

Dor no doente com câncer: características e controle

Cancer pain: characteristics and management

Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta¹, Maria Sumie Koizumi², Manoel Jacobsen Teixeira³

Resumo

Este estudo objetivou compor o perfil da dor e do seu controle, além de verificar a influência de fatores terapêuticos na expressão do sintoma algico em 57 doentes com doença neoplásica avançada, seqüencialmente atendidos no ambulatório de oncologia de um hospital geral. A dor foi moderada na maioria dos doentes e intensa em cerca de 1/5 dos casos, com duração média de 10 meses. Em 40,9 % das escolhas, observou-se preferência por 12 descritores do questionário de dor McGill. Descritores afetivos foram, significativamente, os mais escolhidos ($p < 0,05$). O alívio obtido foi insatisfatório, na maioria dos casos. O índice de controle da dor foi negativo em 49,1% dos doentes, isto é, em cerca de metade dos casos foram empregados analgésicos com potência inferior à exigida pela intensidade da dor. Não se observou correlação entre a intensidade da dor e a compatibilidade ou não dos esquemas analgésicos propostos ao padrão da OMS. Constatou-se que os doentes que fizeram uso dos analgésicos de modo regular, experienciaram dor de menor intensidade do que aqueles que só os utilizaram quando a dor se acentuava ($p < 0,05$). Observou-se que a irregularidade na utilização dos fármacos associou-se a dores mais intensas.

Palavras chaves: dor; dor crônica; dor no câncer; avaliação da dor; analgesia; controle da dor

Abstract

Fifty seven patients with advanced cancer under treatment in an oncologic unit were evaluated. The analgesic regimen used and the reason for their use were analyzed according of the intensity of the pain. Pain was moderate in most of the patients, and severe in 1/5 of them, lasting 10 months in average. In 40.9% of cases, there was preference for 12 descriptions of pain words of the McGill questionnaire to describe pain. The affective descriptors were more frequently used by patients with pain ($p < 0,05$). Pain control was not achieved by most of the patients. The pain management index was negative in 49.1% of the cases, suggesting that the potency of the analgesics was not adequate to the intensity of pain. There was not correlation between the intensity of pain and the potency of drugs prescribed by WHO. The intensity of pain was lower in patients using analgesics regularly ($p < 0,05$).

Key words: pain; cancer pain; pain assessment; analgesy; pain control; pain management

¹Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; ²Enfermeira. Professor Titular do Departamento Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; ³Neurocirurgião. Professor Doutor do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe do Ambulatório de Dor da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419 - Caixa Postal 5751 - CEP 05403-000 - São Paulo- SP

Introdução

A dor é um sintoma freqüente nas neoplasias malignas⁽¹⁻⁴⁾. É talvez o sintoma mais temido da doença neoplásica. Existe o conceito popular de que a dor no câncer é terrível e incontrolável⁽⁵⁾. Embora este temor tenha fundamento, é possível reduzir a dor, significativamente, com avaliação e tratamentos adequados⁽⁶⁻⁹⁾. Os sintomas álgicos somam-se às incapacidades primariamente relacionadas à neoplasia e seu tratamento e podem ser causa de insônia, anorexia, confinamento ao leito, perda do convívio social, redução das atividades profissionais e de lazer^(3, 10, 11). A dor é vista como inútil e desumanizante e acarreta grande estresse e sofrimento aos doentes e aos que os rodeiam⁽¹²⁾. Este quadro, freqüentemente, resulta em perspectivas emocionais, sociais e econômicas desfavoráveis ao doente e seus familiares.

O câncer é um grupo de doenças com morbidade e mortalidade elevadas e prevalência crescente em nosso meio. No Brasil e no Estado de São Paulo, o câncer é a terceira causa mais freqüente de morte nos dois sexos e a segunda no sexo feminino⁽¹³⁾. Nos próximos 30 anos, o aumento do número de casos de câncer será de 20% nos países desenvolvidos e de 100% nos países em desenvolvimento^(14, 15). Atualmente, mais da metade dos 9 milhões de casos novos de câncer ocorre nos países em desenvolvimento⁽¹⁴⁾. Agravando este quadro, a falta de acesso da população à informação e a carência de recursos na área da saúde nos países em desenvolvimento, resulta em retardo no diagnóstico da neoplasia. Em cerca de 80% das vezes, o processo patológico só é identificado em fases muito avançadas, quando a doença é incurável e a dor muito freqüente^(14, 15). A dor relacionada ao câncer acomete cerca de 50% dos doentes em todos os estágios da doença e em torno de 70% dos indivíduos com doença avançada⁽¹⁾.

A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos⁽¹⁶⁾. A dor é um fenômeno complexo, multifatorial e difícil de ser ava-

liado. A Sociedade Internacional para Estudo da Dor, em 1979, conceituou dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo a partir de suas experiências traumáticas..."⁽¹⁷⁾.

A dor do câncer pode ser devida ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de investigação; em alguns pacientes pode, também, não estar relacionada à neoplasia⁽¹⁸⁾. O sofrimento dos doentes é produto da interação da percepção aversiva (dor) com a incapacidade física, isolamento social e familiar, preocupações financeiras e medo da mutilação e da morte. Como um fenômeno individual e subjetivo, envolvendo aspectos diversos e complexos, a dor no câncer deve ser avaliada e tratada em seus vários componentes⁽⁷⁾.

O relato da experiência dolorosa pelo doente aos profissionais da saúde que o atendem é fundamental para a compreensão do quadro álgico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica. A necessidade de se conhecer e comparar quadros dolorosos entre populações diferentes e de quantificar a resposta às diversas terapias despertou, nos pesquisadores, o interesse em desenvolver inventários para a avaliação de dor passíveis de comparação e que possibilitassem o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa. Os métodos para a avaliação da dor crônica aplicáveis a adultos baseiam-se na descrição verbal⁽¹⁹⁾. O doente é autoridade sobre a sua dor, visto o caráter individual e subjetivo da experiência dolorosa, que só pode ser aquilatada a partir do relato de quem a sente. Foram elaboradas várias escalas para mensurar os componentes de intensidade da dor, mas poucas aferem os aspectos sensitivos e afetivos^(17, 20-22).

O conceito de dor como um fenômeno diretamente relacionado à extensão da lesão tecidual foi preponderante até a década de 60. Esta é a razão pela qual os primeiros trabalhos sobre avaliação da dor mediam, exclusivamente, sua intensidade. Após a pu-

blicação do trabalho de Melzack e Torgerson⁽²³⁾ que enfatizou-se a importância das três dimensões da dor: a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa, sustentadas por sistemas fisiologicamente especializados no sistema nervoso central (SNC), foi desenvolvida a primeira escala multidimensional de avaliação da dor⁽²⁴⁾. A dimensão sensorial-discriminativa é influenciada, primariamente, pelos sistemas espinhais de condução rápida; a dimensão motivacional-afetiva é processada pelas estruturas da formação reticular do tronco encefálico e límbicas, que sofrem influência dos sistemas nociceptivos de condução espinhal lenta. As unidades neocorticais comparam a informação nociceptiva com as experiências passadas e exercem controle sobre as estruturas responsáveis pela dimensão sensitivo-discriminativa e afetivo-motivacional. Da interação destes aspectos, resulta a informação localizada temporal e espacialmente, quantificada e qualificada. Resulta, ainda, a tendência motivacional direcionada à fuga, defesa, retirada ou ataque e a modificação do afeto. A interpretação da informação processada por unidades cognitivas é condicionada pelas experiências prévias e pode gerar respostas diferentes à experiência dolorosa, em diferentes indivíduos e em diferentes momentos do mesmo indivíduo^(16, 17, 23, 24). Fica claro que medir a intensidade da dor é apenas um aspecto de sua avaliação. Limitar a avaliação da experiência dolorosa apenas à intensidade é como avaliar a experiência visual apenas em termos de intensidade luminosa, esquecendo-se de que outros elementos, como cor e textura também compõem a percepção visual. A avaliação da dor visa a aferir as qualidades do sintoma algíco, duração e impacto na esfera psico-afetiva e na funcionalidade, além de determinar sua intensidade. Tem a finalidade de auxiliar no diagnóstico, ajudar na escolha da terapia e quantificar a efetividade da terapêutica implementada^(17, 24).

Paradoxalmente ao que se poderia esperar, grande parte dos estudos que envolvem doentes com dor e câncer não caracteriza o fenômeno algíco nos seus diversos elementos. Isto acarreta lacuna na compreensão das

síndromes dolorosas, no diagnóstico etiológico da dor, na programação terapêutica e na avaliação da resposta obtida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de propor diretrizes para o controle da dor relacionada ao câncer, reuniu especialistas que elaboraram o “Guia para Tratamento da Dor no Câncer”⁽⁷⁾, já editado em português⁽²⁵⁾. Neste manual estão descritos os métodos para o controle da dor. A terapêutica preferencial para o alívio da dor deve ser o tratamento do câncer em si, sempre que possível. Porém, o controle da dor pode exigir medidas como: cirurgias, radio e quimioterapia. O uso de medicamentos analgésicos, medidas de apoio psicoterápicas e fisioterápicas, bloqueios nervosos, secção de vias sensitivas e estimulação das vias supressoras da nocicepção, são complementares à terapêutica anticancerosa. A utilização de medicamentos analgésicos e adjuvantes é a terapêutica mais freqüente. Preconiza-se o uso preferencial da via oral e a administração dos fármacos em horários pre-estabelecidos e não sob regime de demanda. Propõe-se o uso de analgésicos anti-inflamatórios não-hormonais, de opiáceos fracos e opiáceos fortes, nesta seqüência, para dores de intensidade crescente. A estes analgésicos podem ser associados drogas adjuvantes (antidepressivos e anticonvulsivantes, entre outros). A aspirina, a codeína e a morfina são os analgésicos-padrões desta proposta.

Diversos estudos comprovam a eficácia do programa de alívio da dor proposto pela OMS^(9, 26-28). Apesar disso, há relatos de que o controle da dor no câncer é ainda inadequado em países desenvolvidos^(2, 26). Indaga-se qual é a situação dos países em desenvolvimento, onde se concentra grande número de doentes com câncer, muito freqüentemente em estágios evolutivos da doença, quando a cura é improvável, onde os recursos financeiros são escassos e a disponibilidade de analgésicos potentes limitada⁽¹⁵⁾.

No Brasil, nas décadas de 80 e 90, a preocupação com a dor no câncer ganhou maior destaque. Alguns dos estudos realizados visaram a: divulgar o conhecimento acerca da fisiopatologia e tratamento da dor⁽²⁹⁻³⁴⁾; ava-

liar a eficácia de terapias analgésicas específicas, como o uso de opiáceos potentes por via oral^(35, 36); discutir o papel da radioterapia para o alívio da dor⁽³⁷⁾; discorrer sobre o uso de técnicas ablativas ou bloqueios nervosos das vias sensitivas⁽³⁸⁻⁴¹⁾, analisar a ação da hipofisectomia química⁽⁴²⁾ e das técnicas de administração de analgésicos no SNC⁽⁴³⁻⁴⁹⁾ no controle da dor. Há, entretanto, em nosso meio, carência de estudos que caracterizem a dor, em seus diferentes aspectos, os métodos terapêuticos utilizados para seu controle e a eficácia desses métodos, o que constitui o objeto do presente trabalho.

Objetivos

1. Compor o perfil da dor do doente com doença neoplásica avançada, por meio da determinação da frequência de ocorrência, duração, localização, intensidade e características sensitivas e afetivas do sintoma álgico.
2. Caracterizar os métodos de controle da dor utilizados pelos doentes e a eficácia obtida.
3. Verificar a existência de possíveis correlações entre a intensidade da dor e as seguintes variáveis: esquema analgésico proposto e regularidade no uso dos fármacos.

Metodologia

População, local e período do estudo

Foram estudados 57 doentes com doença neoplásica avançada, sob tratamento no Setor de Quimioterapia do Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de outubro de 1993 a fevereiro de 1994. Todos os pacientes tinham idade superior a 16 anos, condições físicas e mentais para participar de entrevista e informaram ter sentido dor na semana anterior à entrevista, que foi atribuída, pelo médico assistente do doente, ao tumor ou suas metástases.

Métodos

Impressos para a coleta de dados

O Anexo I permitiu caracterizar a população quanto aos dados de identificação, renda *per capita*, dados da doença (localização

do tumor primário, presença ou ausência de metástases e sua localização) e ocorrência ou não de dor na última semana que antecedeu à entrevista.

Por meio do Anexo II foram levantadas as características da dor: localização, intensidade e duração. O padrão sensitivo e afetivo foi avaliado por meio do questionário para dor de McGill⁽²⁴⁾. A intensidade foi também avaliada pela escala numérica de dor, graduada de 0 a 10⁽²¹⁾.

O questionário de McGill é um inventário que consiste de 78 palavras (descritores), organizadas em 4 grupos e 20 subgrupos. Os grupos referem-se aos seguintes componentes da dor: sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10), afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) e avaliativo (subgrupo 16). Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. A qualidade sensorial da dor é aquela referente às propriedades mecânicas, térmicas e espaciais da sensibilidade. A dimensão afetiva compreende a tensão, o medo e os aspectos neurovegetativos. Os descritores da classe avaliativa permitem ao doente expressar a avaliação global da sua experiência. Cada subgrupo é composto por um grupo de palavras qualitativamente similares, mas com nuances que as tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde um número que indica a sua intensidade. A partir do questionário de McGill, pode-se chegar ao número de descritores escolhidos e ao índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde às palavras que o doente selecionou para explicar a sua dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido pela soma dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea. Para o presente estudo foi utilizado o questionário de McGill adaptado para a língua portuguesa por Pimenta e Teixeira⁽⁵⁰⁾.

Por meio do Anexo III coletaram-se os dados relativos ao controle da dor (tratamento

analgésico prescrito, regularidade na ingestão dos fármacos, outras medidas utilizadas para o controle do sintoma algico e a prática de automedicação).

Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados em entrevista individual e única. O preenchimento dos anexos foi feito mediante as respostas do doente. Não foram utilizados os prontuários para investigação da terapia analgésica prescrita, pois, na maioria das vezes, não havia registro destes dados.

Para a aplicação dos questionário sobre dor de McGill leram-se as questões em voz alta e o doente acompanhou a leitura, por meio da cópia que lhe fora entregue. Após cada grupo de descritores, o doente poderia ou não escolher um de cada subgrupo, o que melhor explicava como era a sua dor.

Tratamento estatístico

Os dados foram apresentados em forma de tabelas. As frequências foram calculadas em número absoluto e em porcentagem. Foram feitos três tipos de análises:

Cotejamento

Para a análise dos esquemas analgésicos utilizados, os dados foram comparados ao padrão proposto pela OMS⁽⁷⁾ para controle da dor no câncer e classificados como compatíveis, compatíveis com restrições ou incompatíveis. Compatível referiu-se aos esquemas terapêuticos contemplados na proposta analgésica da OMS (conceito de escada analgésica); compatível com restrições referiu-se a esquemas terapêuticos que apresentavam desvio da proposta da escada analgésica, como, por exemplo, a administração simultânea de dois analgésicos do mesmo grupo, mas com potência antiinflamatória diferente e, por não compatível, foram classificados os esquemas que feriam os princípios de administração de analgésicos preconizados pela OMS, por exemplo a administração simultânea de 2 ou mais analgésicos do mesmo grupo.

A concordância entre a potência do analgésico utilizado e a intensidade da dor foi avaliada por meio do índice de controle da dor estabelecido por Cleland et al.⁽²⁾:

Potência dos esquemas analgésicos

0 - ausência de analgésicos

1 - analgésico antiinflamatório não hormonal

2 - opiáceo fraco (codeína)

3 - opiáceo forte (morfina)

Intensidade da dor

0 - sem dor

1 - dor de intensidade de 1 a 3 - leve

2 - dor de intensidade de 4 a 7 - moderada

3 - dor de intensidade de 8 a 10 - intensa

O índice de controle da dor (ICD) foi obtido subtraindo-se, da potência do analgésico a intensidade da dor (ICD = potência do analgésico - intensidade da dor). O ICD varia de -3 a +3. Escores negativos indicam uso de analgésicos inadequados, isto é, potência analgésica insuficiente para a intensidade da dor. Escore 0 ou maior indica que a potência do analgésico está adequada para a intensidade da dor.

Classificação, pontos de corte e índices

A intensidade da dor foi avaliada por meio de escala numérica de 0 a 10²¹, em que 0 é ausência de dor e 10, a dor máxima suportável. A dor foi classificada em leve (valor de 1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10). A partir do questionário sobre dor de McGill⁽²⁴⁾, obtiveram-se as seguintes medidas: o número de descritores escolhidos e o índice de dor, que se referem a aspectos qualitativos e quantitativos da experiência dolorosa.

Testes estatísticos

As provas foram realizadas admitindo-se a probabilidade de erro de primeira espécie (erro do tipo I) de 5%. Foram seguidas as recomendações de Siegel⁽⁵¹⁾ e Berquó⁽⁵²⁾ quanto à adequação e aproximações possíveis em cada teste.

O tratamento estatístico dos dados teve como objetivos básicos identificar possíveis correlações entre a intensidade da dor e as seguintes variáveis: esquemas analgésicos prescritos, regularidade na ingestão dos fármacos e características sensitivas e afetivas da dor.

Resultados e discussão

Inicialmente, foram selecionados 118 indivíduos com doença neoplásica avançada. Destes, 18 foram excluídos por não terem comparecido a duas entrevistas agendadas com antecedência, 7 por não apresentarem condições físicas ou de compreensão necessárias para participar do estudo e 1 doente faleceu durante a fase de coleta de dados. Dos 92 doentes incluídos, 57 (62,0%) informaram ter sentido dor na semana anterior ao estudo e constituem a população deste trabalho.

Características pessoais e da neoplasia dos doentes

Quanto ao sexo, a distribuição foi equitativa (49,1% de mulheres e 50,9% de homens) e a faixa etária dominante situou-se entre 55 e 81 anos (43,8%). A média de idade foi 50,1 anos e a mediana, 52 anos. Na maioria (64,9%) dos doentes a escolaridade total era de até 4 anos (média = 4,9 anos). A renda *per capita*, calculada a partir da renda familiar total dividida pelo número de pessoas que vivia com a renda, foi expressa em salários mínimos. Na maioria dos doentes (52,6%) a renda foi de até 1 salário mínimo, inclusive. A média de salários mínimos recebidos foi 1,4 e, a mediana 1.

A localização mais freqüente do tumor primário foi o segmento crânio-cervical (33,4%), seguido do aparelho digestivo (17,5%) e da mama (12,3%). Esta distribuição está de acordo com os dados epidemiológicos sobre incidência e mortalidade por câncer no Estado de São Paulo^(53,54).

Entre os doentes, 43,9% apresentaram doença em atividade loco-regional e, em 36,8% dos casos, a doença manifestou-se à distância. Os doentes com doença metastática apresentaram metástases em 46 localizações diferentes, perfazendo a média de 1,4 locais de metástases por indivíduo. As localizações mais, e igualmente, freqüentes foram: a pulmonar (28,3%) e a óssea (28,3%).

Perfil da dor

Os dados sobre o perfil da dor nos 57 doentes que referiram dor na semana anterior à entrevista, compreenderam: o tempo de início da sintomatologia algica, presença de dor à entrevista, localização, intensidade e características sensitivas e afetivas.

O período de tempo decorrido desde o início do quadro algico variou entre 12 dias e 60 meses. A média do tempo decorrido foi 10 meses e a mediana, 5 meses. Relataram sentir dor havia mais de 6 meses, 36 (63,2%) indivíduos e 12 (21,1%), havia mais de 1 ano. A maior parte dos doentes (56,1%) referiu estar com dor no momento da entrevista.

O período médio de duração da dor observado neste estudo foi superior ao encontrado por Portenoy et al.⁽¹¹⁾ e Twycross e Fairfield⁽⁴⁾ e inferior ao relatado por Ahles, Ruckedeschel e Blanchard⁽⁵⁵⁾ e Graham⁽⁵⁶⁾.

Os doentes incluídos no presente estudo apresentavam dor durante período prolongado de tempo. Considerando-se o impacto devastador que a dor pode ter sobre a vida do indivíduo, deve-se supor que a incapacidade gerada pelo quadro algico foi significativa. A gravidade do sofrimento dos doentes é enfatizada pelo achado de que 56,1% estavam com dor no momento da entrevista. Isto sugere que a dor era prolongada ou constante, em muitos deles. Ahles, Ruckedeschel e Blanchard⁽⁵⁵⁾ observaram que 75% dos doentes com câncer metastático, apresentavam dor constante ou a sentia durante metade do dia. Na casuística de Greenwald et al.⁽⁵⁷⁾, 20% dos doentes com neoplasias diagnosticadas recentemente (até 6 meses), apresentavam dor todos os dias, com episódios de duração mínima de 1 hora.

A localização predominante da queixa dolorosa foi o segmento da cabeça e pescoço (30,7%), seguido pelo segmento torácico (16,8%) e coluna vertebral^(11,9). Cada paciente referiu, em média, 1,8 locais diferentes de dor. O predomínio da queixa algica localizada no segmento da cabeça e pescoço deveu-se, entre outras razões, ao fato de que 1/3 dos doentes desta casuística apresentava tumores primários de cabeça e pescoço, que são potencialmente muito dolorosos. Menezes⁽⁵⁸⁾ aponta que 50% a 60% dos tumores desta região causam dor, inicialmente por nocicepção e, a seguir, por envolvimento e compressão das terminações nervosas da área.

A dor, muitas vezes, não se restringe exclusivamente a uma determinada área. No pre-

sente estudo, como já ressaltado, os doentes apresentaram, em média, 1,8 locais diferentes de dor. A referência da queixa dolorosa em mais de um local é freqüente no câncer e relaciona-se a neoplasias em estágio avançado e à ocorrência de metástases. Na presente pesquisa, os doentes tinham em média 1,4 locais diferentes com metástases. Twycross e Fairfield⁽⁴⁾, em doentes com doença neoplásica avançada, observaram que, em 81% dos casos, havia queixa de dor em 2 ou 3 diferentes locais. Portenoy et al.⁽¹¹⁾ apontaram que mais de 1/3 dos doentes que estavam sendo submetidos a terapias anti-neoplásicas em âmbito ambulatorial, apresentava dor em mais de um local. Ahles, Ruckedeschel e Blanchard⁽⁵⁵⁾ avaliaram uma população de doentes com doença metastática e concluíram que 30% tinha dor em vários locais.

A maior parte (66,7%) dos doentes apresentou dor moderada (intensidade de 4 a 7). Em 17,5% dos casos, a dor foi descrita como intensa (intensidade de 8 a 10). A média de intensidade da dor apresentada pelas mulheres foi 5,9 e a mediana, 5. Nos homens, a média da dor foi 5,3 e a mediana, 5. Quando os sexos foram avaliados em conjunto, a média de intensidade da dor foi 5,6 e a mediana, 5. A intensidade foi igual ou superior a 4 em 84,2% dos indivíduos. Estes dados estão de acordo com os dados encontrados por Cleeland et al.⁽²⁾ que observaram, em 1.308 doentes com câncer metastático, dor de intensidade igual ou superior a 5 em 62% dos casos. Os resultados encontrados relativos à freqüência de ocorrência de dor moderada e intensa, estão de acordo com os apontados por Bonica⁽¹⁾, Peteet et al.⁽⁵⁹⁾ e Portenoy et al.⁽¹¹⁾. A média de intensidade da dor encontrada no presente estudo é compatível com as descritas por Portenoy et al.⁽¹¹⁾, Daut e Cleeland⁽³⁾ e Cleeland et al.⁽²⁾.

Sabe-se que a intensidade da dor do câncer varia de acordo com a localização do tumor e das metástases e do estágio de evolução da neoplasia, além das variações relacionadas aos aspectos sócio-culturais e psicológicos próprios de cada indivíduo. Tumores que envolvem estruturas ósseas ou que ocasionam distensão da cápsula de vísceras, como o pâncreas e o fígado, e os carcinomas de cabeça e pescoço, entre outros, são referidos como potencialmente causadores de dor intensa^(18, 60).

Diferentemente dos dados observados neste presente trabalho, em alguns estudos foi descrita maior parcela de doentes que referiu dores mais intensas^(1, 4, 59). Bonica⁽⁶⁾ analisou os dados de estudos desenvolvidos em 15 países nas últimas décadas, sobre as características da dor no câncer, e concluiu que a dor é de moderada a intensa em 50% dos doentes e excruciante em 30%. Greenwald et al.⁽⁵⁷⁾ relataram dor de intensidade moderada a muito intensa em 46,8% de 536 doentes. Nos estudos de Bonica⁽¹⁾, Greenwald et al.⁽⁵⁷⁾ e em outros trabalhos, os dados apresentados englobavam os termos moderada e intensa, que são muito diferentes entre si, falhando em apresentar dados mais precisos. Além disso, alguns estudos foram feitos com doentes em fase terminal da doença, diferindo, portanto, dos critérios adotados para a seleção dos casos no presente trabalho. Conclui-se que a magnitude da dor no doente com câncer apresenta intensidade substancial, capaz de comprometer a qualidade de vida da sua vida.

A intensidade foi também avaliada por meio do questionário sobre dor de McGill. Este instrumento permitiu a obtenção de duas medidas: o número de descritores escolhidos e o índice de dor. A média do número de descritores escolhidos foi 13,1 por doente e a mediana, 14 (máximo possível = 20). Os indivíduos do sexo feminino e masculino não diferiram neste aspecto. A média do número de descritores para os componentes sensitivo, afetivo, avaliativo e miscelânea foram respectivamente: 6,3; 3,5; 0,9 e 2,4. Quanto ao índice de dor, o valor médio foi 30,8 e a mediana, 31 (máximo possível = 78). Os valores médios obtidos para cada subgrupo foram: componente sensitivo (16,6); componente afetivo (5,7); componente avaliativo (3,1) e miscelânea (5,4). As medidas do número de descritores escolhidos e do índice de dor, no total e em cada 1 dos 4 componentes da dor, apresentaram correlação positiva, estatisticamente significativa, com a intensidade da dor avaliada em escala de 0 a 10 (prova de Kendall Tau).

O número médio de descritores escolhidos pelos doentes do presente estudo foi 13,1. Este valor é superior aos apresentados nos trabalhos sobre doentes com câncer de Wilkie⁽⁶³⁾ e Graham⁽⁵⁶⁾, cujas médias de descritores foram 9,3 e 11,2, respectivamente.

A correlação estatisticamente significativa entre o número de descritores escolhidos, no total e em cada um dos subgrupos (sensitivo, afetivo, avaliativo e miscelânea) e a intensidade da dor, observada neste estudo indicou que doentes com dor mais intensa tendem a escolher maior número de palavras para a descrição do seu quadro algico. A existência desta correlação aponta que o questionário de McGill, além de qualificar a dor, foi também capaz de avaliar a intensidade da experiência dolorosa, o que está de acordo com a estrutura do questionário. Graham⁽⁵⁶⁾ e Kremer, Atkinson e Ignelzi⁽⁶²⁾ encontraram relação entre o escore afetivo e a intensidade da dor. Graham⁽⁵⁶⁾ encontrou, também, correlação entre o número de palavras escolhidas, o escore avaliativo e a intensidade da dor. Não se encontrou trabalho relatando esta correlação de forma global, como observado nesta pesquisa.

Quanto ao índice de dor, o valor médio foi 30,8 e a mediana, 31. Os valores para o índice de dor relatados por Wilkie⁽⁶¹⁾, Graham⁽⁵⁶⁾ e Kiss et al.⁽⁶³⁾ foram respectivamente: 24,0; 27,8 e 44,8. O índice de dor constatado no presente estudo e os encontrados por Wilkie⁽⁶¹⁾ e Graham⁽⁵⁶⁾ são equivalentes, sugerindo haver um perfil de dor semelhante para os doentes de câncer. Entretanto, os índices observados por Kiss et al.⁽⁶³⁾, em 41 doentes cancerosos em fase terminal, são marcadamente superiores aos obtidos na presente pesquisa e aos relatados por outros autores^(17, 56, 61).

Melzack e Katz⁽¹⁷⁾ compararam o índice de dor em diversas condições algicas crônicas e agudas. Observaram que o índice médio da dor do câncer foi aproximadamente 28, próximo ao escore 30,8 constatado no presente estudo. Apontaram, como tendo escores mais altos os doentes com causalgia (síndrome de dor, queimor, com disfunção vaso e sudomotora, após lesão nervosa traumática). A dor de origem neoplásica, as lombalgias e a dor em membro fantasma foram equivalentes em intensidade. Levin et al.⁽⁵⁾, a partir de inquérito populacional, observaram que metade dos entrevistados imaginava que a dor do câncer fosse muito ou extremamente intensa e que 72% acreditavam que a dor do câncer poderia tornar-se tão forte que a pessoa poderia pensar em suicidar-se. Estes dados apontam para a

necessidade de programas educativos para desmitificar, junto à população, o temor exagerado quanto à dor neoplásica, para que os indivíduos, ao necessitarem de terapias antiálgicas para si ou para seus familiares possam fazê-lo de maneira mais tranqüila, sem receios infundados ou fantasias negativas, que acarretam ansiedade e sofrimento adicionais desnecessários e dificultam o papel de co-responsável, que o doente deveria assumir, pelo seu tratamento.

No entanto, a dor é uma sensação que varia não apenas quanto à intensidade. Sob esta única palavra, há uma miríade de diferentes experiências envolvidas no mesmo processo. As dimensões sensitivo-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa são diferentes características da experiência dolorosa^(23, 24).

Dos 78 descritores que compõem o questionário sobre dor de McGill, 42 (53,9%) referem-se ao aspecto sensitivo-discriminativo da dor; 14 (17,9%) ao componente afetivo-motivacional; 5 (6,4%) ao componente cognitivo-avaliativo e 17 (21,8%) ao subgrupo miscelânea. Observou-se que a proporção de descritores do componente afetivo escolhido pelos doentes (26,4%) superou a proporção inicial do inventário (17,9%). Esta diferença foi estatisticamente significativa. (Proporção pela aproximação normal observado = 197,00 crítico = 153,35). Para os demais componentes da dor não se observaram diferenças significantes. Semelhantemente aos resultados deste trabalho, maior ocorrência de descritores afetivos em doentes com dor crônica foi constatada por outros autores^(61, 62, 63). Questiona-se se o maior número de descritores afetivos é uma característica dos doentes com dor crônica, de forma geral, ou se este achado guarda alguma especificidade em relação à dor de origem neoplásica. Kremer, Atkinson e Ignelzi⁽⁶²⁾ observaram que o componente afetivo era significativamente maior em doentes cancerosos com dor do que em indivíduos com dor crônica de igual intensidade e de origem não-neoplásica. Wilkie et al.⁽⁶¹⁾, ao realizarem uma meta-análise sobre o uso do questionário de McGill para mensurar dor, concluíram que escores afetivos eram mais elevados nos doentes com dor crônica do que na situação de dor aguda.

Doze descritores de dor foram os mais escolhidos, tendo sido selecionados em 40,9% do

número total de escolhas. Os descritores *latejante, dolorida, pontada, aguda, esparrama e fisgada* fazem parte do componente sensitivo. *Enjoada, cansativa, aborrecida e miserável* referem-se ao componente afetivo da dor. No componente avaliativo, as palavras mais escolhidas pelos doentes foram *incômoda e insuportável*. Para a seleção dos descritores mais escolhidos utilizou-se o critério adotado por Melzack⁽²⁴⁾ e por Graham⁽⁵⁶⁾, que consiste em se considerar que somente as palavras escolhidas por pelo menos 1/3 da amostra seriam as específicas para aquele grupo de doentes. O fato de 12 palavras terem sido escolhidas por pelo menos 1/3 da amostra e responderem por 40,9% do total de escolhas sugere a existência de uma constelação própria de palavras para descrever a dor neoplásica, o que está de acordo com os pressupostos do autor do questionário de McGill, que sugeriu que para cada síndrome dolorosa haveria uma relação própria de descritores⁽²⁴⁾. Estes e outros achados necessitam ser validados em pesquisas futuras.

Controle da dor

Os aspectos terapêuticos estudados compreenderam os métodos utilizados para o controle da dor. Atendendo ao objetivo de caracterizar o controle da dor pelos doentes, foram coletados dados referentes aos métodos antiálgicos utilizados, a eficácia obtida, a compatibilidade dos esquemas analgésicos prescritos com o padrão da OMS⁽⁷⁾, o índice de controle da dor (ICD)⁽²⁾, a frequência e o tipo de drogas utilizadas por automedicação.

Os medicamentos analgésicos foram utilizados por quase todos os doentes (92,9%). Somente 4 (7,0%) doentes informaram não fazer uso de fármacos para o controle da dor. Medidas analgésicas não farmacológicas, geralmente em associação às medicamentosas, foram empregadas pelos doentes na maior parte dos casos (81,4%).

Dos 57 doentes que disseram sentir dor, 45 (79,0%) informaram ter recebido prescrição médica analgésica e 12 (21,0%) declararam não a ter recebido. Dentre os doentes que possuíam prescrição analgésica, somente 1 (2,2%) afirmou que a terapia prescrita o deixava livre da sintomatologia álgica. Os 44 restantes possuíam prescrição analgésica, mas persistiam com dor.

O tratamento com fármacos analgésicos é considerado o sustentáculo da terapia da dor no câncer⁽⁷⁾. O esquema terapêutico padronizado proposto pela OMS vem sendo reiterado e testado em todo o mundo^(7, 8, 28, 64, 65). O objetivo da terapia antiálgica para doentes recebendo tratamento curativo ou paliativo é prover-lhes o necessário alívio da dor para que os procedimentos diagnósticos e terapêuticos do câncer sejam mais bem tolerados. Para pessoas com doença avançada, o objetivo da assistência é manter a melhor atividade biológica, social e afetiva e permitir a morte sem dor⁽⁶⁾.

Visando a compreender o alto índice de dor não controlada, analisaram-se os esquemas analgésicos que os doentes informaram como tendo-lhes sido prescritos. Para verificar eventuais diferenças entre a compatibilidade do esquema analgésico ao padrão da OMS e a intensidade da dor, os dados foram agrupados em compatível I, compatível II, não compatível e compatível com restrições, conforme apresentados na Tabela 1. À aplicação da prova de Kruskal-Wallis, não se encontrou diferença estatisticamente significativa nos escores apresentados pelos 4 subgrupos, isto é a intensidade da dor não diferiu nos 4 subgrupos (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos esquemas analgésicos prescritos aos doentes, classificados de acordo com o padrão de escada analgésica da OMS. São Paulo, 1994

Esquema analgésico	n	%
Compatível		
I analgésico antiinflamatório não-hormonal	8	17,8
I analgésico antiinflamatório não-hormonal + adjuvante	4	8,9
II opiáceo fraco	6	13,3
II opiáceo fraco + analgésico antiinflamatório não-hormonal	8	17,8
II opiáceo fraco + adjuvantes	1	2,2
II opiáceo fraco + analgésico antiinflamatório não-hormonal + adjuvantes	2	4,4
Subtotal	29	64,4
Não compatível	11	24,5
Compatível com restrições	5	11,1
Total	45	100,0

Tabela 2 - Relação entre intensidade da dor e a compatibilidade ou não do esquema analgésico ao proposto pela OMS. São Paulo, 1994

Subgrupos	Prova de Kruskal-Wallis		Observado = 1,16	(crítico = 7,82)
	Compatível	Compatível II	Compatível com restrições	Não compatível
Média	5,75	5,24	5,33	6,08
Desvio	1,92	1,43	1,70	1,98

Nota-se que a maioria (64,4%) dos esquemas terapêuticos era, de alguma forma, compatível com o esquema proposto pela OMS, mas, 24,5% foram considerados não compatíveis e 11,1% foram considerados compatíveis com restrições. Esquemas terapêuticos que consistiram da associação de analgésicos de diferentes categorias farmacológicas haviam sido empregados em 22,2% dos casos. A associação mais elaborada, isto é, a que envolve o emprego de analgésicos de diferentes classes farmacológicas e drogas adjuvantes (anti-depressivos, neurolépticos, corticoesteróides e anticonvulsivantes), só foi utilizada na minoria dos casos (15,5%). Esta multiplicidade de medicamentos é recomendável, visto o efeito analgésico aditivo que apresentam. Como a maioria dos esquemas analgésicos classificados como compatíveis não utilizou a associação de fármacos, houve número pouco expressivo destes esquemas, o que pode ter prejudicado a análise estatística. Outro aspecto a ser analisado é que não foram avaliadas as doses dos analgésicos. Talvez a potência do analgésico fosse adequada para a intensidade da dor, porém doses insuficientes poderiam não proporcionar o controle do sintoma. Não havia esquema terapêutico com analgésicos do terceiro degrau da escada farmacológica (opiáceos fortes, como a morfina), que são considerados básicos para o controle da dor neoplásica moderada e intensa, embora 66,7% dos doentes apresentassem dor moderada e 17,5%, dor intensa. A soma destes fatos talvez tenha resultado na baixa ocorrência de esquemas analgésicos considerados realmente efetivos e prejudicou a comparação com os esquemas considerados inefetivos.

Há relatos da efetividade do esquema analgésico da OMS. Ventafrida et al.⁽⁹⁾ trataram 1.229 doentes com doença primária princi-

palmente de pulmão, de cabeça e pescoço e de mama, proporcionando-lhes a redução da dor a 1/3 dos índices iniciais e observaram que a utilização da escada analgésica foi eficiente em 71% dos casos e que procedimentos neurolépticos foram necessários em 29% dos doentes. Paredes et al.⁽⁸⁾ também obtiveram analgesia superior a 50% em 86% dos doentes. No referido estudo, os opiáceos fortes foram administrados por via parenteral, por não se dispor no Chile da apresentação para uso interno. Há estudos sobre o incremento do controle da dor no Japão⁽²⁶⁾ e Finlândia^(27, 28), atribuído ao fato da divulgação do programa da OMS para o controle da dor neoplásica. Há também relatos de inadequado alívio da dor. Bruera et al.⁽⁶⁶⁾ compararam os padrões de tratamento de dor de origem neoplásica prescritos a 100 doentes em um hospital canadense e um hospital argentino. Concluíram que há necessidade de se melhorar a educação sobre a dor na América do Sul, visto as características de prescrição encontradas: doses insuficientes, intervalos entre as doses excessivamente prolongados, administração dos analgésicos em regime não regular, uso impróprio dos adjuvantes e avaliação inadequada da dor. Daut e Cleeland⁽³⁾ avaliaram 667 doentes com câncer de mama, genital, de cólon e reto e concluíram que a analgesia foi insatisfatória em muitos casos e que 41% dos casos poderiam se beneficiar de pequenos ajustes da terapia analgésica. Estes dados guardam semelhança com os resultados observados na presente pesquisa.

O uso de analgésicos de diferentes classes farmacológicas está indicado devido aos mecanismos distintos de ação que apresentam, potencialização do efeito analgésico e pelo fato das dores dos doentes com câncer possuírem, freqüentemente, etiologia variada, havendo necessidade do emprego de

fármacos diversos para controlar a sintomatologia gerada por diferentes processos patológicos^(6, 18, 64). Nota-se que apenas pequena parcela dos esquemas de terapia analgésica avaliados pela presente pesquisa atendeu de maneira completa a proposta da OMS, que é considerada eficiente e capaz de controlar a dor em cerca de 80% dos indivíduos^(7, 8, 9). Possivelmente, o pequeno alívio observado (2,2%) deveu-se, em parte, aos esquemas analgésicos incompletos. Cumpra lembrar que o levantamento permitiu identificar os tipos de fármacos utilizados, as doses e as vias a partir dos dados fornecidos pelos doentes, verbalmente ou por apresentação da receita. É freqüente, em nosso meio, não se anotar no prontuário do doente os analgésicos prescritos, principalmente em situações de tratamento ambulatorial. Desta forma, julgou-se mais prudente considerar apenas a natureza do fármaco.

Visando, ainda, a compreender a alta ocorrência de dor não controlada, comparou-se a intensidade da dor com a potência do analgésico prescrito. Em 15,8% dos casos, a dor foi considerada leve (0 a 3) e 66,7% dos doentes avaliaram a dor como moderada (4 a 7) e 17,5%, como intensa. No entanto, 26,7% dos esquemas terapêuticos eram adequados para dor leve; 37,7% para dor moderada e nenhum envolveu o terceiro grau da escada analgésica, que prevê o uso de opiáceos fortes para o controle da dor, embora 17,5% dos doentes tenham, avaliada a dor como intensa (8 a 10).

Ventafrija et al.⁽⁹⁾ testaram o programa da OMS para alívio da dor do câncer. Observaram que os opiáceos fortes foram utilizados, em média, por 46,6 dias e foram considerados o sustentáculo da terapia da dor neoplásica. Opiáceos fracos, foram utilizados, em média, por 28 dias e substituídos por opiáceos fortes em 92% das vezes. Analgésicos não opiáceos foram utilizados, em média, durante 19,2 dias. Os dados observados no presente estudo apontam a existência de medicação insuficiente que, provavelmente, foi um dos responsáveis pela observação de controle inadequado da dor.

Baseado nos pressupostos da escada analgésica, foi desenvolvido por Cleeland⁽²⁾ o

índice de controle da dor (ICD). Este foi também utilizado neste estudo. Os dados da Tabela 3 objetivaram determinar o índice de controle da dor (ICD) 2. O controle da dor foi considerado adequado quando houve concordância entre a intensidade da dor relatada pelo doente e a potência do analgésico prescrito.

Tabela 3 - Distribuição do índice de controle da dor (ICD). São Paulo, 1994

Índice	n	%
-3	4	7,0-
2	10	17,5-1
14	24,60	25
43,9+1	4	7,0
Total	57	100,0

Observa-se pela Tabela 3, que 28 (49,1%) doentes apresentaram índice de controle de dor negativo, o que sugere que a potência do analgésico prescrito foi insuficiente para controlar a dor. ICD zero ou positivo foi encontrado em 29 (50,9%) doentes, indicando que a potência do analgésico foi adequada para a intensidade da dor.

De acordo com o ICD, o doente com ICD negativo permaneceria com dor, o que de fato aconteceu. No entanto, 50,1% apresentaram índice de controle da dor 0 ou +1, o que indicava que a potência do analgésico estava adequada para a intensidade da dor. Paradoxalmente, estes doentes também permaneciam com dor. Há possíveis explicações para este fato. O ICD é um índice conservador, que apenas confronta a intensidade da dor com a potência do analgésico utilizado, não levando em conta a dose dos fármacos ou o uso de medicamentos adjuvantes. Sabe-se que diferentes indivíduos com afecções álgicas similares apresentam respostas mais ou menos favoráveis aos diferentes analgésicos, em muitas situações. Embora os opiáceos sejam considerados de potência superior aos antiinflamatórios, em muitas situações a dor é melhor controlada com antiinflamatórios ou antineurálgicos. A dor por desferentação, por exemplo, responde melhor às drogas adjuvantes e não aos

analgésicos puros, por mais potentes que sejam^(6, 7, 16, 18, 64). Pode-se supor, também, que a potência do analgésico prescrito fosse compatível com a intensidade da dor, mas que a dose fosse insuficiente. É possível, ainda, que parte dos doentes não seguisse todas as orientações fornecidas ou que existissem outros mecanismos que contribuíssem para a manutenção do quadro algico, como, por exemplo, a concomitância de estado depressivo grave. A dor residual, entretanto, não pôde ser considerada desprezível, pois foi igual ou superior a 4 em 72,4% dos doentes. Estes resultados são semelhantes aos relatados por Cleeland et al.⁽²⁾, que avaliaram a adequação da potência do analgésico prescrito em relação à intensidade da dor em 1.308 indivíduos com câncer, de diversas origens, metastático. Eles observaram que 62% dos doentes estudados sentiam dor, apesar de o ICD ser negativo somente em 42% deles, e apontaram a dose insuficiente e a não adesão ao tratamento como a provável causa deste descompasso. Acredita-se que o ICD é útil e deve ser visto como um índice que permite uma visão geral da adequação da orientação analgésica ao proposto pela OMS, mas que apresenta limitações, por não levar em conta a dose e o uso de medicamentos adjuvantes.

É possível que, em decorrência da persistência da dor, parcela significativa dos doentes (47,4%) se automedicasse com medicações analgésicas. Os fármacos mais utilizados foram os analgésicos antiinflamatórios não-hormonais (72,5%). Estas drogas são de fácil aquisição, pois são vendidas sem receita médica, e são de uso corrente pela população. No entanto, para serem efetivas no controle da dor crônica, devem ser usa-

das a intervalos regulares e, algumas vezes, em doses mais altas que as habitualmente utilizadas para o controle da dor aguda. Além disso, efeitos colaterais intensos podem advir com o uso prolongado destes fármacos^(7, 18). Provavelmente estes conceitos eram desconhecidos pelos doentes. A vivência de dor intensa e prolongada é profundamente devastadora sobre o indivíduo. Ao ser indagado sobre o uso de automedicação, um doente referiu que já nem sabia mais quantas gotas tomava e que apertava o frasco do analgésico diretamente na boca toda vez que a dor ficava insuportável.

Quanto à periodicidade do uso dos fármacos prescritos, 20 (44,4%) doentes os utilizaram de acordo com a prescrição e 25 (55,6%) somente quando a dor se acentuava. Comparando-se a intensidade da dor com a regularidade na ingestão dos fármacos e utilizando-se o Teste de Kruskal-Wallis, observou-se que os doentes que utilizaram fármacos com regularidade (uso regular), apresentaram dor menos intensa em relação aos que o faziam somente quando a dor era muito forte (uso irregular). Esta diferença foi estatisticamente significativa (Tabela 4).

À medida que aumenta a disponibilidade de medicamentos de uso interno para o controle da dor crônica, maior responsabilidade pelo tratamento da sintomatologia algica é atribuída aos doentes. Analgésicos para o controle da dor crônica devem ser usados em horários pré-estabelecidos, para que a dor seja prevenida. O uso dos analgésicos em regime regular permite que a dose seja efetiva antes que a anterior tenha perdido sua eficácia. Previnem-se, deste modo, grandes flutuações nos níveis plasmáticos dos fármacos, o que contribui para melhor con-

Tabela 4 - Análise da relação entre regime de ingestão de analgésico e a intensidade da dor. São Paulo, 1994

Prova de Kruskal-Wallis	Observado 6,65	Crítico 5,99	Resultado significante
Grupos	Sem analgésico	Uso irregular	Uso regular
Escores médios	5,5	5,8	3,2
Desvios	2,6	2,0	2,8

trole da sintomatologia álgica^(67, 68). Chama a atenção, na presente pesquisa, a alta frequência (55,6%) de não observância pelos doentes ao regime analgésico proposto pelo médico (não adesão ao tratamento), visto que 97,8% dos doentes estudados disseram não ter a dor controlada e que, em 84,2% das vezes, a dor era igual ou superior a 4. Não adesão pode ser entendida como a não concordância entre o comportamento do indivíduo e as recomendações da equipe de saúde, por exemplo, quanto à utilização de medicações ou seguir dietas ou executar mudanças no estilo de vida⁽⁶⁹⁾. Inclui erro na dosagem, nos intervalos das tomadas e esquecimento ou descontinuidade no uso dos fármacos⁽⁷⁰⁾. As percentagens de não adesão apontam claramente para a necessidade e os benefícios que podem advir de se compreender melhor por que os doentes aderem ou não aos esquemas propostos e de se desenvolver ações educativas e de apoio que favoreçam a adesão. Não basta uma prescrição correta. É necessário considerar o doente como parceiro do processo terapêutico, no seu papel de co-responsável pelo mesmo, sob pena de o ver fracassar. A preocupação com o resultado de suas ações parece ter-se perdido entre os profissionais da saúde e isto tem levado à perda de controle sobre o que se faz, como se faz, que resultados se obtém e que fatores são intervenientes em todo este processo.

Por que os doentes não aderiram ao tratamento? As razões apontadas para isso são de ordem cultural e econômica. As frases a seguir, tomadas de alguns pacientes, exemplificam as razões culturais.

“O médico falou: quanto menos tomar é melhor.”

“Tomo só quando é necessário. Sou contra comprimido.”

“Tenho medo de tomar muito medicamento.”

“Evito tomar para não intoxicar.”

“Não quero ficar dependente.”

“Tomo numa frequência menor que a prescrita, mas todos os dias.”

Pelos depoimentos, nota-se a alta carga de temor relacionada aos analgésicos. A me-

dicação é entendida como algo que faz mal, que acarreta dependência, vício e intoxicação. Estes receios foram expressos de maneira espontânea, quando se indagou por que não tomavam os analgésicos regularmente. Pelos depoimentos, percebe-se ainda a concepção de que o vício é tido como inevitável: *“tomo o mínimo que posso só para não viciar muito”*. Algumas vezes, a medicação é vista como desnecessária: *“sou contra comprimido”*. Além disso, a idéia de prevenção da dor é recente e pouco difundida em nosso meio. É conceito tradicional entre a população de que remédio para dor só se toma quando há dor.

Há poucos relatos sobre a adesão a esquemas para controle de dor. Dados sobre a adesão ao tratamento de várias afecções, não especificamente dolorosas, apontam que esta varia de acordo com o tipo de medicação, a cronicidade do quadro, a percepção da gravidade da doença, o número de drogas prescritas e a idade do doente, entre outras, e que ocorre entre 4% e 93% das vezes. Em análises mais conservadoras, é descrita entre 25% e 60%^(69, 70, 71). Closson e Kikugawa⁽⁷²⁾, estudando a não adesão relacionada ao tipo de fármaco, observaram haver maior ocorrência de não adesão em relação aos tranquilizantes e antiácidos e menores índices em relação às drogas para afecções cardíacas. Nos doentes que utilizaram analgésicos, a não adesão ocorreu aproximadamente em 1 de cada 4 doentes, correspondendo ao sétimo lugar, na escala descendente de não adesão, entre as 14 categorias de fármacos estudados. As consequências da não adesão são múltiplas. Do ponto de vista do doente, a não adesão pode diminuir os benefícios curativos ou preventivos do tratamento. Para o profissional e para o pesquisador, a não adesão mascara a eficácia da terapia e compromete os resultados observados e gera ainda gastos desnecessários com exames diagnósticos e com o tratamento.

Jones et al.⁽⁷⁰⁾ avaliaram 82 doentes com dor de origem neoplásica e observaram adesão ao tratamento em 80% dos casos. Os doentes que utilizavam a medicação sob esquema “se necessário” disseram fazer uso do mínimo possível dos agentes analgésicos, para evitar medicação desnecessária. Austin

et al.⁽⁷³⁾ observaram que a não adesão ao tratamento antiálgico ocorreu em 55,2% (n=96) dos doentes terminais, acompanhados no domicílio. Entre os que não aderiram, 50% relatou que a dor era intensa. Estes doentes expressaram preocupação quanto ao desenvolvimento de dependência psicológica e o desejo de manter autocontrole da dor. Estabelecer seu próprio esquema pareceu simbolizar algum nível de controle sobre alguma área de suas vidas. O nível de não adesão encontrado no presente estudo (55,6%) é semelhante ao observado por Austin et al.⁽⁷³⁾. É possível que um número significativo dos doentes da presente pesquisa não tenha compreendido o regime analgésico proposto e, por isso, estivesse cometendo falhas em segui-lo. É possível, também, que os doentes tivessem razões próprias para não utilizar as medicações de acordo com o prescrito. Por este estudo, não foi possível avaliar a primeira possibilidade. Entretanto, foi possível obter dados que sustentam a segunda hipótese: os doentes possuíam percepções próprias a respeito dos esquemas analgésicos e isto interferiu na experiência dolorosa. Os doentes, geralmente mal informados sobre sua doença e tratamento, criam suas próprias hipóteses sobre a patologia e o que se deve esperar das terapias. Se estas não atendem às expectativas, tendem a abandonar o tratamento. Maior atenção à educação do doente pode contribuir para uma atitude mais cooperativa⁽⁷⁴⁾.

Oseasohn et al.⁽⁶⁹⁾, em trabalho de revisão sobre pesquisas de adesão dos doentes às medicações, identificaram alguns fatores capazes de aumentar a adesão ao tratamento: conhecimento pelo doente sobre os fármacos prescritos, qualidade das informações recebidas, o grau de congruência entre as normas e os valores do doente em relação às recomendações dadas, a existência de suporte familiar satisfatório e o bom relacionamento entre o doente e os profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

Dos doentes estudados, 46,7% informaram já ter ficado sem medicação analgésica por falta de dinheiro. Este fato ocorreu raramente em 17,8% dos casos e, muitas vezes, em 28,9% dos entrevistados. As frases, expressas por alguns doentes, exemplificam esta situação:

“Guardo o remédio para quando a dor piora, para não ficar sem remédio.”
“Economizo remédio para quando a dor piora. Remédio é muito caro.”

Estes números são significativos, refletem as dificuldades dos doentes em adquirir remédios e estão compatíveis com a baixa renda *per capita* dos indivíduos avaliados. O custo mensal de uma prescrição analgésica inicial, de acordo com o padrão da OMS e o preconizado por especialistas do hospital onde o estudo foi desenvolvido (ácido acetil-salicílico - 2 g/dia; sulfato de morfina - 60 mg/dia; amitriptilina - 25 mg/dia; clorpromazina 4% - 24 gts/dia) era de R\$ 54,2⁽⁷⁵⁾, durante o período de execução da presente pesquisa. Este valor correspondeu a 84% de 1 salário-mínimo que, na época, era de R\$ 64,79. Cabe lembrar que a maioria (52,6%) dos indivíduos possuía renda *per capita* de até 1 salário-mínimo. Apesar de o hospital onde foi desenvolvido este estudo fornecer a maior parte dos medicamentos aos doentes e possuir todos os fármacos básicos para o controle da dor neoplásica, conforme proposto pela OMS, muitos doentes não usufruíram deste benefício.

Objetivando melhor controle da dor, 44(81,4%) doentes informaram utilizar, por iniciativa própria, medidas não medicamentosas. As mais freqüentemente citadas foram: aplicação de calor (29,0%), repouso (22,6%); massagem com óleos/ervas (21,0%) e ingestão de chás (9,7%). Os doentes utilizaram, em média, 1,1 medidas não-farmacológicas para o alívio da dor. A avaliação dos doentes sobre a eficácia destes métodos não foi averiguada neste estudo.

Dados semelhantes estão relatados por Ferrell e Schneider⁽¹²⁾ quando analisaram como ocorria o controle da dor em casa, em 75 indivíduos com dor neoplásica. Observaram que 60% dos doentes utilizavam medidas não-farmacológicas para o controle da dor, tais como aplicação de calor e frio, massagem, imaginação positiva, reza e atividade física. Técnicas orientadas por profissionais habilitados tais como relaxamento e estimulação elétrica transcutânea não haviam sido empregadas. Tais dados assemelham-se aos deste trabalho. A aplicação

local de calor tem efeito analgésico justificado pela estimulação do sistema sensitivo-discriminativo, do que resulta relaxamento muscular e ativação do sistema supressor de dor⁽⁷⁶⁾. A imobilização do local da dor e o repouso são técnicas muitas vezes utilizadas para diminuir ou prevenir a sensação álgica, quando a dor envolve estruturas do sistema músculo-esquelético⁽⁷⁷⁾. Os métodos físicos, além da aplicação de calor e frio, incluem a estimulação elétrica, a cinesioterapia, os exercícios e a acupuntura e estão indicados para o alívio da dor miofascial. Permitem reduzir a necessidade de analgésicos, aumentam a sensação de o doente controlar a dor e podem ser utilizados, simultaneamente, aos analgésicos⁽⁷⁸⁾. Métodos cognitivos e comportamentais para o controle da dor neoplásica compreendem técnicas de relaxamento, hipnose e musicoterapia, entre outros. Muitos deles podem ser ensinados aos doentes, para que os utilizem de forma independente. Eles aumentam a sensação de controle e tolerância sobre a dor e repercutem positivamente sobre a desesperança e sensação de abandono; distraem a atenção do indivíduo que está centralizada na dor e contribuem para quebrar o ciclo de ansiedade, tensão e dor. A musicoterapia é empregada para aumentar o relaxamento. As técnicas de hipnose são capazes de beneficiar cerca de 50% dos indivíduos que a ela se submetem e proporcionam analgesia não intermediada por endorfinas, uma vez que não reverte com o uso de naloxona. Exceção feita aos meios fisiátricos, estas técnicas, de forma geral, reduzem a dor por meio do mecanismo de modulação da resposta afetiva ao estímulo doloroso⁽⁶⁾. O uso de técnicas não farmacológicas de controle da dor, sob orientação profissional, é pouco explorado em nosso meio.

No tocante aos métodos utilizados para o controle da dor, parece ter contribuído para o seu inadequado alívio a baixa compatibilidade entre os esquemas terapêuticos analgésicos utilizados e o proposto pela OMS; a inadequada relação entre a intensidade de dor e a potência do analgésico utilizado e o fato de parcela significativa dos doentes utilizar os fármacos somente quando a dor piorava. Observou-se, também, haver correlação, estatisticamente significativa, entre

utilizar medicamentos regularmente e menor intensidade da dor. Embora pareça óbvio, não se encontraram na literatura registros sobre este achado.

Dos 57 doentes que disseram sentir dor, 45 (79,0%) informaram ter recebido uma prescrição médica para dor e 12 (21,0%) não a receberam. Portenoy et al.⁽¹¹⁾ avaliaram indivíduos com tumor primário de pulmão ou cólon e constataram que 57,8% dos doentes com dor moderada ou intensa não dispunham de prescrição analgésica. O controle insatisfatório da dor, observado neste estudo, reforça os resultados relatados por Bonica⁽¹⁾, mas apresenta como agravante a magnitude com que isto ocorreu. Estudos apontam que, nos Estados Unidos e Inglaterra, menos de 50% dos doentes cancerosos obtêm adequado alívio da dor⁽⁷⁹⁾. Diversas são as razões do não controle da dor do doente com câncer. A avaliação imprecisa do quadro álgico; a subestimação, por parte dos profissionais, da ocorrência de dor nesta população; falhas na formação dos profissionais quanto ao conhecimento sobre os métodos e fármacos analgésicos adequados para o alívio da dor de origem neoplásica; a crença popular de que a dor do câncer é inevitável e incontrolável e o medo de desenvolvimento de tolerância ou dependência psicológica, relacionado ao uso de opiáceos, são alguns fatores que podem ser destacados.

A inadequada avaliação da queixa dolorosa resulta de fatores relacionados aos profissionais e aos doentes. Os profissionais não indagam sistematicamente sobre a existência de dor, pois desconhecem a alta frequência com que os quadros álgicos acometem os doentes; não valorizam os aspectos devastadores da dor sobre a vida do indivíduo; acreditam que o doente toma a iniciativa de reportar-lhes a queixa; não querem perder tempo, pois o doente que se queixa demanda maior tempo de atendimento; atribuem a queixa álgica a aspectos emocionais como depressão e necessidade de ganho secundário, (maior atenção, benefícios sociais, entre outros) sem rever, na maioria das vezes, o esquema analgésico em uso; não conhecem a fisiopatologia e os métodos de avaliação da dor e não utilizam instrumentos padronizados para a interpretação do sintoma

álgico. Não há, também, correspondência entre a avaliação do enfermeiro e do médico sobre a intensidade e outros aspectos da dor que o doente vive⁽⁸⁰⁾. Sem avaliação adequada, os profissionais da saúde frequentemente subestimam a dor dos doentes e, freqüentemente, não a tratam.

O fato de a Medicina não ter dado prioridade ao controle dos sintomas, de uma certa forma, possibilitou a caminhada para a cura das doenças. Antes do século XIX, o maior interesse no cuidado à saúde era o controle dos sintomas. A dor por si só era considerada uma doença. Após a revolução francesa, com o desenvolvimento das autópsias, o conceito de lesão visível passou a ser preponderante⁽⁸¹⁾. A dor não é observável e seu controle perdeu prioridade na forma como o tratamento do doente se estruturou. Nos últimos anos, o controle de sintomas vem ganhando ênfase no atendimento à pessoa doente, impulsionado pela compreensão de que, em muitas doenças, a cura nem sempre é possível e pela preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos. Qualidade de vida pode ser compreendida como a sensação íntima de conforto, bem estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas, dentro da realidade pessoal, familiar e dos valores da comunidade em que o indivíduo está inserido⁽⁸²⁾.

Falhas na formação dos profissionais da saúde são apontadas como uma das causas do inadequado controle da dor neoplásica. Marks e Sachar⁽⁸³⁾ realizaram estudo envolvendo centenas de médicos e identificaram que estes cometiam falhas na prescrição de analgésicos opiáceos, pois subestimavam a dose efetiva e superestimavam a duração do efeito analgésico. A educação sobre temas de dor parece contribuir para a melhora do desempenho dos profissionais no controle deste sintoma. Cleeland et al.⁽⁸⁴⁾ mostraram que médicos mais jovens, com treinamento em unidades de Oncologia, apresentaram atitudes mais adequadas para o controle da dor. Julgaram que o doente é o melhor juiz para avaliar a intensidade da sua dor, prescreveram mais freqüentemente analgésicos potentes por via oral e acreditaram que a medicação a intervalos fixos minimiza a ansiedade sobre o retorno da dor e o com-

portamento doloroso, mantém os níveis plasmáticos dos analgésicos e provê analgesia adequada para doentes estóicos. Por sua vez, os médicos sem treinamento na área da dor apresentaram conceitos insatisfatórios sobre dor e analgesia: acreditavam que os doentes solicitavam remédios por razões outras que não o aumento da intensidade da dor, tais como ansiedade e depressão; mostraram preocupação com o desenvolvimento de tolerância, como fator limitante para a prescrição e julgaram que o uso de analgésicos em regime “quando necessário” era preferível ao esquema de “horários fixos.” Roenn et al.⁽⁸⁵⁾ descreveram as restrições para a prescrição de analgésicos potentes relatadas por 897 médicos radioterapeutas, oncologistas ou cirurgiões. A maioria (65%) tinha preocupação com os efeitos colaterais e 22% acreditavam que havia rápido desenvolvimento de tolerância, embora isto não corresponda à realidade⁽⁸⁶⁾. Embora 86% admitissem que os pacientes eram pouco medicados, 31% esperariam que o prognóstico do doente fosse em torno de 6 meses para iniciar esquema farmacológico contendo opiáceos potentes. A maioria (76%) acreditava que a avaliação inadequada era a maior barreira para o controle da dor.

Enfermeiros também apresentam deficiências de conhecimento sobre dose, vias e esquemas de administração, meia-vida e efeitos colaterais dos analgésicos opiáceos e superestimam o risco de tolerância e de dependência psicológica. Apresentam conflitos éticos relacionados ao inadequado controle da sintomatologia álgica, relativos a excesso ou insuficiente medicação e medo de efeitos colaterais⁽⁸⁷⁻⁹⁰⁾. Somando-se a isto, avaliam inadequadamente o quadro doloroso, o que contribui para o tratamento insatisfatório da dor⁽⁹¹⁾. Esta carga de desinformação e concepções errôneas contribui para que os enfermeiros administrem analgésicos em doses muito menores que as possíveis, quando a prescrição é feita no esquema “se necessário”⁽⁸⁷⁻⁹¹⁾. Lacunas relativas ao conhecimento sobre analgésicos opiáceos também foram identificadas entre farmacêuticos⁽⁹²⁾. Nota-se que há problemas na formação dos profissionais que prescrevem, dispensam e administram estes fármacos.

Agravando este quadro, já tão complexo, alguns doentes relutam em relatar dor aos profissionais da saúde pois querem comportar-se como “bons” doentes. Alguns não se queixam e têm comportamento estóico; outros não querem reduzir a atenção do médico quanto ao tratamento da doença primária; alguns não desejam reconhecer que sua doença está progredindo e muitos acreditam que dor do câncer é inevitável. Muitos ainda temem o uso de analgésicos pelos seus efeitos colaterais, têm medo de perder o controle mental e relatam temor aos fenômenos de dependência e tolerância^(12, 70, 79).

Na presente pesquisa, delineou-se o perfil da dor e de seu controle, em um grupo de doentes cancerosos. Observou-se que o uso de fármacos analgésicos em regime regular correlacionou-se à dor de menor intensidade e identificou-se alta ocorrência de esquemas analgésicos inefetivos. Constatou-se que em nosso meio há necessidade de se desenvolver ações educativas para profissionais de saúde e doentes, relacionadas ao controle da dor.

Conclusões

A avaliação dos doentes permitiu delinear o perfil da dor. A freqüência de ocorrência da sintomatologia algica foi de 62,0% e o tempo médio de duração do quadro doloroso 10 meses. Os locais mais freqüentes da queixa algica foram o segmento cefálico e o tórax. Em média, cada doente referiu dor em 1,8 locais diferentes. A intensidade média da dor foi 5,6, avaliada na escala de 0 a 10. Notou-se existir uma constelação de palavras para descrever a dor de origem neoplásica. Os doentes concentraram-se em 12 descritores do questionário para dor de McGill para explicar seu quadro doloroso. Observou-se a importância da dimensão afetiva na dor crônica de origem neoplásica. A opção por descritores de caráter afetivo foi significativamente superior a dos outros componentes da dor.

Referente ao controle da dor, observou-se que a quase totalidade dos doentes (92,9%) informou utilizar fármacos para seu controle e considerável parcela (47,4%) os utilizava por automedicação. O uso de métodos não-farmacológicos foi relatado por 81,4% dos

indivíduos. O sintoma algico não foi controlado na maioria dos casos (97,8%). Identificou-se que, em cerca da metade dos esquemas analgésicos propostos, a potência dos analgésicos utilizados foi inferior à intensidade da dor (índice de controle da dor negativo). Observou-se que cerca de 1/3 dos esquemas analgésicos propostos não era compatível ou era compatível com restrições ao padrão da escada analgésica da OMS. A maior parte dos doentes só utilizou os analgésicos quando a dor piorava muito.

Na busca de possíveis relações entre a intensidade da dor e métodos terapêuticos observou-se que a intensidade da dor não foi diferente entre os doentes que utilizaram esquemas considerados compatíveis ou não com a escada da OMS. Comprovou-se que o uso regular dos fármacos correlacionou-se com dor de menor intensidade, isto é, os doentes que utilizaram os analgésicos em horários preestabelecidos relataram dor menos intensa do que aqueles que só os utilizaram quando a dor se acentuava. Observou-se correlação positiva entre os índices do questionário de McGill e a intensidade da dor, avaliada na escala de 0 a 10, o que sugere que este inventário, além de qualificar a dor, pode também quantificá-la.

Referências Bibliográficas

1. Bonica, J.J. - Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields, H.L.; Dubner R.; Cervero, F. Advances in pain research and therapy: proceeding of the Fourth World Congress on Pain, New York, Raven, 9: 589-615, 1985.
2. Cleeland, C.S. et al. - Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer, *N Engl J Med*, 330(9): 592-6, 1994.
3. Daut, R.L.; Cleeland, C.S. - The prevalence and severity of cancer pain. *Cancer*, 50(1): 1913-8, 1982.
4. Twycross, R.G., Fairfield, S. - Pain in far-advanced cancer. *Pain* 14(3): 303-10, 1982.
5. Levin, D.N.; Cleeland, C.S.; Dar, R. - Public attitudes toward cancer pain. *Cancer*, 56(9): 2337-9, 1985.

6. Foley, K.M. - The treatment of cancer pain. *N England J Med*, 313(2): 84-95, 1985.
7. Organización Mundial de la Salud. - Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra, 1987
8. Paredes, H. et al. - Tratamiento farmacológico en tres pasos del dolor en cancer: experiencia preliminar en Chile, *Rev Med Chil*, 116(5): p.433-8, 1988.
9. Ventafrida, V. et al. - A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*, 59(4): 850-6, 1987.
10. Cleeland, C.S. - The impact of pain on the patient with cancer. *Cancer* 54(11): 2635-41, 1984.
11. Portenoy, R.K. et al. - Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer: prevalence, characteristics, and effects, *Cancer* 70(6): 1616-24, 1992.
12. Ferrell, B.R.; Schneider, C. - Experience and management of cancer pain at home, *Cancer Nurs* 11(2): 84-90, 1988.
13. Fonseca, M.A.L. - Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo. *Oncol. Atual* 2(1): 6-14, 1992.
14. Maurice, J. - Cancer will 'overwhelm' the Third World, *New Scientist* 132-(1799): 9, 1991.
15. Stjernsward, J. - Cancer pain relief: an important global public health issue. In: Fields, H.L.; Dubner R. Cervero, F. - Advances in pain research and therapy: proceedings of the Fourth World Congress on Pain 9: 555-7, 1985.
16. Teixeira, M.J. - Tratamento neurocirúrgico da dor. In: Raia, A.A.; Zerbin, E.J. Clínica cirúrgica Alípio Correa Neto. 4. ed. São Paulo, *Sarvier* 2(62): 541-72. 1988.
17. Melzack, R.; Katz, J. - Pain measurement in persons in pain. In: Wall, P.D.; Melzack, R. Textbook of Pain. 3. ed. Edinburgh, *Churchill Livingstone* 18: 337-51, 1994.
18. Foley, K. M. - Supportive care and the quality of life of cancer patient. In: DeVITTA, V.T. et al. Cancer: principles & practice of oncology. 4.ed. Philadelphia, *Lippincott* 64: 2417-48, 1993.
19. Chapman, C. R. et al. - Pain measurement: an overview. *Pain* 22: 1-31, 1985.
20. Gracely, R.H.; Dubner, R. - Pain assessment in humans a reply to hall. *Pain* 11(1): 109-20, 1981.
21. Huskisson, E.C. - Measurement of pain. *Lancet* 2(7889): 1127-31, 1974.
22. Jensen, M.P; Karoly, P; Braver, S. - The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 27(1): 117 26, 1986.
23. Melzack, R. Torgerson, W.S. - On the language of pain. *Anesthesiology* 34(1): 50-9, 1971.
24. Melzack, R. - The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods, *Pain* 1(3): 277-99, 1975.
25. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Câncer e Combate ao Fumo. Alívio da dor no câncer. Brasília. 1991.
26. Hiraga, K. et al. - The incidence of cancer pain and improvement of pain management in Japan, *Postgrad Med J* 67(Suppl.2): 14-25, 1991.
27. Vainio, A. - Practising physician's experiences of treating with cancer pain. *Acta Oncol* 28(2): 177-82, 1989.
28. Vainio, A. - Treatment of terminal cancer pain in Finland: a second look. *Acta Anaesthesiol Scand* 36: 89-95, 1992.
29. Allan S.E. - O controle da dor em pacientes portadores de câncer avançado: um problema nacional negligenciado. *Rev Bras Cancerol* 30(3): 41-5, 1984.

30. Barbosa, A.A. et al. - Emprego da fórmula analgésica em paciente portador de câncer avançado do pescoço: relato de um caso. *An Fac Med Univ M Gerais* 35(1): 77-81, 1986
31. Delgado, G.L. - A dor em oncologia: um manual para o médico prático. São Paulo, Atheneu, 1988.
32. Lima, H.A.M. - Tratamento da dor em pacientes com câncer terminal. *Femina*, 17(1): 26-31, 1989.
33. Lobato, O. Tratamento da dor no paciente oncológico. *Rev Assoc Med R G Sul* 27(3):410-3, 1983.
34. Schoeller, M.T.E. et al. - Guia para tratamento da dor neoplásica. Florianópolis, CEPON Maternidade Carmela Dutra - HCGR, s.d.
35. Juaçaba, H.G. - O uso da buprenorfina sublingual (TEMGESIC) no alívio da dor em pacientes com câncer: um estudo em 23 pacientes. *Rev Bras Cancerol* 34(2/3): 149-53, 1988.
36. Spiegel, P.; Rocha, B.A. - Tratamento de dor no câncer com morfina por via oral. *F Med* 99(1): 9-13, 1989.
37. Carvalho, H.A. et al. - Irradiação de hemitórax: experiência de seis casos. *Rev Radiol Bras* 23(2): 139-41, 1990.
38. Castro, A.B.; Gusmão, S. - Tratamento da dor abdominal de origem neoplásica: bloqueio neurolítico do plexo celíaco. *Rev Bras Cancerol*, 31(2):107-14, 1985.
39. Spiegel, P.; Rocha, B.A. - Neurólise química subaracnóidea com fenol a 5% em glicerina: experiência clínica, *Rev Bras Anest* 39(1): 17-22, 1989.
40. Telles, C. - Tratamento da dor no câncer avançado, *Acta Oncol* 28(2): 177-82, 1989.
41. Vieira, J.F.S. et al. - Rizotomia sacra para dor perineal. *Seara Med Neurocir* 15(2): 59-68, 1986.
42. Pinto, F.; Gomes, S.P. - Neuroadenólise hipofisária: alternativa para a dor no câncer avançado, *Rev Bras Cancerol* 29(3): 11-5, 1983.
43. Fortuna, A. - Injeção de morfina no espaço peridural para tratamento de dores incoercíveis *Rev Ass Med Brasil*, 27(8): 237-8, 1981.
44. Franco, Z.M.M; Spiegel, P. - Analgesia prolongada com morfina por cateter peridural, *Rev Bras Anest*, 34(1): 55-57, 1984.
45. Meneses, M.S. et al. - Morfina intraventricular para dores neoplásicas malignas. *Rev Med Paraná*, 48(1/4): 8-10, 1991.
46. Picanço, C.M.G. et al. - Tratamento da dor com morfina peridural: observações clínicas e evolução. *Rev Bras Anest*, 32(5): 359-62, 1982.
47. Pimenta, C.A. de M. et al. - Analgesia peridural: experiência do Ambulatório de dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. *Rev Bras Cancerol*. 39(4): 191-6, 1993.
48. Sakata, K. et al. - Calcitonina por via epidural para alívio da dor em pacientes com neoplasia maligna. *Rev Bras Med* 46(11): 574-6, 1989.
49. Tonelli, D. et al. - Uso de cateter peridural por 112 dias: relato de um caso. *Rev Bras Anest* 39(1): 51-3, 1989.
50. Pimenta, C.A. de M.; Teixeira, M.J. - A proposta de Adaptação do Questionário de Dor McGill para a Língua Portuguesa. *Rev Bras Anest* 47(2): (março/ abril), 1997.
51. Siegel, S. - Estatística não paramétrica. São Paulo, McGraw-Hill, 1975.
52. Berquó, E.S.; Souza, J.M.; Gotlieb, S.L.D. - Bioestatística. São Paulo, E.P.U., Teste de hipóteses, 10: 193-201, 1981..
53. Kowalski, L.P; Franco, E.L. - Epidemiologia do câncer no Brasil e no mundo. In: Schwartzmann, G; Oncologia clínica: princípios e prática. Porto Alegre, *Artes Médicas* 1: 19-30, 1991.

54. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. O problema do câncer no Brasil. ed. 3, Rio de Janeiro, INCA, 1995.
55. Ahles, T.A.; Ruckdeschel, J.C.; Blanchard, E.B. - Cancer-related pain I: prevalence in an out patient setting as a function of stage of disease and type of cancer. *J Psychosom Res* 28(2): 115-9, 1984.
56. Graham, C. - Use of the McGill pain questionnaire in the assessment of cancer pain: replicability and consistency. *Pain* 8(3): 377-87, 1980.
57. Greenwald, H.P. et al. - The prevalence of pain in four cancers. *Cancer*, 60(10): 2563-9, 1987.
58. Menezes, R.A. - Dores na face, cabeça e pescoço. *F Med* 101(3): 149-57, 1990.
59. Peteet, J. et al. - Pain characteristics and treatment in an outpatients cancer population. *Cancer* 57(6): 1259-65, 1986.
60. Spiegel, D.; Bloom, J.R. Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 52(2): 341-5, 1983.
61. Wilkie, D.J. et al. Use of the McGill pain questionnaire to measure pain: a meta-analysis. *Nurs Res* 39(1): 36-9, 1990.
62. Kremer, E.F.; Atkinson; Ignelzi - Pain measurement: the affective dimensional measure of the McGill pain questionnaire with cancer pain population. *Pain* 12(2): 153-63, 1982.
63. Kiss, I. et al. - The McGill pain questionnaire-german version: a study on cancer pain. *Pain*, 29: 195-207, 1987.
64. Foley, K.M. - Pharmacologic approaches to cancer pain management In: Fields, H.L.; Dubner R. Cervero, F. Advances in pain research and therapy: proceeding of the Fourth World Congress on Pain, New York, *Raven* 9: 629-53, 1985.
65. Mathiessen, H.V. - Pain treatment in gynaecological cancer. *Postgrad Med J*. 67(Suppl.2): 26-30, 1991.
66. Bruera, E. et al. - Treatment of pain and others symptoms in cancer patients: patterns in a north american and a south american hospital. *Pain Symptom Manage*, 5(2): 78-82, 1990.
67. Jacox, A. et al. - Management of cancer pain. Rockville, U.S. Department of Health and Human Services, (AHCPR Publication n.94-052) 52-3, 1994.
68. Twycross, R.G. et al. - Terapêutica em câncer terminal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
69. Oseasohn, C.; Graveley, E.A.; Hudepohl, N.C. - Issues in medical compliance research. *Can J Nurs Res* 21(4): 35-43, 1989.
70. Jones, W.L. et al. Cancer patient knowledge, beliefs, and behavior regarding pain control regimens: implications for education programs. *Patient Counseling Health Ed.*, 5(4): 159-64, 1984.
71. McKercher, P.; Rucker, T. - Patient knowledge and compliance with medication instructions. *J Am Pharmacol Assoc* 17(16): 282-91, 1976.
72. Closson, R.G.; Kikugawa, C.A. - Non-compliance varies with drug class. *Hospitals* 49(16): 89-93, 1975.
73. Austin, C. et al. - Hospice home care pain management. *Cancer Nurs*, 9(2): 58-65, 1986.
74. Hussar, D.A. - Patient noncompliance. *J Am Pharm Assoc* 15(4): 183-201, 1975.
75. Informações e listas de preços: *ABCFARMA*, 2(39): 1994.
76. Herr, K.A.; Mobily, P.R. - Interventions related to pain. *Nurs Clin North Am* 27(2): 347-69, 1992.
77. Pollen, J.; Schmidt, J. - Bone pain metastatic of cancer of prostate. *Urology*, 13(2): 129-34, 1979.
78. Jacox, A. et al. - New clinical-practice guidelines for the management of pain in patient with cancer. *N Engl J Med* 330(9): 651-5, 1994.
79. Cleeland, C.S. - Research in cancer pain- what we know and what we need to know. *Cancer* 67(3): 823-7, 1991. suppl.

80. Paice, J. et al. M. - Factors associated with adequate pain control in hospitalized postsurgical patients diagnosed with cancer. *Cancer Nurs* 14(6): 298-305, 1991.
81. Max, M.B. - Improving outcomes of analgesic treatment: is education enough? *Ann Intern Med* 113(11): 885-9, 1990.
82. Nobre, M.R.C. et al. - Qualidade de vida, educação em saúde e prevenção de doenças. *Qualimetria* 6(32): 1994.
83. Marks, R.M.; Sachar, E.J. - Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 78: 173-81, 1973. 47. Marteleto, M.; O Tratamento da dor no câncer. In Schwartzmann G. et al. - *Oncologia clínica: princípios e prática*. Porto Alegre, Artes Médicas. (52): 488-93. 1991.
84. Cleeland, C.S. et al. - Factors influencing physician management of cancer pain. *Cancer* 58(3): 796-800, 1986.
85. Roenn, J.H.V. et al. - Physician attitudes and practice in cancer pain management. *Ann Intern Med* 119(2): 121-6, 1993.
86. Porter, J.; Jick, H. - Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* 302: 123, 1980.
87. Pimenta, C.A. de M.; Koizumi, M.S. - Analgesia em câncer: crenças e atualização. *Rev Esc Enf USP* 27(2): 309-14, 1993.
88. Ryan, P. et al. - Cancer pain: knowledge, attitudes of pharmacologic management. *J Gerontol Nurs* 20(1): 7-16, 1994.
89. McCaffery, M. et al. - Nurse's knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence. *Cancer Nurs* 13(1): 21-7, 1990.
90. Ferrell, B.R. et al. - Clinical decision making and pain. *Cancer Nurs* 14(6): 289-97, 1991.
91. Pimenta, C.A. de M. et al. - Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. *Rev Paul Enf* 11(1): 3-10, 1992.
92. Bressler, L.R. et al. - Misperceptions and inadequate pain management in cancer patients. *DICP, Ann Pharmacotherapy* 25(11): 1225-30, 1991.

Anexo 1

ENCAMINHAMENTO

NOME: RG

Tu primário

DOENÇA EM ATIVIDADE:

- () LOCO-REGIONAL
- () À DISTÂNCIA

Especificar o(s) local(is) de metástase(s)

.....

A dor, quando houver, está relacionada ao Tu ou à(s) metátase(s)?

() sim () não () indeterminado () outra

Médico

INSTRUMENTO I

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: RG

Sexo Idade escolaridade (anos)

Endereço

Cidade Fone

Profissão

em atividade remunerada em atividade sem remuneração sem atividade
 aposentado licença saúde

Renda familiar (sal. mín.) renda per capita (sal. mín.)

Data da entrevista

2. DADOS DA DOENÇA

Tu primário

Metástase não sim em investigação

Doença em atividade loco-regional à distância

Conhece o diagnóstico não sim duvidoso

Dor última semana não sim início...(anos/meses)

Anexo 2

INSTRUMENTO II

NOME: RG

3. Dados sobre a dor atual (AGORA E ÚLTIMA SEMANA)

3.1. Está com dor agora? () não () sim

3.2. Local(is) da dor

3.3. Quanto foi a sua dor nesta última semana, em média, tomando os remédios que você toma?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.4. Questionário McGill

Algumas palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual. Diga-me quais palavras melhor descrevem a sua dor. Não escolha aquelas que não se aplicam. Escolha somente uma palavra de cada grupo. A mais adequada para a descrição de sua dor.

1 1 - vibração 2 - tremor 3 - pulsante 4 - latejante 5 - como batida 6 - como pancada	5 1 - beliscão 2 - aperto 3 - mordida 4 - cólica 5 - esmagamento	9 1 - mal localizada 2 - dolorida 3 - machucada 4 - doída 5 - pesada	13 1 - amendrontadora 2 - apavorante 3 - aterrorizante	17 1 - espalha 2 - irradia 3 - penetra 4 - atravessa
2 1 - pontada 2 - choque 3 - tiro	6 1 - fisgada 2 - puxão 3 - em torção	10 1 - sensível 2 - esticada 3 - esfolante 4 - rachando	14 1 - castigante 2 - atormenta 3 - cruel 4 - maldita 5 - mortal	18 1 - aberta 2 - adormece 3 - repuxa 4 - espreme 5 - rasga
3 1 - agulhada 2 - perfurante 3 - facada 4 - punhalada 5 - em lança	7 1 - calor 2 - queimação 3 - fervente 4 - em brasa	11 1 - cansativa 2 - exaustiva	15 1 - miserável 2 - enlouquecedora	19 1 - fria 2 - gelada 3 - congelante
4 1 - fina 2 - cortante 3 - estraçalha	8 1 - formigamento 2 - coceira 3 - ardor 4 - ferroadada	12 1 - enjoada 2 - sufocante	16 1 - chata 2 - que incomoda 3 - desgastante 4 - forte 5 - insuportável	20 1 - aborrecida 2 - dá náusea 3 - agonizante 4 - pavorosa 5 - torturante

Número de descritores	Índice de dor
Sensorial	Sensorial
Afetivo	Afetivo
Avaliativo	Avaliativo
Miscelânea	Miscelânea
Total	Total

Anexo 3

INSTRUMENTO III

NOME RG

4 - Prescrição medicamentosa para dor

Nome	Dose (mg)	Frequência (24 h)	Via
1 -
2 -
3 -
4 -

4.1. Com que frequência toma os remédios?

de acordo com a prescrição

só quando a dor piora muito. Por quê?

4.2. Já ficou sem remédios para dor por falta de dinheiro?

não raramente muitas vezes

4.3. Toma outros remédios para dor?

sim não

Nome	Dose (mg)	Frequência (24 h)	Via
1 -
2 -

4.4. Por que toma estes outros remédios?

4.5. Que outras coisas faz para melhorar a sua dor?