 40 descritores que mais caracterizaram a dor crônica, validando assim a escala psicofísica de atribuição dos descritores de dor aguda e de dor crônica para a língua portuguesa e, consequentemente, a EMADOR. Tal instrumento de descritores de dor para a língua portuguesa captura indicadores que possibilitam analisar a linguagem da dor e suas dimensões: sensitivas, afetivas e cognitivas.

Para Faleiros Sousa (2011), na dimensão sensitiva os descritores e respectivas definições expressam a percepção da sensação física da dor, como “queimante”, “em punhalada” e “perfuradora”. Na dimensão afetiva, os descritores e respectivas definições sugerem que a dor afeta o humano no que diz respeito às emoções e consequente dinâmica psíquica, por exemplo, “deprimente”, “cruel” e “atrormentadora”. Na dimensão cognitiva, os descritores e respectivas definições sugerem explicação, racionalização e intelectualização da dor percebida, ou seja, pode-se pensar sobre ela e como exemplo estão os descritores “chata”, “desgastante” e “brutal” (informação pessoal)⁶.

A eficácia do manejo depende de uma avaliação e mensuração da dor consistente e fidedigna, as quais vêm sendo feitas no laboratório e na clínica. Os artigos publicados anteriormente tiveram o propósito de que a geração de conhecimento nessa área viesse construir uma cultura de ensino, de pesquisa e de assistência no domínio da dor humana no Brasil (FALEIROS SOUSA, 2010).

Diversas pesquisas já foram e estão sendo realizadas utilizando-se a EMADOR nas versões aguda e crônica para avaliação e mensuração da dor humana, considerando que tal escala satisfaz os critérios psicométricos de fidedignidade, objetividade e consistência escalar (EVANGELISTA, 2007; HORTENSE, 2009; PEDROSA, 2009; SALTARELI, 2007; ZAMBRANO, 2004). Porém, de forma inédita na presente investigação, foi a EMADOR utilizada para avaliação e mensuração da dor crônica associada ao câncer.

6 Informação fornecida por Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa em Ribeirão Preto em maio de 2011.

2. Revisão da Literatura

O objetivo desta revisão de literatura foi identificar artigos científicos sobre a avaliação e mensuração da dor do câncer.

Evidenciamos que há disponível na literatura um número abrangente de pesquisas sobre a dor oncológica. Entretanto, tais pesquisas não abordam os temas avaliação e mensuração deste fenômeno, demonstrando que há necessidade de serem realizadas mais pesquisas sobre esta temática.

No estudo realizado por Duggleby (2002), foram comparados os descritores relatados por um grupo de 11 clientes com câncer em estágio avançado para descreverem a sua dor, utilizando-se os descritores que fazem parte dos instrumentos MPQ, o MPAC e a VAS, muito utilizados na avaliação do fenômeno doloroso. A idade dos participantes variou entre 66 e 80 anos; 5 eram do sexo feminino e 6 do masculino. Os sujeitos ficaram livres para usar quais e quantas palavras julgassem necessárias para descrever a dor percebida. Dos resultados, apenas 31% das palavras do MPQ foram utilizadas, somente duas do MPAC e uma das duas da VAS.

Uma revisão da literatura científica realizada por Caraceni et al. (2005) avaliou os métodos de mensuração de dor utilizados em ensaios clínicos controlados em oncologia, publicados entre 1999 e 2002, que tiveram a dor crônica do câncer como objetivo principal ou secundário. Dos 68 artigos selecionados foi identificado que, 69% escolheram ferramentas unidimensionais para a mensuração da dor. Segundo os autores, ficou evidenciado que a maioria dos autores estava consciente da necessidade de se utilizar instrumentos válidos de medição da dor nos ensaios clínicos, contudo muitas vezes essas ferramentas não foram devidamente utilizadas na experimentação.

Shin et al. (2007) avaliaram e compararam as propriedades psicométricas das escalas multidimensionais o Inventário Breve de Dor-forma abreviada (*Brief Pain Inventory -Short Form / BPI – SF*) e o Questionário McGill de Dor-forma abreviada (*McGill Pain Questionnaire -Short Form / MPQ-SF*) aplicadas a 119 participantes asiáticos de descendência americana com câncer. Os resultados deste estudo indicaram que as escalas de dor foram internamente consistentes, sendo que alguns itens de cada instrumento foram redundantes e o BPI-SF foi considerado mais válido que o MPQ-SF.

Em outro estudo conduzido por Chih-Yi Sun et al. (2007) foi realizado ensaio clínico prospectivo com o objetivo de relatar as barreiras para o tratamento da dor oncológica. Participaram da pesquisa 83 clientes com diagnóstico do câncer de mama, do pulmão, de cólon e de próstata. A mensuração da dor foi realizada por meio de escala verbal e a maioria dos participantes apresentou dor moderada (escores 4 e 6 em uma escala de numérica de 0 a 10 pontos).

Verificamos na literatura que o BPI é um instrumento multidimensional que recebeu versões transculturais em diversas línguas e foi utilizado para a avaliação da dor oncológica (DAUT; CLEELAND E FLANERY, 1983; KLEPSTAD et al., 2002; MYSTAKIDOU et al., 2007; STENSETH et al., 2007; SHI et al., 2009; WANG et al., 1996).

Na versão norueguesa, o BPI foi aplicado a 300 participantes com câncer. No total, 235 participantes (78%) foram capazes de preencher o questionário, mas 82 (35%) tiveram itens sem preenchimento. A análise identificou a intensidade da dor e as interferências nas funções físicas, psicológicas e no sono. Para os autores, o BPI tem propriedades psicométricas satisfatórias, porém mais pesquisas são necessárias para estabelecer os instrumentos de avaliação da dor em participantes incapazes de responder a um questionário de dor global. Além disso, foi salientado que há necessidade de investigar se os itens de interferência da dor também refletem deficiências relacionadas com a doença (KLEPSTAD et al., 2002).

Na versão grega de validação do BPI, o instrumento foi utilizado para avaliar a dor de 220 participantes com câncer. Destes, 147 relataram dor intensa, 48 dor moderada e 25 dor leve. Sobre o tipo de analgesia empregada, 21 participantes estavam recebendo analgésicos opioides fortes, 33 recebendo opioides fracos e 166 participantes não receberam nenhum tratamento com analgésicos opioides (MYSTAKIDOU et al., 2007).

Stenseth et al. (2007) investigaram, entre 55 participantes com câncer, a gravidade e a interferência da dor em diversas funções (atividade geral, trabalho, humor, caminhar, sono, relacionamento com outras pessoas e apreciação pela vida), solicitando aos participantes que completassem as versões reduzida e completa do BPI. Foi observado que 48 participantes completaram as duas avaliações e, com exceção do humor, não apresentaram diferenças significativas, enquanto que 17 clientes relataram que a dor tem maior influência sobre as funções do que todos os outros fatores analisados.

Shi et al. (2009) investigaram a representação do autorrelato na avaliação da dor crônica de 1147 participantes com câncer durante a última semana de vida. Utilizou-se o BPI para avaliar a dor atual, a pior e a média de dor durante a semana anterior à morte. Os resultados indicaram que as classificações de recordar a pior dor, ao invés de avaliações de dor atual, podem refletir melhor a experiência total e o impacto da mesma, sendo esta uma orientação para a escolha do período de autorrelato utilizado em ensaios clínicos.

Com o intuito de avaliar a eficácia de uma intervenção psicoeducacional para diminuir escores de intensidade e aumentar o conhecimento sobre o manejo da dor do câncer, uma amostra de 164 participantes oncológicos com dor associada a metástases ósseas foi analisada. Os autores avaliaram as alterações nos estados de humor utilizando o *Profile of Mood States*, a qualidade de vida mensurada através do *Medical Outcomes Study Short Form* (SF-36), bem como nível de dor e sua interferência utilizando-se o BPI. Ao final do estudo, as diferenças na pontuação dos componentes físicos e dos mentais do SF-36 e os itens de interferência no BPI, entre os três grupos de respondentes, foram significativos do ponto de vista clínico e estatístico (MIASKOWSKI et al., 2007).

Com o objetivo de evidenciar as barreiras percebidas para o manejo da dor do câncer, 50 participantes americanos com descendência chinesa foram entrevistados. Para a avaliação da dor foi utilizado o BPI e as barreiras individuais com as maiores pontuações foram tolerância à dor, intervalos de tempo usado para a dosagem de remédios, progressão da doença e dependência (EDRINGTON et al., 2009).

Um estudo multicêntrico foi realizado na Itália para avaliar a epidemiologia, os padrões e a qualidade dos cuidados prestados a participantes com dor do câncer, utilizando o PMI (*Pain Management Index*). O PMI compara o mais potente analgésico prescrito para um cliente com o pior nível de dor relatado. Foram recrutados 110 centros de atendimento e 1801 participantes com câncer avançado compuseram a amostra com os tipos mais comuns de tumor: de pulmão, de mama e coloretais. Foi observado que, apesar das limitações intrínsecas do PMI, há má qualidade no manejo da dor do câncer (cerca de 50% em alguns subgrupos) e que os recursos de nível III da escala analgésica da OMS são empregados com atraso a uma porcentagem significativa de participantes. Para os autores, é necessária uma abordagem mais ampla e educação em cuidados paliativos para um melhor manejo da dor na Itália (APOLONE et al. 2009).

Russell, Aveyard e Oxenham (2006) analisaram os diferentes métodos de avaliação da prevalência da dor e o PMI, comparando o manejo da dor e avaliando a rapidez no seu controle em dois grupos de participantes com câncer. Um grupo foi composto por 712 participantes assistidos por médicos generalistas na comunidade e outro grupo composto por 152 participantes, atendidos em uma unidade especializada de cuidados paliativos. Foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere ao tempo para o controle da dor, sendo que a unidade especializada de cuidados paliativos alcançou o controle da dor significativamente mais rápido. Concluiu-se que os métodos estabelecidos de medição da dor e o PMI são limitados na capacidade de medir a dor ao longo do tempo, de avaliar a resposta dos prescritores às alterações da dor, havendo a necessidade de se estabelecerem métodos dinâmicos para isto.

Kim et al. (2010) implementaram e testaram a utilidade do Instrumento Coreano para Avaliação da Dor (*Korean Cancer Pain Assessment Tool - KCPAT*) na avaliação das mudanças no manejo da dor do câncer, aplicando-o a 119 participantes com câncer. Foi observado que, após a utilização do instrumento, 51,5% das prescrições médicas foram alteradas, a intensidade da dor avaliada pela VAS foi reduzida e a presença de sintomas associados e itens psicossociais foi significativamente reduzida. Dos profissionais médicos avaliados, 89,8% consideraram que o KCPAT foi útil e viável para avaliar e manejar a dor do câncer.

Em estudo conduzido por Given et al. (2007) foram categorizados 16 sintomas frequentemente relatados por participantes com câncer (alopecia, ansiedade, apetite, constipação, tosse, depressão, diarreia, boca seca, dispneia, fadiga, náuseas e vômitos, neuropatia periférica, memória, distúrbios do sono e fraqueza), medidos por meio de escalas de 10 pontos ou utilizando-se as categorias de gravidade leve, moderada e grave. Foram entrevistados 588 participantes submetidos à quimioterapia, sendo solicitado a eles que relatassem a gravidade dos sintomas. Os participantes avaliaram a interferência dos sintomas no prazer com a vida, no relacionamento com outras pessoas, nas atividades diárias e nas emoções. Dor, cansaço, fraqueza, tosse, dificuldade de memória e depressão apresentaram menores pontos de corte para cada categoria em relação aos outros sintomas, apesar de não terem sido relacionados ao sítio do tumor, o estágio da doença, a idade ou o gênero e terem sido associados com uma medida de depressão global.

Pontos de corte foram relacionadas às limitações na função física, sugerindo diferenças na qualidade de vida dos participantes.

Vila et al. (2005) analisaram a satisfação de 1100 participantes com o controle da dor e as reações adversas relacionadas a opioides e outros medicamentos antes e depois da implementação do Algoritmo Numérico De Tratamento da Dor (*Numerical Pain Treatment Algorithm - NPTA*). Ficou evidenciado que, a satisfação do cliente com o tratamento da dor (medido numa escala com escores que variaram de 1 a 5) melhorou significativamente, mas a incidência de reações adversas a opioides aumentou e 94% tiveram uma diminuição do nível de consciência. Os autores concluíram que para um manejo seguro e eficaz da dor do câncer há que se considerar mais do que uma avaliação unidimensional da mesma.

Em um estudo multicêntrico, de corte transversal, com amostra de 240 participantes com câncer avançado foram utilizadas a escala de avaliação numérica e a de avaliação verbal com o objetivo de comparar o desempenho de ambas na avaliação da dor episódica. Como resultado, foi observado que a escala numérica revela maior capacidade discriminatória do que a escala verbal na distinção da intensidade da dor com uma menor proporção de participantes com avaliações inconsistentes. Para os autores, os resultados sugerem que, na medição de exacerbações da dor do câncer, os participantes usam a escala numérica mais adequadamente do que a escala verbal (BRUNELLI et al., 2010).

No estudo realizado por Cardoso e Faleiros Sousa (2009), as autoras escalonaram diferentes tipos de dor existentes utilizando os métodos psicofísicos de estimação de magnitudes e de categorias. Participaram da amostra 30 participantes ambulatoriais de diferentes clínicas, 30 médicos e 30 enfermeiros. Os resultados mostraram que a dor do câncer foi considerada a de maior intensidade, independente do método psicofísico utilizado ou da amostra estudada.

Edrington et al. (2007) revisaram 24 estudos que avaliaram a dor em adultos chineses com câncer utilizando as múltiplas dimensões da dor. A maioria destes avaliaram as dimensões fisiológicas, sensitivas e comportamentais da experiência dolorosa (23, 22 e 17 respectivamente). Em 7 estudos, os participantes relataram dor moderada a grave e esta interferiu no humor e nas atividades normais. Para os autores, há pouca informação disponível sobre o impacto da dor do câncer nas dimensões cognitivas e sócio-culturais da experiência da dor em participantes chineses.

Outros estudos encontrados na literatura sobre a avaliação e mensuração da dor advinda do câncer foram demonstrados na introdução, e serão posteriormente demonstrados nos resultados e na discussão do presente estudo.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Avaliar e mensurar a dor crônica percebida por clientes com dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo, de mama e de próstata.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características sociais dos clientes portadores de dor crônica oncológica participantes da pesquisa;
- Caracterizar a dor percebida pelos participantes, considerando o início da queixa dolorosa, o número de sítios de localização da dor, a frequência e o alívio obtido com a terapia recebida;
- Identificar os 10 descritores de dor crônica percebida pelos clientes portadores de câncer de sistema digestivo (Experimento 1), de mama (Experimento 2) e de próstata (Experimento 3) utilizando a escala de estimação de categorias.

4. Percurso Metodológico

4.1. Local do Estudo:

Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, caracterizado como hospital geral, público, cadastrado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) conforme portaria SAS/MS nº 513 de 26/09/2007. Os Centros Especializados de Alta Complexidade em Oncologia oferecem assistência especializada e integral aos clientes com câncer, atuando na prevenção, na detecção precoce, no diagnóstico e no tratamento do cliente (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2002).

Os locais onde ocorreram as entrevistas foram a Clínica para o Tratamento da Dor, o Ambulatório de Oncologia, os Ambulatórios e as Enfermarias da Urologia, de Ginecologia, de Gastrocirurgia e de Proctologia.

4.2. Amostra:

A amostra foi composta por 150 clientes portadores de dor crônica oncológica que obedeceram aos critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa, sendo 60 portadores de câncer de sistema digestivo, 45 portadores de câncer de mama e 45 portadores de câncer de próstata.

4.3. Critérios de Inclusão:

Participantes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer de mama, de próstata ou de esôfago, de estômago, de pâncreas, de fígado, de vesícula, de vias biliares, de intestino delgado, de cólon e de reto (identificados por meio de análise do prontuário médico), com queixa de dor há mais de três meses e que desejassem participar da pesquisa.

4.4. Critérios de Exclusão:

Participantes com distúrbios cognitivos e/ou quaisquer intercorrências clínicas no momento da coleta de dados.

4.5. Período:

O período de realização da coleta de dados foi de 18 meses.

4.6. Aspectos éticos:

A ética da pesquisa foi direcionada pela Resolução CNS 196/96 para pesquisa com seres humanos.

Foi obtida a autorização para condução da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP de acordo com o Processo HCRP 11696/2004 (Anexo B). Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes depois de terem sido orientados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa (Apêndice A).

4.7. Material:

Foram utilizados blocos de papel com fotocópias do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) e da EMADOR (ANEXO A), canetas e computador.

4.8. Procedimento:

Primeiramente foram coletados dados sobre características sociais dos participantes, como idade, sexo, ocupação, estado civil e religião. Para caracterizar

a dor percebida, os participantes foram questionados sobre o início da queixa dolorosa, o número de sítios de localização da dor, a frequência e o alívio obtido com a terapia recebida;

Para avaliar a percepção dos portadores de dor crônica advinda do câncer, foram utilizados 50 descritores de dor crônica da EMADOR (FALEIROS SOUSA et al., 2010) que mais caracterizam esta dor e suas respectivas definições (Anexo A). O método utilizado foi o de estimação de categorias.

Aos participantes foi dada a tarefa de julgar cada descritor de dor crônica em uma escala de 11 (onze) pontos, devendo ser atribuído um número a cada descritor que fosse proporcional à intensidade desse descritor em caracterizar a dor crônica percebida, sendo 0 o escore de menor atribuição, 10 o de maior atribuição e os outros escores os níveis intermediários.

4.9. Análise dos dados:

Os dados obtidos sobre a caracterização do perfil dos participantes foram analisados de forma descritiva e apresentados em forma de tabelas, representados por frequência e porcentagem.

Para a análise dos descritores de dor crônica resultantes dos Experimentos 1, 2 e 3 foram calculados a média aritmética (MA) e respectivos desvios padrão (DP) e, decorrente destes cálculos, foram ordenadas as posições (OP) dos 10 descritores de maior e de menor atribuição de forma decrescente.

5. Resultados e Discussão

5.1. Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo

Nesta amostra, composta por 60 clientes com dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo, a média de idade foi de 59 anos, sendo a menor idade 19 e a maior 81 anos. Quanto ao sexo, participaram 36 clientes do sexo masculino (60%) e 24 clientes do sexo feminino (40%).

Relativo ao estado civil, 33 (55%) eram casados ou viviam sob regime de união estável, 11 (18,3%) solteiros, 11 (18,3%) viúvos e 5 (8,33%) divorciados.

Quanto à religião, houve um predomínio da religião católica com 38 (63,3%) participantes, 13 (21,7%) evangélicos, 7 (11,7%) de religiões diversas e 2 (3,3%) não pertenciam a nenhuma religião.

Sobre a escolaridade, 36 (60%) dos participantes possuem ensino fundamental incompleto, 6 (10%) cursaram o ensino médio, 5 (8,3%) o ensino fundamental, 5 (8,3%) não foram alfabetizados, 4 (6,7%) foram alfabetizados, 2 (3,3%) têm ensino superior incompleto e 1,7% para ambas as categorias de ensino médio incompleto e curso superior completo.

Apresentamos na Tabela 2 os dados referentes às características sociais dos participantes com dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo.

Tabela 2 - Características sociais da amostra composta por clientes com dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo (N=60)

Característica	N (%)
Média de Idade em anos (intervalo)	59,18 (19-81)
Gênero	
Masculino	36 (60)
Feminino	24 (40)
Religião	
Católico	38 (63,3)
Evangélico	13 (21,7)
Outros	7 (11,7)
	continua

Característica	N (%)
Religião	
Não tem	2 (3,3)
Estado Civil	
Casado/União Estável	33 (55)
Solteiro	11 (18,3)
Divorciado	5 (8,33)
Viúvo	11 (18,3)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	36 (60)
Outros	9 (15)
Ensino Médio Completo	6 (10)
Analfabeto	5 (8,3)
Alfabetizado	4 (6,7)
conclusão	

Encontramos, na literatura, escassos estudos que demonstraram características sociais de clientes com câncer de sistema digestivo. Marineo (2003) utilizou amostra de 11 participantes com dor visceral intensa, dos quais 3 eram portadores de câncer de pâncreas, 4 de cólon e 4 gástrico. Destes, 3 eram do sexo masculino e 8 do sexo feminino, diferindo dos participantes do presente estudo no qual o gênero masculino predominou, porém a idade média dos participantes foi 63 anos, correlacionando-se a média de idade estudada.

Outro estudo encontrado na literatura sobre a avaliação da dor de participantes com câncer digestivo foi realizado por Mystakidou et al. (2007), no qual dos 186 participantes entrevistados, 50,5% eram homens e a média de idade foi de 62 anos. A média de anos de estudo foi de 11,1 e a maioria dos participantes eram casados (59,7%). Predominaram os tumores localizados no estômago, 22 (11,83%), seguido por 7 casos de tumores de esôfago (7,53%) e 17 de pâncreas e de cólon (9,14%), respectivamente. Do total, 119 (64%) estavam recebendo opioides moderados enquanto 67 (36%) receberam opioides fortes. Tais dados demonstraram semelhança com os dados obtidos no presente estudo quanto a média de idade, predominância do sexo masculino e sítio primário do tumor.

No presente estudo, os participantes tiveram em média 14,8 meses de queixa dolorosa, sendo 60 meses para o maior e 3 meses para o menor. Quanto a localização primária do tumor predominaram os cânceres de estômago 22 (37%), seguidos por 13 (22%) de pâncreas, 10 (17%) de esôfago, 10 (17%) de intestino e 8 (13%) de fígado.

Quanto ao início da queixa dolorosa, 35 (59%) referiram que a dor teve início antes do diagnóstico, 10 (17%) após terem sido submetidos a procedimentos cirúrgicos, 8 (13%) após a quimioterapia, 5 (8%) imediatamente após terem sido comunicados sobre o diagnóstico e 2 (3%) após a radioterapia.

Com relação à localização da dor, 30 (50%) relataram 1 sítio e 30 (50%) mais de 1 sítio de dor. Sobre a frequência, 31 (52%) apresentaram dor frequente, 28 (46%) dor não frequente e 1 (2%) não relatou a frequência.

Quanto ao alívio da dor obtido com a terapêutica recebida, 55% tiveram resultados positivos, 23 (38%) não obtiveram alívio e 4 (7%) relataram não fazer tratamento antálgico algum.

Os dados referentes à caracterização da dor crônica da amostra são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização da dor crônica da amostra composta por clientes com dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo (N=60)

Característica	N (%)
Média de período (meses) do início da queixa de dor (intervalo)	14,8 (3-60)
Localização do Tumor	
Estômago	22 (37)
Pâncreas	13 (22)
Intestino	10 (17)
Esôfago	10 (17)
Fígado	5 (8)
Início da Dor	
Antes do diagnóstico	35 (59)
Após cirurgia	10 (17)
Após Quimioterapia	8 (13)
continua	

Característica	N (%)
Início da Dor	
Imediatamente após o diagnóstico	5 (8)
Após Radioterapia	2 (3)
Localização da Dor	
Mais de 1 área	30 (50)
Apenas 1 área	30 (50)
Frequência da Dor	
Não frequente	31 (52)
Frequente	28 (46)
Não informou	1 (2)
Alívio com o tratamento analgésico atual	
Sim	33 (55)
Não	23 (38)
Não faz terapia antálgica	4 (7)
conclusão	

Dados do INCA demonstraram que o câncer do estômago foi o mais incidente dentre os tumores de sistema digestivo na região sudeste do Brasil, sendo mais frequente no sexo masculino, dados semelhantes aos da amostra estudada (BRASIL, 2008).

Para a identificação dos 10 descritores de dor crônica percebida pelos portadores de dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo foi utilizado o método psicofísico de estimação de categorias. A escala utilizada foi a de medida ordinal, cujos escores variaram de 0 a 10.

Apresentamos os descritores de dor crônica de maior atribuição na Tabela 4 e os de menor na Tabela 5.

Tabela 4 – Descritores de dor crônica de maior atribuição na caracterização da dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo (N=60)

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
1 ^a	Incômoda	7,58	2,59

continua

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
2 ^a	Chata	7,52	2,51
3 ^a	Desagradável	7,23	2,78
4 ^a	Desconfortável	7,23	2,81
5 ^a	Dolorosa	7,13	2,77
6 ^a	Forte	7,12	3,16
7 ^a	Desgastante	7,03	3,33
8 ^a	Enjoada	7,02	2,61
9 ^a	Atormentadora	7,02	2,99
10 ^a	Perturbadora	6,97	2,91

conclusão

Os dez descritores de dor crônica que mais caracterizaram a dor crônica dos participantes com câncer de sistema digestivo foram: “incômoda”, “chata”, “desagradável”, “desconfortável”, “dolorosa”, “forte”, “desgastante”, “enjoada”, “atormentadora” e “perturbadora”. Os descritores “incômoda”, “desagradável”, “enjoada”, “atormentadora” e “perturbadora” caracterizam a dimensão afetiva; os descritores “chata” e “desgastante” a cognitiva e os descritores “desconfortável”, “dolorosa” e “forte” a dimensão sensitiva da dor.

Tabela 5 – Descritores de dor crônica de menor atribuição na caracterização da dor crônica advinda do câncer de sistema digestivo (N=60)

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
1 ^a	Que espalha	4,87	3,51
2 ^a	Demoníaca	5,1	4,08
3 ^a	Punitiva	5,2	3,49
4 ^a	Enlouquecedora	5,35	3,58
5 ^a	Assustadora	5,52	3,49
6 ^a	Sufocante	5,55	3,36
7 ^a	Devastadora	5,63	3,48
8 ^a	Persistente	5,73	3,01
9 ^a	Contínua	5,75	3,18
10 ^a	Amedrontadora	5,77	3,77

Os dez descritores de dor crônica de menor atribuição foram “que espalha”, “demoníaca”, “punitiva”, “enlouquecedora”, “assustadora”, “sufocante”, “devastadora”, “persistente”, “contínua” e “amedrontadora”. O descritor “que espalha” caracteriza a dimensão sensitiva da dor e, considerando que os tumores do trato digestivo produzem dores do tipo visceral (DELGADO, 2002; MARINEO, 2003), surge como hipótese que estes tumores caracterizam dores mais localizadas. Outros descritores da dimensão sensitiva foram “sufocante” e “contínua”; os da afetiva “demoníaca”, “enlouquecedora”, “punitiva”, “assustadora”, “persistente” e “amedrontadora” e o descritor “devastadora” da dimensão cognitiva.

Mystakidou et al. (2007) utilizaram os 78 descritores que compõem o MPQ na avaliação psicométrica da dor evidenciando que os participantes com dor nociceptiva selecionaram mais escores para os descritores afetivos, atribuindo a esta maior intensidade do que os participantes com dor neuropática.

5.2. Avaliação e Mensuração da Dor Crônica advinda do câncer de mama

Participaram desta amostra 45 mulheres com dor crônica advinda do câncer de mama. A média de idade foi de 55 anos, sendo a menor 24 e a maior 79 anos. Quanto ao estado civil, 30 (67%) eram casadas ou viviam sob regime de união estável, 6 (13%) divorciadas, 5 (11%) viúvas e 4 (9%) solteiras.

Relativo à religião, 26 eram católicas (58%), 11 (25%) evangélicas, 5 (11%) espíritas e 3 (6%) das participantes pertenciam à religiões diversas.

Quanto a escolaridade, 18 (40%) tinham ensino fundamental incompleto, 11 (24%) ensino fundamental completo, 6 (13%) ensino médio completo, 3 (7%) não foram alfabetizadas e 7 (16%) tinham escolaridade diversa. Sobre a ocupação, 51% referiram ser “do lar”, exercendo atividades domésticas no próprio domicílio.

A Tabela 6 demonstra os dados referentes às características sociais da amostra.

Tabela 6 - Características sociais da amostra composta por mulheres com dor crônica advinda do câncer de mama (N=45)

Característica	N (%)
Média de Idade em anos (intervalo)	55 (24-79)
Religião	
Católico	26 (58)
Evangélico	11 (25)
Doutrina Espírita	5 (11)
Outros	3 (6)
Estado Civil	
Casado/União Estável	30 (67)
Divorciado	6 (13)
Viúvo	5 (11)
Solteiro	4 (9)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	18 (40)
Ensino Fundamental Completo	11 (24)
Ensino Médio Completo	6 (13)
Não alfabetizado	3 (7)
Outros	7 (16)
Profissão	
"Do lar"	23 (51)
Aposentada	6 (13)
Outros	16 (36)

A média de tempo de início da queixa dolorosa foi de 32 meses, sendo 240 meses para o maior e 3 meses para o menor tempo. Quanto ao início da dor, 24 (53%) mulheres relataram que a mesma teve início após terem sido submetidas a procedimentos cirúrgicos, 9 (20%) antes do diagnóstico, 7 (16%) imediatamente após o diagnóstico, 2 (5%) após a quimioterapia, 2 (4%) após outros eventos e 1 (2%) após a radioterapia.

Sobre a localização da dor, 28 (62%) relataram dor em apenas 1 área e 17 (38%) em mais de 1 área. Quanto ao alívio obtido, 27 (60%) obtiveram alívio, enquanto 18 (40%) não obtiveram alívio com a terapia antálgica recebida.

Poleshuck et al. (2006) avaliaram 95 mulheres com câncer de mama submetidas a cirurgia e destas 48% relataram dor crônica. A idade média das participantes foi de 58 anos, 70% eram casadas, 48% tinham educação maior que 2 anos e 84% utilizavam analgésicos pelo menos 2 vezes ao dia. Correlacionando-se com o presente estudo, a média de idade foi semelhante e 53% das participantes relataram dor após a cirurgia.

Gartner et al. (2009) evidenciaram que 47% de 3253 mulheres dinamarquesas submetidas a procedimentos cirúrgicos para o tratamento do câncer de mama apresentaram dor crônica. A idade média das participantes foi de 55 anos, 13% das mulheres com SDPM referiram dor severa, 77% relataram dor diária e 18% referiram apenas 1 sítio de dor. Tais dados diferem do presente estudo, no qual 62% relataram dor somente em 1 área e 42% relataram dor frequente.

Das 23 mulheres com queixa de dor crônica após cirurgia de câncer de mama avaliadas por Burckhardt e Jones (2005), 11 tinham dor regional e 12 tinham dor generalizada, a idade média das participantes foi de 57 anos e 71% eram casadas. Quanto ao início da dor, 52% relataram que a mesma ocorreu logo após a cirurgia e 80% das mulheres com dor regional e 50% das mulheres com dor generalizada relataram dor intermitente. Quanto ao alívio com as medicações, 44% das participantes com dor regional relataram não ter alívio da dor e todas com queixa de dor generalizada relataram alívio. Observamos que a ocorrência de dor após a cirurgia do grupo de mulheres com dor generalizada foi semelhante a este estudo, mas o relato de alívio diferiu entre os dois grupos avaliados.

Na Tabela 7 são demonstrados os dados referentes às características da dor crônica relatadas pelas participantes.

Tabela 7 – Caracterização da dor crônica da amostra composta por mulheres com dor crônica advinda do câncer de mama (N=45)

Característica	N (%)
Média do Tempo (meses) do início da queixa de dor (intervalo)	32 (3-240)
Início da Dor	
Após cirurgia	24 (53)
Antes do diagnóstico	9 (20)
Imediatamente após o diagnóstico	7 (16)
Após Quimioterapia	2 (5)
Após Radioterapia	1 (2)
Outros	2 (4)
Localização da Dor	
Apenas 1 local	28 (62)
Mais de um local	17 (38)
Frequência da Dor	
Não frequente	26 (58)
Frequente	19 (42)
Alívio com o tratamento analgésico atual	
Não	27 (60)
Sim	18 (40)

Apresentamos os descritores de dor crônica de maior atribuição na Tabela 8 e os de menor na Tabela 9.

Tabela 8 – Descritores de dor crônica de maior atribuição na caracterização da dor crônica advinda do câncer de mama

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
1 ^a	Dolorosa	6,33	3,45
2 ^a	Desconfortável	6,16	3,2
3 ^a	Chata	6,09	3,42

continua

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
5 ^a	Desagradável	5,82	3,43
6 ^a	Persistente	5,67	3,5
7 ^a	Enjoada	5,42	3,7
8 ^a	Desgastante	5,33	4,13
9 ^a	Cansativa	5,29	4,24
10 ^a	Preocupante	5,2	3,91

conclusão

Os dez descritores que mais caracterizaram a dor crônica de mulheres com câncer de mama foram “dolorosa”, “desconfortável”, “chata”, “incômoda”, “desagradável”, “persistente”, “enjoada”, “desgastante”, “cansativa” e “preocupante”. Os descritores que ocuparam as 1^a e 2^a posições, respectivamente, “dolorosa” e “desconfortável” indicam o caráter sensitivo da dor, mas os descritores de dimensão afetiva predominam na avaliação das mulheres (“incômoda”, “desagradável”, “persistente”, “enjoada”, “cansativa” e “preocupante”). Os descritores “chata” e “desgastante”, entre os descritores atribuídos, caracterizam a dimensão cognitiva da dor.

Tabela 9 – Descritores de dor crônica de menor atribuição na caracterização da dor crônica advinda do câncer de mama

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
1 ^a	Demoníaca	2,96	1,41
2 ^a	Punitiva	3,02	4
3 ^a	Monstruosa	3,04	3,81
4 ^a	Desgraçada	3,2	4,04
5 ^a	Devastadora	3,29	3,79
6 ^a	Sufocante	3,51	4,04
7 ^a	Enlouquecedora	3,53	3,99
8 ^a	Desesperadora	3,56	3,98

continua

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
9 ^a	Pavorosa	3,6	4,05
10 ^a	Aterrorizante	3,62	4,05
conclusão			

Os dez descritores de dor crônica menos atribuídos pelas participantes foram “demoníaca”, “punitiva”, “monstruosa”, “desgraçada”, “devastadora”, “sufocante”, “enlouquecedora”, “desesperadora”, “pavorosa” e “aterrorizante”.

Com exceção do descritor “sufocante”, que caracteriza o componente sensitivo da dor e o descritor “devastadora”, de dimensão cognitiva, todos os outros descritores caracterizam o componente afetivo.

MacDonald et al. (2005) analisaram 59 mulheres com SDPM persistente e as características demográficas foram comparáveis às deste estudo: a idade média das participantes foi de 59 anos e a média de tempo de dor foi de 3 a 9 anos após a cirurgia. Para a avaliação da dor, os autores utilizaram o MPQ e identificaram que os descritores sensitivos foram escolhidos mais frequentemente do que os descritores afetivos e os cognitivos, diferindo dos resultados encontrados neste estudo, no qual os descritores afetivos predominaram na avaliação.

Burckhardt e Jones (2005) analisaram os descritores de dor atribuídos por participantes com SDPM por meio da aplicação do MPQ, verificando que no grupo de dor generalizada as participantes escolheram mais itens do que aquelas do grupo de dor regional. Nos dois grupos estudados, o descritor “dolorosa”, de caráter sensitivo, foi o mais atribuído, assim como no presente estudo, demonstrando similaridade na avaliação da dor por mulheres com câncer de mama, independente da região em que vivem.

5.3. Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer de próstata

A amostra foi composta por 45 participantes do sexo masculino com dor crônica advinda do câncer de próstata. A média de idade foi de 67 anos, sendo a

menor 43 e a maior 89 anos. Quanto ao estado civil, 33 (73%) eram casados ou viviam sob regime de união estável, 5 (11%) solteiros, 4 (9%) divorciados e 3 (7%) viúvos.

Referente ao tipo de religião pertencente, houve predomínio da católica em 34 dos participantes (76%), 5 (11%) da evangélica, 4 (8%) de religiões diversas e 2 (5%) referiram não ter religião.

Quanto a escolaridade, 22 (49%) tinham ensino fundamental incompleto, 8 (18%) não foram alfabetizados, 7 (16%) foram alfabetizados, 3 (7%) cursaram o ensino superior completo e 5 (10%) tinham escolaridade diversa.

Os dados referentes às características sociais da amostra são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Características sociais da amostra composta por clientes com dor crônica advinda do câncer de próstata (N=45)

Característica	N (%)
Média de Idade em anos (intervalo)	67 (43-89)
Religião	
Católico	34 (76)
Evangélico	5 (11)
Outros	6 (13)
Estado Civil	
Casado/União Estável	33 (73)
Solteiro	5 (11)
Divorciado	4 (9)
Viúvo	3 (7)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	22 (49)
Não alfabetizado	8 (18)
Alfabetizado	7 (16)
Outros	5 (10)
Ensino Superior Completo	3 (7)

A média de tempo de início da queixa dolorosa foi de 24 meses, sendo 108 meses para o maior e 3 meses para o menor tempo.

Quanto ao momento em que a dor iniciou, 17 (38%) relataram que foi antes do diagnóstico, 8 (18%) imediatamente após o diagnóstico, 7 (16%) após a cirurgia, 5 (11%) após a radioterapia, 2 (4%) após o diagnóstico e 6 (13%) após outros eventos.

Na localização da dor, 24 (53%) apresentaram mais de 1 sítio doloroso e 21 (47%) apenas 1 sítio. Quanto ao alívio obtido, 22 (49%) obtiveram alívio, 20 (44%) não o obtiveram e 3 (7%) não fizeram nenhum tratamento. Na Tabela 11 são demonstrados os dados referentes à caracterização da dor.

Tabela 11 - Caracterização da dor crônica da amostra composta por clientes com dor crônica advinda do câncer de próstata (N=45)

Característica	N (%)
Média do Tempo (meses) do início da queixa de dor (intervalo)	24 (3-108)
Início da Dor	
Antes do diagnóstico	17 (38)
Após cirurgia	8 (18)
Imediatamente após o diagnóstico	11 (24)
Após Radioterapia	5 (11)
Outros	4 (9)
Localização da Dor	
Mais de um local	24 (53)
Apenas 1 local	21 (47)
Frequência da Dor	
Não frequente	19 (42)
Frequente	26 (58)
Alívio com o tratamento analgésico atual	
Sim	22 (49)
Não	20 (44)
Não faz terapia antálgica	3 (7)

Sandblom et al. (2004) exploraram a interferência da dor na qualidade do final de vida de homens com câncer de próstata utilizando o instrumento BPI para avaliação da dor. Dos 1243 respondentes, a média de idade foi de 66 anos,

semelhante ao presente estudo. No grupo de participantes que morreram devido ao câncer de próstata, cerca de 29% apresentaram dor severa na última semana de vida e, no grupo de vivos, o índice foi de 10,5%. No presente estudo, 13,3% dos participantes escolheram escores acima de 8 para todos os descritores apresentados.

Munger-Beyeler et al. (2008) avaliaram a intensidade da dor e a aplicação das orientações da OMS para o tratamento da dor oncológica em 170 participantes com câncer de próstata atendidos em centros suíços de tratamento do câncer. A média de idade foi 70 anos, a queixa de dor severa representou 40% no total e 27% dos entrevistados não tomavam analgésicos. Os autores concluíram que o tratamento medicamentoso para a dor foi insuficiente, que as orientações da OMS não foram seguidas e que os analgésicos prescritos não eram suficientemente potentes para a intensidade da dor avaliada. No presente estudo, somente 7% dos participantes não faziam uso de analgésicos e 49% relataram obter alívio com a atual medicação em uso. A média de idade foi similar, ou seja, 67 anos e o escore de dor de maior atribuição no estudo foi de $6,20 \pm 2,74$, medida por meio de escala de medida ordinal, cujos escores variaram de 0 a 10.

Apresentamos os descritores de dor crônica de maior atribuição na Tabela 12 e os de menor na Tabela 13.

Tabela 12 – Descritores de dor crônica de maior atribuição na caracterização da dor crônica advinda do câncer de próstata

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
1 ^a	Incômoda	6,2	2,74
2 ^a	Forte	5,93	3,24
3 ^a	Prejudicial	5,84	3,23
4 ^a	Dolorosa	5,71	3,01
5 ^a	Preocupante	5,69	3,17
6 ^a	Desagradável	5,69	3,21
7 ^a	Chata	5,58	2,91
8 ^a	Perturbadora	5,53	3,4
9 ^a	Exagerada	5,49	3,51
10 ^a	Desconfortável	5,31	3,11

Os dez descritores que mais caracterizaram a dor crônica dos portadores de câncer de próstata foram “incômoda”, “forte”, “prejudicial”, “dolorosa”, “preocupante”, “desagradável”, “chata”, “perturbadora”, “exagerada” e “desconfortável”. Destes, os descritores afetivos foram “incômoda”, “preocupante”, “desagradável” e “perturbadora”; os sensitivos “forte”, “dolorosa”, “exagerada” e “desconfortável” e os cognitivos “prejudicial” e “chata”.

Tabela 13 – Descritores de dor crônica de menor atribuição na caracterização da dor crônica advinda do câncer de próstata

Ordem de Posição	Descritor de Dor Crônica	Média Aritmética (MA)	Desvio Padrão (DP)
1 ^a	Assustadora	3,2	3,03
2 ^a	Enlouquecedora	3,71	3,29
3 ^a	Que espalha	3,82	3,41
4 ^a	Contínua	3,93	3,59
5 ^a	Monstruosa	3,96	3,34
6 ^a	Devastadora	4,02	3,15
7 ^a	Desgraçada	4,09	3,52
8 ^a	Demoníaca	4,11	3,55
9 ^a	Brutal	4	3,41
10 ^a	Angustiante	4,2	3,13

Os dez descritores de dor crônica de menor atribuição foram “assustadora”, “enlouquecedora”, “que espalha”, “contínua”, “monstruosa”, “devastadora”, “desgraçada”, “demoníaca”, “brutal” e “angustiante”.

Os descritores que indicam o componente afetivo da dor foram “assustadora”, “enlouquecedora”, “monstruosa”, “desgraçada”, “demoníaca” e “angustiante”. Os descritores “que espalha” e “contínua” demonstraram o componente sensitivo da dor e os descritores “devastadora” e “brutal” o cognitivo.

Não encontramos na literatura estudos sobre a avaliação da linguagem da dor percebida por homens com dor crônica advinda do câncer de próstata para correlacionar com os dados da presente investigação.

5.4. Discussão dos resultados entre as diferentes amostras

Diversos estudos reforçam que a ideal mensuração é norteadora do adequado manejo da dor oncológica e que a sua natureza multidimensional e os diversos domínios da vida que são afetados por ela tornam a escolha do método uma tarefa complexa (BOREAU, 2001; BRASIL, 2001a; FALEIROS SOUSA, 2004; MICELLI, 2002; PIMENTA, 2003, 2005; PORTENOY; LESAGE, 1999; TEIXEIRA, 2004; YENG et al., 2005). Em contrapartida, limitado número de estudos buscam identificar a linguagem e as dimensões da dor do câncer mesmo que a importância deste conhecimento tenha sido salientada há décadas (MELZACK, 1975; NOBLE et al., 2005).

Os estudos recentes disponíveis na literatura que avaliaram a dor oncológica por meio de descritores utilizaram na sua totalidade os descritores que compõem o MPQ (BURCKHARDT; JONES, 2005; CHIH-YI SUN et al., 2007; DUGGLEBY, 2002; MCDONALD, 2005; MYSTAKIDOU et al., 2007; PIMENTA e TEIXEIRA, 1996).

No presente estudo, foram avaliadas as diferentes linguagens percebidas por participantes com dor persistente advinda do câncer de variados tipos de tumores, idade, gênero e características sociais.

Nos dados resultantes das 3 amostras, a média de idade foi de 60 anos. Outros estudos que avaliaram a dor de participantes oncológicos tiveram média de idade semelhante entre 57 e 63 anos (APOLONE et al., 2009; KLEPSTAD et al., 2002; MYSTAKIDOU et al. 2007; STENSETH et al., 2007).

Quanto ao gênero, neste estudo houve predomínio do sexo masculino (54%), assim como em alguns estudos (APOLONE et al., 2009; KLEPSTAD, 2002; MYSTAKIDOU et al, 2007), enquanto que em outros os participantes foram em sua maioria do sexo feminino (CHIH et al., 2007; PIMENTA e TEIXEIRA, 1996; SHIN et al., 2007; STENSETH, 2007).

Relativo ao estado civil, 58,7% dos participantes eram casados, 13,3% solteiros, 12,7% viúvos e 10% divorciados. Somente no estudo de Mystakidou et al. (2007) este item foi avaliado demonstrando alguns valores semelhantes, como 59,7% casados, 12,4% solteiros e 10,2% viúvos, havendo importante diferença quanto aos participantes divorciados, perfazendo eles um total de 33%.

Sobre a escolaridade dos participantes, a avaliação neste estudo foi feita baseada na nomenclatura utilizada na educação brasileira (educação infantil, ensino

fundamental, ensino médio e superior), demonstrando que 50,6% dos participantes tinham ensino fundamental incompleto. Outros estudos avaliaram esta variável por anos de instrução (ENTING et al., 2002; MYSTAKIDOU et al., 2007; PIMENTA e TEIXEIRA, 1996).

Dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2001b) demonstram que, na população brasileira com mais de 25 anos de idade, 10,6% tem nível superior completo, 12,9% não têm instrução, 36,9% têm ensino fundamental incompleto, 8,8% finalizaram o ensino fundamental e 23% da população têm ensino médio completo, ou seja, semelhante ao presente estudo, no qual a maioria tinha ensino fundamental incompleto. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o câncer está associado à situação social e econômica, uma vez que os fatores de riscos são mais elevados nos grupos com menor grau de escolaridade e as taxas de sobrevivência são inferiores nas classes sociais mais baixas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Concernente à religião dos entrevistados nesta pesquisa, 65,3% eram católicos, 19,3% evangélicos, 8% seguidores da Doutrina Espírita, 4% pertencem à religiões diversas e 3,3% não tinham religião. Tais dados condizem com os indicadores do BRASIL (2001b), os quais mostram que na população brasileira há predominância de 73,6% na religião católica, 15,4% na evangélica; 7,4% são sem religião e 3,4% pertencem a outras religiões.

Somente um estudo apontou que 37,9% dos participantes eram protestantes, considerando que o estudo foi realizado nos Estados Unidos da América (CHIH YI-SUN, 2007). Diversos autores salientam a importância da avaliação da dor espiritual, pois esta inflige sofrimento e angústia significativos aos participantes com dor oncológica (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008; MICELLI, 2002; PIMENTA e PORTNOI, 1999; PINHEIRO, 2007; SAUNDERS, 1976), mas verificamos que esta avaliação é frequentemente negligenciada na pesquisa e na clínica.

Quanto ao sítio primário do tumor, 30% estavam localizados na mama e 30% localizados na próstata, sendo estas amostras de conveniência e no grupo de participantes com tumores de sistema digestivo houve predomínio dos tumores de no estômago, perfazendo 14,7%.

Encontramos na literatura o estudo multicêntrico de Apolone et al. (2009), no qual participaram 1801 clientes com câncer. Destes, 21,8% tinham câncer de

pulmão, 15,9% de mama, 13,7% colorretal, 7,9% de próstata, 6,1% ginecológico, 6,1% genitourinário, 6,0% de pâncreas, 5,5% de estômago, 4,5% de cabeça e de pescoço e 12,5% tinham outros tumores, de sítios desconhecidos. A intensidade da dor avaliada pelo BPI demonstrou que 65,9% tinham dor moderada e, na escala de 0 a 10 pontos, a pior dor relatada foi 6,8. Nas 3 amostras deste estudo, o escore de dor foi de 6,2 demonstrando semelhança com o estudo de Apolone et al. (2009).

Quanto ao início da queixa dolorosa, não encontramos estudos que avaliaram esta variável e, neste estudo, 40,7% dos participantes relataram que a dor surgiu antes do diagnóstico da doença, sendo este o motivo da procura pelo serviço de saúde; 27,3% relatam que a dor surgiu após a cirurgia, 13,3% imediatamente após o diagnóstico, 6,7% após a quimioterapia, 5,3% após a radioterapia e 6,6% após ocorrências diversas.

Segundo a INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (2011), a dor é motivo de procura pelos serviços de urgência e de emergência em 70% dos casos em todo o mundo, mas comumente as queixas são subestimadas e a dor oncológica é observada em 20% a 50% dos casos no diagnóstico. Os dados levantados trazem à reflexão se os clientes, ao buscarem os serviços de saúde devido à queixa dolorosa, são avaliados adequadamente para a detecção precoce do câncer. Nos casos em que a dor surge imediatamente após o diagnóstico pensa-se na possibilidade de alteração na dinâmica psíquica acarretada pelo impacto da informação.

Outro aspecto avaliado foi o número de sítios de dor existentes. Nos 3 grupos respondentes, 52,7% relataram somente 1 sítio e 47,3% relataram dor em mais sítios. No estudo elaborado por Enting et al. (2002), 19% dos 100 participantes relataram dor em diversos sítios. Tal informação gera a compreensão de que a dor oncológica demonstra manejo complexo, visto que diversos sítios de dores podem necessitar de estratégias diferenciadas para cada área acometida pela mesma.

Segundo a OMS, o alívio para a dor do câncer é possível de ser alcançado em cerca de 90% dos casos (MUESER et al. 2001). Porém, 48% dos participantes deste estudo referiram não obter alívio completo para as suas dores e 4,7% não fazem terapia antálgica alguma.

Referente à intensidade da dor atribuída nas 3 amostras, os resultados demonstraram que os participantes com tumores de sistema digestivo relataram maiores escores ($7,58 \pm 2,59$) para o descritor “incômoda”, as mulheres com câncer

de mama ($6,33 \pm 3,45$) para o descritor “dolorosa” e os homens com câncer prostático ($6,20 \pm 2,74$) para o descritor “incômoda”.

Foi evidenciado que, dos 60 participantes com câncer gástrico, 16 (26,6%) relataram escores acima de 8 na média de todos os descritores; 10 (22,2%) das mulheres com câncer de mama e 6 (13,3%) dos participantes com de câncer de próstata relataram também escores elevados. Tais dados são coerentes com a literatura de que os tumores de sistema digestivo produzem dores moderadas a graves (ESSINK-BOT et al., 2007; MARINEO, 2003; VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN et al., 2007).

Na avaliação dos 10 descritores de dor crônica mais atribuídos pelas 3 amostras estudadas, algumas semelhanças importantes foram evidenciadas. Observamos que 5 descritores foram atribuídos pelos 3 grupos: “dolorosa”, “desconfortável”, “chata”, “incômoda” e “desagradável”; outros 5 foram atribuídos em 2 grupos: “enjoadas”, “desgastante”, “preocupante”, “forte” e “perturbadora” e outros 5 descritores foram atribuídos em diferentes grupos: “persistente”, “cansativa”, “prejudicial” e “atormetadora”. Tanto os participantes com câncer de próstata, quanto os participantes com câncer digestivo atribuíram o descritor “incômoda”, de dimensão afetiva, como a palavra que mais descrevia suas dores, ficando tal descritor em 4º lugar de maior atribuição pelas mulheres com câncer de mama.

Essa semelhança na atribuição dos descritores sugere como hipótese que a linguagem da dor oncológica é semelhante, independente do sítio do tumor e do gênero.

Concernente à dimensão dos descritores mais atribuídos nos 3 grupos, houve um predomínio de descritores de dor crônica que caracterizaram a dimensão afetiva (50%), seguido pelos descritores que caracterizaram a dimensão cognitiva (26,6%) e pelos descritores de dimensão sensitiva (23,3%).

Frequentemente, as avaliações do cliente com dor oncológica exploram somente os aspectos sensitivos e os físicos da dor. Entretanto, observamos que, dentre os dez descritores mais atribuídos, houve predomínio daqueles que caracterizam a dimensão afetiva da dor. Os resultados deste estudo demonstraram que os participantes com dor oncológica caracterizaram mais as suas dores na dimensão afetiva e cognitiva e, em última instância, na dimensão sensitiva, reforçando a importância do manejo da “dor irrelevante a opiáceos”, necessitando de atenção e

de implementação de estratégias específicas (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008; MICELLI, 2002).

Sela et al. (2002) identificaram altos níveis de reações afetivas entre 11 participantes com câncer avançado e que a frustração, exaustão, raiva, desespero e desamparo apresentaram relação com a sensação e a intensidade da dor percebida.

Destacamos o caráter religioso demonstrado na avaliação da dor das 3 amostras estudadas, nas quais os descritores “demoníaca”, “desgraçada”, “punitiva” e “maldita” estiveram entre os de menor atribuição, sendo que 96,7% de todos os participantes pertenciam a alguma religião. Diversos autores enfatizam a necessidade da avaliação e do manejo da dor espiritual atentando-se às questões religiosas (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008; MICELLI, 2002; PIMENTA; PORTNOI, 1999; PINHEIRO, 2007; SAUNDERS, 1976).

Para Pinheiro (2007), as religiões podem influenciar a percepção dos clientes sobre si mesmo e a resposta à dor e que, os estados de êxtase parecem atuar nas vias inibitórias descendentes, abrandando ou abolindo a dor.

Para Pimenta e Portnoi (1999) a fé religiosa auxilia na tolerância à dor e pode influenciar a atitude dos clientes na interpretação da dor como punição, fazendo-os procurarem nas preces e nos rituais o perdão para possíveis erros.

Kübler-Ross (2005) salientava que, no processo de morte e de morrer, os clientes podem passar pela fase da negociação, na qual fazem promessas e orações na tentativa de negociar o prazo de sua morte.

Deve haver um respeito à liberdade dos participantes de crer no que necessitam, empreendendo uma abordagem global à dor, tanto cultural-psicológica quanto física (PINHEIRO, 2007).

Os dados resultantes deste estudo reforçam a necessidade da avaliação, pelas equipes de saúde, da multidimensionalidade e da totalidade da dor do câncer, considerando as repercussões psicológicas, espirituais e sociais que ela traz (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2008; SAUNDERS, 1976).

6. Considerações Finais

Considerando os objetivos propostos para o presente estudo, apresentam-se as seguintes considerações.

O primeiro objetivo foi caracterizar as 3 amostras segundo as variáveis sociais. A média de idade dos participantes foi de 60 anos, 54% do gênero masculino, 58,7% casados, 65,3% pertencentes à religião católica e 50,6% tinham ensino fundamental completo.

O segundo objetivo foi caracterizar a dor crônica dos participantes por meio de alguns indicadores específicos, evidenciando que, referente ao sítio primário do tumor, 30% estavam localizados na mama, 30% na próstata e 14,7% no estômago. O início da queixa dolorosa ocorreu em 40,7% dos participantes antes do diagnóstico da doença, 52,7% relataram somente 1 sítio de dor e 55,4% relataram que a mesma era intermitente. A intensidade da dor atribuída nas 3 amostras, considerando a média aritmética, demonstrou que os participantes com tumores de sistema digestivo reportam maiores escores ($7,58 \pm 2,59$) e 26,6% desta amostra relataram escores acima de 8 na média aritmética de todos os descritores apresentados.

O terceiro objetivo do estudo foi identificar os descritores de dor crônica advinda do câncer percebida pelas 3 amostras. Foi observado que, dentre os 10 descritores de maior atribuição, 5 estavam presentes nos 3 grupos: “dolorosa”, “desconfortável”, “chata”, “desagradável” e o descritor “incômoda”, que foi o mais atribuído tanto pelos participantes com câncer de sistema digestivo quanto pelos participantes com câncer de próstata, demonstrando a similaridade da linguagem da dor nos diferentes grupos.

Na dimensão dos descritores de maior atribuição nos 3 grupos houve predomínio de descritores de dor crônica que caracterizaram a dimensão afetiva (50%), seguido pelos de dimensão cognitiva (26,6%) e dimensão sensitiva (23,3%).

Tais dados trazem a reflexão sobre a necessidade de mudança do paradigma de avaliação da dor crônica advinda do câncer pelas equipes de saúde, visto que as avaliações clínicas da dor são frequentemente focadas na dimensão física, mas a dimensão afetiva foi predominante neste estudo.

Destacamos o caráter religioso demonstrado na avaliação da dor das 3 amostras estudadas, onde os descritores “demoníaca”, “desgraçada”, “punitiva” e “maldita” estiveram entre os menos atribuídos, em hipótese devido ao alto índice de religiosidade dos participantes. Enfatizamos que questões envolvendo a religiosidade e a espiritualidade dos clientes com dor oncológica devam ser melhor exploradas para o manejo da dor espiritual.

Concluimos que, mesmo sendo a dor oncológica um fenômeno considerado individual, multidimensional e com comprometimento em diversos domínios da vida, a linguagem apresenta semelhança, independente do sítio do tumor e do gênero.

O presente estudo foi precursor na avaliação da dor oncológica utilizando os descritores de dor crônica da EMADOR. Em consequência disto, utilizaremos os descritores mais atribuídos neste estudo para implementar um instrumento de avaliação de dor crônica advinda do câncer na clínica.

Enfatizamos a necessidade de que mais pesquisas sobre a linguagem da dor oncológica sejam empreendidas a fim de melhor compreender e manejar a dor dos que dela padecem.

Referências⁷

⁷ Fonte: Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para a apresentação de dissertações e teses da USP**. Parte I: ABNT. 2ª Ed. São Paulo: SIBI USP, 2009. 102 p.

ABELLA, P.; OCHOA, G. Errores y problemas relacionados en la evaluación del paciente con dolor. **Revista Iberoamericana del Dolor**, Quito, v.2, n.3, p. 47, 2007.

ALBERTS, B. et al. Câncer. In: _____, **Biologia Molecular da Célula**. Tradução Ana Letícia de Souza Vanz et al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 20, p. 1205-1268.

APOLONE, G. et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. **British Journal of Cancer**, London, v. 100, n. 10, p. 1566-74, 2009.

BASTOS, S.B.; SILVA, M.G.; CALASANS, M.T.A. Estratégias dos enfermeiros no cuidado ao paciente com dor oncológica. **Revista Dor-Pesquisa, Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v.10, n.1, p. 25-28, august 2009.

BONICA, J. J. Cancer pain: a major national health problema. **Cancer Nursing**, Washington, v. 1, p.313 -316, 1978.

_____. Anatomic and physiologic basic of nociception and pain. In: BONICA, J. J. **The management of pain**. 2ª ed. Pennsylvania: Lea & Febiger, Malvern, 2002. p. 28-94.

BORNEMAN, T. et al. Reducing patient barriers to pain and fatigue management. **Journal Pain and Symptom Management**, New York, v. 39, n. 3, p. 486-501, 2010.

BOUREAU, F. et al. Elementos para la evaluación del dolor en el paciente con cáncer. **MedUnab**, Bucaramanga, v.4, n. 10, p. 73-81, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2010. Disponível em: < [http:// www.inca.gov.br/regpop/2010](http://www.inca.gov.br/regpop/2010). Acesso em: 01 fev 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer – Fisiopatologia do Câncer**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap2.pdf>> Acesso em: 15 out 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001a. 124p. (Manuais

técnicos. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf>
Acesso em: 10 out 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Nacional de Geografia e Estatística. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtm#>> Acesso em: 03 setembro 2010.

BRUNELLI, C. et al. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain. **Health Quality Life Outcomes**, London, v.8, p. 42, 2010.

BURCKHARDT, C.S.; JONES, K.D. Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery. **Health Quality Life Outcomes**, v. 3, n. 30, 2005.

CANCER-PAIN.ORG. Understanding cancer pain. New York, 2002. Disponível em:<<http://www.cancer-pain.org/understanding/whatis.html>> Acesso em: 25 fev 2011.

CAPONERO, R.; LAJE, L.M.; MURADIAN, M.A.N. A Individualidade na dor associada à neoplasia. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 53, ano IX, p. 165-168, 2007. Disponível em
<<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2053/pdf/mat%2027.pdf>> Acesso em: 20 out 2010.

CAPONERO, R. O controle da dor associada às neoplasias ainda é insuficiente. **Revista Dor e Analgesia**, São Paulo, v. 1, n.3, p. 4-11, 2008.

CAPONERO, R., TEIXEIRA, M.J.; VIEIRA, D.E. Dor no doente com câncer. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, n.35, ano VI, 2004. Disponível em <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2001-35.html>> Acesso em: 25 fev 2010.

CARACENI, A. et al. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory. **Pain**, Amsterdam, v. 65, n. 1, p. 87-92, 1996.

CARACENI, A. et al. Cancer pain assessment in clinical trials. A review of the literature (1999-2002). **Journal of Pain in Symptom Management**, New York, v. 29, n. 5, p. 507-519, 2005.

CARACENI, A. Evaluation and assessment of cancer pain and cancer pain treatment. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 45, p. 1065-1075, 2001.

CARACENI, A.; PORTENOY, R.K. Pain management in patients with pancreatic carcinoma. **Cancer**, New York, v. 1, n. 78, p. 639-53, 1996.

CARDOSO, R.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. The Identification and validation of the Brazilian Chronic Pain Descriptors. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v.10, n. 2, p. 85-93, 2009.

CARDOSO, R.P.S. **Descritores de dor crônica: um estudo psicofísico**. 2004. 55 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n.1, p. 163-7, jan/mar 2007.

CLARKE, W.C.; KASHANIA; C.S.B. A mensuração da dor In: **Segredos em Clínica de Dor**. Porto Alegre: ArtMed;1998. p. 41-50.

COLVIN, L.; FALLON, M. Challenges in cancer pain management - bone pain. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 44,n. 8, p. 1083-1090, 2008.

COSTA, C.M.C. **Diferenças de dor no homem e na mulher**. Campanha de Combate à Dor na Mulher, 2008. 4 p. Folder

COUCEIRO, T.C.M.; MENEZES, T.C.; VALENÇA, M.M. Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia. A Magnitude do Problema. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 358-365, 2009.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C.A.M. Avaliação do doente com dor crônica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n.3, p. 49-62, 1999.

CHIH-YI SUN, V. et al. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 34, n. 4, p.359-369, 2007.

DA SILVA, J. A; RIBEIRO-FILHO. **Avaliação e mensuração de dor. Pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: Funpec, 2006.

DAUT, R.L.; CLEELAND, C.S., FLANERY R.C. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. **Pain**, Amsterdam, v. 17, n. 2, p. 197-210, 1983.

DELGADO, G.L. Tratamento Especializado da Dor Crônica em clientes com tumores do aparelho digestivo. PAULA, L.C. In: **Tópicos em Gastroenterologia**. São Paulo: Ed. Medsi, 2002. capítulo 32, p. 515-535.

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. **The 5th Vital Signal**. Revised ed. Washington, 2000. Disponível em:<<http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/TOOLKIT.pdf>>Acesso em: 15 mai 2011.

DI MOLA, F.F.; DI SEBASTIANO, P. Pain and pain generation in pancreatic cancer. **Langenbecks Archives of Surgery**, Berlin, v. 393, n. 6, p. 919-22, 2008.

DUGGLEBY, W. The language of pain at the end of life. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 3, n. 4, p. 154 60, 2002.

EDRINGTON, J. et al. A review of the literature on the pain experience of chinese patients with cancer. **Cancer Nursing**, New York, v. 30, n. 5, p. 335-346, 2007.

EDRINGTON, J. et al. Barriers to pain management in a community sample of Chinese American patients with cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v.37, n. 4, p. 665-75, 2009.

ENTING, R.H. et al. A prospective study evaluating the response of patients with unrelieved cancer pain to parenteral opioids. **Cancer**, New York, v. 94, n. 11, p. 3049-56, 2002.

ESPINOZA, M.V.; SANHUEZA, O.A. Contribuir a la calidad del morir em el cancer. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v.2, n.2, p. 17-23, 2007. Suplemento 2.

ESSINK-BOT, M.L. et al. Different perceptions of the burden of upper GI endoscopy: an empirical study in three patient groups. **Quality of Life Research**, Denver, v. 16, n. 8, p. 1309-18, 2007.

EVANGELISTA, R.A. **Avaliação da qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia**. 2007. 123 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; DA SILVA, J. A. Mensurando dor. **Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 680-687, 2005.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. Dor: o quinto sinal vital. **Âmbito Hospitalar - Revista científica para profissionais de saúde**, v.16, n.168, p.21-22, 2004.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.446-447, 2002.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. et al. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, 2010.

FALEIROS SOUSA, F.A.E.; SILVA, J.A.; A Métrica da Dor (Dormetria): Problemas teóricos e metodológicos. **Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, São Paulo, v.6, n.1, p. 469-513, 2005.

FAZAL, S; SAIF, M.W. Supportive and palliative care of pancreatic cancer. **Journal of the Pancreas**, Genova, v.8, n. 2, p. 240-253, 2007.

FERREL, B.; LEVY, M.H.; PAICE, J. Managing pain from advanced cancer in the palliative care center. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburg, v. 12, n.4, p. 575-581, 2008.

FERRELL, B. Ethical Perspectives on Pain and Suffering: Respect. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v.6, n.3, p.83-90, 2005.

FITCH, M. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos In: PIMENTA, C.A.M. et al. (eds) **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Ed. Manole, 2006. cap. 5, p. 67- 85.

FOLEY, K.M. Advances in cancer pain. **Archives of Neurology**, Chicago, v. 56, n. 4, p. 413-417, 1999.

FOLEY, K.M.; et al. Pain Control for People with Cancer and AIDS. In: JAMISON, D.T.; BREMAN, J.G.; MEASHAM, A.R. (eds) **Disease Control Priorities in Developing Countries**. 2nd edition. Washington: World Bank, 2006, p. 981-993. Disponível em <<http://files.dcp2.org/pdf/expressbooks/paincon.pdf#page=66>> Acesso em: 25 out 2010.

GARTNER, R. et al. Prevalence of and Factors Associated With Persistent Pain Following Breast Cancer Surgery. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v.302, n. 18, 1985-1992, 2009.

GIVEN, B. et al. Establishing mild, moderate, and severe scores for cancer-related symptoms: how consistent and clinically meaningful are interference-based severity cut-points? **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 35, n. 2, p. 126-35, 2007.

GUILLEN, V. As dores do câncer podem ser controladas com analgésicos. **G1: o portal de notícias da Globo**, 22 may 2007. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL40591-5603,00-DORES+DO+CANCER+PODEM+SER+CONTROLADAS+COM+ANALGESICOS.html>> Acesso em: 10 jan 2011.

HADI, S. et al. Symptoms clusters in patients with cancer metastatic bone pain. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 11, n. 4, p. 591-600, 2008.

HALPERT, D.; ERDEK, M.A. Pain management for hepatobiliary cancer. **Current Treatment Options in Oncology**, Philadelphia, v.9, n. 2-3, p. 234-41, 2008.

HORTENSE, P.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas, por meio de métodos psicofísicos variados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.2, 2009.

INGHAM, J. et al. An exploratory study of frequent pain measurement in a cancer clinical trial. **Quality of Life Research**, Denver, v. 5, n. 5, p. 503-507, 1996.

INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH CANCER. Section for Cancer Information. **Globocan**, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>> Acesso em: 10 mai 2011.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF (PAIN). IASP Global Year Against acute pain. 2011. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstAcutePain/default.htm>>. Acesso em: 23 fev 2011.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). 2007 Pain in Women Disponível em <<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/RealWomenRealPain/default.htm>> Acesso em: 10 mai 2011.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). 2010. **Pain Terminology**. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>>. Acesso em: 15 jan 2010.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **Cancer Pain** 2008. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Global_Year_Against_Cancer_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=8716> Acesso em: 09 out 2009.

JACOBSEN, P.B. et al. Initial evaluation of quality indicators for psychosocial care of adults with cancer. **Cancer Control**, Tampa, v. 16, n. 4, p. 328-334, 2009.

JENSEN, M.P. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. **Journal of Pain**, Philadelphia, v. 4, n. 1, p. 2-21, 2003.

JUNG, B.F. et al. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. **Pain**, Amsterdam, v. 104, n. 1-2, 2003.

KATZ, J. et al. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. **Journal of Pain**, Philadelphia, v. 119, n.1-3, p. 16-25, 2005.

KIM, J.H. et al. High-dose fentanyl patch for cancer pain of a patient with cholangiocarcinoma. **Korean Journal of Internal Medicine**, Seoul, v. 25, n. 3, p. 337-340, 2010.

KLEPSTAD, P. et al. The norwegian Brief Pain Inventory Questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 24, n.5, p. 517-525, 2002.

KÜBLER-ROSS, E. Terceiro Estágio: Barganha. In: _____, **Sobre a morte e o morrer**. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p.87-92.

LATTANZI, J.P. Pain Management in Patients With Advanced Prostate Cancer. **Oncology**, New York, v. 13, n. 11, 1999.

LAURETTI, G. R.; FERREIRA, A.S.M. Tratamento da dor crônica neoplásica. **Revista Dor é Coisa Séria**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 2-7, 2007.

LEE, B.H. et al. Behavioral characteristics of a mouse model of cancer pain. **Yonsei Medical Journal**, Seoul, p. 46, n. 2, p. 252-259, 2005.

LEVY, M.H. Pharmacologic treatment of cancer pain. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 335, p.1124-1132, 1996.

MACDONALD, L. et al. Long-term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. **British Journal of Cancer**, London, v. 92, n. 2, p. 225-230, 2005.

MACIEL, M.G.S. A Dor Crônica no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Prática Hospitalar**, n. 35, set-out 2004. Disponível em:
<<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2005-35.html>>. Acesso em: 20 out 2010.

MANTYH, P.W. et al. Molecular mechanisms of cancer pain. **Nature Reviews Cancer**, v. 2, n.3, p. 201-209, 2002.

MARINEO, G. Untreatable pain resulting from abdominal cancer: new hope from biophysics? **Journal of Pancreas**, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2003.

MARTINS, M.A.O. Humanização em Cuidados Paliativos e na Dor. **Revista Prática Hospitalar**, n. 35, set-out 2004. Disponível em:
<<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2010-35.html>> Acesso em: 05 mai 2010.

MELZACK, R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, Amsterdam, v. 1, n. 3, p. 277-99, 1975.

_____; TORGERSON, W. S. On the language of pain. **Anesthesiology**, v.34, n.1, p. 50-59, 1971.

MIASKOWSKI, C. et al. The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management. **Pain**, New York, v. 129, n. 1-2, p. 55-63, 2007.

MICELLI, A.V.P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002.

MINSON, F.P.; MARANGONI, M.A. O tratamento da dor oncológica baseado na Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Revista Dor é coisa séria**, São Paulo, v. 5, n.1, 2009.

MORAES, T.M. Atuação do enfermeiro na dor oncológica. In: CHAVES, L.D.; LEÃO, E.R. **Dor: o quinto sinal vital**. Reflexões e Intervenções de Enfermagem. Curitiba: Ed. Maio, 2004. p. 169-180.

MORETE, M.C.; MINSON, F.P. Instrumentos para a avaliação da dor em clientes oncológicos. **Revista Dor – pesquisa, clínica e terapêutica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 74-80, 2010.

MUESER, T. et al. Symptoms during cancer pain treatment following WHO guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. **Pain**, Amsterdam, v.93, n. 3, p. 247-257, 2001.

MÜNGER-BEYELER, C. et al. Quality of analgesic treatment in patients with advanced prostate cancer: do we do a better job now? The Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK) experience. **Support Care in Cancer**, Berlin, v. 16, n. 5, p. 461-467, 2008.

MURTA, S.G. Avaliação e Manejo da dor crônica. In: J. M. M. M. Carvalho (eds.) **Dor – um estudo multidisciplinar**. 2ª ed. São Paulo: Summus Editorial, 1999, pp. 174-195.

MYSTAKIDOU, K. et al. The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients. **Sleep**, New York, v. 30, n. 6, p. 737-742, 2007.

NOBLE, B. et al. The measurement of pain, 1945-2000. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 29, n.1, p. 14-21, 2005.

PARRIS, W.C.V. Mechanisms of cancer pain. In: _____, **Cancer Pain Management: principles and practice**. USA, Ed. Butterworth – Heinemann, 1997. Cap. 4, p. 31-38.

PEDROSA, D.F.A. **Avaliação e Mensuração da dor crônica isquêmica e da qualidade de vida**. 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PEREIRA, L.V et al. Magnitudes estimates of pain descriptors. **Psychol. Coimbra**, n.28, p. 269-276, 2001.

PEREIRA, L.V; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 77-84, 1998.

PERRON, V.; SCHONWETTER, R.S. Assessment and management of pain in palliative care patients. **Cancer Control**, Tampa, v. 8, n. 1, p. 15-18, 2001.

PIMENTA, C. A. M., PORTNOI, A. G. Dor e cultura. In: M. M. M. J.Carvalho (eds.), **Dor – um estudo multidisciplinar**. 2ª ed. São Paulo: Summus Editorial, 1999, pp. 159-172.

PIMENTA, C.A.M. O papel da enfermeira na clínica de dor. In: Castro, A.B. (ed.) **A clínica de dor**. Organização, funcionamento e bases científicas. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 204-221.

PIMENTA, C.A.M.; **Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor do câncer**. 1995. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PIMENTA, C.A.M.; FERREIRA, K.A.S.L.; Dor no doente com câncer. In: PIMENTA, C.A.M. et al. **Dor e Cuidados Paliativos. Enfermagem, Medicina e Psicologia**. 1ª Ed. São Paulo: Ed. Manole, 2006. p. 125-162.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.

PINHEIRO, R.A.P. Dor e Religião. **Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 1113-1115, 2007.

PITORAK, E.F. Care at the time of death. **Home Healthcare Nurse**, Bridgewater, v. 23, n. 5, p. 318-327, 2005.

POLESHUCK, E.L. et al. Risk factors for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study. **Journal of Pain**, Philadelphia, v. 7, n. 9, p. 626-634, 2006.

PORTENOY, R. K.; LESAGE, P. Management of cancer pain. **Lancet**, London, v. 353, n. 9165, p. 1695-1700, 1999.

QUEIROZ, G. S. et al. Prevalence of paresthesia, fatigue, edema and pain after treatment for breast cancer. **Applied Cancer Research**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 173-178, 2009.

REALE, C.; TURKIEWICZ, A.M.; REALE, C.A. Antalgic treatment of pain associated with bone metastases. **Critical Reviews In Oncology/Hematology**, Boca Raton, v. 37, n. 1, p. 1-11, 2001.

RIPPAMONTI, C.; LONGO, M. Cancer pain syndromes and pharmacotherapy of cancer pain. **Archives of Oncology**, Sremska, v. 12, n. 3, p. 168-170, 2004.

RUSSELL, P.B.; AVEYARD, S.C.; OXENHAM, D.R. An Assessment of Methods Used to Evaluate the Adequacy of Cancer Pain Management. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v.32, n.6, p. 581-588, 2006.

SALTARELLI, S. **Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia**. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SANDBLOM G. et al. A population-based study of pain and quality of life during the year before death in men with prostate cancer. **British Journal of Cancer**, London, v. 90, p. 1163–1168, 2004.

SAUNDERS, C. D. Care of the dying -4. Control of pain in terminal cancer. **Nursing Times, London**, v. 72, n. 22, p. 1133-35, 1976.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Unidade de Avaliação e Controle. **Manual de Credenciamento e Cadastamentos Especiais**. Agosto/2002. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual_oncologia.pdf Acesso em: 10 mai 2011.

SELA, R.A. et al. Sensory and affective dimensions of advanced cancer pain. **Psychooncology**, Chichester, v. 11, n. 1, p. 23-34, 2002.

SHI. Q. et al. Assessing persistent cancer pain: a comparison of current pain ratings and pain recalled from the past week. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 37, n. 2, p. 168-174, 2009.

SHIN, H. et al. A comparison of two pain measures for Asian American cancer patients. **West Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 29, n. 5, p. 545-560, 2007.

SILVA, F.M.H.; ZAGO, M.M.F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 44-49, 2001.

STENSETH, G. et al. Can cancer patients assess the influence of pain on functions? A randomized, controlled, study of the pain interference items in the Brief Pain Inventory. **BMC Palliative Care**, London, v. 6, n.2, p. 1-6, 2007.

STEVENS, S.S. Psychophysics: Introduction to its Perceptual, Neural and Social Prospects. New York: 1975. Disponível em:<<http://books.google.com/books?id=r5JOHIXX8bgC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>> Acesso em: 20 jun 2010.

TEIXEIRA, M. J. Estado Atual da Assistência aos Doentes com Dor. **Revista Racine**. São Paulo, v. 80, p. 10-17, 2004.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para a apresentação de dissertações e teses da USP**. 2ª ed. São Paulo: SIBI USP, 2009. 102.p.

VAN DEN BEUKEN VAN EVERDIGEN, M.H.J. et al. Prevalence of pain patients with cancer: systematic review of the past 40 years. **Annals of Oncology**, London, v. 18, n. 9, p. 1437-1449, 2007.

VILA, H. JR. et al. The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? **Anesthesia & Analgesia**, Cleveland, v. 101, n. 2, p. 474-480, 2005.

VILHOLM, O.J. et al. The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. **British Journal of Cancer**, London, v. 99, n.4, p. 604-610, 2008.

WANG, X.S. et al. The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): its development and use in a study of cancer pain. **Pain**, Amsterdam, v. 67, n. 2-3, p. 407-416, 1996.

WEBMD. **Stomach cancer**, Atlanta, 2010. Disponível em: <<http://www.webmd.com/cancer/stomach-gastric-cancer>>. Acesso em: 27 dez 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Achieving balance innational opioids control policy—guidelines for assessment. Geneva: **World Health Organization**, 2000. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip39e/whozip39e.pdf>> Acesso em: 10 abr 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. 2ª ed. Geneva: **World Health Organization**; 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. 2ª ed. Geneva: **World Health Organization**; 1996. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>. Acesso em: 10 abr 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: **World Health Organization**, 2002.

Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/en/412.pdf>> Acesso em: Acesso em: 10 abr 2011.

WUJCIK, D.; UTLEY, S. The Nurse's Role. In: PARRIS, W.C.V. **Cancer Pain Management: principles and practice**. Washington: Ed. Butterworth-Heinemann, 1997, cap. 31, p. 429-441.

YENG, L.T.; TEIXEIRA, M.J.; RIBEIRO, A.L. SAMUELIAN, C. Avaliação dos doentes com dor: avaliação psicológicas e das condições específicas. **Revista do Centro de Estudos da Dor do HCFMUSP**, São Paulo, v. 1, 4ª ed., 2005.

YENG, L.T.; TEIXEIRA, M.J.; RIBEIRO, A.L. SAMUELIAN, C. Avaliação funcional do doente com dor crônica. **Revista do Centro de Estudos da Dor do HCFMUSP**, São Paulo, v. 1, 3ª ed, 2005.

ZAMBRANO, E. **Mensuração e avaliação da dor pós analgesia raqui-peri combinada durante o trabalho de parto: um enfoque experimental**. 2007. 107 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da Pesquisa: “Avaliação e Mensuração da dor crônica advinda do câncer”

Pesquisadores Responsáveis: Elis Ângela Alves da Costa Lippi e Profa. Dra. Fátima A. E. Faleiros Sousa (Orientadora da pesquisa).

Prezado (a) Senhor (a),

Meu nome é Elis Ângela Alves da Costa Lippi, sou enfermeira, aluna de pós-graduação (mestrado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e estou responsável pela pesquisa sobre a dor crônica de pessoas com câncer, sob a orientação da Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa. Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar dessa pesquisa, a qual será realizada aqui no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP, especificamente, nos ambulatórios e enfermarias de Dor, Ginecologia, Gastrocirurgia e Cirurgia Proctológica. O objetivo é analisar como os clientes com câncer percebem a dor. Caso você concorde em participar, utilizaremos alguns instrumentos de avaliação de dor, a saber: inicialmente, você responderá a perguntas sobre dados pessoais (ex. data de nascimento, escolaridade, etc.) Depois, deverá dizer um número de 0 a 10 para as palavras que descrevem a sua dor (descritores de dor).

A pesquisa durará, aproximadamente, quinze minutos. É importante dizer que procuraremos um momento para não atrapalhar o retorno ou o seu tratamento e um local reservado que não o(a) exponha.

A pesquisa é totalmente voluntária e não haverá gastos para você. Também, neste momento, não terão nenhum benefício com a participação na nossa pesquisa, mas os resultados dela poderão ajudar a utilizarmos **instrumentos adequados** para avaliar a sua dor e possibilitar que profissionais de saúde cuidem melhor da dor de clientes com câncer. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas da área e/ou apresentado em encontros científicos. Garantimos que o seu nome real ou qualquer coisa que possa identificá-lo será mantido em segredo.

Saiba que você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Agradecemos a sua colaboração.

CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO

Após ter conhecimento sobre como posso colaborar com esta pesquisa, concordo com a sua participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____, por livre e espontânea vontade, aceito participar desta pesquisa e permito que as informações prestadas sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro que estou ciente dos objetivos e de ter compreendido as informações dadas pelo pesquisador. Sei, também, que ao final deste trabalho o meu nome será mantido em segredo, e quando não quiser mais participar, poderei parar. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__.

Participante

Pesquisadora

Profª Drª Fátima A. E. Faleiros Sousa (Orientadora da pesquisa).

Elis Ângela Alves da Costa (Pesquisadora).

Contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP. Fone: (16) 3602-4761/ (16) 8825-8626

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**1. ATRIBUTOS SOCIAIS**

Nome: _____ Data Nascimento: _____
Idade: _____ anos Sexo: Masculino () Feminino ()
Religião: _____ Situação conjugal: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA DOR

- I. Diagnóstico Médico: _____
- II. Há quanto tempo sente esta dor: _____ meses
- III. Início: () Antes do diagnóstico (motivo de procura pelo serviço de saúde)
() Imediatamente após o diagnóstico () Após cirurgia
() Após quimioterapia () Após radioterapia () após aparecimento de ferida
() Outros: _____
- IV. Local: Sente dor em quantos local(is) do corpo?
() Apenas um local () Mais de um local
- V. Frequência: É contínua? () Sim () Não Se não, aparece quantas vezes por dia?

- VI. Têm alívio completo da dor com os medicamentos que está fazendo uso no momento?
() Sim () Não

Anexos

ANEXO A

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DE DOR (EMADOR)

INSTRUÇÕES

Ao participar deste experimento você gastará 15 minutos ou menos de seu tempo. A tarefa a ser realizada é fácil e não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos sobre a avaliação da experiência dolorosa.

Seguindo em anexo uma lista de várias palavras denominadas “*descritores de dor*”. A definição que consideramos mais adequadas a cada descritor de dor vem logo abaixo de cada um deles.

Para sabermos o nível de atribuição de cada descritor dependemos da nota que você irá atribuir a cada um deles, através de uma escala ordinal, de onze pontos, graduada de zero (0) a dez (10), colocada logo abaixo de cada definição.

Leia atentamente os passos abaixo, o qual você deverá seguir para a realização dessa tarefa.

Observe cada descritor em letras maiúsculas e identifique-o

1. Leia com atenção a definição que foi colocada logo abaixo do descritor.
2. Identifique a escala de onze pontos, desenhada logo abaixo de cada definição. Nela você deve assinalar a nota que será atribuída ao descritor. A nota zero (0) indica nenhum grau de atribuição de dor e a nota dez (10) indica o maior grau de atribuição que o descritor receberia na caracterização dessa dor. As notas 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito), 9 (nove), também devem ser utilizadas, lembrando que, quanto mais a nota estiver próximo ao dez, maior o grau de atribuição do descritor e, quanto mais próxima ao 0 (zero), menor seu grau de atribuição.
3. Leia o exemplo que damos a seguir e, se ainda houver dúvidas, solicite ajuda a pessoa responsável pela aplicação desse instrumento.

Exemplo:

QUEIMANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que queima, queimosa. 2. Muito picante, pimenta, queimante.

DESCRITORES DE DOR

01- DEPRIMENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que deprime; depressiva; depressora.

02- PERSISTENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que é constante; que continua; prossegue; insiste. 2. Que permanece; que se mantém; que persevera.

03- ANGUSTIANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que angustia; angustiosa.

04- DESASTROSA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há, ou que produz acontecimentos calamitosos, especialmente o que ocorre de súbito e ocasionando grande dano ou prejuízo.

05- PREJUDICIAL

DEFINIÇÃO: 1. Que prejudica; nociva; lesiva.

06- DOLOROSA

DEFINIÇÃO: 1. Que produz dor; dolorífica. 2. Dolorida.

Nota

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

07- INSUPORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não suportável; intolerável. 2. Incômoda; molesta.

Nota

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

08- ASSUSTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que assusta; assustosa.

Nota

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

09- CRUEL

DEFINIÇÃO: 1. Dura; insensível; cruenta. 2. Severa; perigosa; tirana.

Nota

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10- DESCONFORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não confortável, desconfortável.

Nota

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11- TERRÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2. Extraordinária; estranha.
3. Muito grande; enorme. 4. Muito ruim; péssima.

Nota

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12- AGRESSIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que agride, denota ou envolve agressão.

Nota

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13- ATORMENTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Aquela que tortura; sulicia; flagela; angustia; modifica; aflige.

14- INTENSA

DEFINIÇÃO: 1. Forte; impetuosa. 2. Dura; árdua; penosa. 3. Violenta; rude; excessiva.

15- ESMAGADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que esmaga. 2. opressiva, tirânica. 3. indiscutível; irretorquível; irrefutável.

16- BRUTAL

DEFINIÇÃO: 1. Própria do bruto; da natureza do bruto. 2. Cruel; desumana; barbara. 3. Impiedosa; violenta. 4. Medonha; terrível.

17- ATERRORIZANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que enche de terror; que faz medo.

18- INFERNIZANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que torna muito incomoda; insuportável; que inferniza; que aflige; que desespera; que atormenta.

19- DESGRAÇADA

DEFINIÇÃO: 1. De má sorte. 2. Miserável. 3. Desprezível.

20- ENJOADA

DEFINIÇÃO: 1. Intolerável. 2. Desagradável.

21- CHATA

DEFINIÇÃO: 1. Maçante. 2. Situação ou coisa chata.

22- DESAGRADÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que desagrada, não agradável.

23- SUFOCANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que sufoca; sufocadora; sufocativa.

24- CASTIGADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que castiga

25- PREOCUPANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que preocupa. 2. Que ocupa primeiro.

26- APAVORANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que apavora; que causa pavor; espanto.

27- CONSTANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que não se desloca; inalterável; imutável. 2. Incessante; contínua. 3. Invariável. 4. Que aparece com freqüência, de maneira dominante, por vezes obsessiva.

28- PAVOROSA

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde pavor. 2. Medonha; horrível; horrorosa.

29- DEMONÍACA

DEFINIÇÃO: 1. Relativa a; ou próprio de demônio; diabólica; satânica.

30- QUE ESPALHA

DEFINIÇÃO: 1. Que lança para diferentes lados; dispersa. 2. Que infunde; irradia. 3. Que se propaga.

31- DEVASTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que destrói; assola. 2. Danifica; arruína.

32- CONTÍNUA

DEFINIÇÃO: 1. Em que não há interrupção; seguida; sucessiva.

33- EXCESSIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que é em excesso, exagerada; demasiada, desmedida.

34 - MISERÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Desprezível. 2. Malvada; perversa; cruel.

35- EXAGERADA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há exageração; exagerada; demasiada; desmedida.

36- MALDITA

DEFINIÇÃO: 1. Amaldiçoada. 2. Pernicioso; funesta. 3. muito má, maligna.

37- PERTUBADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que causa perturbação; que altera; muda; modifica. 2. Que causa embaraço ou perturbação. 3. Que desnorreia, desorienta.

38- ABORRECÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que pode ou deve causar aborrecimento ou horror; digna de horror; detestável; execrável; abominável; aborrecida; aborrecedora.

39- DESGASTANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que desgasta. 2. Incomoda; tediosa; chata.

40- DANOSA

DEFINIÇÃO: 1. Que causa dano, nociva, prejudicial; daninha.

41- ENLOUQUECEDORA

DEFINIÇÃO: 1. Que endoidece; que torna louca; que faz perder a razão.

42- QUEIMANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que queima; queimosa. 2. Muito picante; pimenta queimante.

43- PUNITIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que pune; punidora. 2. Que envolve punição; medida punitiva.

44- TORTURANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que tortura; que atormenta; torturadora; aflitiva; angustiante.

Nota
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

45- DESESPERADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que desespera; que faz desesperar; desesperante; desesperativa.

2. Aquela que faz desesperar.

Nota
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

46- CANSATIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que cansa; Fatigante. 2. Aborrecida; entediante; enfastiante; enfadonha.

Nota
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

47- MONSTRUOSA

DEFINIÇÃO: 1. Que tem a conformação de monstro.

Nota
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

48- INCÔMODA

DEFINIÇÃO: 1. Que não oferece comodidade. 2. Que incomoda; que é desagradável; desconfortável. 3. Que enfada; aborrece; enfadonha; molesta; presença incômoda. 4. Que causa transtorno; importuna. 5. Que traz dificuldade; situação incômoda; incomodadora; incomodante.

Nota
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

49- FORTE

DEFINIÇÃO: 1. Que tem força; vigor. 2. Intensa; violenta. 3. Viva; ativa.

50- AMEDRONTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que mete medo; assusta; aterroriza.

ANEXO B

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 10 de novembro de 2004

Ofício nº 3078/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado
“**MENSURAÇÃO DA DOR**” foi analisado pelo Comitê de Ética em
Pesquisa em sua 192ª Reunião Ordinária realizada em 08.11.2004, e
enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo
HCRP nº 11696/2004.

Aproveito a oportunidade para
apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FÁTIMA AP. E. FALEIROS SOUSA

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos