

Integrative Review Article

INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE DOR PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: Revisão Integrativa

INSTRUMENTS FOR ASSESSMENT OF POST- OPERATIVE PAIN IN ONCOLOGICAL PATIENTS: Integrative Review

Célia Maria de Oliveira

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil
ORCID: 0000-0002-1937-7364
cmarioldout@gmail.com

Natália Ramos de Menezes Dressler

Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4861-4250>
natalia_dressler@hotmail.com

Wagner Jorge dos Santos

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5107-8519>
wagnerkaritos@yahoo.com.br

Selme Silqueira de Matos

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil
ORCID: 0000-0002-5102-5051
selmesilqueira@gmail.com

RESUMO

Enquanto doença crônica, o câncer está relacionado diretamente à dor e seu controle tem sido investigado. Esse trabalho apresentará discussão sobre como a dor em pacientes oncológicos tem sido avaliada. O objetivo foi analisar os principais métodos e/ou instrumentos utilizados para avaliação de dor em pacientes oncológicos no pós-operatório descritos na literatura científica. Trata-se de estudo de revisão integrativa, realizada nas bases de dados CINAHL, Cochrane, PubMed via MedLine, LILACS via BVS e Embase. Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos publicados nos anos de 2015 a 2020, escritos em português, inglês e espanhol e cujos textos estavam disponíveis gratuitamente e na íntegra. A amostra foi composta por 22 estudos desenvolvidos em diversos países. Foi observado que a maior parte dos estudos utilizou de escala unidimensional para avaliação da dor. Reitera-se a importância de levar em consideração o aspecto algico e utilizar diferentes métodos de avaliação na tomada de decisão sobre a linha de cuidados com o paciente oncológico. Como considerações finais, ressalta-se que não há na literatura pesquisada, questionários ou escalas exclusivas para a avaliação da dor do paciente oncológico, devendo o profissional da saúde se valer então de instrumentos multidimensionais já existentes para uma avaliação mais completa e precisa. É de suma importância que os serviços de saúde tenham profissionais qualificados e capacitados

para aplicar e interpretar instrumentos de avaliação de dor.

Palavras-chave: Dor do câncer; Medição da dor; Mastectomia; Prostatectomia; Neoplasias da mama; Neoplasias da próstata.

ABSTRACT

As a chronic disease, cancer is directly related to pain and its control has been investigated. This work will discuss how pain in cancer patients has been assessed. The objective was to analyze the main methods and/or instruments used to assess pain in cancer patients in the postoperative period described in the scientific literature. Integrative review study, carried out in the CINAHL, Cochrane, PubMed databases via MedLine, LILACS via VHL and Embase. The following inclusion criteria were used: articles published in the years 2015 to 2020, written in Portuguese, English and Spanish and whose texts were freely available and in full version. The sample

consisted of 22 studies developed in several countries. It was observed that most studies used a one-dimensional scale to assess pain. The importance of taking into account the pain aspect and using different methods of assessment in decision-making about the line of care with cancer patients is reiterated. As final considerations, it should be noted that there are no exclusive questionnaires or scales in the researched literature for the assessment of pain in cancer patients, and the health professional should use existing multidimensional instruments for a more complete and accurate assessment. It is extremely important that health services have qualified and trained professionals to apply and interpret pain assessment instruments.

Keywords: Cancer Pain; Pain Measurement; Mastectomy; Prostatectomy; Breast Neoplasms; Prostate Neoplasms.

Data de submissão: 04/11/2022.

Data de aprovação: 21/11/2022.

1. INTRODUÇÃO

O câncer surge a partir de uma mutação genética e, geralmente, se desenvolve lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor detectável ⁽¹⁾. Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 é de 625 mil casos novos de câncer no país. ⁽¹⁾

Enquanto doença crônica, o câncer está relacionado diretamente à dor. A dor é, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial”. ⁽²⁾

A dor é vivenciada por 50 a 70% dos indivíduos com câncer na fase inicial da doença. E nos estágios mais avançados, esse percentual chega a 90%. ⁽³⁾ Nos processos de diagnóstico e terapêuticos, a dor se manifesta de forma aguda e, em

mais de 2/3 dos casos, na forma crônica nas fases avançadas da doença, podendo ser decorrente do tumor primário, de suas metástases e do tratamento quimioterápico, radioterápico e cirúrgico ⁽⁴⁾.

O ato cirúrgico pode ter finalidade curativa, sobretudo quando há detecção precoce do tumor e é possível sua retirada total; ou finalidade paliativa, quando o objetivo é de reduzir a quantidade de células tumorais ou de controlar sintomas que comprometam a qualidade da sobrevivência do paciente. ⁽⁵⁾

Em se tratando de pacientes com dor crônica relacionada ao câncer, a necessidade de gerenciamento da dor no pós-operatório ganha enfoque holístico, uma vez que estes pacientes já foram, potencialmente, submetidos a tratamentos invasivos dolorosos, os quais, em conjunto com a doença, lhes causam sofrimento. ⁽⁶⁾

A dor no câncer pode ser tratada, no entanto, esse processo exige uma abordagem interdisciplinar que contenha conhecimento da fisiopatologia da dor, bem como do manejo das questões biopsicossociais ⁽⁷⁾. Vale destacar que a dor ainda é percebida por profissionais de saúde, pacientes e familiares apenas como um sintoma inerente à história natural da doença e, muitas vezes, é negligenciada ⁽⁸⁾. Sabe-se que a dor não aliviada gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando perdas e prejudicando as funções cognitivas, sociais, atividades diárias e o sono. ⁽⁹⁾

Considerando a complexidade e subjetividade da dor e para facilitar a comunicação, vários métodos de avaliação foram desenvolvidos, entre eles os de auto relato, observacionais e de medidas fisiológicas ⁽¹⁰⁾. Esses métodos são ferramentas fundamentais para o tratamento da dor e podem ser unidimensionais ou multidimensionais ⁽¹¹⁾.

Os instrumentos unidimensionais são utilizados frequentemente na mensuração da intensidade da dor. Os instrumentos multidimensionais avaliam várias dimensões da dor, como as seguintes: sensitivo-discriminativa que diz respeito a características espaciais, de pressão, de tensão, térmicas e de vivacidade da dor; afetivo-motivacional, que trata de sentimentos de cansaço, de medo, de punição e reações autonômicas e, finalmente, avaliativas, que se refere à situação global vivenciada pelo indivíduo ⁽¹²⁾. Medir e avaliar por meio de instrumentos, como escalas ou técnicas é fundamental para toda investigação científica. Dessa forma, as escalas da dor são ferramentas que se destacam, porque além de mensurarem a dor, avaliam

a eficácia dos medicamentos e permitem saber o comportamento temporal do quadro algico. Sobretudo, permitem a validação do nível da intensidade da dor descrita. ⁽¹³⁾

Apesar disso, pode-se constatar que a avaliação e controle da dor ainda não estão legitimados nas instituições de saúde, uma vez que não se tem um instrumento único e específico, validado para avaliação de dor do pós-operatório; observa-se que apenas a mensuração dos sinais vitais clássicos faz parte da rotina de enfermagem enquanto que o registro da dor e seu manuseio permanecem excluídos dos protocolos de avaliação da situação de saúde do paciente oncológico. ⁽¹⁴⁾

Sendo a dor uma experiência pessoal e singular do ser humano, deve-se sempre dar importância ao seu relato, quantitativo ou qualitativo, sobre o seu quadro algico, de modo a escolher a melhor forma de avaliar e minimizar a dor, não somente com tratamento farmacológico, mas com olhar atento aos aspectos psicossociais que compõem a experiência dolorosa do paciente.

Neste contexto, observa-se lacunas no conhecimento sobre avaliação de pacientes com dor oncológica, isto é, as estratégias e métodos utilizados para este fim, especialmente no pós-operatório. O presente artigo objetiva analisar os principais métodos e/ou instrumentos utilizados para avaliação de dor em pacientes oncológicos no pós-operatório descritos na literatura científica. Espera-se que, ao final desse estudo, seja possível elencar os instrumentos e/ou métodos mais utilizados para avaliar a dor pós-operatória em pacientes oncológicos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos do câncer de mama e de próstata

Câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos ⁽¹⁾. As causas do câncer são múltiplas, como os fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida ou costumes. ⁽¹⁵⁾

No contexto atual, o câncer emerge como um dos principais problemas mundiais de saúde pública, sobretudo pelo seu impacto na mortalidade das

populações ⁽¹⁶⁾. A incidência de câncer cresce com o aumento global da expectativa de vida. Isso é resultado das mudanças ocorridas nas últimas décadas, que afetaram a saúde das pessoas, bem como a urbanização acelerada, novos estilos de vida e novos padrões de consumo. ⁽³⁾

O uso de tabaco, agentes infecciosos, dieta pouco saudável, excesso de peso corporal, sedentarismo e consumo de álcool estão entre os fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes por câncer. Outros fatores de risco conhecidos por causar câncer incluem exposição excessiva à radiação ultravioleta do sol e bronzeamento artificial, que causam câncer de pele, alguns fatores reprodutivos e hormonais e exposições ocupacionais a substâncias perigosas e poluentes ambientais. ⁽¹⁷⁾

Foi escolhido abordar o câncer de mama e o câncer de próstata, devido à relevância desses dois tipos oncológicos tanto na população brasileira quanto na população mundial.

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, representando 24,2% do total de casos em 2018, com aproximadamente 2,1 milhão de casos novos. É a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres ⁽¹⁸⁾. O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum, compreendendo 80 a 90% dos casos. ⁽¹⁸⁾

O tratamento do câncer de mama classifica-se como sistêmico, quando se utilizam quimioterapia, hormonioterapia e/ou terapia-alvo molecular e local; cirúrgico, radical ou conservador; e radioterápico ⁽¹⁾. O controle dessa doença se dá através da detecção precoce, na qual a lesão se restringe ao parênquima mamário, com um tamanho de no máximo três centímetros, permitindo o uso de recursos terapêuticos menos mutiladores e maior possibilidade de cura. Os meios mais eficazes para a detecção precoce de câncer de mama são o exame clínico de mamas (ECM) e a mamografia, pois o autoexame das mamas (AEM) detecta a doença geralmente em estágio avançado, sendo responsável por cerca de 80% das descobertas de cânceres de mama. ⁽¹⁹⁾

Em relação ao câncer de próstata, a estimativa realizada pelo Instituto Nacional

do Câncer (INCA) é de aproximadamente 66.000 novos casos da doença no Brasil. Em sua fase inicial, o câncer de próstata tem evolução silenciosa. Muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou, quando apresentam, são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata, tais como dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite. ⁽¹⁸⁾

No que se refere à prevenção primária, os fatores de risco são, na maioria, desconhecidos, o que dificulta medidas preventivas mais específicas para o câncer de próstata. Assim, o aumento exponencial dos casos acima dos 50 anos faz com que o rastreamento seja fundamental a partir desta idade ⁽²⁰⁾. A suspeita diagnóstica de câncer de próstata é feita pela observação da elevação dos níveis séricos do antígeno prostático específico (PSA) ou, clinicamente, pelo toque retal, seja por alteração da consistência da glândula, seja pela presença de nodulação. ⁽²¹⁾

A avaliação da extensão do tumor deve ser individualizada, com base nos resultados do exame de toque, dosagem do PSA, escore de Gleason e da biópsia. Através desses resultados se define o prognóstico e a melhor opção de tratamento para o paciente. Entre as modalidades terapêuticas, incluem-se a observação vigilante, cirurgia, radioterapia e terapia hormonal, que podem ser utilizadas isoladamente ou em combinação. ⁽²²⁾

2.2 A dor no câncer e sua avaliação

A dor em oncologia refere-se a uma expressão amplamente utilizada na área da saúde, podendo estar relacionada a doença de base ou a sua evolução. A experiência dolorosa vivenciada pelo paciente com câncer é, na maioria das vezes, reflexo de múltiplas etiologias que se somam e se potencializam. ⁽²³⁾

Pacientes com dor decorrente de câncer frequentemente experimentam mais de um tipo de dor, ou seja, experimenta dor neuropática, nociceptiva ou mista, que pode ser constante ou intermitente. A dor relacionada ao câncer pode ser causada por diversos mecanismos, como invasão direta do tumor, de forma local e sistêmica, resposta à terapia ou aos métodos diagnósticos do câncer, ou mesmo a problemas não relacionados ao câncer, tais como hérnia de disco e neuropatia diabética. Fatores psicossociais, como depressão, ansiedade, catastrofização e questões cognitivas

podem influenciar a percepção da dor e contribuir para a intensidade da dor. ⁽⁷⁾

Especialistas em dor estimam que uma grande porcentagem dos pacientes com câncer evoluem para óbito antes de atingir um bom controle de dor, apesar da disponibilidade das ferramentas para tal. ⁽²⁴⁾ Uma das razões mais preocupantes apontadas para esta ocorrência relaciona-se ao subtratamento da dor devido ao déficit de conhecimento. ⁽²⁵⁾

Apesar de a dor no paciente oncológico fazer parte da rotina de cuidados, seja durante a internação ou no tratamento ambulatorial, os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades em relação à avaliação e manuseio da dor. ⁽²⁶⁾

Quando a avaliação da dor não é realizada de forma sistematizada, essa pode ser subestimada e fatores importantes podem ser ignorados. A avaliação inadequada da dor e o desconhecimento sobre as estratégias disponíveis para o seu controle são fatores que podem dificultar seu manuseio. ⁽²⁷⁾

Sabe-se que apesar dos avanços na área de saúde, a dor ainda se apresenta como um problema pouco investigado e por vezes subestimado pelos profissionais de saúde no atendimento ao paciente. O tratamento correto da dor esbarra em obstáculos frequentes como a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais de saúde na obtenção do controle analgésico. Devido ao desconhecimento, muitos profissionais de saúde limitam suas ações de promoção de analgesia, se prendendo à exagerada preocupação com os efeitos adversos dos opióides, medo sobre a possibilidade de dependência química dos opióides e relutância em aceitar as queixas dolorosas como respostas humanas que exigem intervenção. ⁽¹⁴⁾

Um estudo de revisão de literatura realizado por Valério *et al.* ⁽²⁸⁾ mostrou que são muitos os pontos que levam a sub-avaliação da dor pela enfermagem, tais como desconhecimento a respeito da avaliação e manejo da dor, falha de comunicação entre a equipe, tanto dentro da própria equipe de enfermagem quanto do enfermeiro com os demais profissionais da equipe interdisciplinar, sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem, falta de conhecimento acerca do funcionamento e aplicação das escalas, ausência de registro sobre o quadro algico.

O ensino da dor e dos demais aspectos relacionados a esse fenômeno deveria ser uma prática comum nos cursos de graduação na área da Saúde. No entanto, nossa realidade mostra que o desconhecimento sobre essa temática constitui-se em

um dos principais entraves para sua adequada avaliação, tratamento e controle algico (29)

Além disso, o não tratamento da dor por “ignorância”, por “medo das reações adversas”, ou por negligência leva à violação grave de princípios bioéticos perfeitamente estabelecidos. (30)

A combinação de uma avaliação sistematizada de dor e protocolos adequados de analgesia, juntamente com ações educativas auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro e otimizam o manejo da dor. Por outro lado, falhas no conhecimento técnico-científico, o despreparo para o desenvolvimento atitudinal dos profissionais de saúde, assim como suas crenças e atitudes inadequadas dificultam o processo de avaliação e tratamento da dor. (25)

Durante o processo de avaliação de dor, é comum a dificuldade dos profissionais para escolherem a estratégia mais adequada, além de incapacidade para interpretação dos dados sobre dor (31,10). Para obter dados acerca dos aspectos envolvidos na percepção dolorosa, o instrumento de avaliação deve ser escolhido de forma a abranger a visão holística doassistir. (32)

Compreender a diferença entre avaliar e mensurar a dor é essencial, pois a mensuração remete a quantificação da percepção algica, já a avaliação vai além da medição e implica em descobrir a natureza e significado da experiência dolorosa em todas as dimensões, envolvendo a totalidade da pessoa. (33)

3. METODOLOGIA

3.1 Referencial teórico-metodológico

Segundo Camargo *et al.* (34), a Prática Baseada em Evidências (PBE) poder ser definida como uma abordagem de solução de problema para prestar o cuidado em saúde, que integra a melhor evidência oriunda de estudos bem delineados e dados do cuidado.

Determinadas práticas do cuidar ainda acontecem por meio do conhecimento empírico, o que as tornam incipientes, em face dos avanços tecnológicos e aquisições

ao processo de cuidar ⁽³⁵⁾.

A utilização de resultados de pesquisas pelos trabalhadores de enfermagem favorece romper com práticas não sistematizadas, ancorada pela reprodução ou tradição ⁽³⁴⁾. A enfermagem baseada em evidências envolve a explícita e criteriosa tomada de decisão sobre a assistência à saúde para indivíduos ou grupo de pacientes, baseada no consenso das evidências mais relevantes, oriundas de pesquisas e informações de base de dados. ⁽³⁶⁾

Concomitantemente ao avanço tecnológico, ocorre um aumento na produção e divulgação do conhecimento científico a partir de pesquisas realizadas com o intuito de comprovar a efetividade das intervenções e subsidiar a tomada de decisão do enfermeiro ⁽³⁷⁾.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que nos últimos anos tem sido utilizado na área da saúde e tem permitido dar visibilidade à contribuição da Enfermagem para a melhoria da prestação de cuidados ⁽³⁸⁾. A síntese de resultados de estudos de investigação, relevantes e reconhecidos mundialmente, facilita a incorporação de evidências, isto é, permite agilizar a transferência de novo conhecimento para a prática clínica ⁽³⁸⁾.

Soares *et al.* ⁽³⁹⁾ acrescentam que a incorporação da PBE e da revisão integrativa na área da enfermagem parece estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde nos âmbitos individual ou coletivo como um trabalho complexo que requer colaboração e integração de conhecimentos de diversas disciplinas.

Pontua-se, então, que o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas no pensamento crítico que a prática diária necessita ⁽⁴⁰⁾. Para isso, é de suma importância que o profissional enfermeiro esteja disposto a aprofundar seu conhecimento em temáticas relevantes e atuais para sua atividade laboral, com vistas a desenvolver sua capacidade de tomada de decisão fundamentada em estudos realizados, analisados e validados.

3.2 Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca dos métodos de avaliação de dor em pacientes oncológicos.

Para elaboração do estudo foram percorridas as 6 (seis) etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão ⁽⁴¹⁾, que são: elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários incluídos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão.

Desse modo, a pergunta norteadora para a elaboração dessa revisão foi: “Quais são os principais métodos e/ou instrumentos utilizados para avaliação de dor em pacientes oncológicos no pós-operatório descritos na literatura científica?”

Foram escolhidos pacientes do sexo feminino com câncer de mama que, de acordo com Silva e Riul ⁽¹⁹⁾, representa a principal causa de morte por câncer em mulheres brasileiras, e em nível mundial cede o lugar apenas para o câncer de pulmão. No sexo masculino, o câncer de próstata que, de acordo com Modesto *et al.* ⁽⁴²⁾, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, é o mais comum entre homens em todas as regiões do país.

A busca pelos estudos primários foi iniciada em junho de 2020, tendo como base de dados: CINAHL, Cochrane, PubMed via MedLine, LILACS via BVS e Embase. Os descritores em Ciências da Saúde da plataforma BVS utilizados foram: dor do câncer, medição da dor, mastectomia, prostatectomia, neoplasias da mama e neoplasias da próstata e seus descritores correspondentes em cada base. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para restringir ou adicionar combinações.

Como critérios de inclusão foram selecionados: artigos publicados nos anos de 2015 a 2020, escritos em português, inglês e espanhol e cujos textos estivessem disponíveis gratuitamente e na íntegra. Como critérios de exclusão: estudos realizados com crianças ou animais, estudos secundários, estudos de caso, revisões de literatura e outros artigos sem relação com a temática da revisão.

Inicialmente foram encontrados 3.757 artigos, somando-se todas as bases de dados. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão, retirando artigos repetidos em

duas ou mais plataformas e realizando as etapas de separação dos artigos por título e ,resumo chegou-se ao montante de 52 artigos. Por fim, após leitura na íntegra e criteriosa, os estudos de dados secundários e de texto completo indisponível foram excluídos, sendo 22 os estudos que entraram nessa revisão (Figura 1).

Para os artigos incluídos, adotou-se o sistema de estratificação por nível de evidência para atestar confiança aos resultados. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.

(36).

4. RESULTADOS E DISCUSSAO

Foram analisados 22 estudos científicos desenvolvidos nos últimos cinco anos, sendo cinco estudos de 2015, seis estudos de 2016, três estudos de 2017, cinco estudos de 2018, um estudo de 2019 e dois estudos de 2020. Os países de origem são diversos, incluindo Brasil, com o maior número de estudos, sendo cinco no total, seguido de Índia e Egito com três estudos cada, Alemanha, Japão e Coreia do Sul com dois estudos e Holanda, França, Estados Unidos, Eslovênia e Grécia com um estudo cada.

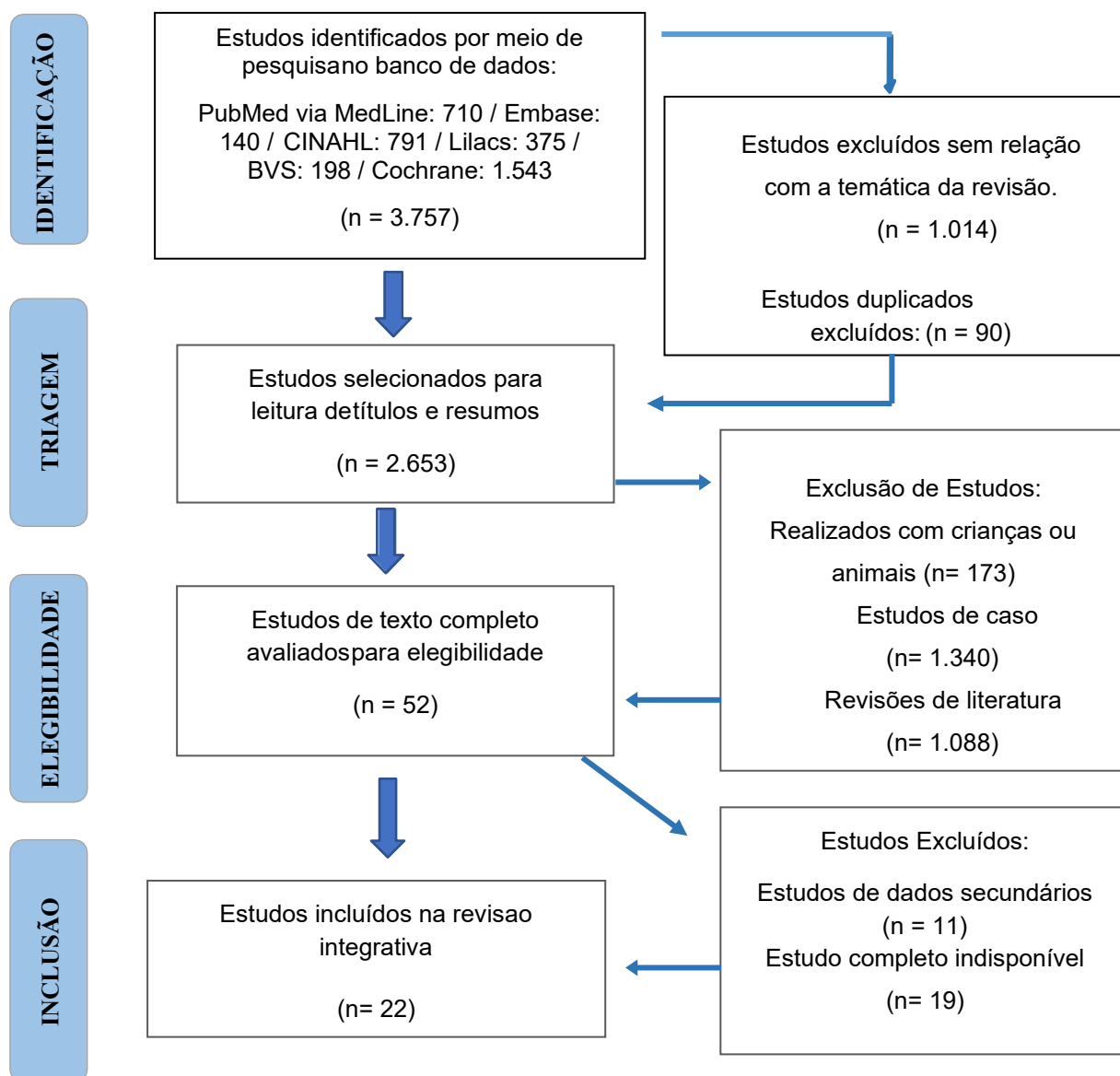


FIGURA 1. Fluxograma da seleção de artigos da revisão integrativa

Entre os autores dos artigos estão, profissionais médicos especialistas em oncologia, anestesiologia, urologia, ginecologia e cirurgia plástica, fisioterapeutas e enfermeiras. O público feminino foi predominante como alvo dos estudos incluídos na amostra, sendo 18 estudos sobre mastectomia e suas repercussões e apenas quatro sobre prostatectomia e suas repercussões. Os quadros 1 e 2, a seguir, trazem as especificações de cada artigo incluído nessa revisão:

QUADRO 1. Informações sobre autores, ano de publicação, país e título

ARTIGO	AUTORES/ANO/PAÍS	TÍTULO
A1	Koheler, <i>et al.</i> 2015. Alemanha.	Movement, Function, Pain, and Postoperative Edema in Axillary Web Syndrome.
A2	Couceiro, <i>et al.</i> 2015. Brasil	Intravenous lidocaine for post-mastectomy pain treatment: randomized, blind, placebo controlled clinical trial.
A3	Jonnaveithula <i>et al.</i> , 2015. Índia.	Role of wound instillation with bupivacaine through surgical drains for postoperative analgesia in modified radical mastectomy.
A4	Mahran e Hassan, 2015. Egito.	Comparison of pregabalin versus ketamine in postoperative pain management in breast cancer surgery.
A5	Ferreira <i>et al.</i> , 2015. Brasil	Characterization of chronic pain in breast cancer survivors using the McGill Pain Questionnaire.
A6	Helmond, <i>et al.</i> 2016. Holanda	Hyperalgesia and Persistent Pain after Breast Cancer Surgery: A Prospective Randomized Controlled Trial with Perioperative COX-2 Inhibition.
A7	Jin <i>et al.</i> , 2016. Coréia do Sul	Comparison of the Efficacy and Safety of a Pharmacokinetic Model-Based Dosing Scheme Versus a Conventional Fentanyl Dosing Regimen For Patient-Controlled Analgesia Immediately Following Robot-Assisted Laparoscopic Prostatectomy: A Randomized Clinical Trial.
A8	Morel <i>et al.</i> , 2016. França	Memantine before Mastectomy Prevents Post-Surgery Pain: a Randomized, Blinded Clinical Trial in Surgical Patients.
A9	Quinlan-Woodward <i>et al.</i> , 2016. Estados Unidos	Assessing the Impact of Acupuncture on Pain, Nausea, Anxiety, and Coping in Women Undergoing a Mastectomy.
A10	Na <i>et al.</i> , 2016. Coréia do Sul.	Preventive Analgesic Efficacy of Nefopam in Acute and Chronic Pain After Breast Cancer Surgery: a Prospective, Double-Blind, and Randomized Trial.
A11	Othman, El-Rahman e El-Sherif, 2016. Egito	Efficacy and Safety of Ketamine Added to Local Anesthetic in Modified Pectoral Block for Management of Postoperative Pain in Patients Undergoing Modified Radical Mastectomy
A12	Martinschek <i>et al.</i> , 2017. Alemanha	Prospective, Controlled Study of Invasiveness and Post-Aggression Metabolism in Patients Undergoing Robotic-Assisted Radical Prostatectomy.
A13	Ogric <i>et al.</i> , 2017. Eslovênia.	The influence of dexmedetomidine on opioid consumption in radical prostatectomy.
A14	Pushparajan <i>et al.</i> , 2017. Índia.	Addition of Fentanyl to Ropivacaine Infusion in Continuous Thoracic Paravertebral Infusion Does Not Improve Its Analgesic Effect Following Modified Radical Mastectomy: A Randomized Controlled Trial.
A15	Onishi <i>et al.</i> , 2018. Japão	Analgesic Effect of Double-Level Retrolaminar Paravertebral Block for Breast Cancer Surgery in the Early Postoperative Period: A Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial.
A16	Bueno <i>et al.</i> , 2018. Brasil.	Evaluation of body image, quality of life, tactile sensitivity and pain in women with breast cancer submitted to surgical intervention.
A17	Kumar <i>et al.</i> , 2018. Índia.	A randomised controlled study of the post-operative analgesic efficacy of ultrasound-guided pectoral nerve block in the first 24 h after modified radical mastectomy.
A18	Rangon <i>et al.</i> , 2018. Brasil.	Ischemic compression and kinesiotherapy on chronic myofascial pain in breast cancer survivors.
A19	Matsumoto <i>et al.</i> , 2018. Brasil.	Benefits in radical mastectomy protocol: a randomized trial evaluating the use of regional anesthesia.
A20	Bourazani <i>et al.</i> , 2019. Grécia	The Role of Muscle Relaxants – Spasmodic (Thiocolchicoside) in Postoperative Pain Management after Mastectomy and Breast Reconstruction.
A21	El Sherif <i>et al.</i> , 2020. Egito	Analgesic effect of morphine added to bupivacaine in serratus anterior plane block following modified radical mastectomy. Only a local effect? randomized clinical trial.

A22	Taninishi, Matsusaki, e Morimatsu 2020. Japão	Transversus Abdominis Plane Block Reduced Early Postoperative Pain after Robot-assisted Prostatectomy: a Randomized Controlled Trial.
-----	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

QUADRO 2. Síntese dos dados

ARTIGO	OBJETIVO(S)	MÉTODO/NÍVEL DE EVIDÊNCIA	RESULTADOS
A1	Determinar as características clínicas e a história natural da Axilar Web Syndrome relacionadas ao movimento, função, dor e medidas de edema Definir a incidência e os fatores de risco para AWS nas primeiras 12 semanas após a cirurgia de câncer de mama	Estudo de coorte prospectivo com um desenho de medidas repetidas Nível III	Questionário "Disabilities of the arm, shoulder and hand" (DASH) Escala Visual Analógica (EVA)
A2	- Investigar o efeito analgésico da lidocaína intravenosa nas primeiras 24 horas em mulheres submetidas à mastectomia, bem como avaliar o consumo de opioides no pós-operatório.	Ensaio clínico cego, randomizado e controlado por placebo Nível II	Questionário para caracterização da amostra Escala Numérica (NRS) para dor em repouso e em movimento
A3	- Avaliar o papel da instilação da ferida com bupivacaína por meio de drenos cirúrgicos no alívio da dor pós-operatória precoce após a mastectomia radical modificada.	Estudo prospectivo, randomizado e controlado Nível II	Escala Visual Analógica estática e dinâmica (EVA)
A4	Avaliar se a administração pré-operatória de pregabalina ou cetamina pode controlar a dor pós-operatória Comparar o perfil analgésico da pregabalina pré-operatória com cetamina em pacientes submetidas à cirurgia de mama.	Estudo prospectivo, randomizado e duplo-cego. Nível II	Escala Visual Analógica (EVA)
A5	- Caracterizar a dor em sobreviventes ao câncer de mama por meio do Questionário de Dor McGill	Estudo descritivo e transversal Nível IV	McGill Pain Questionnaire (MPQ)
A6	Avaliar o valor da inibição perioperatória do componente inflamatório da sensibilização adicionado ao bloqueio da entrada nociceptiva neuronal na sensibilização central após a cirurgia. Avaliar a relação entre hiperalgesia e desenvolvimento de dor persistente em 12 meses de pós-operatório.	Ensaio clínico prospectivo, randomizado, duplo-cego e controlado. Nível II	Escala Visual analógica (EVA) Versão holandesa do Questionário de Qualidade de Vida C30 da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C30)
A7	- Comparar as necessidades de opioides na unidade de tratamento pós-anestésico, os escores da escala visual analógica para dor e os eventos adversos durante o período pós-operatório entre um regime de dosagem convencional e esquema de dosagem baseado em modelo farmacocinético em pacientes submetidos a prostatectomia radical laparoscópica auxiliada por robô.	Ensaio clínico randomizado e comparativo. Nível II	Escala Visual Analógica (EVA)
A8	- Explorar as propriedades preventivas da memantina oral na dor e no comprometimento cognitivo e da qualidade de vida até seis meses após a mastectomia.	Ensaio clínico randomizado, simples-cego e controlado por placebo. Nível II	Escala de classificação numérica (NRS) Brief Pain Inventory (BPI) Questionário de dor de McGill o questionário de dor neuropática em quatro questões

			(DN4) Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI). - Trail Making Test (TMT) Digit Symbol Substitution Test (DSST). Leeds Sleep Questionnaire Questionnaire Short-Form health survey (SF-36).
A9	Determinar se existia uma diferença no nível de dor pós-operatória, náusea, ansiedade e capacidade de lidar com mulheres que receberam acupuntura em comparação com o tratamento usual. Examinar a viabilidade de entregar acupuntura para mulheres submetidas a mastectomia unilateral ou bilateral.	Ensaio clínico randomizado e controlado. Nível II	Escalas de avaliação numérica, com uma escala de 0 a 10, foram usadas para medir os níveis de dor, náusea e ansiedade e a capacidade do paciente de lidar com a situação.
A10	- Avaliar a eficácia analgésica do nefopam na dor pós-operatória associada à cirurgia de câncer de mama.	Estudo prospectivo, randomizado e controlado. - Nível II	- Escala de Classificação Numérica (NRS)
A11	- Comparar a eficácia analgésica e a segurança do bloqueio de nervo peitoral (PECs) modificado guiado por ultrassom com bupivacaína local isolada versus bupivacaína mais cetamina em pacientes submetidas à cirurgia de câncer de mama.	Estudo prospectivo, duplo-cego, randomizado. Nível II	- Escala Visual Analógica (EVA)
A12	- Avaliar o estresse cirúrgico e a resposta sistêmica de fase aguda (dano tecidual induzido por cirurgia) em prostatectomia laparoscopia assistida por robô em comparação com prostatectomia radical retropubica aberta, medindo mediadores humorais.	Estudo prospectivo, controlado e não randomizado. Nível III	- Escala Visual Analógica (EVA)
A13	Descobrir se uma infusão de dexmedetomidina no intra-operatório reduz o consumo de analgésicos opioides. Estudar os efeitos colaterais durante e após a prostatectomia radical.	Estudo clínico prospectivo randomizado. Nível II	- Escala Visual Analógica (EVA)
A14	- Determinar se a adição de fentanil à ropivacaína tem uma vantagem nos escores de dor em repouso e em movimento em relação à infusão de ropivacaína simples em pacientes submetidos a mastectomia radical modificada.	Estudo piloto prospectivo, duplo-cego, com dois braços paralelos e controlado aleatoriamente. Nível II	- Escala Visual Analógica (EVA)
A15	- Avaliar a eficácia de um bloqueio retrolaminar paravertebral de nível duplo em pacientes submetidas à cirurgia de câncer de mama.	Estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. Nível II	- Escala de Classificação Numérica (NRS)
A16	- Avaliar e comparar a percepção da imagem corporal, qualidade de vida, alterações de sensibilidade e presença e níveis de dor em mulheres com câncer de mama, nos períodos pré e pós-operatório de 30 (PO30), 60 (PO60) e 90 (PO90) dias.	Estudo longitudinal prospectivo. Nível III	Escala Visual Analógica (EVA) European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire

			(EORTC QLQ-BR23).
A17	- Comparar a eficácia analgésica pós-operatória do bloqueio do nervo peitoral (Pecs) realizado sob ultrassom com nossa prática padrão de opioides e anti-inflamatórios não esteroidais para mastectomia.	Estudo randomizado-controlado. Nível II	Escala Visual Analógica (EVA)
A18	- Avaliar os efeitos da compressão isquêmica e do exercício terapêutico na reabilitação de sobreviventes do câncer de mama com dor miofascial crônica.	Ensaio clínico randomizado cego. Nível II	Escala de Classificação Numérica (NRS) Escala de Autodeclaração Relacionada à Dor (PRSS) Avaliação Funcional da Terapia do Câncer-Mama (FACT-Bp4)
A19	- Comparar a anestesia geral associada ao bloqueio do músculo serrátil anterior + bloqueio do nervo peitoral I com a anestesia geral apenas durante a mastectomia radical com dissecação do linfonodo axilar e reconstrução mamária.	Ensaio clínico-prospectivo, controlado randomizado, em um único centro. Nível II	Escala Visual Analógica (EVA)
A20	- Criar um protocolo de analgesia sistemática pós-operatória confiável e eficaz para pacientes submetidas à cirurgia de reconstrução mamária usando a aplicação de um regime de analgesia pós-operatória sistemática simples com drogas relaxantes musculares espasmolíticas (tiococlicosídeos) que limitam o uso de analgésicos opioides.	Ensaio clínico randomizado. Nível II	Escala de Classificação da Dor (NRS) Escala Likert para avaliar a eficácia da analgesia pós-operatória
A21	- Explorar a eficácia analgésica da morfina adicionada à bupivacaína no bloqueio do serrátil anterior para pacientes nas quais a mastectomia radical modificada foi realizada e se é um efeito meramente local ou sistêmico.	Ensaio clínico randomizado cego. Nível II	Escala Visual Analógica (EVA)
A22	Avaliar a dor pós-operatória quando os pacientes foram transferidos para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) tanto em repouso quanto durante o movimento. Avaliar o consumo de opioides durante as primeiras 24 horas após a prostatectomia laparoscópica assistida por robô.	Estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. Nível II	Escala de Classificação Numérica (NRS)

Fonte: Elaborado pelo autores.

As escalas de dor são ferramentas que auxiliam os profissionais na identificação de alterações presentes nos pacientes, usando assim a intervenção adequada. O profissional de enfermagem deve se capacitar para aplicar as escalas e interpretá-las. ⁽⁴⁵⁾

Excetuando o artigo A5, os demais artigos componentes dessa revisão utilizaram métodos de avaliação unidimensionais, que avaliam apenas a intensidade da dor, sendo eles a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala de Classificação Numérica (NRS – *Numeric Rating Scale*). Ambas possuem a mesma lógica de funcionamento.

A Escala Visual Analógica, segundo Hawker *et al.* ⁽⁴⁶⁾, é uma medida unidimensional da intensidade da dor, sendo comumente ancorada por “sem dor” (pontuação 0) e “dor tão ruim quanto poderia ser” ou “pior dor imaginável” (pontuação de 10), onde o paciente relata verbalmente o nível da dor sentida no momento da avaliação. E, sobre a Escala Numérica de Classificação da Dor, Pereira *et al.* ⁽²³⁾ descrevem que a ela permite quantificar a dor por meio de números. Possui, geralmente, 11 pontos (0 a 10), em que o ponto 0 (zero) representa nenhuma dor e o ponto 10 (dez), a pior dor possível. Os demais números representam intensidade intermediária de dor.

As escalas unidimensionais supracitadas possuem como vantagem a facilidade e rapidez de aplicação e a precisão da intensidade da dor reportada pelo paciente, visto que este deve estar lúcido e apto a responder. Como desvantagens, essas escalas abordam apenas a intensidade da dor, deixando de avaliar outros aspectos, como duração, localização, fatores de piora e fatores de melhora.

Para os artigos incluídos nessa análise, tais escalas foram utilizadas para avaliar métodos de analgesia intraoperatória e pós operatória, sem aprofundar na continuidade do tratamento do paciente oncológico e na repercussão da dor em sua qualidade de vida.

De modo distinto, o artigo A5 utilizou como método de avaliação o Questionário de Dor McGill. Segundo Mendes *et al.* ⁽⁴⁷⁾, a escala avalia a dor em três dimensões: sensorial, afetiva e avaliativa, além da intensidade e localização. A dimensão sensorial descreve a qualidade da dor em termos temporais, espaciais, depressão, temperatura, entre outras. A dimensão afetiva avalia a qualidade da experiência da dor em termos de tensão, medo, temor, recuo e propriedades autonômicas. E a avaliativa descreve uma avaliação global da dor.

O artigo A8, além da NRS e do Questionário McGill, utiliza mais três escalas multidimensionais, sendo elas *Brief Pain Inventory* (BPI), Questionário Específico para Rastreamento de Dor Neuropática (DN4) e *Neuropathic Pain Symptom Inventory*.

O *Brief Pain Inventory* (BPI) que, segundo Martinez, Grassi e Marques⁽¹²⁾ é um instrumento que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente

é aquela que ele experimenta no momento de aplicação do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas.

Outra escala utilizada foi o Questionário Específico para Rastreamento de Dor Neuropática (DN4), descrito por Eckeli, Teixeira e Gouvêa ⁽⁴⁸⁾ como um instrumento composto de sete itens que se referem a sintomas e outros três que se relacionam com o exame físico. Cada item pontua 1 ponto se a resposta for positiva e zero se negativa, levando a um valor mínimo de zero e o máximo de 10. O ponto de corte é quatro, sendo que valores iguais ou maiores que quatro sugerem dor neuropática. Por fim, a terceira escala utilizada foi a *Neuropathic Pain Symptom Inventory*, definida, também por Eckeli, Teixeira e Gouvêa ⁽⁴⁸⁾ como um instrumento com 18 descritores e quatro dimensões da dor neuropática: dor espontânea (queimação, frio doloroso, pressão, aperto, cãibra, e embotamento), paroxística espontânea (choque elétrico, tiro, facadas, dor lancinante), dor provocada ou aumentada pelo toque na área dolorida (escovar, pressão, contato com algo gelado, contato com algo quente), avaliar parestesia e disestesia na área dolorida (alfinetes e agulhas, formigamento, dormência, prurido). A versão final do NPSI incluiu 12 itens: são 10 descritores diferenciais dos sintomas e 2 itens para avaliar a dor espontânea e paroxística espontânea. O instrumento avalia a média de intensidade de dor nas últimas 24h em uma escala verbal numérica que vai de zero (sem dor) a 10 (a pior dor imaginável). O resultado total do escore de intensidade de dor pode ser calculado com a soma de 10 descritores.

Por fim, os autores do artigo A18 recorreram, além da NRS, à Escala de Auto declaração Relacionada à Dor (PRSS). A escala PRSS, de acordo com Sardá Júnior *et al.* ⁽⁴⁹⁾ é composta de duas escalas: estratégias de enfrentamento e catastrofização. Estas escalas foram desenvolvidas a partir dos conceitos de esquema cognitivo e pensamentos automáticos e seus itens são amostras de cognições apresentadas por pessoas quando estas têm dores severas. A escala consiste em nove itens dispostos em uma escala Likert que varia de 0 'quase nunca' a 5 'quase sempre'. A pontuação total é a soma dos itens dividida pelo número de itens respondidos. A pontuação mínima pode ser 0 e a máxima 5. Não há pontos de corte. Pontuações mais altas indicam maior presença de pensamentos catastróficos. ⁽⁵⁰⁾

Os instrumentos multidimensionais possuem a vantagem de permitir ao

profissional de saúde avaliar a dor em toda a sua complexidade como, por exemplo, intensidade, localização e qualidades afetivas e sensoriais da dor. No entanto, é importante considerar que fatores sensoriais, emocionais e culturais podem influenciar na sua interpretação e resposta. ⁽¹²⁾

Além de escalas de dor propriamente ditas, três dos artigos analisados utilizaram escalas que avaliam qualidade de vida, onde um dos itens investigados por essas escalas é a dor.

Os autores dos artigos A6 e A16 utilizaram a *European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), voltada especificamente para pacientes oncológicos e que, segundo Franceschini *et al.* ⁽⁵¹⁾, inclui 30 perguntas relacionadas a cinco escalas funcionais (física, funcional, emocional, social e cognitiva), uma escala sobre o estado de saúde global, três escalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos) e seis itens de sintomas adicionais (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras). A pontuação é obtida de acordo com o tipo de resposta escolhida pelo paciente. As opções permitidas pelo questionário são "não" (um ponto), "pouco" (dois pontos), "moderadamente" (três pontos) ou "muito" (quatro pontos). Nas duas questões referentes à escala de estado de saúde global, as opções de escolha variam de um (péssima) a sete pontos (ótima). Os escores do questionário variam de 0 a 100. Em relação às escalas funcionais e de estado de saúde global, maiores pontuações relacionam-se a melhor qualidade de vida; porém, para as escalas de sintomas, maiores pontuações correspondem a maior presença do referido sintoma e, conseqüentemente, a pior qualidade de vida. ⁽⁵¹⁾

Já no artigo A8, os autores fazem uso da escala *Short Form Health Survey- 36* (SF-36). De acordo com Servelhere *et al.* ⁽⁵²⁾, o SF-36 é uma escala de saúde curta que abrange somente 36 questões, divididas em oito domínios. Os oito domínios representam aqueles mais frequentemente mensurados na avaliação da saúde. Na versão traduzida e culturalmente adaptada para o Brasil, esses domínios são designados como: Capacidade Funcional (CF), Aspectos Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE), Aspectos Físicos (AF), Vitalidade (VIT), Saúde Mental (SM), Dor e Estado Geral de Saúde (EGS). Cada categoria varia de 2 a 10 itens e todas elas podem ser resumidas em dois componentes: Físico e Mental. O domínio Dor tem uma

questão sobre a intensidade e outra cujo objetivo é medir sua extensão ou interferência nas atividades diárias do paciente.

Uma vez que a dor tem importante impacto na qualidade de vida do indivíduo, se faz necessário aliar o uso de instrumentos que sejam capazes de avaliar com maior precisão esses dois pontos, a fim de que o plano terapêutico seja eficiente para a minimização dos efeitos adversos.

A variedade desses instrumentos faz com que haja a necessidade de uma análise de sua aplicabilidade nos vários cenários de clínicas. A condição clínica e a natureza do atendimento poderiam implicar diferença de aplicabilidade dos vários instrumentos e, portanto influenciar na escolha de qual usar de acordo com a situação.⁽¹¹⁾

A eficácia das condutas no pós-operatório e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração confiável e válida. A detecção da queixa algica, a sistematização da avaliação e o registro dos dados são fundamentais para a eficácia do tratamento. A dor que não é identificada e descrita não será tratada. É necessário que sejam avaliadas alterações comportamentais, sinais vitais, postura; a fim de se obter informações não verbais sobre a experiência dolorosa, mesmo quando há a capacidade de comunicação verbal⁽⁵³⁾. Pesquisas que enfocam a elaboração e a validação de instrumentos para avaliação de dor tornam-se relevantes para o progresso científico, pois a mensuração criteriosa e exata da dor permitirá a avaliação adequada, evitando o subtratamento e a negligenciamento da dor.⁽⁵⁴⁾

Os avanços deste estudo estão relacionados à apresentação de métodos para avaliação de dor, especificamente em pacientes que se encontram em pós-operatório de cirurgia oncológica. As limitações deste estudo estão relacionadas à pouca disponibilidade de instrumentos para avaliação de dor pós-operatória em oncologia, validados e disponíveis na literatura científica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, vale ressaltar que usar apenas uma escala para coleta de dados não permite uma avaliação precisa, como é o caso da Escala Visual Analógica, que mede somente o fator intensidade da dor, sendo simplista para fomentar um tipo

de intervenção ou tratamento que minimize esse impacto na qualidade de vida do paciente oncológico.

Para que a avaliação seja mais completa e precisa sobre o quadro algíco do paciente na oncologia, se faz necessária a utilização de escalas multidimensionais para coleta dessas informações, pontuando outros aspectos qualitativos da dor e seu impacto na qualidade de vida do paciente.

Assim, reitera-se a importância de levar em consideração o aspecto algíco e utilizar diferentes métodos de avaliação na tomada de decisão sobre a linha de cuidados com o paciente oncológico, visto que a dor pode se manifestar devido ao recurso escolhido para o tratamento do câncer bem como o avançar da doença.

Não há na literatura pesquisada, questionários ou escalas exclusivas para a avaliação da dor do paciente oncológico no pós-operatório, devendo o profissional da saúde se valer então de instrumentos multidimensionais já existentes, preferencialmente, validados para uma avaliação mais completa e precisa.

É de suma importância que os serviços de saúde contem com profissionais qualificados e capacitados para aplicar e interpretar instrumentos de avaliação de dor. A equipe multiprofissional deve ter atenção especial a condição de dor, especialmente o enfermeiro, que tem na base da sua profissão o olhar holístico sobre o ser humano. Neste sentido, esse profissional deve ser capaz de identificar os sintomas algícos, quantificar e qualificá-los, isto é, de realizar de forma ampla a avaliação de dor, para que de forma interdisciplinar se estabeleça a conduta correta para sanar ou minimizar a dor das pessoas com câncer.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Conceito e Magnitude do Câncer de Mama. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/control-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 02 nov. 2020
2. Sociedade Brasileira Para o Estudo da Dor (SBED). Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. [Acesso em 31 out. 2020] 2020. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf.
3. Stübe M, Cruz CT, Benetti ERR, Gomes JS, Stumm EMF. Perceptions of nurses and pain management of cancer patients. Reme: Rev Min Enferm, 2015 [Acesso em: 15

- ago. 2019]; 19(3), 696-703. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n3a13.pdf>.
4. Morete MC, Minson FP. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, 2020[Acesso em: 16 ago. 2019];11(1):74-80. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>.
5. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tratamento do câncer: cirurgia. 2021.[Acesso em: 15 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>.
6. Macedo ACPA, Romanek FARM, Avelar MCQ. Gerenciamento da dor no pós-operatório de pacientes com câncer pela enfermagem. *Revista Dor*, 2013[Acesso em: 15 jan. 2021];14(2):133-136. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200012.
7. Minson FP, Assis FD, Vanetti TK, Sardá Junior J, Mateus WP, Giglio AD. Procedimentos intervencionistas para o manejo da dor no câncer. *Einstein (São Paulo)*. 2012;10(3):292-5. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082012000300006>.
8. Wiermann EG, Estevez Diz MDP, Caponero R, Lages PSM, Araujo CAS, Bettega RTC, Souto AKBA. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, Brasília, 2015[Acesso em: 15 set. 2020];10(38):132-143. Disponível em: <https://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/38/artigo2.pdf>.
9. Costa AIS, Chaves MD. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. *Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, 2012[Acesso em: 15 set. 2020];13(1):45-49. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000100008.
10. Oliveira CM. Construção e validação de um instrumento imagético para avaliação da intensidade e localização da dor em adultos com plexobraquialgia. Belo Horizonte. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
11. Silva VR, Martinez MR, Gradim CVC. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 2011[Acesso em: 16 ago. 2019];19(3):359-363. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a03.pdf>.
12. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2011[Acesso em: 21 set. 2020];51(4):304-308. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>.
13. Borchardt DB, Sangoi KCM, Fontana RT, Lucca JCP, Cargnin MB. Avaliação das dimensões da dor no paciente oncológico. *Nursing (São Paulo)*. 2020; 23(266): 4308-4312.
14. Araujo, LC, Romero B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. *Revista Dor [online]*. 2015[Acesso em: 28 outubro 2022];16(4):291-296. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150060>.
15. Oliveira MM, Malta DC, Guaiche H, Moura L, Silva GZ. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2015;18(2):146-157. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.

16. Andrade JV, ALR, Araújo LSS, Mansur I, Freitas GA, Mendonça ET. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil na última década em decorrência do câncer. *Revista Científica Univiçosa*, 2018 [Acesso em: 15 out. 2020]; 10(1):762-768. Disponível em: <https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/1133/1172>.
17. Jemal A, Torre L, Soerjomataram I, Bray F (eds). *The Cancer Atlas: third edition*. [internet]. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2019. [Acesso em: 16 out. 2020]. Disponível em: https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS_CA3_Book.pdf.
18. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil*. Ministério da saúde; 2018. [Acesso em: 15 ago. 2019]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>.
19. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011;64(6):1016-1021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267022538005.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.
20. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2010 [Acesso em: 10 nov. 2020]; 23(1):88-93. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100014&script=sci_arttext&tlng=pt.
21. Morbeck IAP *et al.* Diretrizes Oncológicas: Câncer de Próstata; 2019. [Acesso em 10 nov 2020]. Disponível em: https://diretrizesoncológicas.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Diretrizes-oncologicas_separata_Prostata.pdf.
22. Santos-Quijada P, Fernandes P, de-Oliveira D, de-Oliveira-Santos B. Câncer de próstata: retrato de uma realidade de pacientes em tratamento. *Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]*. 2017; [Citado em 2022 Nov 20]; 11(6): 2490-2499. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23416>
23. Pereira DT de S, Andrade LL de, Agra GA, Costa MML. Therapeutic conducts used in pain management in oncology. *R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]*. 2015 [citado 20º de novembro de 2022]; 7(1):1883-90. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3578>.
24. Oliveira PM, Trindade LCT. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. *Revista do Médico Residente*, 2013 [Acesso em: 17 out. 2020]; 15(4):298-304. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/515/503>.
25. Coelho JC, Santos J, Silva MAS, Meira KC, Valle AC. Conhecimento de enfermeiros residentes sobre o manejo da dor no câncer: a influência de uma intervenção educativa. *rq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2016 [Acesso em: 16 out. 2020]; 61(2):55-63. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/113/109>.
26. Oliveira AL, Palma Sobrinho N, Cunha BAS. Chronic cancer pain management by the nursing team. *Revista Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, 2016 [Acesso em: 17 out. 2020]; 17(3):219-222. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/pt_1806-0013-rdor-17-03-0219.pdf.

27. Cunha FF, Rêgo LP. Enfermagem diante da dor oncológica. *Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, 2015[Acesso em: 16 out. 2020]; 16(2):142-145. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132015000200142&script=sci_arttext&tlng=pt.
28. Valério AF, Fernandes KS, Miranda G, Terra FS. Difficulties faced by nurses to use pain as the fifth vital sign and the mechanisms/actions adopted: an integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*, 2019[Acesso em: 15 jan. 2021]; 2(1):67-71. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922019000100067&script=sci_arttext&tlng=pt.
29. Sallum AMC DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paulista Enfermagem*, 2012[Acesso em: 15 jan. 2021]; 25(1):150-154. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/apv/v25nspe1/pt_23.pdf.
30. Simões ASL. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. *Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, 2011[Acesso em: 15 jan. 2020]; 12(2):166-171. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a14.pdf>.
31. Penha JRL, Oliveira CC, Leite DB. Manejo de enfermagem no controle da dor no paciente oncológico. *Biomotriz*, 2020[Acesso em: 17 out. 2019]; 14(2):105-114. Fundação Universidade de Cruz Alta. Disponível em: <https://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/biomotriz/article/view/40/115>.
32. Kraychete D, Pimenta CA de M, Kurita GP, Corrêa CF, Castro MMC. Dor oncológica em cuidados paliativos: avaliação e tratamento. In: *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu; 2011. [citado 2022 nov. 22]. Disponível em : <https://repositorio.usp.br/item/002156456>.
33. Silva MM da, Moreira MC, Leite JL, Erdmann AL. Indícios da integralidade do cuidado na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2014 [citado 20º de novembro de 2022]; 16(4):795-803. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/25700>
34. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competências e Barreiras para Prática Baseada em Evidências em Enfermagem: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm*, 2018[Acesso em: 07 dez. 2019]; 71(4):2030-2038. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2030.pdf.
35. Pedrosa KKA, Oliveira I, Feijão A, Machado R. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enfermagem*, 2015[Acesso em: 07 dez. 2019]; 20(4):733-741. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40768/26737>.
36. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2006; 19(2); 5-5. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200001. Acesso em: 07 dez. 2019.
37. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciênc. cuid. saúde*, 2017[Acesso em: 07 dez. 2019]; 16(2):1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304/20831>.
38. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Investigação em Enfermagem*, 2017[Acesso em: 07 dez. 2019]; 8(1):17-26. Disponível em:

- https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf.
39. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem [Internet]. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(2): 335-345.[citado 2022 nov. 20] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf
40. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein, 2010[Acesso em: 07 dez. 2019]; 8(1):102-106. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
41. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, 2008 [Acesso em: 21 set. 2020]; 17 (4):758-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
42. Modesto AADA, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2018[Acesso em: 07 dez. 2019]; 22(64):251-262. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0288/pt/>.
45. Oliveira DSS, Roque VA, Maia, LFS. A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. Revista Científica de Enfermagem, 2019[Acesso em: 20 set. 2020]; 26(9):20-59. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/289/pdf>.
46. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov;63 Suppl 11:S240-52. doi: 10.1002/acr.20543.
47. Mendes P, Silva-Dantas-Avelino F, Ribeiro-dos-Santos A, Falcão L, Soares-Dias S, Silva-Soares A. Aplicação da escala de McGill para avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 Ago 27; [Citado em 2022 Nov 20]; 10(11): 4051-4057. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11489>
48. Eckeli FD, Teixeira RA, Gouvêa ÁL. Instrumentos de avaliação da dor neuropática. Revista Dor, 2016; 17(1): 20-22. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000500020&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2020.
49. Sardá Junior J, Nicholas MK, Pereira IA, Pimenta CA de M, Asghari A, Cruz RM. Validação da Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor. Acta Fisiátr. [Internet]. 2008 [citado 20 de novembro de 2022];15(1):31-6. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102905>
50. Rangon FB, Koga Ferreira VT, Rezende MS, Apolinário A, Ferro AP, Guirro ECO. Ischemic compression and kinesiotherapy on chronic myofascial pain in breast cancer survivors. J Bodyw Mov Ther. 2018 Jan;22(1):69-75. doi: 10.1016/j.jbmt.2017.04.005.

51. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik , Santoro IL. Reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire used in conjunction with its lung cancerspecific module. J Bras Pneumol. 2010[Acesso em: 10 nov. 2020];36(5):595-602. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000500011.
52. Servelhere KR, Fernandes YB, Ramina R, Borges G. Aplicação da escala SF-36 em pacientes operados de tumores da base do crânio. Arq. bras. neurocir, 2011[Acesso em: 10 nov. 2020];30(2);69-75. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1626496.pdf>.
53. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2010[Acesso em: 15 jan. 2021];2(19);283-290. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf>.
54. Oliveira R, Silva L, Freitas C, Oliveira S, Pereira M, Leitão I. Medição da dor na prática clínica de enfermagem: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2014 Jul 5; [Citado em 2022 Nov 20]; 8(8): 2872-2882. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9996>