

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR UTILIZADAS EM ONCOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA

CAMILA SANTEJO SILVEIRA RATTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente em Oncologia em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC para obtenção do Título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Diana Lima Villela de Castro

São Paulo

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Ratto, Camila Santejo Silveira

Escalas de avaliação de dor utilizadas em oncologia: revisão sistemática / Camila Santejo Silveira Ratto – São Paulo, 2019.
95p.

Tese(Doutorado)-Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC
Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração:
Oncologia.

Orientadora: Diana Lima Villela de Castro

Descritores: 1. Medição da Dor/Pain Measurement. 2. Revisão Sistemática/Review. 3. Neoplasias/Neoplasms. 4. Manejo da Dor/Pain Management

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha família pela compreensão de minha ausência durante o período necessário para o desenvolvimento deste estudo. Em especial ao meu filho Otávio, que apesar de seus 11 anos soube me oferecer apoio e incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela proteção e por estar presente em minha vida.

À Dra. Diana L.V. de Castro, orientadora deste estudo, pela colaboração,
orientação e paciência.

À Dra. Silvana Margarida Benevides Ferreira pela colaboração e dedicação
como segunda revisora.

Ao Programa de Pós-Graduação do A.C.Camargo Cancer Center por
contribuir com o meu crescimento pessoal e profissional.

À Haracelli Leite pela coordenação dos alunos em Cuiabá e pela atenção
dispensada sempre que necessário.

RESUMO

Ratto CSS. **Escalas de avaliação de dor utilizadas em oncologia: revisão sistemática.** São Paulo; 2019. [Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC].

Frente a todos os desafios impostos na assistência ao paciente com câncer, a dor é um sintoma frequentemente presente em todas as fases do cuidado. Embora seja um sintoma amplamente conhecido pela maioria da população, a sua percepção pode diferir entre os indivíduos devido ao seu caráter multidimensional. Devido à grande dificuldade na interpretação e mensuração da dor, este estudo teve como objetivo identificar quais escalas de avaliação de dor são utilizadas em estudos clínicos com pacientes oncológicos. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura segundo as orientações da Cochrane Collaboration. Utilizou-se os descritores Neoplasm, Pain, Pain Management e Pain Measurement para identificação dos estudos nas bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS, CINAHL, EMBASE e Biblioteca Cochrane. A amostra foi composta por 62 ensaios clínicos e para a análise da qualidade interna utilizou-se o CONSORT. A maioria dos estudos foi proveniente da base de dados Pubmed (83,9%; n=52), seguido da base de dados Cochrane (14,5%; n=9) e Embase (1,6%; n=1). Os tipos de cânceres mais frequentemente referenciados foram os de mama (15,0%), pulmão (14,4%) e gastrintestinal (12,3%). A Visual Analogue Scale foi o instrumento de avaliação de dor mais utilizado (n=40; 32,3%), seguido do Brief Pain Inventory (n=21; 16,9%). Terapêutica Medicamentosa foi a área temática mais frequente, a qual constituiu 42% da amostra. A revista mais frequente foi Journal of Pain and Symptom Management (n=8-12,9%); a classificação Qualis variou de B2 a A1 e o fator de impacto de 1,252 a 26,303. Os resultados apontam para a utilização associada da Visual Analogue Scale e o Brief Pain Inventory na avaliação do quadro algico na prática clínica.

Descritores: Medição da Dor. Revisão Sistemática. Neoplasias. Manejo da Dor.

SUMMARY

Ratto CSS. **[Pain evaluation scales used in oncology: systematic review]**. São Paulo; 2019. [Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC].

Faced with all challenges posed by cancer patients, pain is a symptom often present in all phases of care. Although it is a symptom widely known by most of the population, its perception may differ among individuals because of the multidimensional character of the disease. Due to the difficulty associated to the interpretation and measurement of pain, this study aimed at identifying which scales of pain evaluation are used in clinical studies with cancer patients. This is a systematic review of the literature according to Cochrane Collaboration guidelines. We used the descriptors Neoplasm, Pain, Pain Management and Pain Measurement to identify the studies in PubMed/MEDLINE, LILACS, CINAHL, EMBASE and Cochrane Library databases. The sample comprised of 62 clinical trials, and for the internal quality analysis the CONSORT was used. Most of the studies came from the Pubmed database (83.9%, n=52), followed by the Cochrane database (14.5%; n=9) and Embase (1.6%;n=1). The most frequent types of cancers were breast (15.0%), lung (14.4%) and gastrointestinal (12.3%). The Visual Analogue Scale was the most used pain assessment tool (n=40, 32.3%), followed by Brief Pain Inventory (n=21, 16.9%). Drug Therapy was the most frequent thematic area, which comprised 42% of the sample. The most frequent journal was Journal of Pain and Symptom Management (n = 8-12.9%); the Qualis classification ranged from B2 to A1 and the impact factor from 1,252 to 26,303. The results point to the associated use of the Visual Analogue Scale and the Brief Pain Inventory in the assessment of pain in clinical practice.

Key words: Pain Measurement. Review. Neoplasms. Pain Management

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1	Fluxograma dos estudos primários incluídos na revisão.....	19
Figura 2	Distribuição das publicações por área específica	41
Tabela 1	Concordância entre pares, segundo itens contidos no instrumento de avaliação metodológica (CONSORT 2010	22
Tabela 2	Distribuição dos artigos segundo tipo de câncer	36
Tabela 3	Distribuição dos artigos segundo ano de publicação e tipo de câncer	37
Tabela 4	Distribuição em número e porcentagem das escalas de avaliação de dor citadas nos artigos segundo o ano de publicação.....	39
Tabela 5	Distribuição dos estudos por periódicos: fator de impacto da produção científica sobre dor. Cuiabá 2018.....	43
Quadro 1	Pergunta norteadora de estudo, segundo estratégia PICO, Cuiabá – 2018.....	11
Quadro 2	Termos utilizados nas respectivas bases de dados	15
Quadro 3	Estratégia de busca e número de estudos identificados	16
Quadro 4	Dados metodológicos dos artigos incluídos na revisão.....	23
Quadro 5	Caracterização dos artigos incluídos na revisão	45

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo Geral.....	8
2.2	Objetivos Específicos	8
3	MÉTODOS	9
3.1	Tipo de Estudo	9
3.2	Questão de Estudo.....	10
3.3	Seleção das Bases de Dados.....	12
3.4	Critérios de Elegibilidade	14
3.5	Estratégia de Busca	14
3.6	Análise de Inclusão dos Estudos Pré-Selecionados na Amostra	16
4	RESULTADOS.....	19
4.1	Avaliação da Qualidade Interna dos Estudos.....	20
4.2	Instrumentos Utilizados na Avaliação da Dor	38
4.3	Perfil Bibliométrico.....	42
5	DISCUSSÃO	54
5.1	Avaliação da Qualidade das Evidências Científicas	54
5.2	Instrumentos de Avaliação da Dor.....	61
5.3	Perfil Bibliométrico.....	68
6	CONSIDERAÇÕES GERAIS	75
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
8	ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA	87

ANEXOS

Anexo 1 Formulário para Extração dos Dados (Versão em papel)

Anexo 2 CONSORT 2010 (versão em papel)

APÊNDICE

Apêndice 1 Quadros

1 INTRODUÇÃO

A incidência anual de mortes por câncer em todo o mundo é de aproximadamente 8 milhões, sendo que desse total, 65% ocorrem em países de renda média como o Brasil. A tendência é que esses países tenham uma incidência de mortalidade maior que os países desenvolvidos devido ao envelhecimento da população, aumento da prevalência de fatores de risco, insuficiência na oferta de programas de prevenção e falta de acesso a tratamentos efetivos. Esse conjunto de fatores acarreta o aumento da mortalidade e morbidade relacionada ao câncer (SIVARAM et al. 2018).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), várias estratégias são constantemente criadas para atender as demandas ocasionadas pelo câncer e, principalmente, para que medidas de prevenção mais eficazes possam ser implementadas. Apesar das ações de controle no Brasil, a incidência do câncer tem aumentado. Estima-se para o biênio 2018-2019 cerca de 68.220 novos casos de câncer de próstata para o sexo masculino e 59.700 novos casos de câncer de mama para o sexo feminino. Sendo os tumores de pele não melanoma os mais incidentes em ambos os sexos, com 85.170 casos para o sexo masculino e 80.410 para o sexo feminino (Ministério da Saúde 2018).

Frente a todos os desafios impostos na assistência ao paciente com câncer, desde o diagnóstico até os cuidados necessários durante o acompanhamento do paciente em fase terminal, a dor é um sintoma

frequentemente presente em todas as fases do cuidado.

A *Oncology Nursing Society-ONS* (2017) divulgou que, no momento do diagnóstico cerca de 20% a 75% dos pacientes com câncer já apresentam queixa de dor. Ressalta-se que a gravidade da mesma e a prevalência desse sintoma têm aumentado, e muitos pacientes não conseguem o alívio da dor, que acaba evoluindo até a morte (BLACKBURN et al. 2018).

Embora a dor seja um sintoma amplamente conhecido pela maioria da população, ao revisar a literatura, verificamos que a sua percepção pode diferir entre os indivíduos, o que requer dos profissionais de saúde conhecimento dos diferentes aspectos que envolvem a sensação dolorosa.

De acordo com a *International Association for The Study of Pain-IASP* em 2014, a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial. Também deve ser reconhecido o seu caráter multidimensional, que inclui aspectos subjetivos relacionados a tolerância algica, personalidade e influências culturais.

A dor não constitui somente um sintoma subjetivo, ela é resultante de aspectos cognitivos, sensitivos, emocionais e culturais, bem como de experiências prévias. Essa multiplicidade dificulta a avaliação dos profissionais, que ao não considerar a diversidade de pontos de análise, impede que o paciente receba a intervenção mais adequada (PIMENTA e FERREIRA 2016).

O caráter subjetivo da dor tem sido mencionado como o maior

problema em sua avaliação, dificultando o seu controle adequado; apesar dos diferentes recursos já disponíveis atualmente, tais como as escalas de avaliação de dor (JOSHI 2006; FERREIRA 2009; RUSTØEN et al. 2013).

Para LIMA et al. (2013), mesmo com os recursos existentes para análise da intensidade da dor, o controle adequado desse sintoma ainda é um desafio devido à grande dificuldade de interpretação e mensuração. Os autores destacam como estratégias de avaliação os instrumentos criados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor, os quais foram desenvolvidos para facilitar a escolha do tratamento através da obtenção de dados mais objetivos.

A literatura apresenta vários instrumentos para avaliação da dor, porém ainda não identificamos algo específico, voltado principalmente para a dor crônica do câncer. Os mais utilizados são: a Escala de Categoria Numérica, a Escala Analógica Visual e a Escala de Categoria Verbal e Escala de Faces, essas classificadas como unidimensionais. Também existem as escalas multidimensionais, as quais avaliam diferentes aspectos envolvidos na sensação dolorosa; dentre as quais podemos destacar o Questionário de Dor *McGill*, *Brief Pain Inventory* e a Escala Multidimensional de Dor (BOTTEGA e FONTANA 2006; LIPPI 2011).

As escalas de dor unidimensionais têm como objetivo a avaliação da intensidade da dor, essa categoria de escala deveria ter o uso priorizado em pacientes com dor aguda, já que favorecem a melhor detecção da sensação subjetiva do paciente quanto à intensidade (BREIVIK et al. 2008). CORK et al. (2003) salienta que esse método é um instrumento bem estudado para

medir tanto a dor aguda como a crônica, e sua utilidade foi validada por vários investigadores.

A “Escala Numérica” (Numeric Scale) possibilita quantificar a intensidade da dor usando números em uma graduação de 0 a 10, na qual o zero representa nenhuma dor, e o dez, a pior dor possível (ANDRADE et al. 2006).

A “Escala Analógica Visual” (Visual Analog Scale) apresenta-se frequentemente em uma linha reta de 10 cm, que representa o contínuo de dor pelas palavras “sem dor” e “pior dor” em suas extremidades; também pode ser apresentada por uma linha vertical ou curva com variações de comprimento; solicita-se que o paciente marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor experienciada. (ANDRADE et al. 2006).

Na “Escala Verbal” (Verbal Scale) o paciente quantifica a intensidade da experiência dolorosa usando frases como nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor insuportável e a pior dor possível (ANDRADE et al. 2006).

A “Escala de Face” (Face Scale) apresenta um conjunto de faces que expressam níveis progressivos de sofrimento e o paciente escolhe a face que melhor representa a sua dor (ANDRADE et al. 2006).

Diversas escalas multidimensionais têm sido amplamente utilizadas e recomendados devido as suas características psicométricas. O “Questionário de Dor McGill” (*McGill Pain Questionnaire* - MPQ) em sua versão completa, contempla 78 descritores de dor para medir as dimensões: sensorial (dor, localização, intensidade, qualidade e padrão); afetiva (medo,

depressão e ansiedade relacionada à dor); cognitiva (avaliação geral da dor); e comportamental (agravando e aliviando ações). Também apresenta um domínio chamado miscelânea, que inclui itens que não podem ser incluídos nos outros três domínios. Foi desenvolvido por Melzack e Torgerson em 1971, citado por NGAMKHAM et al. 2012, p.28), e traduzido para o português brasileiro por PIMENTA e TEIXEIRA (1996). O tempo médio para completar a versão longa do MPQ é de 25 a 30 minutos, o que pode justificar a maior frequência de uso na pesquisa clínica do que na prática (NGAMKHAM et al. 2012; FERREIRA et al. 2015).

O Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory*) foi desenvolvido por CLEELAND (2009) na versão em inglês e amplamente utilizada ao redor do mundo, com tradução em diversos idiomas como russo, mandarim, italiano, alemão, espanhol, japonês e português do Brasil. Consiste em nove itens organizados em duas dimensões de avaliação: intensidade/severidade da dor e interferência da dor na vida do paciente. Também inclui um diagrama corporal para avaliação da localização da dor, mede a porcentagem de alívio da dor e pede aos pacientes que descrevam quais tratamentos estão sendo usados para controlar a dor. A média de tempo utilizada por pacientes brasileiros para responder o instrumento foi de 5 minutos (CHAUDAKSHETRIN 2009).

A Escala Multidimensional de Avaliação de Dor – EMADOR desenvolvido por SOUSA et al. em 2010, avalia tanto a dor aguda como a dor crônica, e possibilita a análise em suas dimensões sensitivas, afetivas e cognitivas por meio de diferentes descritores.

Apesar dos numerosos estudos para o controle e alívio da dor no câncer, ainda existem desafios para melhorar a assistência oferecida a esse grupo de pacientes. Há ausência de instrumentos utilizados na assistência que contemplem a multidimensionalidade da dor já que a eficácia na avaliação resulta em medidas mais efetivas para o seu controle. A dor oriunda do câncer gera impacto direto na qualidade de vida dos pacientes, pois acarreta dificuldades e ou consequências físicas e emocionais (OLIVEIRA et al. 2014).

Acompanhando acadêmicos de um curso de graduação de enfermagem em instituições que atendem pacientes oncológicos, e durante minha experiência como enfermeira assistencial, observa-se que a equipe de enfermagem ainda subestima a dor relatada, substituindo a avaliação sistematizada pela implementação da melhor alternativa terapêutica por meio da avaliação dos horários em que os medicamentos foram administrados.

O enfermeiro não é o único profissional responsável pela avaliação e controle da dor, mas devido ao tempo que dispõe para acompanhar o paciente, além de suas competências técnico-científicas, tem condições de implementar uma assistência que atenda às reais necessidades de quem sente dor. Dentre os recursos disponíveis - tais como protocolos e diretrizes divulgados pela OMS, Ministério da Saúde e Instituições Hospitalares que orientam os profissionais na avaliação e controle da dor - destacamos que o uso das escalas pode auxiliar na análise dos dados mencionados e/ou apresentados pelo paciente, tornando-os mais objetivos para a

implementação da assistência.

Uma vez que a terapia farmacológica não é prescrita pelo enfermeiro, cabe a ele avaliar a dor para que possa verificar na prescrição médica o analgésico mais apropriado.

Ao buscar evidência científica sobre qual escala de avaliação de dor é mais utilizada ou mais eficaz, identificou-se na *Cochrane Collaboration* que ainda não há revisões sistemáticas sobre o tema; motivo que impulsionou a realização deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar quais escalas de avaliação de dor são utilizadas em estudos clínicos com pacientes oncológicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a qualidade interna dos estudos incluídos;
- Identificar os instrumentos descritos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos, para aplicação na prática profissional;
- Identificar o perfil bibliométrico da produção científica sobre instrumentos de avaliação da dor em pacientes com câncer.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura segundo as orientações da *Cochrane Collaboration* (HIGGINS e GREEN 2011). Este método de pesquisa constitui uma estratégia importante na identificação de evidências da literatura científica, o qual requer análise criteriosa dos dados para que os mesmos possam ser interpretados e/ou disponibilizados para uso na prática clínica.

Considerada como nível de evidência 1, o método de revisão sistemática identifica as melhores evidências no intuito de: 1) qualificar as condições de assistência nos diferentes níveis de acesso; 2) estabelecer estratégias de ensino mais efetivas; 3) auxiliar na formulação de políticas públicas para a área em questão. No entanto, sua prática requer planejamento meticuloso da proposta de estudo, além de esforço pessoal e intelectual dos pesquisadores, para que essas evidências oriundas dos diversos centros de pesquisa mundiais possam ser amplamente reunidas (SOARES e YONEKURA 2011; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO et al. 2011).

Esse método permite a avaliação de dados resultantes de estudos primários que foram conduzidos a partir de um tema de interesse (OLIVEIRA 2014). E de acordo com o Ministério da Saúde, permite avaliar e interpretar

evidências de estudos individuais com o objetivo de responder uma questão de pesquisa; para tanto, exige o seguimento de passos confiáveis, rigorosos e, também, auditáveis. Para a sua condução torna-se necessária a adoção de diretrizes, sendo a *The Cochrane Reviewer's Handbook* e a diretriz elaborada pelo grupo *The Australian National Health and Medical Research Council*, as mais amplamente utilizadas em âmbito internacional na condução de revisões sistemáticas de pesquisa clínica (Ministério da Saúde 2012).

Vários centros de pesquisa - dentre os quais destacamos *The Cochrane Collaboration*, *The Joanna Briggs Institute* (JBI), *The Campbell Collaboration*, *Centre for Reviews and Dissemination*, EPPI Centre, NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), SCIE (*Social Care Institute for Excellence*), *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) - foram instituídos mundialmente com a finalidade de incentivar, instruir e acompanhar o desenvolvimento de revisões sistemáticas, além de divulgar os resultados obtidos (SOARES e YONEKURA 2011).

3.2 QUESTÃO DE ESTUDO

A questão que norteou este estudo foi: Qual escala de avaliação de dor é a mais utilizada em estudos clínicos de pacientes com câncer?

Para responder essa pergunta, desenvolveu-se uma estratégia de busca nas bases de dados segundo o conceito PICO (Quadro 1); SANTOS et al. (2007) afirmam que constitui a representação de elementos essenciais

para a formulação da questão de pesquisa que justifica a RS e posterior busca bibliográfica.

O método de revisão sistemática deve apresentar uma questão de pesquisa clara, que pode ser extremamente específica ou ampla; no entanto, as respostas devem fornecer evidências significativas que podem ser usadas para orientar a tomada de decisões na prática clínica (Centre for Reviews and Dissemination 2008).

A estratégia PICO foi descrita pela primeira vez por Sacket et al. em 1997, citado por ESTEITIE (2015, p.19) e, desde então, tem sido aplicada para a construção de perguntas de pesquisa cujos problemas são originários da prática clínica.

Abaixo apresentação dos passos para a construção da pergunta (Quadro 1):

Quadro 1 - Pergunta norteadora de estudo, segundo estratégia PICO, Cuiabá, 2018.

Acrônimo	Elementos Constituintes	Descrição dos Passos
P	Paciente ou População	Paciente com câncer que apresenta dor. <i># Neoplasm AND Pain</i>
I	Intervenção	Estudos que utilizaram escalas de avaliação de dor em pacientes com câncer. <i># Pain Management OR Pain Measurement</i>
C	Comparação	Não haverá critérios para comparação. Independente se o estudo comparou ou não, este item será incluído.
O	Desfecho	Independente do desfecho o estudo será incluído.

3.3 SELEÇÃO DAS BASES DE DADOS

Como um dos requisitos para a condução de uma revisão sistemática constitui a elaboração de estratégias bem planejadas e abrangência na busca das referências, optou-se por realizar essa busca nas bases de dados: PubMed/MEDLINE, LILACS, CINAHL, EMBASE e Biblioteca Cochrane, por constituírem os principais acervos de revistas científicas na área de interesse.

Também identificamos na literatura que as bases PubMed/MEDLINE, LILACS, EMBASE e Biblioteca Cochrane constituem as principais bases eletrônicas de dados bibliográficos na área da saúde. Recomenda-se a utilização dessas quatro bases descritas, independente da questão da pesquisa, e mais uma base de dados específica da área do conhecimento (Ministério da Saúde 2012), sendo escolhida a CINAHL.

- PubMed / MEDLINE: base que contempla mais de 28 milhões de citações da literatura biomédica, incluindo revistas e livros *on-line*. Oferece acesso gratuito, desenvolvido e mantido pelo Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia. Disponibiliza o acervo desde 1940 através da *U. S. National Library Medicine*. Acesso pelo site: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde: constitui uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para suprir a falta de cobertura das grandes bases de dados na atividade científica da região. Inclui, além de artigos de periódicos, teses,

livros, documentos governamentais, capítulos de livros e informação atual, estatística e documentos de organizações internacionais da região, como a OPAS. Administrada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, é composta por 923 periódicos, 801.042 registros, sendo 392.203 textos completos. Acesso pelo site: <http://lilacs.bvsalud.org/>.

- CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature: base de dados administrada pelo EBSCO que contempla a indexação de registros desde 1981 das melhores literaturas de enfermagem e áreas afins (biomedicina, biblioteconomia em ciências da saúde, medicina alternativa / complementar e outros), além disso, fornece acesso a livros sobre cuidados com a saúde, dissertações de enfermagem, anais de congressos selecionados, padrões de prática, audiovisuais e capítulos de livros. Inclui mais de 3,8 milhões de registros, indexação para mais de 3.100 periódicos e 70 revistas com texto completo. Acesso pelo site: <https://help.ebsco.com/>.
- EMBASE: base de dados administrada pela Elsevier, dá ênfase à literatura europeia e está disponível desde 1947 oferecendo o que há de mais importante na área biomédica. Contempla mais de 31 milhões de registros indexados e mais de 8.500 periódicos. Acesso pelo site: www.embase.com.
- Biblioteca Cochrane: agrupa ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises; constituindo a principal base para revisões sistemáticas em cuidados com a saúde. A busca na *The Cochrane*

Library pode ser realizada por palavras-chaves e descritores MESH, também oferece a opção de acesso aberto. Acesso pela interface Sibinet: <http://www.sibi.usp.br/sibi/>.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para a composição da amostra, utilizou-se os seguintes critérios de elegibilidade:

- Estudos primários sem restrição do método, que tenham avaliado a dor de pacientes com câncer, incluindo os estudos que não tinham como foco central a avaliação de um instrumento de avaliação da dor, mas citaram no resumo a utilização de uma escala;
- Sem restrição de faixa etária, tipo de câncer e fase do tratamento oncológico;
- Artigos publicados até setembro de 2016;
- Artigos publicados em português, inglês e espanhol;
- Artigos indexados nas bases de dados MEDLINE, LILACS, CINAHL, EMBASE e Biblioteca Cochrane.

3.5 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca inserida nas bases foi realizada de acordo com as especificidades de cada base de dados para facilitar o acesso à informação, e com o auxílio de uma bibliotecária. Para a pesquisa na base

de dados LILACS, utilizamos os descritores segundo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), o MeSH (Medical Subject Headings) foi utilizado para efetuar a busca no MEDLINE e Biblioteca Cochrane, o Browse para a base de dados EMBASE. Na base de dados CINAHL a busca foi realizada por títulos. Não foram selecionados qualificadores porque a intenção foi realizar a análise de forma ampla.

A busca foi realizada na Biblioteca Central da Universidade de São Paulo no Campus de Ribeirão Preto, abaixo os termos utilizados nas respectivas bases de dados (Quadro 2).

Quadro 2 - Termos utilizados nas respectivas bases de dados.

CINAHL	<i>Neoplasm AND Pain AND Pain Management OR Pain Measurement</i>
LILACS	<i>Neoplasm AND Pain AND Pain Management OR Pain Measurement</i>
MEDLINE	<i>Neoplasm AND Pain AND (Pain Management OR Pain Measurement)</i>
Cochrane Library	<i>Neoplasm AND Pain AND (Pain Management OR Pain Measurement)</i>
EMBASE	<i>Neoplasm AND Pain AND Pain Management*</i>

*O Browse não apresenta o termo Pain Measurement.

Após esse levantamento, o segundo passo correspondeu à leitura dos títulos e resumos de todas as referências localizadas (Quadro 3) para verificação da adequação dos estudos ao tema de interesse.

Quadro 3 - Estratégia de busca e número de estudos identificados.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	N (ESTUDOS)
MEDLINE	<i>Neoplasm AND Pain AND (Pain Management OR Pain Measurement)</i>	4196
CINAHL	<i>Neoplasm AND Pain AND Pain Management OR Pain Measurement</i>	109
LILACS	<i>Neoplasm AND Pain AND Pain Management OR Pain Measurement</i>	26
Cochrane Library	<i>Neoplasm AND Pain AND (Pain Management OR Pain Measurement)</i>	723
EMBASE	<i>Neoplasm AND Pain AND Pain Management*</i>	84
TOTAL		5.138

3.6 ANÁLISE E INCLUSÃO DOS ESTUDOS PRÉ-SELECIONADOS NA AMOSTRA

Todos os estudos recuperados (5.138) foram armazenados com o auxílio do software EndNote Web versão 3.0. Após a retirada das duplicatas obtivemos o total de 878 estudos. Devido ao grande número de estudos pré-selecionados, optou-se por incluir apenas os ensaios clínicos randomizados, por constituírem um grupo de estudo cujas recomendações fornecidas geram evidências mais confiáveis para determinar mudanças na prática clínica. Os estudos experimentais ou de intervenção proporcionam condições específicas de seleção dos grupos, definição das intervenções, acompanhamento da coorte e aferição minuciosa dos desfechos (VILLELA 2007).

De acordo com GRADY et al. (2015), desfechos clinicamente relevantes, dentre os quais destaca-se a dor, são de extrema importância para a condução de ensaios clínicos. Esse grupo de delineamentos de pesquisa geram inferências mais concretas para a elaboração de diretrizes

que orientem a prática clínica baseada em evidências.

Assim, realizou-se uma nova leitura dos títulos e resumos, para exclusão pelo delineamento do estudo, sendo excluídos 596 (67,9%). Dos 82 estudos selecionados, foi realizada a leitura integral do texto por dois revisores de forma independente, para seleção e inclusão, totalizando 62 estudos incluídos.

Ao término da composição da amostra, os dados foram coletados com o auxílio de um formulário de coleta desenvolvido por SILVEIRA (2005), o qual foi adaptado com autorização da autora (Anexo 1).

A qualidade interna dos estudos incluídos foi avaliada segundo a metodologia CONSORT (Anexo 2) para ensaios clínicos. Trata-se de uma entidade de especialistas denominada *Consolidated Standards of Reporting Trials*, que tem como objetivo padronizar a descrição dos resultados oriundos dos estudos de intervenção para a comunidade científica. Desta forma, auxilia na avaliação da eficácia das intervenções propostas na medida em que confirmam o rigor e a validade interna do estudo (CAMPBELL et al. 2012; KATZ e SILVA 2014).

Ressaltamos que anteriormente ao início da análise dos estudos foi realizada uma reunião entre os avaliadores para leitura de todos os itens que compõem o CONSORT, com o objetivo de adquirir melhor clareza do instrumento e confiabilidade na avaliação das evidências apresentadas pela pesquisa.

Utilizou-se o coeficiente de Kappa para avaliar a concordância entre os dois avaliadores dos itens contidos na lista de informações CONSORT

(CAMPBEIL et al. 2012), julgados por estes como “adequado”, “parcialmente adequado”, “inadequado” e “não se aplica”. Para interpretação, as seguintes categorias de concordância foram consideradas: insignificante (0,00 a 0,20), leve (0,21 a 0,40), moderada (0,41 a 0,60), forte (0,61 a 0,80), quase perfeita (0,81 a 0,99) e perfeita (1,00) (VIEIRA e GARRETT 2005).

As variáveis categóricas foram sumarizadas em frequências absolutas e relativas, e avaliadas estatisticamente pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

Todas as análises foram realizadas por meio do pacote estatístico *Stata Statistical Software*[®] versão 13.0 (COLLEGE STATION, Texas, EUA).

4 RESULTADOS

Dos 5.138 estudos recuperados na base de dados, incluiu-se 62 ensaios clínicos randomizados. A maioria dos estudos foi proveniente da base de dados Pubmed (83,9%; n=52), seguido da base de dados Cochrane (14,5%; n=9) e Embase (1,6%; n=1) (Figura 1):

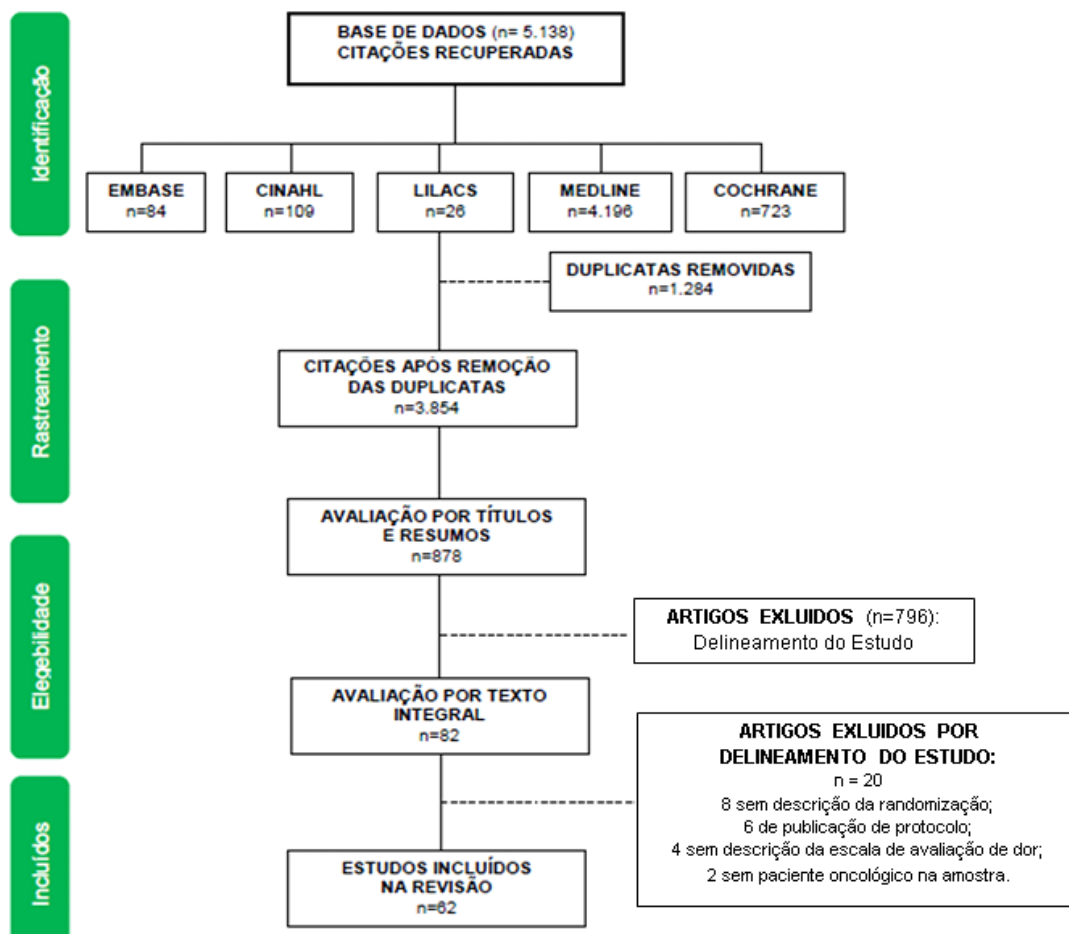


Figura 1 - Fluxograma de busca e seleção dos artigos para a RS.

4.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE INTERNA DOS ESTUDOS

Para cada um dos 62 estudos avaliados na íntegra, foram preenchidos o CONSORT e o formulário de coleta de dados (Apêndice 1), de forma independente pelo revisor primário e secundário. As recomendações do CONSORT foram publicadas em 2010 no formato de uma lista de 25 itens, alguns com subitens. Um total de 37 itens e subitens foram avaliados (Tabela 1), e a concordância mais frequente foi a “quase perfeita” (n=26; 70,3%), seguida da “perfeita” (n=8; 21,6%) e, por fim, a “forte” (n=3; 8,1%). Todos os itens apresentaram p-valor <0,01 e isso permitiu-nos rejeitar a hipótese nula do coeficiente de concordância ter sido igual a zero, e aceitar a hipótese alternativa que afirma que a concordância do item foi maior do que zero.

Os itens com menor concordância foram (Tabela 1):

- ✓ 2b: objetivos específicos ou hipóteses;
- ✓ 4a: critérios de elegibilidade para participante;
- ✓ 5: intervenções em cada grupo com detalhes suficientes que permitam a replicação).

Os itens com melhor concordância foram:

- ✓ 2a: fundamentação científica e explicação do raciocínio;
- ✓ 11a: quem foi cegado após as intervenções serem atribuídas, e como;
- ✓ 14a: definição das datas de recrutamento e períodos de acompanhamento;
- ✓ 16: número de participantes incluídos em cada análise, e se a análise foi realizada pela atribuição original dos grupos;

- ✓ 20: limitações do estudo clínico abordando os potenciais vieses;
- ✓ 22: interpretação consistente dos resultados;
- ✓ 23: número de inscrição e nome do estudo clínico registrado;
- ✓ 25: fontes de financiamento.

Utilizaram duplo cegamento 37,1% (n=23) e controle com placebo 14,5% (n=9).

Tabela 1 - Concordância entre pares, segundo itens contidos no instrumento de avaliação metodológica (CONSORT 2010).

Itens	Concordância Observada	Concordância Esperada	Kappa	Erro Padrão	p-valor	Interpretação
1a	98,4%	50,9%	0,97	0,12	<0,01	Quase perfeita
1b	98,4%	86,3%	0,88	0,11	<0,01	Quase perfeita
2a	100,0%	70,8%	1,00	0,13	<0,01	Perfeita
2b	95,2%	80,7%	0,75	0,10	<0,01	Forte
3a	95,2%	68,8%	0,84	0,11	<0,01	Quase perfeita
3b	96,8%	49,8%	0,93	0,08	<0,01	Quase perfeita
4a	96,8%	84,9%	0,79	0,11	<0,01	Forte
4b	95,2%	55,6%	0,89	0,11	<0,01	Quase perfeita
5	91,9%	64,9%	0,77	0,11	<0,01	Forte
6a	98,4%	49,6%	0,97	0,10	<0,01	Quase perfeita
6b	98,4%	44,3%	0,97	0,09	<0,01	Quase perfeita
7a	98,4%	66,8%	0,95	0,09	<0,01	Quase perfeita
7b	98,4%	31,8%	0,98	0,08	<0,01	Quase perfeita
8a	98,4%	51,7%	0,97	0,10	<0,01	Quase perfeita
8b	98,4%	43,8%	0,97	0,09	<0,01	Quase perfeita
9	95,2%	36,0%	0,92	0,09	<0,01	Quase perfeita
10	95,2%	45,9%	0,91	0,11	<0,01	Quase perfeita
11a	100,0%	33,9%	1,00	0,08	<0,01	Perfeita
11b	93,5%	49,0%	0,87	0,08	<0,01	Quase perfeita
12a	98,4%	65,5%	0,95	0,09	<0,01	Quase perfeita
12b	98,4%	42,3%	0,97	0,10	<0,01	Quase perfeita
13a	98,4%	63,5%	0,95	0,09	<0,01	Quase perfeita
13b	98,4%	48,3%	0,97	0,09	<0,01	Quase perfeita
14a	100,0%	48,9%	1,00	0,09	<0,01	Perfeita
14b	95,2%	35,5%	0,92	0,09	<0,01	Quase perfeita
15	98,4%	70,4%	0,94	0,10	<0,01	Quase perfeita
16	100,0%	71,4%	1,00	0,09	<0,01	Perfeita
17a	98,4%	35,4%	0,97	0,08	<0,01	Quase perfeita
17b	98,4%	29,8%	0,98	0,08	<0,01	Quase perfeita
18	98,4%	30,9%	0,98	0,08	<0,01	Quase perfeita
19	95,2%	40,7%	0,92	0,09	<0,01	Quase perfeita
20	100,0%	52,4%	1,00	0,10	<0,01	Perfeita
21	98,4%	50,9%	0,97	0,10	<0,01	Quase perfeita
22	100,0%	84,9%	1,00	0,11	<0,01	Perfeita
23	100,0%	38,0%	1,00	0,09	<0,01	Perfeita
24	98,4%	89,3%	0,85	0,12	<0,01	Quase perfeita
25	100,0%	46,1%	1,00	0,11	<0,01	Perfeita

Todos os estudos são do tipo ensaio clínico randomizado. Os mesmos foram caracterizados segundo os participantes, objetivos, amostra analisada, tipo de intervenção aplicada e tipo de câncer dos participantes.

Quadro 4 - Dados metodológicos dos artigos incluídos na revisão.

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A1	Avaliar a eficácia e segurança de oxycodone/naloxena em tabletes de efeito prolongado, e seu impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer, com dor crônica moderada e severa	Duplo cego	128 pacientes	M – 68 F – 60	Média de 62,5 anos	Não cita
A2	Avaliar a administração combinada de asparaginase com lidocaína para análise de intensidade da dor e a biodisponibilidade da asparaginase	Duplo cego	12 crianças (17 ciclos de tratamento)	M e F	2 a 14 anos	Não cita
A3	Avaliar a eficácia da acupuntura auricular na diminuição da intensidade da dor em pacientes com câncer	Por blocos (blindado)	90 pacientes	F	37 a 80 anos	Cabeça e pescoço Mama Pulmão Outros
A4	Comparar o controle de dor intensa - primeiramente com medicamentos, seguido de bloqueio do plexo celíaco - com os resultados obtidos quando o bloqueio celíaco foi realizado primeiro seguido de farmacoterapia; o impacto e a duração do alívio da dor; o efeito sobre a qualidade de vida e os requisitos analgésicos que foram analisados	Duplo Cego	71 pacientes (grupo I – 35 grupo II – 36)	F e M	Média de 58 anos	Pâncreas
A5	Avaliar a eficácia e a segurança da gabapentina e da amitriptilina juntamente com opióides em pacientes que sofrem de dor neuropática maligna	–	88 pacientes	F e M	18 a 70 anos	Cabeça e pescoço Pulmão Mama Cérvix
A6	Avaliar a eficácia de um protocolo de massagem no alívio da dor na criança internada com patologia oncológica	Com cegamento simples	52 pacientes	F e M	10 a 18 anos	Leucemias Linfomas Sarcomas

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A7	Avaliar a eficácia analgésica da lidocaína intravenosa no tratamento da dor neuropática em pacientes com câncer avançado	Duplo cego, <i>crossover</i> , controlado por placebo	11 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Pulmão Mama Linfoma
A8	Avaliar a viabilidade de uma intervenção educacional com DVD, com conteúdo sobre controle da dor no câncer para pacientes em cuidados paliativos	–	15 pacientes 10 cuidadores	F e M	Média de 65 anos	Mama Gastrointestinal Genitourinário Pulmão Cabeça e pescoço
A9	Avaliar o efeito analgésico da eletroacupuntura na dor de pacientes com câncer de pâncreas	–	60 pacientes	F e M	18 a 75 anos	Pâncreas
A10	Avaliar se a emplastro de lidocaína (Lidoderm) pode promover alívio da dor em pacientes com câncer que apresentam dor pós-cirúrgica persistente na incisão	Duplo cego com 2 períodos de <i>crossover</i>	28 pacientes	F e M	Média de 61 anos	Mama Pulmão
A11	Avaliar se aliviar a dor com terapia de radiação é um tratamento eficaz para pacientes com metástases ósseas, e se melhora a percepção do paciente sobre a qualidade de vida	Comparativo	850 pacientes	F e M	Média de 65 anos	Próstata Mama Pulmão Rim Cólon Esôfago Reto Outros
A12	Comparar o efeito do Nabilone versus placebo na qualidade de vida, e efeitos colaterais durante a radioterapia para carcinomas de cabeça e pescoço	Duplo cego	56 pacientes	F e M	Média de 63 anos	Carcinoma de cabeça e pescoço

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A13	Avaliar a dor média noturna em uma escala de 0-10 após o uso de dupla dose de morfina de alívio imediato ou dose única de morfina repetida a cada 4 horas; assim como a qualidade do sono, efeitos colaterais e preferência dos pacientes	Duplo cego, <i>crossover</i>	22 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Mama Pulmão Gastrointestinal Fígado Rim Bexiga Próstata Hematológico
A14	Avaliar os efeitos de um Programa de Educação Contra a Dor (PEP), sobre a adequação do tratamento da dor, e descrever as características que preveem mudanças na adequação	Com pré e pós-teste	313 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Cavidade Oral Órgãos digestivos Peritônio Pulmão Mama Ossos Pele Outros
A15	Teve como objetivo determinar se uma técnica de acupuntura desenvolvida para uma população de oncologia cirúrgica reduz a dor ou o uso de analgésicos após toracotomia, em comparação com uma técnica de acupuntura padrão	Com cegamento dos sujeitos <u>Sham-controlled</u>	106 pacientes	F	Média de 64 anos	Não cita
A16	Comparar o algoritmo de dor de câncer com o padrão da prática, que foi definida como a avaliação atual da dor e decisões de escolha de drogas analgésicas tomadas por oncologistas comunitários na sua prática diária de oncologia	–	96 pacientes	F e M	Média de 76 anos	Mama Próstata

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A17	Confirmar a eficácia analgésica de duas doses de clodronato em pacientes com metástase óssea e dor refratária, e seu impacto na mensuração da dor	Triplo cego, <i>crossover</i>	59 inicial 46 pacientes (amostra final)	F e M	Média 63 de anos	Mama Próstata Desconhecido Mieloma Múltiplo Rim Pulmão Outros
A18	Comparar a eficácia analgésica e a segurança da morfina oral de liberação imediata com a formulação de morfina de liberação lenta em 12h	Duplo cego com cegamento do placebo, <i>crossover</i>	34 pacientes 15 completaram	F e M	Média de 60 anos	Pulmão Colorretal Rim Pâncreas Sarcoma Cérvix Adrenal Próstata Desconhecido
A19	Comparar a abordagem transdiscal paramediana versus a abordagem clássica posterior do bloco hipogástrico superior sobre efeitos colaterais, alívio da dor e duração do procedimento	–	30 pacientes	F e M	Média de 58 anos	Reto Cérvix Endométrio Bexiga
A20	Avaliar a eficácia da medicação analgésica padrão com e sem bloqueio do nervo do plexo celiaco	–	100 pacientes	F e M	Média de 66 anos	Pâncreas
A21	Avaliar o impacto da lidocaína intravenosa na dor aguda e crônica pós-operatória, demanda analgésica e anormalidades sensoriais em pacientes submetidos à cirurgia devido ao câncer de mama	Duplo cego	36 pacientes	F	Média de 56 anos	Mama

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A22	Avaliar a efetividade da lubrificação do espécuro vaginal com gel para alívio da dor, e desconforto associado ao exame ginecológico em pacientes com câncer	–	200 pacientes	F	Média de 53 anos	Endométrio Ovário Trompa de Falópio Cervical
A23	Comparar a fração única de 8 Gy com regime convencional de 40 Gy em 20 frações como tratamento paliativo para pacientes com metástase óssea, e redução da carga de tratamento para pacientes e funcionários do hospital	Prospectivo	102 pacientes	F e M	Média de 61 anos	Mama Próstata Pulmão Outros
A24	Avaliar a eficácia clínica e segurança da hidromorfona de liberação lenta e a cápsula de liberação controlada em pacientes com câncer que apresentam dor severa	Duplo cego, <i>crossover</i>	44 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Mama Colorretal Pulmão Urológico Hematológico p. 18811
A25	Determinar se o estresse de um único bloqueio paravertebral de injeção, com infusão de vários dias, diminui a dor crônica da mama e a disfunção emocional e funcional induzida pela dor, um ano após a mastectomia	Triplo randomizado, triplo cego, com placebo controlado	60 pacientes	F	Média de 48 anos	Mama
A26	Avaliar a educação e intervenção de coaching, visando o ensino de pacientes com disparidades raciais sobre técnicas relacionadas à dor do câncer, e capacitá-los a participar ativamente de seus próprios cuidados	–	67 pacientes	F	Média de 55 anos	Leucemia Linfoma

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A27	Avaliar o aumento das doses de amitriptilina na dor neuropática e aspectos da qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento para câncer de mama	Duplo cego, <i>crossover</i>	15 pacientes	F	Não informa	Mama
A28	Avaliar a eficácia da bupivacaína tópica e triamcinolona acetonida para o alívio da dor abdominal, e como potencial método de controle da dor após dissecação endoscópica da submucosa (ESD) para neoplasia gástrica	Duplo cego, placebo controlado	111 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Neoplasia gástrica
A29	Testar a eficácia de uma intervenção de coaching orientada por teoria e centrada no paciente para melhorar os resultados de alívio da dor do câncer	–	265 pacientes	F e M	18 a 80 anos	Pulmão Mama Próstata Cabeça e Pescoço Colorretal Cânceres Ginecológicos
A30	Determinar a associação de dor e depressão com qualidade de vida relacionada à saúde, incapacidade e uso de serviços de saúde	–	405 pacientes	F e M	Média de 58 anos	Mama Geniturinário Pulmão Gastrointestinal Linfoma Outros
A31	Avaliar o efeito de um programa educacional estruturado para dor na experiência de pacientes hospitalizados com câncer	Com pré e pós-teste	30 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Não cita
A32	Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação precoce após a laparoscopia para ressecção anterior de reto, versus o cuidado convencional	Paralelo	98 pacientes	F e M	Média de 61 anos	Retos

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A33	Avaliar o efeito da terapia musical no alívio da dor entre 120 pacientes com câncer de mama depois de serem submetidos à mastectomia radical	–	120 pacientes	F	Média de 45 anos	Mama
A34	Determinar o efeito da terapia física, incluindo massagem e exercícios na dor e humor, em pacientes com câncer terminal avançado	–	24 pacientes	F e M	Média de 55 anos	Pulmão Melanoma Sarcoma Pâncreas Mama
A35	Determinar se uma intervenção educacional (vídeo e manual) para adultos com câncer, que apresentam dor, poderia aumentar o conhecimento e a atitude acerca do manejo da dor do câncer, nível de dor, interferência da dor, ansiedade e qualidade de vida, além do uso de analgésicos	Com quatro grupos (G1 manual, G2 vídeo, G3 manual mais vídeo, G4 tratamento usual)	217 pacientes 185 completaram o estudo	F e M	Média de 62 anos	Ósseo Geniturinário Próstata Pulmão Outros
A36	Avaliar a melhoria potencial da taxa de sucesso de punção lombar, usando um travesseiro de posicionamento para garantir flexão lombar máxima e permitir que os músculos paravertebrais relaxem, em crianças que estão acordadas, com sedação consciente ou sem sedação	–	124 pacientes	F e M	2 a 18 anos	Não cita
A37	Confirmar o efeito analgésico de doses subhipnóticas de ketamina em pacientes com câncer cuja dor não foi aliviada por morfina	Duplo cego, cruzado, placebo controlado com duas diferentes doses	10 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Rim Reto Pulmão Histiocitoma Útero Não conhecido

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A38	Avaliar a qualidade de vida, qualidade e intensidade da dor, efetividade do tratamento e cuidados oferecidos pelo Departamento de Cuidados Paliativos	Antes e após (os mesmos pacientes foram o controle)	50 pacientes	F e M	Não informa	Não cita
A39	Avaliar a mudança no estado de humor, qualidade de vida e nível de dor, após o final da intervenção psicoeducacional em pacientes com metástase óssea que apresentam dor	Duplo cego	174 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Mama Próstata Pulmão Outros
A40	Aplicar o modelo <i>Dynamic Modified Outcomes</i> (DYNAMO) a um ensaio clínico de dois regimes quimioterapêuticos sobre a qualidade de vida global relacionada à saúde (GHRQL) no câncer de próstata hormonal refratário	–	Não informa	Não informa	Não informa	Não informa
A41	Avaliar os efeitos clínicos do fentanyl comparado com a ketamina como pré-medicação para controle da dor antes de procedimentos para crianças com diagnóstico de câncer	Duplo cego, <i>crossover</i>	55 pacientes	F e M	1 a 16 anos	Leucemia Linfoblástica Aguda Leucemia Mielóide Crônica Linfoma Linfoma de Burkitt's Linfoma Anaplásico de Grandes Células
A42	Comparar a administração pré-incisional versus pós-incisional de parecoxib 40mg no controle da dor pós-operatória em cirurgia colônica	–	40 pacientes	F e M	Média de 64 anos	Colorretal

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A43	Investigar se a infiltração local prévia com ropivacaína poderia melhorar a dor pós-operatória e determinar seu efeito na saída de drenagem pós-mastectomia com dissecação axilar	–	30 pacientes	F	Média de 55 anos	Mama
A44	Comparar o efeito da massagem com e sem óleo aromático em sintomas físicos e psicológicos em pacientes com câncer em cuidados paliativos	–	42 pacientes	F e M	Média de 73 anos	Mama Pulmão Gastrointestinal Cabeça e pescoço Próstata Outros
A45	Avaliar a utilidade e eficácia da infusão de cafeína como analgésico adjuvante na terapia com opióide em pacientes internados com câncer avançado	Duplo cego e placebo controlado	38 pacientes	F e M	Média de 65 anos	Pulmão Estômago Colorretal Ovário Hepatobiliar Pâncreas Esôfago Cabeça e pescoço Renal Outros

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A46	Avaliar a efetividade da infusão endovenosa de paracetamol no controle da dor do câncer e sua possível contribuição na redução do consumo de opióides	Duplo cego e placebo controlado	40 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Cólon Pulmão Pâncreas Gástrico Mieloma Múltiplo Ginecológico Outros
A47	Avaliar a efetividade da lidocaína endovenosa versus placebo, no nível de dor pós-operatória, necessidade de analgesia, duração do íleo paralítico no pós-operatório e tempo de permanência hospitalar em pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica de cólon	Duplo cego e placebo controlado	64 pacientes	F e M	Média de 56 anos	Cólon
A48	Determinar a segurança e eficácia do KRN5500, uma nova abordagem de analgésico não-opióide derivado da spicamicina, em pacientes com câncer avançado a dor neuropática de qualquer etiologia	Duplo cego e placebo controlado	19 pacientes	F e M	Média de 62 anos	Não cita
A49	Avaliar a viabilidade de implementar um protocolo de coaching de automonitoramento e relatórios sensoriais, e estimar os efeitos do coaching sobre a localização, intensidade, qualidade e padrão da dor dos pacientes	Com pré e pós-teste	18 pacientes	F e M	Média de 63 anos	Pulmão
A50	Comparar o custo e a efetividade de um programa educacional para dor com o tratamento usual	—	156 pacientes	F e M	Média de 59 anos	Cabeça e Pescoço

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A51	Testar a hipótese de que o bloqueio neurolítico do plexo celíaco versus opióide sozinho aumenta o alívio da dor, a qualidade de vida e a sobrevida em pacientes com câncer de pâncreas irresecável	Duplo cego e placebo controlado	100 pacientes	F e M	Média de 62 anos	Pâncreas
A52	Investigar a efetividade de um Programa Educacional para Dor na intensidade da dor, satisfação com o tratamento para dor e as barreiras relatadas pelo paciente para o manejo da dor entre pacientes turcos com câncer	Com pré e pós-teste	40 pacientes	F e M	Média de 17 anos	Órgãos digestivos e peritônio Pulmão Mama Ósseo Outros
A53	Avaliar a intensidade da dor e a biodisponibilidade da asparaginase quando combinada com lidocaína	Duplo cego	11 pacientes	Não cita	Não informa	Não cita
A54	Avaliar a efetividade de um programa educacional para dor para aumentar a satisfação dos pacientes com câncer no que se refere ao gerenciamento da dor, e avaliar a satisfação dos pacientes no manejo da dor perante as barreiras encontradas e a aderência analgésica	–	122 (sendo 61 pares de paciente-familiar)	F e M	Média de 55 anos	Nasofaringe Mama Pulmão Colorretal Outros
A55	Avaliar se o gerenciamento de cuidado centralizado por telefone, juntamente com a monitorização automática de sintomas, pode melhorar a depressão e a dor em pacientes com câncer	–	405 pacientes	F	Média de 58 anos	Pulmão Gastrointestinal Linfoma Geniturinário Outros

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A56	Desenvolver e testar os efeitos de um programa educacional para dor, de estrutura breve, na experiência de dor de pacientes hospitalizados com câncer	Com pré e pós-teste	30 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Não cita
A57	Avaliar os efeitos das consultas de dor combinadas com programas de educação para dor, e a interferência da dor com as atividades diárias em comparação com os cuidados padrão	Com 3 grupos	73 pacientes	F e M	56 a 61 anos	Mama Urogenital Gastrointestinal Pulmão Melanoma Cabeça e Pescoço Sarcoma Outros
A58	O estudo apresentou como hipótese, que os pacientes que assistiram o vídeo da dor e receberam o manual, seguidos de treinamento individualizado, iriam 1) ter menos barreiras ao tratamento 2) relatar menor dor e 3) ser mais propensos a tomar prescrição de opióides durante o seguimento de seis meses, do que os pacientes que receberam treinamento nutricional	–	93 pacientes	F e M	Média de 44 anos	Mama Cólon Pulmão Mieloma Múltiplo Outros
A59	Comparar o relatório da dor, uso de opióides, náuseas e êmese em pacientes que foram randomizados para um dos quatro grupos: treinamento de hipnose; treinamento cognitivo comportamental de habilidades de enfrentamento; controle de contato do terapeuta e tratamento como de costume	–	67 pacientes	F e M	Média de 32 anos	Neoplasia hematológica maligna

Cont/ Quadro 4

	Objetivos	Tipo de ECR*	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A60	Avaliar os efeitos de um Programa de Educação contra a Dor (PEP) sobre a inadequação do tratamento analgésico, e descrever as características preditoras da educação	Com pré e pós-teste	313 pacientes	F e M	Média de 56 anos	Cavidade oral Mama Ósseo Geniturinário Outros
A61	O objetivo do estudo foi comparar o instrumento de avaliação de dor <i>Amsterdam Pain Management Index</i> com oito medidas comumente usadas para avaliar a dor, e a eficácia de um Programa de Educação para Dor em pacientes com câncer com dor crônica	–	313 pacientes	F e M	Média de 56 anos	Cavidade oral Mama Ósseo Geniturinário Outros
A62	O objetivo do presente estudo foi avaliar as diferenças na atividade física pós-operatória entre a gastrectomia distal assistida por laparoscopia e a gastrectomia distal aberta	Com cegamento único	40 pacientes	F e M	Média de 61.5 anos	Adenocarcinoma de Estômago

Os tipos de cânceres mais frequentemente referenciados nos artigos avaliados foram os de mama (15,0%), pulmão (14,4%) e gastrintestinal (12,3%), conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos segundo tipo de câncer.

Tipos de câncer	n	%
Não cita	29	15,5
Mama	28	15,0
Pulmão	27	14,4
Gastrintestinal	23	12,3
Geniturinário	13	7,0
Cabeça e pescoço	12	6,4
Próstata	10	5,3
Pâncreas	9	4,8
Linfoma	8	4,3
Leucemia	5	2,7
Sarcoma	5	2,7
Cérvix	4	2,1
Ósseo	4	2,1
Pele	3	1,6
Endométrio	3	1,6
Ovário	2	1,1
Adrenal	1	0,5
Desconhecido	1	0,5
Total	187	100,0

Para todos os tipos de cânceres avaliados estatisticamente, foi possível observar distribuição semelhante entre os anos de publicação (Tabela 3). A publicação mais antiga data de 1992. Observou-se predomínio das produções científicas, 46,8% (n=29), entre os anos de 2001 e 2010, e 38,7% (n=24) entre 2011 e 2016.

A maior frequência de artigos publicados foi daqueles que avaliaram pacientes com câncer de pulmão e de mama entre 1992 e 2000, e entre 2001 e 2010, mas entre 2011 e 2016 foram os gastrintestinais e de mama. O percentual de publicação segundo os anos foi estatisticamente semelhante para todos os tipos de cânceres avaliados, exceto pelos não citados, que houve percentual estatisticamente maior de publicação entre 2001 e 2010.

Tabela 3 - Distribuição dos artigos segundo ano de publicação e tipo de câncer.

Tipos de Câncer	Ano de Publicação			p-valor
	1992 a 2000	2001 a 2010	2011 e 2016	
Pulmão	6 (22,2)	14 (51,9)	7 (25,9)	0,12
Mama	5 (17,9)	14 (50,0)	9 (32,1)	0,65
Geniturinário	4 (30,8)	7 (53,9)	2 (15,3)	0,06
Gastrintestinal	3 (13,0)	11 (47,9)	9 (39,1)	0,96
Próstata	3 (30,0)	6 (60,0)	1 (10,0)	0,08
Não cita	3 (10,3)	19 (65,6)	7 (24,1)	0,02
Linfoma	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	0,46
Pâncreas	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	0,70
Sarcoma	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	0,35
Desconhecido	1 (100,0)	0	0	-
Adrenal	1 (100,0)	0	0	-
Leucemia	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0,91
Cérvix	0	2 (50,0)	2 (50,0)	-
Ósseo	0	4 (100,0)	0	-
Ovário	0	1 (50,0)	1 (50,0)	-
Endométrio	0	2 (66,7)	1 (33,3)	-
Cabeça e pescoço	0	6 (50,0)	6 (50,0)	-
Pele	0	1 (33,3)	2 (66,7)	-

4.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DA DOR

Nos 62 estudos incluídos, identificou-se 46 escalas de dor, sendo a mais frequente a *Visual Analogue Scale* (n=40; 32,3%), seguida do *Brief Pain Inventory* (n=21; 16,9%), do *McGill Pain Questionnaire* (n=8; 6,5%) e do *Ward's Pain Management Index* (n=5; 4,0%). As demais escalas foram identificadas em 1 ou 2 estudos (Tabela 4).

Nos estudos publicados entre 1992 e 2000, as principais escalas de dor utilizadas foram: *Visual Analogue Scale* (n=8; 47,1%), *Brief Pain Inventory* (n=2; 11,8%) e *McGill Pain Questionnaire* (n=2; 11,8%). Já entre os publicados no período de 2001 a 2010, as seguintes escalas de dor foram mais utilizadas: VAS (n=17; 27,4%), *Brief Pain Inventory* (n=9; 14,5%), *McGill Pain Questionnaire* (n=3; 4,8%) e *Ward's Pain Management Index* (n=3; 4,8%). Para os artigos publicados entre os anos de 2011 a 2016 foram observadas também: VAS (n=15; 33,3%), seguida do *Brief Pain Inventory* (n=10; 22,2%) e *McGill Pain Questionnaire* (n=3; 6,7%).

Tabela 4 - Distribuição em número e porcentagem das escalas de avaliação de dor citadas nos artigos segundo o ano de publicação.

Escalas de Dor	Ano de Publicação, n (%)			p-valor	
	n (%)	1992 a 2000	2001 a 2010		2011 e 2016
Visual Analogue Scale	41 (33,3)	8 (19,5)	17 (41,5)	16 (39,0)	0,28
Brief Pain Inventory	21 (16,9)	2 (9,5)	9 (42,9)	10 (47,6)	0,62
McGill Pain Questionnaire	8 (6,5)	2 (25,0)	3 (37,5)	3 (37,5)	0,68
Ward's Pain Management Index	5 (4,0)	0	3 (60,0)	2 (40,0)	-
Numeric Rating Scale	3 (2,4)	0	2 (75,0)	1 (25,0)	-
Amsterdam Pain Management Index	2 (1,6)	0	2 (100,0)	0	-
Edmonton Symptom Assessment Scale	2 (1,6)	1 (50,0)	1 (50,0)	0	-
Pain Catrast Scale	2 (1,6)	0	1 (50,0)	1 (50,0)	-
Pain Opioids Analgesics	2 (1,6)	0	2 (100,0)	0	-
Quality of Life Questionnaire EORTC QLQ-C30	2 (1,6)	0	0	2 (100,0)	-
Active Tracer AC-301	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Bowel Function Index	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Bodily Pain Scale	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Cleeland's Pain Management Index	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Coping Strategies	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Dutch Language Version	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Escala de Faces	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Escala Comprometimento da Dor	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Finish McGill	1 (0,8)	1 (100,0)	0	0	-
Ferrels Patient Pain	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
International Consensus Endpoint	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Modified Sheet	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Memorial Symptom Assessment Scale - MSAS	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Memorial Pain Assessment Card	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Neuropathy Pain Scale	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Neuropathic Pain	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Pain Faces Scale	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Pain Severe Index CPST	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Pain Rating Index	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Paint Intensity Rating	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Pain Cognition List - Cancer	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Pain Treatment Acepp	1 (0,8)	1 (100,0)	0	0	-
Pain Congnition List for Cancer	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Pain Knowledge	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Patient Pain Questionnaire	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Pain Reliaf Scale	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Perception of Procedural	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Present Pain Intensity	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Questionário de Barreiras	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Sickness Impact Profile	1 (0,8)	1 (100,0)	0	0	-
The American Pain Society	1 (0,8)	0	0	1 (100,0)	-
Tolerable Pain	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Verbal Rating Scale	1 (0,8)	1 (100,0)	0	0	-
Wisconsin Pain	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Zelman's Pain Management Index	1 (0,8)	0	1 (100,0)	0	-
Total	123 (100,0)				

É importante salientar que apesar da *Visual Analogue Scale* ser a mais frequente, a maioria das escalas identificadas são desconhecidas em nossa prática, o que requer uma análise qualitativa das mesmas, que não foi realizada por não constituir um dos objetivos do nosso estudo.

A escala de dor *Visual Analogue Scale* foi utilizada em 60,0% (n=6) dos artigos de câncer de próstata, 50,0% (n=14) dos artigos de câncer de mama, 55,6% (n=15) dos artigos de câncer de pulmão, 77,8% (n=7) dos artigos de câncer de pâncreas, 75,0% (n=3) dos artigos de câncer de cérvix, 80,0% (n=4) dos artigos de leucemia, 100,0% (n=1) dos artigos de câncer nas adrenais, 62,5% (n=5) dos artigos de linfoma, 75,0% (n=3) dos artigos de câncer ósseo, 53,8% (n=7) dos artigos de câncer geniturinário, 40,0% (n=2) dos artigos de sarcoma, 52,2% (n=12) dos artigos de câncer de trato gastrintestinal, 50,0% (n=1) dos artigos de câncer de ovário, 66,7% (n=2) dos artigos de câncer do endométrio e 50,0% (n=6) dos artigos de câncer de cabeça, mas não foi utilizado em artigos de câncer de pele.

A escala de dor *Brief Pain Inventory* foi utilizada em 40,0% (n=4) dos artigos de câncer de próstata, 42,9% (n=12) dos artigos de câncer de mama, 40,7% (n=11) dos artigos de câncer de pulmão 11,1% (n=1) dos artigos de câncer de pâncreas, 60,0% (n=3) dos artigos de leucemia, 66,7% (n=2) dos artigos de câncer de pele, 62,5% (n=5) dos artigos de linfoma, 38,5% (n=5) dos artigos de câncer geniturinário, 60,0% (n=3) dos artigos de sarcoma, 34,8% (n=8) dos artigos de câncer de trato gastrintestinal e 25,0% (n=3) dos artigos de câncer de cabeça, mas não foi utilizado em artigos de câncer de cérvix, de ovário, de endométrio, ósseo e de adrenais.

A escala de dor *McGill Pain Questionnaire* foi utilizada em 17,9% (n=5) dos artigos de câncer de mama, 14,8% (n=4) dos artigos de câncer de pulmão, 25,0% (n=1) dos artigos de câncer ósseo, 7,7% (n=1) dos artigos de câncer geniturinário, 13,0% (n=4) dos artigos de câncer de trato gastrointestinal, mas não foi utilizado em artigos de câncer de próstata, leucemia, linfoma, adrenais, pele, sarcoma, cérvix, ovário, cabeça, endométrio e pâncreas.

Como realizamos a busca dos estudos de forma abrangente, diferentes temáticas compuseram a amostra desta RS. As áreas temáticas foram agrupadas de acordo com o tema central apresentado por cada estudo (Figura 2).

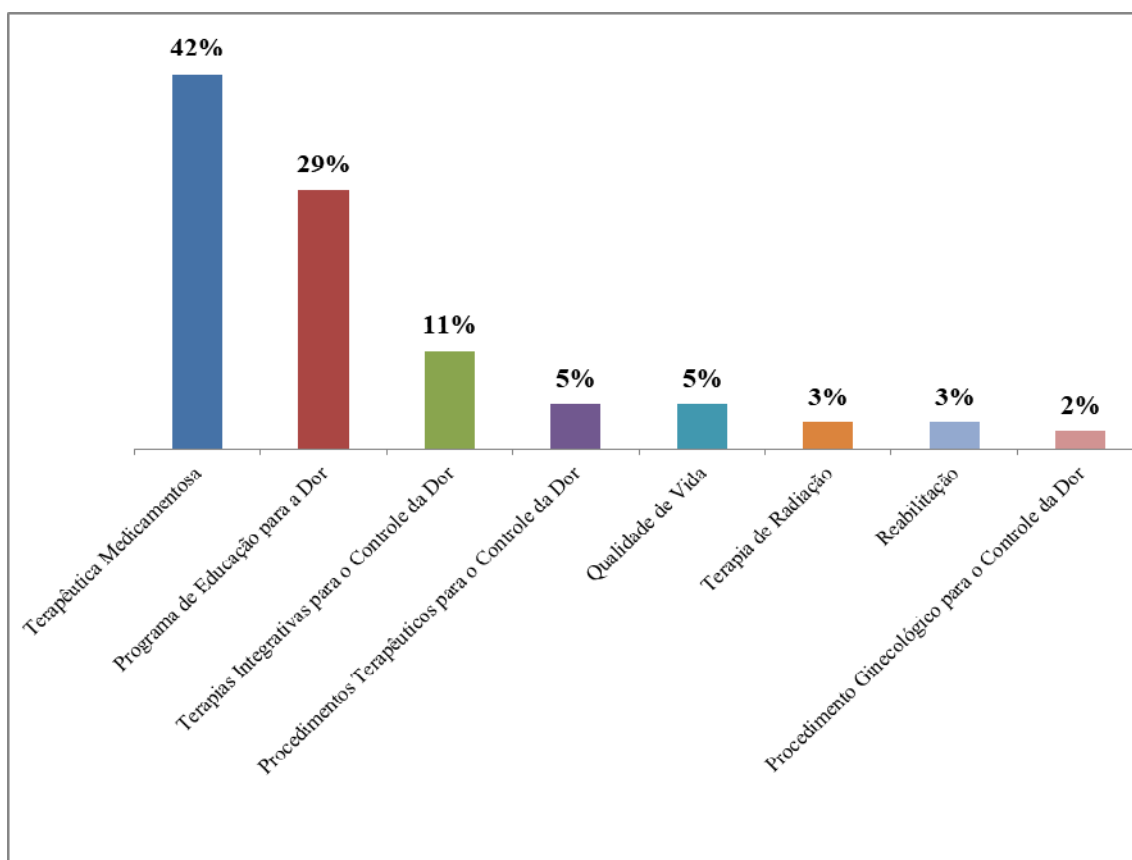


Figura 2 - Distribuição das publicações por área específica.

Dos estudos agrupados na área temática de Terapêutica Medicamentosa, a qual constitui 42% da amostra, 17 (65%) utilizaram a *Visual Analogue Scale* como única medida de avaliação da dor, ou associada a outras escalas. No segundo grupo de maior frequência, definido por Programa de Educação para Dor com 29%, apenas 3 (16,6%) dos estudos utilizaram a *Visual Analogue Scale*, sendo a mesma associada a outras escalas. Esses estudos buscaram a avaliação não só da intensidade, mas também o seu impacto nas dimensões física, cognitiva, emocionais e sociais.

Essa informação nos leva ao seguinte questionamento: Será que a intensidade da dor constitui o principal foco de estudos que se propõem a avaliar resposta terapêutica?

4.3 PERFIL BIBLIOMÉTRICO

Para avaliação do perfil bibliométrico, foi caracterizado: o periódico, indexação, análise do Fator de Impacto e o sistema de classificação Qualis (utilizado em âmbito nacional).

Em relação aos periódicos em que os estudos foram publicados, classificação Qualis e Fator de Impacto, a revista mais frequente foi *Journal of Pain and Symptom Management* (n=8-12,9%); a classificação Qualis variou de B2 a A1 e o Fator de Impacto de 1,252 a 26,303 (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos estudos por periódicos: fator de impacto da produção científica sobre dor. São Paulo 2018.

Periódicos	QUALIS	FI	f	%
<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	B1	3,249	8	12,9
<i>Pain</i>	-	5,559	6	9,7
<i>Supportive Care in Cancer</i>	B1	2,698	5	8,1
<i>Journal of Clinical Oncology</i>	A1	26,303	4	6,5
<i>Clinical Journal of Pain</i>	B1	3,209	3	4,8
<i>Pediatric Blood & Cancer</i>	-	2,646	2	3,2
<i>Palliative Medicine</i>	A2	3,78	2	3,2
<i>European Journal of Pain</i>	B1	2,991	2	3,2
<i>Surgical Endoscopy</i>	-	3,117	2	3,2
<i>BMC Cancer</i>	A2	3,288	2	3,2
<i>World Journal Surgery</i>	-	2,766	2	3,2
<i>Jama Oncology</i>	-	20,871	2	3,2
<i>Tumor Biology</i>	B1	3,65	1	1,6
<i>European Journal Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology</i>	-	1,809	1	1,6
<i>Gulf Journal of Oncology</i>	-	-	1	1,6
<i>Cancer</i>	-	6,537	1	1,6
<i>Annals of Surgical Oncology</i>	A2	3,857	1	1,6
<i>Pain Medicine</i>	B1	2,782	1	1,6
<i>Indian Journal Pharmacology</i>	-	-	1	1,6
<i>Jornal de Pediatria</i>	B2	1,69	1	1,6
<i>Pancreatology</i>	B1	2,763	1	1,6
<i>Breast Cancer Research Treatment</i>	A2	3,605	1	1,6
<i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i>	B2	1,498	1	1,6
<i>Roczniki Akademii Medycznej w Bialymstoku</i>	-	-	1	1,6
<i>Quaityl of Life Research</i>	-	2,392	1	1,6
<i>Journal of the Medical Association of Thailand</i>	-	-	1	1,6
<i>Annals of Otology, Rhinology & Laryngology</i>	-	1,513	1	1,6
<i>Asian Journal of Surgery</i>	-	1,895	1	1,6
<i>Techniques in Coloproctology</i>	B1	2,378	1	1,6
<i>Cancer Nursing</i>	A1*	1,844	1	1,6
<i>British Journal of Anaesthesia</i>	A1	6,499	1	1,6
<i>The Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery</i>	-	4,88	1	1,6
<i>Pain Management Nursing</i>	A1*	1,252	1	1,6
<i>Journal of Cinical Nursing</i>	A1*	1,635	1	1,6
Total			62	100%

FI = Fator de impacto; *Periódicos relacionados à temática da dor.

Fonte: 2017 JCR Science Edition

*Enfermagem

Podemos observar que muitos estudos foram publicados em periódicos específicos da oncologia, *Supportive Care in Cancer*, *Pediatric Blood & Cancer*, *Journal of Clinical Oncology*, *Gulf Journal Oncology Cancer*, *Annals of Surgical Oncology*, *BMC Cancer*, *Breast Cancer Research, Treatment*, *Cancer Nursing* e *Jama Oncology*. Como a temática de interesse inclui escalas de avaliação de dor, periódicos tais como *Clinical Journal of Pain*, *Journal of Pain and Symptom Management*, *European Journal of Pain*, *Pain Medicine*, *Pain*, *British Journal of Anaesthesia* e *Pain Management Nursing* apresentaram um percentual maior de publicações sobre escalas de avaliação de dor em pacientes oncológicos.

Os dados também revelam que a maior parte dos estudos foram publicados em periódicos com fator de impacto, com destaque para o *Journal of Clinical Oncology* cujo fator é 26,303. A média do fator de impacto das publicações é 4,432, sendo que alguns periódicos não apresentam este dado. Não realizamos a análise do número das citações, o qual constitui outro indicador quantitativo de qualidade do conteúdo das publicações.

Com a finalidade de facilitar a identificação dos estudos incluídos, esses foram identificados de acordo com o título, autores, periódico, país, ano e fonte de identificação (Quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização dos artigos incluídos na revisão

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A1	Long-term safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged-release tablets in patients with moderate-to-severe chronic cancer pain	AHMEDZAI, S. H. et al. 7 autores	Support Care Cancer	Polônia Inglaterra Alemanha	2015	PUBMED
A2	<i>Pain intensity and bioavailability of intramuscular asparaginase and a local anesthetic: a double-blinded study</i>	ALBERTSEN, B. K. et al. 5 autores	Pediatric Blood & Cancer	Dinamarca	2005	PUBMED
A3	<i>Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial</i>	ALIMI, D. et al. 6 autores	Journal of Clinical Oncology	França	2003	PUBMED
A4	<i>Comparative study between 2 protocols for management of severe pain in patients with unresectable pancreatic cancer: one-year follow-up</i>	AMR, Y. M.; MAKHARITA, M. Y.	Clinical Journal Pain	Egito	2013	PUBMED
A5	<i>Comparative study of efficacy and safety of gabapentin versus amitriptyline as coanalgesics in patients receiving opioid analgesics for neuropathic pain in malignancy</i>	BANERJEE, M. et al.	Indian Journal Pharmacology	India	2013	PUBMED
A6	<i>Massage in children with cancer: effectiveness of a protocol</i>	BATALHA, L. M.; MOTA, A. A.	Jornal de Pediatria	Portugal	2013	PUBMED
A7	<i>Mixed double-blind crossover trial of intravenous lidocaine in the treatment of neuropathic cancer pain</i>	BRUERA, E. et al. 5 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Canadá	1992	PUBMED
A8	<i>Brief DVD-based educational intervention for patients with cancer pain: feasibility study</i>	CAPEWELL, C. et al. 4 autores	Palliative Medicine	Reino Unido	2015	PUBMED
A9	<i>Electroacupuncture treatment for pancreatic cancer pain: a randomized controlled trial</i>	CHEN, H. et al. 6 autores	Pancreatology	China	2013	PUBMED

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A10	<i>Use of a lidocaine patch in the management of postsurgical neuropathic pain in patients with cancer: a phase III double-blind crossover study (N01CB)</i>	CHEVILLE, A. L. et al. 11 autores	Support Care Cancer	Estados Unidos	2009	PUBMED
A11	<i>Impact of reirradiation of painful osseous metastases on quality of life and function: a secondary analysis of the NCIC CTG SC.20 randomized trial</i>	CHOW, E. et al. 16 autores	Jurnal Clinical Oncology	Estados Unidos	2014	PUBMED
A12	<i>Improving Quality of Life With Nabilone During Radiotherapy Treatments for Head and Neck Cancers: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial</i>	COTE, M. et al. 4 autores	Annals of Otology, Rhinology & Laryngology	Canadá	2016	PUBMED
A13	<i>A double-blind, randomized, crossover comparison between single-dose and double-dose immediate-release oral morphine at bedtime in cancer patients</i>	DALE, O. et al. 6 autores	Journal of Pain Symptom Management	Noruega	2009	PUBMED
A14	<i>Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain</i>	DE WIT, R. et al. 9 autores	European Journal of Pain	Países Baixos	2001	PUBMED
A15	<i>Randomized controlled trial of a special acupuncture technique for pain after thoracotomy</i>	DENG, G. et al. 12 autores	The Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery	Estados Unidos	2008	PUBMED
A16	<i>Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial</i>	DU PEN, S. L. et al. 9 autores	Journal Clinical Oncology	Estados Unidos	1999	PUBMED

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A17	<i>A randomized, controlled trial of intravenous clodronate in patients with metastatic bone disease and pain</i>	ERNST, D. S. et al. 6 autores	Journal Pain Symptom Management	Canadá	1997	PUBMED
A18	<i>Placebo-blinded study of morphine sulfate sustained-release tablets and immediate-release morphine sulfate solution in outpatients with chronic pain due to advanced cancer</i>	FINN, J. W. et al. 6 autores	Journal Clinical Oncology	Estados Unidos	1993	PUBMED
A19	<i>Superior hypogastric block: transdiscal versus classic posterior approach in pelvic cancer pain</i>	GAMAL, G.; HELALY, M.; LABIB, Y. M.	Clinical Journal Pain	Egito	2006	PUBMED
A20	<i>A randomized clinical trial of nerve block to manage end-stage pancreatic cancerous pain</i>	GAO, L. et al. 7 autores	Tumor Biology	China	2013	PUBMED
A21	<i>Perioperative intravenous lidocaine decreases the incidence of persistent pain after breast surgery</i>	GRIGORAS, A. et al. 4 autores	Clinical Journal Pain	Irlanda	2012	PUBMED
A22	<i>Does lubrication of the vaginal speculum reduce pain during a gynecologic oncology examination?</i>	GUNGORDUK, K. et al. 4 autores	European Journal Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology	Turquia	2015	PUBMED
A23	<i>Single versus conventional fractionated radiotherapy in the palliation of painful bone metastases</i>	HAMOUDA, W. E.; ROSHDY, W.; TEEMA, M.	Gulf Journal Oncology	Egito	2007	PUBMED
A24	<i>Comparative clinical efficacy and safety of immediate release and controlled release hydromorphone for chronic severe cancer pain</i>	HAYS, H. et al. 7 autores	Cancer	Canadá	1994	PUBMED

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A25	<i>Persistent postmastectomy pain and pain-related physical and emotional functioning with and without a continuous paravertebral nerve block: a prospective 1-year follow-up assessment of a randomized, triple-masked, placebo-controlled study</i>	ILFELD, B. M. et al. 13 autores	Annals of Surgical Oncology	Estados Unidos	2015	PUBMED
A26	<i>Can patient coaching reduce racial/ethnic disparities in cancer pain control? Secondary analysis of a randomized controlled trial</i>	KALAUOKALANI, D. et al. 5 autores	Pain Medicine	Estados Unidos	2007	PUBMED
A27	<i>Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer</i>	KALSO, E.; TASMUTH, T.; NEUVONEN, P.J.	Pain	Finlândia	1995	PUBMED
A28	<i>The efficacy of topical bupivacaine and triamcinolone acetonide injection in the relief of pain after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasia: a randomized double-blind, placebo-controlled trial</i>	KIM, B. et al. 7 autores	Surgical Endoscopy	Coréia do Sul	2015	PUBMED
A29	<i>Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): study design and rationale for a tailored education and coaching intervention to enhance care of cancer-related pain</i>	KRAVITZ, R. L. et al. 11 autores	BMC Cancer	Estados Unidos	2009	PUBMED
A30	<i>The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients</i>	KROENKE et al. 6 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Estados Unidos	2010	PUBMED

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A31	<i>Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain</i>	LAI et al. 7 autores	Support Care Cancer	Taiwan	2004	PUBMED
A32	<i>Early rehabilitation versus conventional care after laparoscopic rectal surgery: a prospective, randomized, controlled trial</i>	LEE, S. M. et al. 7 autores	Surgical Endoscopy	Coréia do Sul	2013	PUBMED
A33	<i>Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial</i>	LI, X. M. et al. 6 autores	Breast Cancer Research Treatment	China	2011	PUBMED
A34	<i>Effects of physical therapy on pain and mood in patients with terminal cancer: a pilot randomized clinical trial</i>	LOPEZ-SENDIN, N. et al. 4 autores	Journal of Alternative and Complementary Medicine	Espanha	2012	PUBMED
A35	<i>A randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain</i>	LOVELL, M. R. et al. 10 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Canadá	2010	PUBMED
A36	<i>A positioning pillow to improve lumbar puncture success rate in paediatric haematology-oncology patients: a randomized controlled trial</i>	MAREC-BERARD, P. et al. 9 autores	BMC Cancer	França	2009	PUBMED

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A37	<i>Analgesic effect of intravenous ketamine in cancer patients on morphine therapy: a randomized, controlled, double-blind, crossover, double-dose study</i>	MERCADANTE, S. et al. 4 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Itália	2000	PUBMED
A38	<i>Assessment of quality of life, pain and effectiveness of treatment in palliative care patients</i>	MESS, E. et al. 4 autores	Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku	Polônia	2005	PUBMED
A39	<i>The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management</i>	MIASKOWSKI et al. 7 autores	Pain	Estados Unidos	2007	PUBMED
A40	<i>Chemotherapeutic impact on pain and global health-related quality of life in hormone-refractory prostate cancer: Dynamically Modified Outcomes (DYNAMO) analysis of a randomized controlled trial</i>	MOINPOUR, C. M.; DONALDSON, G. W.; NAKAMURA, Y.	Quality of Life Reserach	Estados Unidos	2009	PUBMED
A41	<i>The clinical effect of fentanyl in comparison with ketamine in analgesic effect for oncology procedures in children: a randomized, double-blinded, crossover trial</i>	MONSEREENUSORN, C.; RUJKIJYANONT, P.; TRAIVAREE, C.	Journal of the Medical Association of Thailand	Tailândia	2015	PUBMED
A42	<i>Preincisional versus postincisional administration of parecoxib in colorectal surgery: effect on postoperative pain control and cytokine response. A randomized clinical trial</i>	PANDAZI, A. et al.	World Journal Surgery	Grécia	2010	PUBMED

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A43	<i>Preemptive ropivacaine local anaesthetic infiltration versus postoperative ropivacaine wound infiltration in mastectomy: postoperative pain and drain outputs</i>	RICA, M. A. et al. 4 autores	Asian Journal of Surgery	Malásia	2007	PUBMED
A44	<i>A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting</i>	SODEN, K. et al. 5 autores	Palliative Medicine	Reino Unido	2004	PUBMED
A45	<i>Caffeine as an adjuvant therapy to opioids in cancer pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial</i>	SUH, S. Y. et al. 9 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Coreia	2013	PUBMED
A46	<i>Effect of intravenous administration of paracetamol on morphine consumption in cancer pain control</i>	TASMACIOGLU, B. et al. 6 autores	Support Care Cancer	Turquia	2009	PUBMED
A47	<i>Intravenous lidocaine for post-operative pain relief after hand-assisted laparoscopic colon surgery: a randomized, placebo-controlled clinical trial</i>	TIKUISIS, R. et al. 6 autores	Tech Coloproctol	Lituânia	2013	PUBMED
A48	<i>A spicamycin derivative (KRN5500) provides neuropathic pain relief in patients with advanced cancer: a placebo-controlled, proof-of-concept trial</i>	WEINSTEIN, S. M. et al. 6 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Estados Unidos	2012	PUBMED
A49	<i>Coaching persons with lung cancer to report sensory pain. Literature review and pilot study findings</i>	WILKIE et al. 4 autores	Cancer Nursing	Estados Unidos	1995	PUBMED
A50	<i>Routine screening for pain combined with a pain treatment protocol in head and neck cancer: a randomised controlled trial</i>	WILLIAMS, J. E. et al. 11 autores	British Journal of Anaesthesia	Inglaterra	2015	PUBMED

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A51	<i>Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: a randomized controlled trial</i>	WONG et al. 8 autores	Jama	Estados Unidos	2004	PUBMED
A52	<i>Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients</i>	YILDIRIM, Y. K.; CICEK, F.; UYAR, M.	Pain Management Nursing	Turquia	2009	PUBMED
A53	<i>Pain intensity and bioavailability of intramuscular asparaginase and a local anesthetic: a double-blinded study</i>	ALBERTSEN, B. et al. 5 autores	Pediatric Blood & Cancer	Dinamarca	2005	COCHRANE
A54	<i>A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial</i>	CHOU, P.; LIN, C.	Journal of clinical nursing	Taiwan	2011	COCHRANE
A55	<i>Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial</i>	KROENKE et. al. 7 autores	Jama	Estados Unidos	2010	COCHRANE
A56	<i>Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain</i>	LAI et. al. 7 autores	Support Care Cancer	Taiwan	2004	COCHRANE
A57	<i>A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: a randomized controlled trial</i>	OLDENMENGER et. al 5 autores	Pain	Bélgica e Holanda	2011	COCHRANE

Cont/ Quadro 5

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A58	<i>Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial</i>	SYRJALA, K. et al. 16 autores	<i>Pain</i>	Estados Unidos	2008	COCHRANE
A59	<i>Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial</i>	SYRJALA, K.; CUMMINGS, C.; DONALDSON, G.	<i>Pain</i>	Estados Unidos	1992	COCHRANE
A60	<i>Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain</i>	WIT, R. de et al. 9 autores	<i>European Journal of Pain</i>	Bélgica e Holanda	2001	COCHRANE
A61	<i>The Amsterdam Pain Management Index compared to eight frequently used outcome measures to evaluate the adequacy of pain treatment in cancer patients with chronic pain</i>	WIT, R. de et al. 8 autores	<i>Pain</i>	Bélgica e Holanda	2001	COCHRANE
A62	<i>Laparoscopy-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy. A prospective randomized single-blind study</i>	TAKIGUCHI, S. et al. 8 autores	<i>World Journal of Surgery</i>	Japão	2013	EMBASE

5 DISCUSSÃO

Os dados desta RS serão discutidos na mesma sequência em que foram apresentados os resultados, com a finalidade de contribuir com a análise dos mesmos.

5.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Ao analisarmos os aspectos metodológicos dos 62 estudos seguindo as recomendações CONSORT, aplicou-se o Coeficiente de Kappa na avaliação do cálculo de concordância entre os pares de cada item do instrumento. Utilizado como uma medida de associação para descrever e testar o grau de concordância em uma determinada especificação, tem sua importância bastante consolidada na utilização de instrumentos de classificação (PERROCA e GAIDZINSKI 2003).

Conforme os dados apresentados, o nível de concordância entre os pares foi na maioria (70.3%) quase perfeita, considerando todos os itens e subitens do CONSORT.

Como o objetivo constituiu identificar as evidências científicas sobre as escalas de avaliação de dor utilizadas em pacientes oncológicos sem restringir os tipos de câncer, detectamos na amostra selecionada que os tipos de câncer mais frequentemente apresentados pelos sujeitos foram de

mama, pulmão e gastrintestinal. Esses dados coincidem com o perfil epidemiológico do câncer apresentado no cenário mundial, e foram reforçados com as estimativas de incidência e mortalidade apresentadas pelo GLOBOCAN 2018 (BRAY et al. 2018).

BRAY et al. (2018) divulgou em publicação recente que a estimativa é de 18,1 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de mortes em 2018, através de dados coletados em 20 regiões do mundo. O câncer de pulmão constitui ainda, a principal causa de morte nos sexos feminino e masculino; seguido pelo de próstata para o sexo masculino, e mama para o sexo feminino; na sequência apresentam-se os cânceres colorretais para ambos os sexos.

O INCA é o órgão responsável pela divulgação das estimativas para a incidência de câncer no Brasil e, de acordo com os dados divulgados para o biênio 2018-2019, são esperados 68.220 novos casos de câncer de próstata para o sexo masculino (1º do ranking para este sexo), e para o sexo feminino são esperados 59.700 novos casos de câncer de mama; para ambos os sexos o câncer de pulmão ocupa o primeiro lugar, com 18.740 novos casos para o sexo masculino, e 12.530 para o sexo feminino. Os cânceres de cólon e reto também ocupam o terceiro lugar no ranking nacional para o sexo masculino e feminino (Ministério da Saúde 2018).

Em um estudo retrospectivo realizado num período de 30 anos, no Brasil, TSUKAZAN et al. (2017) evidenciou que as características do câncer de pulmão mudaram ao longo do período. Ocorreu aumento da incidência no sexo feminino, apesar das taxas ainda serem maiores no sexo masculino; o

perfil histológico acompanhou os dados divulgados por países desenvolvidos, destacando-se o adenocarcinoma, além do aumento da idade média dos pacientes submetidos à cirurgia para ressecção do tumor. Os autores ressaltam que os achados divulgados pelo estudo não refletem a realidade de todas as regiões do Brasil.

No caso do câncer de mama, cuja mortalidade é menor nos países desenvolvidos, observamos que nos países em desenvolvimento destaca-se a importância da detecção precoce para redução da mortalidade para tal patologia. Apesar da forte correlação entre fatores de risco relacionados aos hábitos de vida e histórico familiar, o aumento da mortalidade também tem relação estreita com o início precoce do tratamento, o que requer atenção das políticas de saúde (RODRIGUES et al. 2015).

No que se refere ao câncer colorretal, GASPARINI et al. (2018) resalta que a incidência e a mortalidade por este tipo de câncer variam amplamente no mundo em diferentes níveis, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da localidade analisada. No entanto, mesmo em países com altas taxas de desenvolvimento - tais como Canadá e Reino Unido - observou-se o aumento da incidência e diminuição da mortalidade, e a diminuição, tanto das taxas de incidência como de mortalidade, ocorreu somente em países com IDH muito alto como Estados Unidos e Japão. Nesses países, é possível observar que mudanças no estilo de vida associadas aos programas de prevenção mais efetivos, apesar do envelhecimento populacional, podem mudar o perfil epidemiológico desse tipo de câncer. No Brasil, observa-se o aumento da mortalidade e diferenças

entre as suas regiões, o que pode sugerir escassez nas medidas de prevenção e detecção precoce da doença.

Os padrões temporais são acompanhados para que as ações de saúde possam ser desenvolvidas de acordo com as necessidades apresentadas pela população.

Ao relacionarmos as escalas de avaliação de dor aos tipos de câncer, observamos que os estudos acompanham os achados apresentados pelos dados epidemiológicos; no entanto, ao considerarmos as particularidades da temática dor, devemos refletir sobre a possibilidade de esse sintoma apresentar especificidades decorrentes da localização anatômica da neoplasia. O que poderia indicar a necessidade de escalas de avaliação de dor específicas, assim como demonstrado no estudo desenvolvido por WONG et al. (2004), cujo objetivo foi o de testar a hipótese de que o bloqueio neurolítico do plexo celíaco versus opioide, sozinho, aumenta o alívio da dor, a qualidade de vida e a sobrevida em pacientes com câncer de pâncreas irredutível. Os autores utilizaram a Escala Numérica Visual e a *Functional Assessment of Cancer Therapy - Pancreatic Cancer* (FACT-PA).

A Avaliação Funcional da Terapia do Câncer (FACT) faz parte do Sistema de Medição FACIT, organização responsável por uma série de questionários que medem a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, como um meio de melhorar a assistência médica. Existem escalas em mais de 50 diferentes versões, e incluem a avaliação de diferentes sintomas, dentre eles a dor (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-FACIT 2016). A FACT-PA traz avaliação de sintomas específicos

para o câncer de pâncreas.

Consideramos necessária a análise dos tipos de câncer mais frequentemente investigados nos ensaios clínicos randomizados, cujo foco foi a análise da dor, por tratar-se de um conjunto de patologias com diferentes especificidades, relacionadas ao diagnóstico, tratamento, controle de sinais e sintomas, e prognóstico da doença. Na amostra selecionada, 17 tipos de câncer foram citados e, ao longo de todo o período de análise, identificamos estudos que não mencionaram o tipo de câncer apresentado pelos sujeitos do estudo.

Na análise da amostra da presente revisão, somando-se os 62 estudos foram incluídos 6.492 participantes, e somente um ECR não informou o número de sujeitos. Deste conjunto, compuseram a amostra participantes do sexo masculino e feminino; desde crianças à idosos. Os aspectos amostrais dos estudos - dentre os quais: critérios de elegibilidade para participantes, informações e locais onde foram coletados os dados, determinação do tamanho da amostra, critérios de aleatorização, tabela de base de dados demográficos e características dos grupos - foram analisados através do CONSORT.

Julga-se adequado realizar a análise da amostra seguindo a declaração CONSORT, por tratar-se de um padrão internacional cuja finalidade é melhorar a qualidade e transparência dos ensaios clínicos publicados. Mais de 400 revistas científicas já aderiram à lista de verificação CONSORT, o que torna o instrumento de extrema relevância para autores, leitores e revisores. Tal recurso favorece a confiabilidade das evidências

geradas pelos ECRs (LIRA 2015).

Ressalta-se que devido à diversidade de intervenções apresentadas na amostra desta RS, optou-se por realizar a análise da área temática das publicações. Essa análise culminou em um conjunto de áreas, às quais foram estabelecidas de acordo com o objetivo e intervenção apresentados pelos pesquisadores.

A área de maior frequência de investigação foi a terapêutica medicamentosa, cujo agrupamento englobou os estudos que apresentam como objetivo a avaliação e/ou comparação de medicamentos no controle do quadro algico.

Chamou-nos a atenção, os estudos sobre programas educacionais para a dor. Nesta categoria, enquadrámos aqueles que avaliaram seus efeitos sobre o controle do quadro algico; dentre estes, foram utilizadas intervenções educacionais, psicoeducacionais e de coaching, com o objetivo de capacitar os pacientes para o manejo e controle da dor. As estratégias de intervenção utilizadas foram aplicadas presencialmente, com ou sem o auxílio de manuais, e em alguns casos, fizeram uso de vídeos.

LAI et al. (2004) desenvolveu um ensaio clínico randomizado cujo objetivo foi avaliar os efeitos de um programa estruturado de educação sobre a dor na experiência de dor de pacientes hospitalizados com câncer. Os pacientes do grupo experimental receberam educação sobre a dor, de 10 a 15 minutos por dia, durante 5 dias; versus o grupo controle de cuidados padrão. Os efeitos da intervenção foram avaliados por meio de três instrumentos: *Brief Pain Inventory - Short Form Taiwanese* (BPI-T), *Pain and*

Opioid Analgesic Beliefs Scale - Cancer (POABS-CA), e a subescala Catastrofização e o senso de controle sobre a dor medida, do *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ). Os resultados evidenciaram que os pacientes que receberam o programa de educação sobre dor tiveram significativamente menor intensidade de dor; também apresentaram um aumento significativo em seu senso de controle sobre a dor.

CHOU e LIN (2011) estabeleceram como objetivos avaliar a eficácia de um programa de educação sobre dor para aumentar a satisfação de pacientes com câncer no tratamento da dor, e examinar como a satisfação do paciente com o controle da dor mede as barreiras ao uso de analgésicos e adesão analgésica. Os instrumentos utilizados para avaliação foram o questionário de desfecho *American Pain Society*, *Barriers Questionnaire-Taiwan* e um manual de Educação da Dor. O grupo que recebeu a intervenção, apresentou melhora significativa no nível de satisfação que sentiam por médicos e enfermeiros com relação ao manejo da dor.

WILKIE et al. (1995) desenvolveu um ECR para avaliar a viabilidade da implementação de um protocolo COACHING em pacientes ambulatoriais com câncer de pulmão que apresentavam dor, e estimar os efeitos do COACHING no conhecimento dos enfermeiros sobre a localização da dor do paciente - intensidade, qualidade e padrão. A experiência algica foi avaliada com o uso do *McGill Pain Questionnaire* e *Visual Analogue Scale*. Os resultados mostraram a viabilidade de implementar o protocolo de COACHING. KRAVITZ et al. (2009) também utilizou uma intervenção de coaching orientada ao paciente para avaliar a melhora dos resultados da dor

do câncer.

Outra estratégia utilizada por KROENKE et al. (2015) para melhorar a depressão e a dor em pacientes com câncer foi a intervenção orientada por telecuidados através de gravação de voz e internet, a qual foi oferecida por uma equipe de médicos especialistas. A avaliação da intensidade da dor foi realizada pela aplicação do *Brief Pain Inventory*. A intervenção resultou em melhores resultados na diminuição da intensidade da dor e depressão em pacientes com câncer atendidos em centros de oncologia distantes geograficamente.

Os resultados desses estudos destacam que a educação estruturada para a dor pode efetivamente melhorar a experiência vivenciada por pacientes com câncer, e os autores sugerem que essas estratégias devem ser implementadas clinicamente.

OLDENMENGER et al. (2017) realizou uma revisão sistemática com o objetivo de estudar o efeito de intervenções educativas sobre a dor relacionada ao câncer, e os resultados evidenciaram que apesar de heterogêneos, os programas educacionais centrados no paciente podem resultar em melhorias na intensidade da dor relatada pelos mesmos.

5.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A construção de instrumentos de medida ou de avaliação de sintomas envolve a utilização de testes de validação e de confiabilidade dos resultados que se pretende alcançar, com o objetivo de verificar se os

mesmos possuem condições de medir aquilo que se propõem. Várias etapas compõem o processo de construção e validação dos instrumentos de medida; COLUCI et al. (2013) ressalta que os mesmos se tornam reconhecidos para utilização na prática clínica e no desenvolvimento de estudos científicos após a avaliação de suas propriedades psicométricas.

O caminho para o desenvolvimento de instrumentos é complexo e exige o seguimento de etapas para que suas propriedades psicométricas sejam de fato testadas, e assim a ferramenta seja considerada confiável. Desta forma torna-se vantajoso a busca e utilização de instrumentos já existentes que estejam validados para o idioma de interesse ou a condução do processo de adaptação transcultural.

Devido ao crescente aumento das pesquisas multicêntricas, tornou-se necessária a adaptação transcultural dos instrumentos de medida para uso em um novo país, processo que requer a utilização de método pré-definido para garantir a equivalência entre as versões, tanto original quanto à do país ao qual se destina o uso. Os constructos avaliados devem passar pelo processo de tradução linguística e adaptação cultural para manter a validade de conteúdo do instrumento (BEATON et al. 2000; ZANDONAI 2015).

Os resultados encontrados evidenciam que a *Visual Analogue Scale* e o *Brief Pain Inventory* foram os mais amplamente utilizados nos ensaios clínicos que tiveram como objetivo a avaliação da dor em pacientes oncológicos. Esses dados coincidem com o exposto por FLAHERTY (1996), no qual os autores descreveram que a *Visual Analogue Scale* é o instrumento unidimensional utilizado com maior frequência na pesquisa

clínica; o que podemos observar até os dias atuais.

A *Visual Analogue Scale* constitui um instrumento de avaliação da dor válido e confiável para a língua portuguesa e para a nossa cultura; além de apresentar vasta utilização em diferentes regiões do mundo. Foram identificados estudos desenvolvidos com este instrumento na Polônia, Inglaterra, Alemanha, Dinamarca, França, Portugal, Noruega, Irlanda, Turquia, Finlândia, Itália, Espanha, Lituânia, Grécia, Bélgica, Estados Unidos, Canadá, Taiwan, Japão, Coréia do Sul e Malásia.

Dos estudos desta revisão que tiveram como tema central a terapêutica medicamentosa (42%), a maioria (65%) utilizou a *Visual Analogue Scale* associada ou não à utilização de outra escala; talvez pela facilidade em indicar a intensidade da dor em diferentes medições propostas para um período específico; principalmente quando o objetivo principal é a avaliação da eficácia analgésica de determinada droga em relação ao tratamento usual.

Os dados também retratam que os estudos pertencentes à temática Terapias Integrativas para o Controle da Dor, dentre os quais foram agrupados aqueles que aplicaram técnicas específicas de acupuntura para redução da dor em pacientes oncológicos, e avaliação de um protocolo de massagem para diminuição da intensidade da mesma, também utilizaram a *Visual Analogue Scale*.

Os três estudos agrupados em Procedimentos Terapêuticos para o Controle da Dor também utilizaram a *Visual Analogue Scale* para avaliação do alívio da dor. Nessa categoria foram agrupadas outras intervenções

terapêuticas, como bloqueio do plexo transdiscal e bloqueio paravertebral para o controle da dor e, um estudo que avaliou o benefício do uso de um travesseiro desenvolvido para proporcionar a flexão lombar máxima durante as punções lombares em crianças para minimizar a dor durante o procedimento.

De acordo com a Portaria SAS/MS nº 1083 (Brasil 2012), apesar dos grandes avanços na avaliação da dor crônica, a Escala Visual Analógica ainda é o melhor parâmetro de avaliação de intensidade. A breve solicitação para que o paciente assinale o nível de seus sintomas em uma escala, constitui uma forma confiável de avaliação.

Em um estudo realizado por FERREIRA-VALENTE et al. (2011), os resultados indicaram discreta superioridade da *Visual Analogue Scale* na avaliação da intensidade da dor.

De acordo com KLIMEK et al. (2017) a palavra “visual” no termo Escala Visual Analógica caracteriza a apresentação concreta da escala em linha reta quando comparada a escalas de avaliação abstratas. A palavra “analógica” enfatiza o formato de resposta com uma variação contínua.

A *Visual Analogue Scale* foi utilizada inicialmente por Clarke e Spear em 1964 e, posteriormente, iniciou-se seu uso na avaliação da dor. Existem inúmeras variações na sua apresentação (comprimento da linha, classificadores para as extremidades da linha, presença ou ausência de marcas de escala na linha, presença ou ausência de números nas marcas de escala, posicionamento vertical ou horizontal da linha); o tamanho da linha não é fixo, mas preferencialmente utiliza-se 100 mm ou 10 cm com os

extremos demarcados como “não dor” e “pior dor possível” (também pode-se utilizar descritores equivalentes) (TORRANCE et al. 2001, RUBBO 2010).

O paciente marca um ponto na linha que representa a intensidade da dor vivenciada, esse ponto posteriormente é medido pelo pesquisador da extremidade inferior até o ponto assinalado (RUBBO 2010).

Foi possível identificar que a *Visual Analogue Scale* é amplamente utilizada por avaliar de forma rápida e compreensível a intensidade da dor, já que esta constitui a característica mais importante na avaliação de quadros algícos intensos, e também por permitir a comparação de melhora ou piora da dor em relação à terapia implementada.

Tanto o paciente quanto o profissional que o assiste buscam uma resposta rápida para a resolução da dor; no entanto, outros aspectos desse sintoma tão frequente em pacientes com câncer também devem ser considerados para avaliação ao longo do tratamento implementado. Para tanto, outras medidas de avaliação podem ser utilizadas em momentos específicos da terapêutica e, alicerçado nos resultados obtidos nos ECRs que compuseram essa revisão, dentre os quais 21 (16,9%) estudos utilizaram o *Brief Pain Inventory*, sugerimos a utilização desse instrumento associado à Escala Visual Analógica, devido à sua ampla utilização na população de pacientes oncológicos.

MARTINEZ et al. (2011) apresentou em seu estudo que o tempo médio de aplicação da *Visual Analogue Scale* em três unidades de atendimento foi de um minuto; já o tempo de aplicação dos questionários *McGill Pain Questionere* e *Brief Pain Inventory* variou entre três e cinco

minutos, nas mesmas unidades. Os autores enfatizam que apesar das escalas unidimensionais ainda se mostrarem insatisfatórias por avaliarem apenas uma única dimensão da dor, elas são rápidas e permitem obter informações em situações nas quais a dor não foi controlada.

De acordo com os autores, o *Brief Pain Inventory* - em português Inventário Breve de Dor - analisa os principais aspectos clínico-propedêuticos da dor e o impacto desse sintoma para o paciente; permitindo que ele classifique a gravidade de sua dor e o grau de interferência da mesma. Ressaltam que o instrumento obteve a preferência dos profissionais responsáveis pela avaliação da dor em pacientes crônicos por ser completo e de fácil aplicação.

Foi desenvolvido na Universidade de Wisconsin (EUA) em 1983, inicialmente com o objetivo de ser utilizado na pesquisa. Posteriormente foi desenvolvida a forma resumida, a qual apresentou fidedignidade e validade de constructo, sendo o seu uso limitado para pacientes com déficit cognitivo. A partir de então a forma resumida passou a ser recomendada na prática clínica e passou a ser amplamente utilizada mundialmente (SOUSA e SILVA 2004, FERREIRA 2011).

O Inventário Breve de Dor é composto por nove itens organizados em duas dimensões: intensidade/gravidade da dor e interferência da dor (impacto) na vida do paciente. O instrumento pede aos pacientes para avaliar a intensidade da dor e a interferência desse sintoma em atividades gerais, no humor, na capacidade de locomoção, no trabalho normal, no relacionamento com os outros, durante o sono e no desfrutar a vida,

utilizando uma Escala de 11 pontos, a qual varia de 0 (sem dor / sem interferência) a 10 (tão ruim quanto pode ser). Também contém um diagrama corporal para avaliar a localização da dor, o percentual de alívio da dor, e solicita aos pacientes que descrevam quais tratamentos estão sendo usados para o controle da mesma. As pontuações são calculadas usando a média do total de itens; quanto maior o escore, mais alta a intensidade da dor ou da sua interferência nos diferentes aspectos avaliados (FERREIRA et al. 2011).

Devido às variações da dor crônica, que pode ser vivenciada por pacientes ao longo do dia, o instrumento permite que o paciente se autoavalie nas últimas 24 horas. Outra vantagem do Inventário Breve de Dor é que pode ser autoadministrado, aplicado em uma entrevista clínica, ou até mesmo, por telefone (BREIVIK et al. 2008).

De acordo com CLEELAND (2009), autor do instrumento, o questionário foi desenvolvido para incluir itens que englobassem a dimensão “sensorial” da dor (intensidade ou gravidade) e a dimensão “reativa” da dor (interferência na função diária). Foram construídos quatro itens para registrar a alteração da dor ao longo do tempo: dor em seu “pio” e “menor” momento, “média” e “dor atual”.

Esta escala foi traduzida para muitos idiomas como russo, chinês, italiano, alemão, grego, espanhol e japonês (FERREIRA et al. 2011). Nesta RS, os estudos que utilizaram o Inventário Breve de Dor foram desenvolvidos no Reino Unido, Bélgica, Noruega, Taiwan, Espanha, Portugal e Estados Unidos.

A versão brasileira do Inventário Breve de Dor foi validada por FERREIRA et al. (2011), onde os autores avaliaram as propriedades psicométricas do instrumento em uma amostra de pacientes brasileiros com câncer que apresentavam dor. O estudo evidenciou que esse formato constitui uma ferramenta confiável para avaliar a dor em âmbito nacional. A média de tempo para o preenchimento do mesmo foi de 5 minutos, e foi possível determinar os melhores pontos de corte para a dor leve, moderada e grave, sendo verificado o limite de 4 entre os níveis leves e moderados de dor, e o ponto de corte 7 entre dor moderada e intensa (> 7 considerada intensa).

5.3 PERFIL BIBLIOMÉTRICO

No que se refere à identificação dos estudos para a inclusão na RS, optou-se pela pesquisa em base de dados por constituir o principal meio de atualização do conhecimento, devido à apresentação do conteúdo em formato eletrônico via web; além disso, os sistemas de informação atuais promovem a rápida integração do conhecimento produzido em suas bases e disponibilização para a área de interesse. Tais recursos, apesar de garantirem o acesso universal, exigem habilidades específicas para a correta identificação do conhecimento de interesse com qualidade.

Dentro da temática a qual foi desenvolvida a presente pesquisa, 100% dos estudos utilizados na amostra foram resgatados pelas bases Pubmed, Cochrane e Embase, sendo estas as mais amplamente utilizadas

na área da saúde devido a abrangência das mesmas. O acesso à Embase, apesar de restrito, é de extrema importância por constituir a base de maior cobertura para a área da saúde mundial; desenvolvemos consulta na Biblioteca Central da Universidade de São Paulo no Campus de Ribeirão Preto.

ROTHER (2014) orienta que, para a condução de uma revisão sistemática, deve-se utilizar diferentes bases de dados pois as mesmas possuem conteúdos diferentes além de formas de seleção específicas. Cada uma tem mecanismos de indexação singulares de acordo com a equipe de profissionais que são responsáveis pela análise técnica do conteúdo apresentado pelo estudo, tais como vocabulário controlado utilizado, dentre outros aspectos da metodologia adotada para organização dos dados.

De acordo com a autora, deve-se incluir bases de abrangência nacional e/ou regional, tal como ocorreu com a LILACS, e também com aquelas de abrangência internacional: MEDLINE, CINAHL, *Cochrane Library* e EMBASE.

Reafirmamos em nosso estudo a importância acerca da consulta realizada de forma extensa na literatura disponível devido à identificação dos critérios de inclusão estabelecidos em todas as bases consultadas.

Concernente à análise bibliométrica da produção que compôs a amostra desta RS, identificamos que o *Journal of Clinical Oncology* apresenta Classificação Qualis A1 e Fator de Impacto 26,303; sendo que o menor deles é da *Pain Management Nursing* com FI de 1,252.

O *Journal of Clinical Oncology* é um periódico da *American Society of*

Clinical Oncology-ASCO de grande credibilidade que engloba pesquisas sobre todos os aspectos da oncologia clínica. Apesar do formato impresso, o periódico disponibiliza gratuitamente por via online todos os artigos com mais de um ano, e também possui assinantes individuais e institucionais em todo o mundo. A frequência de publicação é alta, sendo três vezes por mês, com um total de 36 edições por ano.

A *Pain Management Nursing* constitui um periódico da *American Society of Pain Management Nursing-ASPMN*, específico da enfermagem, sob responsabilidade da Sociedade Americana de Enfermagem em Gestão de Dor, e se dedica à disseminação do conhecimento sobre o cuidado ideal de indivíduos com dor, incluindo o gerenciamento de suas sequelas. Também é considerado de ampla visibilidade embora específico da área de enfermagem.

A produção científica de um pesquisador tem relação estreita com a obtenção de títulos e financiamento de pesquisa em órgãos de fomento. Para a análise dessa produção, algumas métricas foram estabelecidas no processo de avaliação, tais como: Fator de Impacto (FI) - obtido através do número de citações científicas de um determinado artigo publicado, o qual permite avaliar o impacto específico de um artigo, da revista científica e o impacto do trabalho de um pesquisador - e o índice de Hirsch (índice-h), que é utilizado para avaliar o impacto do pesquisador através do número de citações de cada publicação. Desta forma, torna-se mais interessante para os pesquisadores a submissão de seus estudos a periódicos com alto FI para alcançar uma maior taxa de citação para suas pesquisas (PAIVA et al.

2017).

TANG et al. (2014) elucidam que o Fator de Impacto de um periódico para um determinado ano é calculado dividindo-se o número de citações dos artigos publicados no periódico nos dois anos anteriores, pelo número de artigos “citáveis” publicados no mesmo período. A análise é realizada anualmente pela *Clarivate Analytics* com a denominação de *Journal Citation Reports*. Ressaltam que a classificação pode ser afetada por práticas editoriais distintas, destacando que existe uma maior aceitação de resultados positivos oriundos de ensaios clínicos na oncologia.

Como a citação do artigo científico passou a ser o principal meio de avaliação da qualidade das revistas e de pesquisadores nas diferentes áreas do conhecimento, em especial, na área da saúde, esse modelo pode ser considerado um “*framework*” das análises bibliométricas. Editores de revistas científicas avaliam o potencial de citação dos estudos, ou seja, aqueles que apresentam maior interesse da comunidade científica, e que conseqüentemente aumentam a chance de citação por outros autores (MUGNAINI e CÔRTEZ 2015).

De acordo com VIEIRA e WAINER (2013), os três serviços mais conhecidos e mais amplamente utilizados para contagem de citações obtidas pelos pesquisadores são: *Web of Science* (base de dados de indexação de citações, mantida pela Clarivate Analytics), o Scopus (da Elsevier) e o Scholar (da Google), cada qual apresenta suas particularidades para avaliação das citações.

A *Web of Science* (WoS) oferece acesso confiável e integrado de

pesquisa multidisciplinar, em um número restrito de revistas científicas que são monitoradas, e considera as citações feitas por artigos publicados nestas mesmas revistas. Desta forma, estabelece padrões rigorosos para controle da qualidade de cada revista indexada, o que as torna amplamente requisitadas pelos pesquisadores para divulgação de seus estudos. O Scopus constitui um serviço de contagem de citações mais novo, que considera a indexação de conferências científicas de algumas áreas do conhecimento, e o Scholar, que vincula todos os documentos disponíveis na Web, incluindo as monografias, dissertações e teses (VIEIRA e WAINER 2013). Os autores consideram que, devido às limitações na cobertura das publicações, todos esses serviços podem dificultar a avaliação dos pesquisadores.

Segundo BAR-ILANS (2008), desde 2004 a *Web of Science* deixou de ser o único banco de dados a fornecer citações após o lançamento do Scopus e do Google Scholar - sendo este o mais amplamente acessível e o que não fornece nenhuma informação detalhada sobre o número de registros ou sobre a cobertura de tempo. No entanto, a ferramenta de citação utilizada para calcular o índice-h de cientistas apresenta diferenciações e compromete a avaliação dos mesmos. KULKARNI et al. (2009) reforçou em seu estudo a análise de três revistas médicas - a *Web of Science*, Scopus e Google Scholar - que produziram resultados quantitativa e qualitativamente diferentes para a contagem de citações.

No Brasil, o Qualis é o sistema utilizado para avaliar a qualidade da produção desenvolvida pelos programas de pós-graduação, por meio da

classificação dos periódicos utilizados pelos programas para a divulgação das pesquisas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Trata-se de uma avaliação indireta, na qual o mesmo periódico pode receber diferentes classificações dentro do sistema de A1 a C, dependendo da área enquadrada na avaliação (Ministério da Educação 2018). Compuseram a amostra cinco periódicos com Qualis A1, o que demonstra a superioridade dos mesmos dentro da área de avaliação a qual estão inseridos.

Segundo MUGNAINI e CÔRTEZ (2015), a CAPES desenvolveu o instrumento de avaliação Qualis para compor o sistema de avaliação trienal dos programas de pós-graduação do Brasil, o que permitiu a melhor expressão dos indicadores bibliométricos apresentados pela ciência desenvolvida no país.

De acordo com os autores, o termo bibliometria vem sofrendo alterações, mas em sua essência, busca estudar aspectos quantitativos da produção científica de uma determinada área e a sua disseminação. Fornece subsídios para a concessão de fundos para projetos de pesquisa, avaliação de desempenho de pesquisadores e periódicos, identificação de temas de interesse para publicação em periódicos mais conceituados, entre outros.

O conjunto dessas métricas, atualmente, norteiam o desenvolvimento e a divulgação de pesquisas em todas as áreas do conhecimento, e estabelecem o posicionamento dos pesquisadores no meio acadêmico.

LEÃO et al. (2013) realizou uma análise bibliométrica de estudos

sobre dor desenvolvidos em um instituto de pesquisa brasileiro, com o intuito de avaliar a contribuição dessa produção para o estado da arte referente à temática da dor. Foi observado, entretanto, que a produção nacional, de maneira geral, apresenta grandes desafios não só quantitativos, mas qualitativos, pois a qualidade dessa produção, medida pelo número de citações que um artigo gera nos trabalhos de outros cientistas, após vir a público, continua abaixo da média mundial.

Não se realizou a caracterização e análise intelectual dos autores identificados na amostra, o que sugerimos em posterior avaliação.

6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Frente ao objetivo geral proposto por esta RS, verificou-se que a Escala Visual Analógica foi o instrumento unidimensional mais frequentemente utilizado na avaliação da intensidade da dor na população de pacientes oncológicos; e o Inventário Breve de Dor constitui o mais amplamente utilizado na avaliação multidimensional do quadro álgico, o qual permite a avaliação de diferentes dimensões da dor. É importante enfatizar que resultados oriundos de ensaios clínicos randomizados contribuem com a implementação da prática baseada em evidências, desta forma acreditamos que ambos os instrumentos podem ser aplicados de forma associada na prática clínica.

O primeiro objetivo tratava da avaliação da qualidade interna dos estudos incluídos. Cada um deles foi analisado de acordo com as recomendações do CONSORT, obtendo-se a concordância “quase perfeita” em 26 itens (70,3%) do instrumento. De acordo com o material apresentado, foi utilizado o duplo cegamento em 23 estudos (37,1%), e controle com placebo em 9 estudos (14,5%). Os tipos de cânceres mais avaliados foram os de mama (15,0%), pulmão (14,4%) e gastrintestinal (12,3%); observou-se uma distribuição homogênea quando avaliado a variável “tipo de câncer” por ano de publicação, com exceção dos estudos que não citaram o tipo de câncer que apresentou diferença estatisticamente significativa (p-valor 0,02).

O segundo objetivo contemplava a identificação dos instrumentos descritos, com avaliação da dor em pacientes oncológicos, para a prática

profissional. Foram identificadas 45 escalas de dor, evidenciou-se como mais frequente a Escala Visual Analógica (n=40; 32,3%) e o Inventário Breve de Dor com 16.9% (n=21). Na análise das áreas temáticas - identificadas de acordo com o tema central de cada estudo - 42% foram agrupadas em Terapêutica Medicamentosa, seguidas de 29% em Programa de Educação para a Dor.

O terceiro objetivo abordava a identificação do perfil bibliométrico da produção científica sobre instrumentos de avaliação da dor em pacientes com câncer. De acordo com a revista mais frequente, 8 estudos (12,9%) foram publicados no *Journal of Pain and Symptom Management*. A classificação Qualis variou de A1 a B2, e o Fator de Impacto de 1,252 a 26,303.

Vale ressaltar que a quantidade de instrumentos identificados nos chamou a atenção, embora a maioria não seja conhecida em nosso contexto, os dados revelam a ausência de evidências sobre instrumentos capazes de verdadeiramente avaliarem a dor experienciada por pacientes com câncer. A dor requer avaliação minuciosa e registro sistemático, os quais constituem medidas primordiais para a escolha da terapêutica adequada.

Os resultados nos permitem refletir sobre a necessidade do desenvolvimento de novas investigações:

- Realizar a análise qualitativa dos instrumentos identificados nesta RS, já que o nosso objetivo não fazia referência a esse aspecto.

- Implementar, por meio de pesquisa de campo, um protocolo de

avaliação de dor com a utilização associada do Inventário Breve de Dor e Escala Visual Analógica.

Dessa forma acreditamos que a avaliação sistemática da dor vivenciada de forma crescente por pacientes com câncer, que requerem assistência de serviços de saúde em diferentes contextos, possibilitará a melhor avaliação para a escolha terapêutica e a diminuição de um sintoma que traz tantas repercussões em diferentes circunstâncias da vida.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev Latino-Am Enferm** 2006; 14:271-6.

Bar-Illans J. Which h-index? – A comparison of WoS, Scopus and Google Scholar. **Scientometrics** 2008; 74:257–71.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine** 2000; 25:3186-91.

Blackburn LM, Burns K, Di Giannantoni E, Meade K, O’Leary C, Stiles R. Pain assessment: use of the defense and veterans pain rating scale in patients with cancer. **Clin J Oncol Nurs** 2018; 22:643-8.

Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um Hospital Geral. **Texto Contexto Enfermagem** 2010; 19:283-90.

Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, et al. Assessment of pain. **Br J Anaesthesia** 2008; 101:17-24.

Brasil. Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Retificada em 27 de novembro de 2015. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas dor crônica**. Brasília DF. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/2G88116>> [2018 out 22].

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin** 2018; 68:394-424.

Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. **BMJ** 2012; 345:e5661.

Centre for Reviews and Dissemination. **Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care**. University of York; 2008. Available from: <URL:<https://www.york.ac.uk/crd/>> [2018 jan 12].

Chaudakshetrin P. Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in Cancer Patients. **J Med Assoc Thailand** 2009; 92:34-40.

Chou PL, Lin CC. A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. **J Clin Nurs** 2011; 20:1858-69.

Cleeland CS. **The brief pain inventory: user guide**. The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center 2009. Houston, Texas. Available from: <URL:<https://bit.ly/2uZNAOw>> [2018 nov 12]

Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2015; 20:925-36.

Cork R, Isaac I, Elsharydah A, Saleemi S, Zavisca F, Alexander L. A comparison of the verbal rating scale and the visual analog scale for pain assessment. **Internet J Anesthesiol** 2003; 8:1-3.

De-la-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. [Systematic review: general notions]. **Rev Escola Enferm USP** 2011; 45:1260-6.

Esteitie R. **Fundamentos de pesquisa clínica**. Porto Alegre: AMGH; 2015. Clube de revista: como ler e criticar um artigo; p.15-29.

[FACIT] Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. **Questionnaires**. Elmhurst (USA); 2018. Available from: <URL:<https://bit.ly/1SyaAaK>> [2018 nov 15].

Ferreira VTK. **Caracterização da dor em mulheres com câncer de mama pós-tratamento**. Ribeirão Preto; 2009. [Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Support Care Cancer** 2011; 19: 505-11.

Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeira JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. **Pain** 2011; 152:2399-404.

Ferreira VT, Guirro EC, Dibai-Filho AV, Ferreira SM, de Almeida AM. Characterization of chronic pain in breast cancer survivors using the Mc Gill Pain Questionnaire. **J Bodyw Mov Ther** 2015, 19:651-5.

Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. **AANA J** 1996; 64:133-40.

Gasparini B, Valadão M, Miranda-Filho A, Silva CMFP. Análise do efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer colorretal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no período 1980 a 2014. **Cad Saúde Pública** 2018; 34:e00038017.

Grady D, Cummings SR, Hulley SB. Delineamentos alternativos para o ensaio clínico randomizado e tópicos relacionados à implementação. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB, editores. **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p.161-82.

Higgins JPT, Green S, editores. **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions versão 5.1.0**. Update September 2018 - Version 6. New York: Wiley-Blackwell/The Cochrane Collaboration. Available from: <URL:<http://handbook.cochrane.org>> [2018 nov 15].

[IASP] International Association for the Study of Pain. **Taxonomy**. Washington DC (USA); 2014. Available from: <URL:<https://bit.ly/1yWP7wR>> [2015 abr 12].

Joshi M. Evaluation of pain. **Indian J Anaesthesia** 2006; 50:335-9.

Katz M, Silva E. Como avaliar e interpretar a literatura médica. In: Drummond JP, editor. **Fundamentos da medicina baseada em evidências:teoria e prática**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p.63-78.

Kravitz RL, Tancredi DJ, Street RL Jr, et al. Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): study design and rationale for a tailored education and coaching intervention to enhance care of cancer-related pain. **BMC Cancer** 2009; 9:319.

Klimek L, Bergmann KC, Biedermann T, et al. Visual analogue scales (VAS): measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in every day health care. **Allergo J Int** 2017; 26:16-24.

Kroenke K, Theobald D, Wu J, Loza JK, Carpenter JS, Tu W. The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. **J Pain Symptom Manage** 2010; 40:327-41.

Kulkarni AV, Aziz B, Shams I, Busse JW. Comparisons of Citations in Web of Science, Scopus, and Google Scholar for Articles Published in General Medical Journals. **JAMA** 2009; 302:1092-6.

Lai YH, Guo SL, Keefe FJ, et al. Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain. **Support Care Cancer** 2004; 12:645-52.

Leão LR, Aquarone RL, Rother ET. Pesquisa em dor: análise bibliométrica de publicações científicas de uma Instituição de Pesquisa do Brasil. **Rev Dor** 2013; 14:94-9.

Lima ADMIO, Costa Junior I, Lima JTO, et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. **Rev Dor** 2013; 14:267-71.

Lira RPC. Padrão internacional para relato de ensaios clínicos: CONSORT. In: José Júnior NK, organizador. **Iniciação à pesquisa clínica: guia com reflexões para jovens pesquisadores**. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2015. p.39-57.

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. **Rev Bras Reumatol** 2011; 51:299-308.

Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. **Classificação da produção individual**. Brasília DF; Publicado: Terça, 01 abril 2014, Última Atualização: Sexta, 23 março 2018. Disponível em: <URL:<https://bit.ly/1Gygpnv>> [2018 nov 10].

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados** Brasília: 2012. (Série A: Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:<URL:<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> [2018 jun 15].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2018.

Mugnaini R, Côrtes PL. Bibliometria e avaliação quantitativa de pesquisadores e periódicos. In: José Junior NK. organizador. **Iniciação à pesquisa clínica: guia com reflexões para jovens pesquisadores**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2015. p.83-110.

Ngamkham S, Vincent C, Finnegan L, Holden JE, Wang ZJ, Wilkie DJ. The McGill pain questionnaire as a multidimensional measure in people with cancer: an integrative review. **Pain Manag Nurs** 2012; 13:27-51.

Oldenmenger WH, Geerling JI, Mostovaya I, et al. A systematic review of the effectiveness of patients-based educational interventions to improve cancer-related pain. **Cancer Treat Rev** 2017; 63:96-103.

Oliveira KG, von Zeidler SV, Podestá JR, et al. Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic therapy. **BMC Cancer** 2014; 14:39.

[ONS] Oncology Nursing Society. **Chronic pain**. 2017. Available from: <URL:<https://www.ons.org/pep/chronic-pain>> [2018 fev 02].

Paiva B, Araujo RL, Paiva BS, et. al. What are the personal and professional characteristics that distinguish the researchers who publish in high- and low-impact journals? A multi-national web-based survey. **Ecancermedicalscience** 2017, 11:718.

Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. **Rev Escola Enferm USP** 2003; 37:72-80.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de Dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev Escola Enferm USP** 1996, 30:473-83.

Pimenta CAM, Ferreira KASL. Dor no doente com câncer. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DAM, organizadores. **Dor e cuidados paliativos**. São Paulo: Manole; 2016. p.124-66.

Rodrigues JD, Cruz MS, Paixão AN. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva** 2015, 20:3163-76.

Rother ED. Estratégias de busca em bases de dados para revisões sistemáticas. In: Drumond JP, Silva, E, Katz M, Caumo W, organizadores. **Fundamentos da medicina baseada em evidências: teoria e prática**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p.39-62.

Rubbo AB. **Escala Visual Analógica na avaliação da intensidade da dor pós-operatória de cirurgia bariátrica independente do uso de analgésicos** São Paulo; 2010. [Tese de Doutorado em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo].

Rustøen T, Geerling JI, Pappa T, et al. A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices. **Eur J Oncol Nurs** 2013; 17:95-100.

Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-Am Enferm** [periódico on line] 2007; 15(3). Disponível em: <URL:https://bit.ly/2UTHttH>. [2018 jan 15]

Silveira CS. **A pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa**. Ribeirão Preto; 2005. [Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

Sivaram S, Majumdar G, Perin D, et al. Population-based cancer screening programmes in low-income and middle-income countries: regional consultation of the International Cancer Screening Network in India. **Lancet Oncol** 2018; 19:e113-e22.

Soares CB, Yonekura T. [Systematic review of theories: a tool to evaluate and analyze selected studies]. **Rev Escola Enferm USP** 2011; 45:1507-14.

Sousa FAES, Silva JA. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Rev Dor** 2004; 5:408-29.

Sousa FAES, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Rev Latino-Am Enferm** 2010; 18:3-10.

Tang PA, Pond GR, Welch S, Chen EX. Factors associated with publication of randomized phase III cancer trials in journals with a high impact factor. **Curr Oncol** 2014; 21:e564-e72.

Torrance GW, Feeny D, Furlong W. Visual analog scales: do they have a role in the measurement of preferences for health states? **Med Decision Making** 2001; 21:329-34.

Tsukazan MTR, Vigo A, Silva VD, Barrios CH, Rios JO, Pinto JAF. Câncer de pulmão: mudanças na histologia, sexo e idade nos últimos 30 anos no Brasil. **J Bras Pneumol** 2017; 43:363-7.

Vieira AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the Kappa Statistic. **Family Med** 2005; 37:360-3.

Vieira PVM, Wainer J. Correlações entre a contagem de citações de pesquisadores brasileiros, usando o Web of Science, Scopus e Scholar. **Perspec Ciência Informação** 2013; 18:45-60.

Villela DL. **Terapia tópica de úlceras crônicas de perna com plasma rico em plaquetas – PRP: revisão sistemática da literatura**. São Paulo; 2007 [Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Wilkie DJ, Williams AR, Grevstad P, Mekwa J. Coaching persons with lung cancer to report sensory pain: literature review and pilot study findings. **Cancer Nurs** 1995; 18:7-15.

Wong GY, Schroeder DR, Carns PE, et al. Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: a randomized controlled trial. **JAMA** 2004; 291:1092-9.

Zandonai AP. **Adaptação transcultural e validação do instrumento chemotherapy-induced peripheral**. Ribeirão Preto; 2015. [Tese de Doutorado-Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].

8 ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

- 1 Ahmedzai SH, et al. Long-term safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged-release tablets in patients with moderate-to-severe chronic cancer pain. **Support Care Cancer** 2015; 23:823-30.
- 2 Albertsen BK, et al. Pain intensity and bioavailability of intramuscular asparaginase and a local anesthetic: a double-blinded study. **Pediatr Blood Cancer** 2005; 44:255-8.
- 3 Alimi D, et al. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. **J Clin Oncol** 2003; 21:4120-6.
- 4 Amr YM, Makharita MY. Comparative study between 2 protocols for management of severe pain in patients with unresectable pancreatic cancer: one-year follow-up. **Clin J Pain** 2013; 29:807-13.
- 5 Banerjee M, et al. A comparative study of efficacy and safety of gabapentin versus amitriptyline as coanalgesics in patients receiving opioid analgesics for neuropathic pain in malignancy. **Ind J Pharmacol** 2013; 45:334-8.
- 6 Batalha LM, Mota AA. Massage in children with cancer: effectiveness of a protocol. **J Pediatr** 2013; 89:595-600.
- 7 Bruera E, et al. A randomized double-blind crossover trial of intravenous lidocaine in the treatment of neuropathic cancer pain. **J Pain Symptom Manage** 1992; 7:138-40.

- 8 Capewell C, et al. Brief DVD-based educational intervention for patients with cancer pain: feasibility study. **Pall Med** 2010; 24:616-22.
- 9 Chen H, et al. Electroacupuncture treatment for pancreatic cancer pain: a randomized controlled trial. **Pancreatology** 2013; 13:594-7.
- 10 Cheville AL, et al. Use of a lidocaine patch in the management of postsurgical neuropathic pain in patients with cancer: a phase III double-blind crossover study (N01CB). **Support Care Cancer** 2009; 17:451-60.
- 11 Chow E, et al. Impact of reirradiation of painful osseous metastases on quality of life and function: a secondary analysis of the NCIC CTG SC.20 randomized trial. **J Clin Oncol** 2014; 32:3867-73.
- 12 Cote M, et al. Improving quality of life with nabilone during radiotherapy treatments for head and neck cancers: a randomized double-blind placebo-controlled trial. **Ann Otol Rhinol Laryngol** 2016; 125:317-24.
- 13 Dale O, et al. A double-blind, randomized, crossover comparison between single-dose and double-dose immediate-release oral morphine at bedtime in cancer patients. **J Pain Symptom Manage** 2009; 37:68-76.
- 14 De Wit R, et al. Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain. **Eur J Pain** 2001; 5:241-56.
- 15 Deng G, et al. Randomized controlled trial of a special acupuncture technique for pain after thoracotomy. **J Thorac Cardiovasc Surg** 2008; 136:1464-9.

- 16 Du Pen SL, et al. Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial. **J Clin Oncol** 1999; 17:361-70.
- 17 Ernst DS, et al. A randomized, controlled trial of intravenous clodronate in patients with metastatic bone disease and pain. **J Pain Symptom Manage** 1997; 13:319-26.
- 18 Finn JW, et al. Placebo-blinded study of morphine sulfate sustained-release tablets and immediate-release morphine sulfate solution in outpatients with chronic pain due to advanced cancer. **J Clin Oncol** 1993; 11:967-72.
- 19 Gamal G, Helaly M, Labib YM. Superior hypogastric block: transdiscal versus classic posterior approach in pelvic cancer pain. **Clin J Pain** 2006; 22:544-7.
- 20 Gao L, et al. A randomized clinical trial of nerve block to manage end-stage pancreatic cancerous pain. **Tumor Biol** 2014; 35:2297-301.
- 21 Grigoras A, et al. Perioperative intravenous lidocaine decreases the incidence of persistent pain after breast surgery. **Clin J Pain** 2012; 28:567-72.
- 22 Gungorduk K, et al. Does lubrication of the vaginal speculum reduce pain during a gynecologic oncology examination? **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2015; 184: 84-88.
- 23 Hamouda WE, Roshdy W, Teema M. Single versus conventional fractionated radiotherapy in the palliation of painful bone metastases. **Gulf J Oncol** 2007; 1:35-41.

- 24 Hays H, et al. Comparative clinical efficacy and safety of immediate release and controlled release hydromorphone for chronic severe cancer pain. **Cancer** 1994; 74:1808-16.
- 25 Ilfeld BM, et al. Persistent postmastectomy pain and pain-related physical and emotional functioning with and without a continuous paravertebral nerve block: a prospective 1-year follow-up assessment of a randomized, triple-masked, placebo-controlled study. **Ann Surg Oncol** 2015; 22:2017-25.
- 26 Kalauokalani D, et al. Can patient coaching reduce racial/ethnic disparities in cancer pain control? Secondary analysis of a randomized controlled trial. **Pain Med** 2007; 8:17-24.
- 27 Kalso E, Tasmuth T, Neuvonen PJ. Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer. **Pain** 1996; 64:293-02.
- 28 KIM, B, et al. The efficacy of topical bupivacaine and triamcinolone acetone injection in the relief of pain after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasia: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. **Surg Endosc** 2015; 29:714-22.
- 29 Kravitz RL, et al. Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): study design and rationale for a tailored education and coaching intervention to enhance care of cancer-related pain. **BMC Cancer** 2009; 9:319.
- 30 Kroenke K, et al. The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. **J Pain Symptom Manage** 2010; 40:327-41.

- 31 Lai YH, et al. Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain. **Support Care Cancer** 2004; 12:645-52.
- 32 Lee SM, et al. Early rehabilitation versus conventional care after laparoscopic rectal surgery: a prospective, randomized, controlled trial. **Surg Endosc** 2013; 27:3902-9.
- 33 Li XM, et al. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. **Breast Cancer Res Treat** 2011; 128:411-9.
- 34 Lopez-Sendin N, et al. Effects of physical therapy on pain and mood in patients with terminal cancer: a pilot randomized clinical trial. **J Altern Complement Med** 2012; 18:480-6.
- 35 Lovell MR, et al. A randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain. **J Pain Symptom Manage** 2010; 40:49-59.
- 36 Marec-Berard P, et al. A positioning pillow to improve lumbar puncture success rate in paediatric haematology-oncology patients: a randomized controlled trial. **BMC Cancer** 2009; 9:21.
- 37 Mercadante S, et al. Analgesic effect of intravenous ketamine in cancer patients on morphine therapy: a randomized, controlled, double-blind, crossover, double-dose study. **J Pain Symptom Manage** 2000; 20:246-52.
- 38 Mess E, et al. Assessment of quality of life, pain and effectiveness of treatment in palliative care patients. **Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku** 2005; 50(suppl 1):207-9.

- 39 Miaskowski C, et al. The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management. **Pain** 2007; 129:55-63.
- 40 Moinpour CM, Donaldson GW, Nakamura Y. Chemotherapeutic impact on pain and global health-related quality of life in hormone-refractory prostate cancer: Dynamically Modified Outcomes (DYNAMO) analysis of a randomized controlled trial. **Quality Life Res** 2009; 18:147-55.
- 41 Monsereenusorn C, Rujkijyanont P, Traivaree C. The clinical effect of fentanyl in comparison with ketamine in analgesic effect for oncology procedures in children: a randomized, double-blinded, crossover trial. **J Med Assoc Thailand** 2015; 98:358-64.
- 42 Pandazi A, et al. Preincisional versus postincisional administration of parecoxib in colorectal surgery: effect on postoperative pain control and cytokine response: a randomized clinical trial. **World J Surg** 2010; 34:2463-9.
- 43 Rica MA, et al. Preemptive ropivacaine local anaesthetic infiltration versus postoperative ropivacaine wound infiltration in mastectomy: postoperative pain and drain outputs. **Asian J Surg** 2007; 30:34-9.
- 44 Soden K, et al. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. **Pall Med** 2004; 18:87-92.
- 45 Suh SY, et al. Caffeine as an adjuvant therapy to opioids in cancer pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **J Pain Symptom Manage** 2013; 46:474-82.

- 46 Tasmacioglu B, et al. Effect of intravenous administration of paracetamol on morphine consumption in cancer pain control. **Support Care Cancer** 2009; 17:1475-81.
- 47 Tikuisis R, et al. Intravenous lidocaine for post-operative pain relief after hand-assisted laparoscopic colon surgery: a randomized, placebo-controlled clinical trial. **Tech Coloproctol** 2014; 18:373-80.
- 48 Weinstein SM, et al. A spicamycin derivative (KRN5500) provides neuropathic pain relief in patients with advanced cancer: a placebo-controlled, proof-of-concept trial. **J Pain Symptom Manage** 2012; 43:679-93.
- 49 Wilkie DJ, et al. Coaching persons with lung cancer to report sensory pain. Literature review and pilot study findings. **Cancer Nurs** 1995; 18:7-15.
- 50 Williams JE, et al. Routine screening for pain combined with a pain treatment protocol in head and neck cancer: a randomised controlled trial. **Br J Anaesth** 2015; 115:621-8.
- 51 Wong GY, et al. Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: a randomized controlled trial. **JAMA** 2004; 291:1092-9.
- 52 Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. **Pain Manag Nurs** 2009; 10:220-8.
- 53 Albertsen B, et al. Pain intensity and bioavailability of intramuscular asparaginase and a local anesthetic: a double-blinded study. **Pediatr Blood Cancer** 2005; 44:255-8.

- 54 Chou P, Lin C. A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. **J Clin Nurs** 2011; 20:1858-69.
- 55 Kroenke K, et al. Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. **JAMA** 2010; 304:163-71.
- 56 Lai Y, et al. Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain. **Support Care Cancer** 2004; 12:645-52.
- 57 Oldenmenger W, et al. A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: a randomized controlled trial. **Pain** 2011; 152:2632-9.
- 58 Syrjala K, et al. Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial. **Pain** 2008; 135:175-86.
- 59 Syrjala, K, Cummings C, Donaldson G. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. **Pain** 1992; 48:137-46.
- 60 Wit R, et al. Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain. **Eur J Pain** 2001; 5:241-56.

- 61 Wit R, et. al. The Amsterdam Pain Management Index compared to eight frequently used outcome measures to evaluate the adequacy of pain treatment in cancer patients with chronic pain. **Pain** 2001; 91:339-49.

- 62 Takiguchi S, et al. Laparoscopy-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy: a prospective randomized single-blind study. **World J Surg** 2013; 37:2379-86.

Anexo 1 - Formulário para Extração dos Dados (Versão em papel)

Número do artigo (cód)_____	Fonte consultada_____
1. Título: _____	
2. Revista: _____	Ano: _____ Vol. _____ N. _____
Página _____	Idioma _____
3. Autores: _____	

4. Formação do autor principal: _____	
5. Local de atuação: _____	
6. Objetivos: _____	
7. Amostra: _____	Sexo: _____ Idade: _____
8. Tipo de Intervenção: _____	

9. Desenho metodológico: _____	
10. Resultados: _____	

11. Conclusões: _____	

Anexo 2 – CONSORT 2010 (Versão em papel)



Lista de informações CONSORT 2010 para incluir no relatório de um estudo randomizado

Seção/Tópico	Item No	Itens da Lista	Relatado na pg No
Título e Resumo			
	1a	Identificar no título como um estudo clínico randomizado	_____
	1b	Resumo estruturado de um desenho de estudo, métodos, resultados e conclusões para orientação específica, consulte CONSORT para resumos	_____
Introdução			
Fundamentação e objetivos			
	2a	Fundamentação científica e explicação do raciocínio	_____
	2b	Objetivos específicos ou hipóteses	_____
Métodos			
Desenho do estudo			
	3a	Descrição do estudo clínico (como paralelo, factorial) incluindo a taxa de alocação	_____
	3b	Alterações importantes nos métodos após ter iniciado o estudo clínico (como critérios de elegibilidade), com as razões	_____
Participantes			
	4a	Critérios de elegibilidade para participantes	_____
	4b	Informações e locais de onde foram coletados os dados	_____
Intervenções			
	5	As intervenções de cada grupo com detalhes suficientes que permitam a replicação, incluindo como e quando eles foram realmente administrados	_____
Desfechos			
	6a	Medidas completamente pré-especificadas definidas de desfechos primários e secundários, incluindo como e quando elas foram avaliadas	_____
	6b	Quaisquer alterações nos desfechos após o estudo clínico ter sido iniciado, com as razões	_____
Tamanho da amostra			
	7a	Como foi determinado o tamanho da amostra	_____
	7b	Quando aplicável, deve haver uma explicação de qualquer análise de interim e diretrizes de encerramento	_____
Randomização:			
Seqüência geração			
	8a	Método utilizado para geração de seqüência randomizada de alocação	_____
	8b	Tipos de randomização, detalhes de qualquer restrição (tais como randomização por blocos e tamanho do bloco)	_____
Alocação mecanismo de ocultação			
	9	Mecanismo utilizado para implementar a seqüência de alocação randomizada (como recipientes numerados seqüencialmente), descrevendo os passos seguidos para a ocultação da seqüência até as intervenções serem atribuídas	_____

Implementação	10	Quem gerou a seqüência de alocação randomizada, quem inscreveu os participantes e quem atribuiu as intervenções aos participantes	_____
Cegamento	11a	Se realizado, quem foi cegado após as intervenções serem atribuídas (ex. Participantes, cuidadores, assessores de resultado) e como	_____
	11b	Se relevante, descrever a semelhança das intervenções	_____
Métodos estatísticos	12a	Métodos estatísticos utilizados para comparar os grupos para desfechos primários e secundários	_____
	12b	Métodos para análises adicionais, como análises de subgrupo e análises ajustadas	_____
Resultados			
Fluxo de participantes (é fortemente recomendado a utilização de um diagrama)	13a	Para cada grupo, o número de participantes que foram randomicamente atribuídos, que receberam o tratamento pretendido e que foram analisados para o desfecho primário	_____
	13b	Para cada grupo, perdas e exclusões após a randomização, junto com as razões	_____
Recrutamento	14a	Definição das datas de recrutamento e períodos de acompanhamento	_____
	14b	Dizer os motivos de o estudo ter sido finalizado ou interrompido	_____
Dados de Base	15	Tabela apresentando os dados de base demográficos e características clínicas de cada grupo	_____
	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluídos em cada análise e se a análise foi realizada pela atribuição original dos grupos	_____
Desfechos e estimativa	17a	Para cada desfecho primário e secundário, resultados de cada grupo e o tamanho efetivo estimado e sua precisão (como intervalo de confiança de 95%)	_____
	17b	Para desfechos binários, é recomendada a apresentação de ambos os tamanhos de efeito, absolutos e relativos	_____
Análises auxiliares	18	Resultados de quaisquer análises realizadas, incluindo análises de subgrupos e análises ajustadas, distinguindo-se as pré-especificadas das exploratórias	_____
Danos	19	Todos os importantes danos ou efeitos indesejados em cada grupo (observar a orientação específica CONSORT para danos)	_____
Discussão			
Limitações	20	Limitações do estudo clínico, abordando as fontes dos potenciais vieses, imprecisão, e, se relevante, relevância das análises	_____
Generalização	21	Generalização (validade externa, aplicabilidade) dos achados do estudo clínico	_____
Interpretação	22	Interpretação consistente dos resultados, balanço dos benefícios e danos, considerando outras evidências relevantes	_____

Outras informações

Registro	23	Número de inscrição e nome do estudo clínico registrado	_____
Protocolo	24	Onde o protocolo completo do estudo clínico pode ser acessado, se disponível	_____
Fomento	25	Fontes de financiamento e outros apoios (como abastecimento de drogas), papel dos financiadores	_____

* Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também recomendamos a leitura das extensões do CONSORT para estudos cluster randomizados, estudos de não-inferioridade e de equivalência, tratamentos não-farmacológicos, intervenções de ervas e estudos pragmáticos. Extensões adicionais estão por vir: para aquelas e até dados de referências relevantes a esta lista de informações, ver www.consort-statement.org.

Apêndice 1 - Quadros

Quadro 1 - Caracterização dos artigos incluídos na revisão

Artigo	Título	Autores	Periódico	País	Ano	Fonte
A1	<i>Long-term safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged-release tablets in patients with moderate-to-severe chronic cancer pain.</i>	AHMEDZAI, S. H. et al. 7 autores	Support Care Cancer	Polônia Inglaterra Alemanha (autores)	2015	PUBMED
A2	<i>Pain intensity and bioavailability of intramuscular asparaginase and a local anesthetic: a double-blinded study.</i>	ALBERTSEN, B. K. et al. 5 autores	Pediatr Blood Cancer	Dinamarca	2005	PUBMED
A3	<i>Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial.</i>	ALIMI, D. et al. 6 autores	Journal of Clinical Oncology	França	2003	PUBMED
A4	<i>Comparative study between 2 protocols for management of severe pain in patients with unresectable pancreatic cancer: one-year follow-up.</i>	AMR, Y. M.; MAKHARITA, M. Y.	Clinical Journal Pain	Egito	2013	PUBMED
A5	<i>Comparative study of efficacy and safety of gabapentin versus amitriptyline as coanalgesics in patients receiving opioid analgesics for neuropathic pain in malignancy.</i>	BANERJEE, M. et al.	Indian Journal Pharmacology	Índia	2013	PUBMED
A6	<i>Massage in children with cancer: effectiveness of a protocol.</i>	BATALHA, L. M.; MOTA, A. A.	Jornal de Pediatria	Portugal	2013	PUBMED
A7	<i>mized double-blind crossover trial of intravenous lidocaine in the treatment of neuropathic cancer pain.</i>	BRUERA, E. et al. 5 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Canadá	1992	PUBMED
A8	<i>Brief DVD-based educational intervention for patients with cancer pain: feasibility study.</i>	CAPEWELL, C. et al. 4 autores	Palliative Medicine	Reino Unido	2015	PUBMED
A9	<i>Electroacupuncture treatment for pancreatic cancer pain: a randomized controlled trial.</i>	CHEN, H. et al. 6 autores	Pancreatology	China	2013	PUBMED
A10	<i>Use of a lidocaine patch in the management of postsurgical neuropathic pain in patients with cancer: a phase III double-blind crossover study (N01CB).</i>	CHEVILLE, A. L. et al. 11 autores	Support Care Cancer	Estados Unidos	2009	PUBMED

A11	<i>Impact of reirradiation of painful osseous metastases on quality of life and function: a secondary analysis of the NCIC CTG SC.20 randomized trial.</i>	CHOW, E. et al. 16 autores	<i>Jurnal Clinical Oncology</i>	Estados Unidos	2014	PUBMED
A12	<i>Improving Quality of Life With Nabilone During Radiotherapy Treatments for Head and Neck Cancers: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial.</i>	COTE, M. et al. 4 autores	<i>Annals of Otology, Rhinology & Laryngology</i>	Canadá	2016	PUBMED
A13	<i>A double-blind, randomized, crossover comparison between single-dose and double-dose immediate-release oral morphine at bedtime in cancer patients.</i>	DALE, O. et al. 6 autores	<i>Journal of Pain Symptom Management</i>	Noruega	2009	PUBMED
A14	<i>Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain.</i>	DE WIT, R. et al. 9 autores	<i>European Journal of Pain</i>	Países Baixos	2001	PUBMED
A15	<i>Randomized controlled trial of a special acupuncture technique for pain after thoracotomy.</i>	DENG, G. et al. 12 autores	<i>The Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery</i>	Estados Unidos	2008	PUBMED
A16	<i>Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial.</i>	DU PEN, S. L. et al. 9 autores	<i>Journal Clinical Oncology</i>	Estados Unidos	1999	PUBMED
A17	<i>A randomized, controlled trial of intravenous clodronate in patients with metastatic bone disease and pain.</i>	ERNST, D. S. et al. 6 autores	<i>Journal Pain Symptom Management</i>	Canadá	1997	PUBMED
A18	<i>Placebo-blinded study of morphine sulfate sustained-release tablets and immediate-release morphine sulfate solution in outpatients with chronic pain due to advanced cancer.</i>	FINN, J. W. et al. 6 autores	<i>Journal Clinical Oncology</i>	Estados Unidos	1993	PUBMED
A19	<i>Superior hypogastric block: transdiscal versus classic posterior approach in pelvic cancer pain.</i>	GAMAL, G.; HELALY, M.; LABIB, Y. M.	<i>Clinical Journal Pain</i>	Egito	2006	PUBMED
A20	<i>A randomized clinical trial of nerve block to manage end-stage pancreatic cancerous pain.</i>	GAO, L. et al. 7 autores	<i>Tumor Biology</i>	China	2013	PUBMED
A21	<i>Perioperative intravenous lidocaine decreases the incidence of persistent pain after breast surgery.</i>	GRIGORAS, A. et al. 4 autores	<i>Clinical Journal Pain</i>	Irlanda	2012	PUBMED
A22	<i>Does lubrication of the vaginal speculum reduce pain during a gynecologic oncology examination?</i>	GUNGORDUK, K. et al. 4 autores	<i>European Journal Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology</i>	Turquia	2015	PUBMED

A23	<i>Single versus conventional fractionated radiotherapy in the palliation of painful bone metastases.</i>	HAMOUDA, W. E.; ROSHDY, W.; TEEMA, M.	Gulf J Oncolog	Egito	2007	PUBMED
A24	<i>Comparative clinical efficacy and safety of immediate release and controlled release hydromorphone for chronic severe cancer pain.</i>	HAYS, H. et al. 7 autores	Cancer	Canadá	1994	PUBMED
A25	<i>Persistent postmastectomy pain and pain-related physical and emotional functioning with and without a continuous paravertebral nerve block: a prospective 1-year follow-up assessment of a randomized, triple-masked, placebo-controlled study.</i>	ILFELD, B. M. et al. 13 autores	Annals of Surgical Oncology	Estados Unidos	2015	PUBMED
A26	<i>Can patient coaching reduce racial/ethnic disparities in cancer pain control? Secondary analysis of a randomized controlled trial.</i>	KALAUOKALANI, D. et al. 5 autores	Pain Medicine	Estados Unidos	2007	PUBMED
A27	<i>Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer.</i>	KALSO, E.; TASMUTH, T.; NEUVONEN, P. J.	Pain	Finlândia	1995	PUBMED
A28	<i>The efficacy of topical bupivacaine and triamcinolone acetonide injection in the relief of pain after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasia: a randomized double-blind, placebo-controlled trial.</i>	KIM, B. et al. 7 autores	Surgical Endoscopy	Coreia do Sul	2015	PUBMED
A29	<i>Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): study design and rationale for a tailored education and coaching intervention to enhance care of cancer-related pain.</i>	KRAVITZ, R. L. et al. 11 autores	BMC Cancer	Estados Unidos	2009	PUBMED
A30	<i>The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients.</i>	KROENKE, K. et al. 6 autores	Journal Pain Symptom Manage	Estados Unidos	2010	PUBMED
A31	<i>Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain.</i>	LAI, Y. H. et al. 7 autores	Support Care Cancer	Taiwan	2004	PUBMED
A32	<i>Early rehabilitation versus conventional care after laparoscopic rectal surgery: a prospective, randomized, controlled trial.</i>	LEE, S. M. et al. 7 autores	Surg Endosc	Coreia do Sul	2013	PUBMED

A33	<i>Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial.</i>	LI, X. M. et al. 6 autores	Breast Cancer Research Treatment	China	2011	PUBMED
A33	<i>Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial.</i>	LI, X. M. et al. 6 autores	Breast Cancer Research Treatment	China	2011	PUBMED
A34	<i>Effects of physical therapy on pain and mood in patients with terminal cancer: a pilot randomized clinical trial.</i>	LOPEZ-SENDIN, N. et al. 4 autores	Journal of Alternative and Complementary Medicine	Espanha	2012	PUBMED
A35	<i>A randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain.</i>	LOVELL, M. R. et al. 10 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Canadá	2010	PUBMED
A36	<i>A positioning pillow to improve lumbar puncture success rate in paediatric haematology-oncology patients: a randomized controlled trial.</i>	MAREC-BERARD, P. et al. 9 autores	BMC Cancer	França	2009	PUBMED
A37	<i>Analgesic effect of intravenous ketamine in cancer patients on morphine therapy: a randomized, controlled, double-blind, crossover, double-dose study.</i>	MERCADANTE, S. et al. 4 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Itália	2000	PUBMED
A38	<i>Assessment of quality of life, pain and effectiveness of treatment in palliative care patients.</i>	MESS, E. et al. 4 autores	Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku	Polónia	2005	PUBMED
A39	<i>The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management.</i>	MIASKOWSKI, C. et al. 7 autores	Pain	Estados Unidos	2007	PUBMED
A40	<i>Chemotherapeutic impact on pain and global health-related quality of life in hormone-refractory prostate cancer: Dynamically Modified Outcomes (DYNAMO) analysis of a randomized controlled trial.</i>	MOINPOUR, C. M.; DONALDSON, G. W.; NAKAMURA, Y.	Qual Life Res	Estados Unidos	2009	PUBMED
A41	<i>The clinical effect of fentanyl in comparison with ketamine in analgesic effect for oncology procedures in children: a randomized, double-blinded, crossover trial.</i>	MONSEREENUSORN, C.; RUJKIJANONT, P.; TRAIVAREE, C.	J Med Assoc Thai	Tailândia	2015	PUBMED

A42	<i>Preincisional versus postincisional administration of parecoxib in colorectal surgery: effect on postoperative pain control and cytokine response. A randomized clinical trial.</i>	PANDAZI, A. et al.	World Journal Surgery	Grécia	2010	PUBMED
A43	<i>Preemptive ropivacaine local anaesthetic infiltration versus postoperative ropivacaine wound infiltration in mastectomy: postoperative pain and drain outputs.</i>	RICA, M. A. et al. 4 autores	Asian Journal of Surgery	Malásia	2007	PUBMED
A44	<i>A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting.</i>	SODEN, K. et al. 5 autores	Palliative Medicine	Reino Unido	2004	PUBMED
A45	<i>Caffeine as an adjuvant therapy to opioids in cancer pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.</i>	SUH, S. Y. et al. 9 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Coreia	2013	PUBMED
A46	<i>Effect of intravenous administration of paracetamol on morphine consumption in cancer pain control.</i>	TASMACIOGLU, B. et al. 6 autores	Support Care Cancer	Turquia	2009	PUBMED
A47	<i>Intravenous lidocaine for post-operative pain relief after hand-assisted laparoscopic colon surgery: a randomized, placebo-controlled clinical trial.</i>	TIKUISIS, R. et al. 6 autores	Tech Coloproctol	Lituânia	2013	PUBMED
A48	<i>A spicamycin derivative (KRN5500) provides neuropathic pain relief in patients with advanced cancer: a placebo-controlled, proof-of-concept trial.</i>	WEINSTEIN, S. M. et al. 6 autores	Journal of Pain and Symptom Management	Estados Unidos	2012	PUBMED
A49	<i>Coaching persons with lung cancer to report sensory pain. Literature review and pilot study findings.</i>	WILKIE, D. J. et al. 4 autores	Cancer Nursing	Estados Unidos	1995	PUBMED
A50	<i>Routine screening for pain combined with a pain treatment protocol in head and neck cancer: a randomised controlled trial.</i>	WILLIAMS, J. E. et al. 11 autores	British Journal of Anaesthesia	Inglaterra	2015	PUBMED
A51	<i>Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: a randomized controlled trial.</i>	WONG, G. Y. et al. 8 autores	Jama	Estados Unidos	2004	PUBMED
A52	<i>Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients.</i>	YILDIRIM, Y. K.; CICEK, F.; UYAR, M.	Pain Management Nursing	Turquia	2009	PUBMED

A53	<i>Pain intensity and bioavailability of intramuscular asparaginase and a local anesthetic: a double-blinded study.</i>	ALBERTSEN, B. et al. 5 autores	<i>Pediatric Blood & Cancer</i>	Dinamarca	2005	COCHRANE
A54	<i>A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial.</i>	CHOU, P.; LIN, C.	<i>Journal of clinical nursing</i>	Taiwan	2011	COCHRANE
A55	<i>Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial.</i>	KROENKE, K. et. al. 7 autores	<i>Jama</i>	Estados Unidos	2010	COCHRANE
A56	<i>Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain.</i>	LAI, Y. et. al. 7 autores	<i>Support Care Cancer</i>	Taiwan	2004	COCHRANE
A57	<i>A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: a randomized controlled trial.</i>	OLDENMENGER, W. et. al 5 autores	<i>Pain</i>	Bélgica e Holanda	2011	COCHRANE
A58	<i>Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial.</i>	SYRJALA, K. et. al. 16 autores	<i>Pain</i>	Estados Unidos	2008	COCHRANE
A59	<i>Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial.</i>	SYRJALA, K.; CUMMINGS, C.; DONALDSON, G.	<i>Pain</i>	Estados Unidos	1992	COCHRANE
A60	<i>Improving the quality of pain treatment by a tailored pain education programme for cancer patients in chronic pain.</i>	WIT, R. de et al. 9 autores	<i>European Journal of Pain</i>	Bélgica e Holanda	2001	COCHRANE
A61	<i>The Amsterdam Pain Management Index compared to eight frequently used outcome measures to evaluate the adequacy of pain treatment in cancer patients with chronic pain.</i>	WIT, R. de et al. 8 autores	<i>Pain</i>	Bélgica e Holanda	2001	COCHRANE
A62	<i>Laparoscopy-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy. A prospective randomized single-blind study.</i>	TAKIGUCHI, S. et al. 8 autores	<i>World Journal of Surgery</i>	Japão	2013	EMBASE

Quadro 2 - Dados metodológicos dos artigos incluídos na revisão

	Objetivos	Tipo de Estudo	Amostra	Sexo	Idade	Tipo de Câncer
A1	Avaliar a eficácia e segurança de oxycodone/naloxena em tabletes de efeito prolongado, e seu impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer, com dor crônica moderada e severa.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	128 pacientes	M – 68 F – 60	Média 62,5 anos	Não cita
A2	Avaliar a administração combinada de asparaginase com lidocaína para avaliar a intensidade da dor e a biodisponibilidade da asparaginase.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	12 crianças (17 ciclos de tratamento)	M e F	2 a 14 anos	Não cita
A3	Avaliar a eficácia da acupuntura auricular na diminuição da intensidade da dor em pacientes com câncer.	Estudo rando-mizado por blocos (blindado).	90 pacientes	F	37 a 80 anos	Cabeça e pescoço, Mama, Pulmão Outros
A4	Comparar o controle de dor intensa, primeiramente com medicamentos seguido de bloqueio do plexo celíaco, com os resultados obtidos quando o bloqueio celíaco foi realizado primeiro seguido de farmacoterapia; o impacto e a duração do alívio da dor, o efeito sobre a qualidade de vida e os requisitos analgésicos foram analisados.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	71 pacientes (grupo I – 35 grupo II – 36)	F e M	Média de 58 anos	Pâncreas
A5	Avaliar a eficácia e a segurança da gabapentina e da amitriptilina juntamente com opióides em pacientes que sofrem de dor neuropática maligna.	Ensaio clínico randomizado.	88 pacientes	F e M	18 a 70 anos	Cabeça e pescoço, Pulmão, Mama Cérvix, (só pacientes paliativos)
A6	Avaliar a eficácia de um protocolo de massagem no alívio da dor na criança internada com patologia oncológica.	Ensaio clínico randomizado com cegamento simples	52 pacientes	F e M	10 a 18 anos	Leucemias, Linfomas Sarcomas
A7	Avaliar a eficácia analgésica da lidocaína intravenosa no tratamento da dor neuropática em pacientes com câncer avançado.	Ensaio clínico, duplo cego, crossover, controlado por placebo.	11 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Pulmão Mama, Linfoma
A8	Avaliar a viabilidade de uma intervenção educacional com DVD, com conteúdo sobre controle da dor no câncer para pacientes em cuidados paliativos.	Ensaio clínico randomizado.	15 pacientes 10 cuidadores	F e M	Média 65 anos	Mama, Gastrointestinal Geniturinário, Pulmão Cabeça e pescoço
A9	Avaliar o efeito analgésico da eletroacupuntura na dor de pacientes com câncer de pâncreas.	Ensaio clínico randomizado.	60 pacientes	F e M	18 a 75 anos	Pâncreas
A10	Avaliar se a emplastro de lidocaína (Lidoderm) pode promover alívio da dor em pacientes com câncer que apresentam dor pós-cirúrgica persistente na incisão.	Ensaio clínico randomizado, com 2 períodos de crossover e duplo cegamento.	28 pacientes	F e M	Média de 61 anos	Mama Pulmão

A11	Avaliar se aliviar a dor com terapia de radiação é um tratamento eficaz para pacientes com metástases ósseas, e se melhora a percepção do paciente sobre a qualidade de vida.	Ensaio clínico randomizado, comparativo.	850 pacientes	F e M	Média de 65 anos	Próstata, Mama, Pulmão Rim, Cólon, Esôfago, Reto, Outros
A12	Comparar o efeito do Nabilone versus placebo na qualidade de vida, e efeitos colaterais durante a radioterapia para carcinomas de cabeça e pescoço.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	56 pacientes	F e M	Média de 63 anos	Carcinoma de cabeça e pescoço
A13	Avaliar a dor média noturna em uma escala de 0 a 10 após o uso de dupla dose de morfina de alívio imediato, ou dose única de morfina repetida a cada 4 horas; assim como analisar a qualidade do sono, os efeitos colaterais e a preferência dos pacientes.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, <i>crossover</i> .	22 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Mama, Pulmão, Gastrointestinal, Fígado, Rim Bexiga, Próstata, Hematológico
A14	Avaliar os efeitos de um Programa de Educação Contra a Dor (PEP) sobre a adequação do tratamento da dor, e descrever as características que prevêm mudanças na adequação.	Ensaio clínico randomizado, pré e pós-teste.	313 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Cavidade Oral, Órgãos digestivos, Peritônio, Pulmão Mama, Ossos, Pele Outros
A15	Teve como objetivo determinar se uma técnica de acupuntura desenvolvida para uma população de oncologia cirúrgica reduz a dor ou o uso de analgésicos após toracotomia, em comparação com uma técnica de acupuntura padrão.	Ensaio clínico randomizado, com cegamento dos sujeitos. <i>Sham-controlled</i>	106 pacientes	F	Média de 64 anos	Não cita
A16	Comparar o algoritmo de dor de câncer com o padrão da prática, que foi definida como a avaliação atual da dor e decisões de escolha de drogas analgésicas tomadas por oncologistas comunitários na sua prática diária de oncologia.	Ensaio clínico randomizado.	96 pacientes	F e M	Média de 76 anos	Mama, Próstata
A17	Confirmar a eficácia analgésica de duas doses de clodronato em pacientes com metástase óssea e dor refratária, e seu impacto na mensuração da dor.	Ensaio clínico randomizado, triplo cego, <i>crossover</i> .	59 inicial 46 pacientes (amostra final)	F e M	Média 63 de anos	Mama, Próstata, Desconhecido, Mieloma Múltiplo, Rim, Pulmão, Outros
A18	Comparar a eficácia analgésica e segurança da morfina oral de liberação imediata com a formulação de morfina de liberação lenta em 12 horas.	<i>Crossover</i> , duplo cego, com cegamento do placebo (double-blind, placebo-blinded, <i>crossover design</i>).	34 pacientes 15 completaram	F e M	Média de 60 anos	Pulmão, Colorretal, Rim, Pâncreas, Sarcoma, Cérvix Adrenal, Próstata, Desconhecido
A19	Comparar a abordagem transdiscal paramediana versus a abordagem clássica posterior, do bloco hipogástrico superior sobre efeitos colaterais, alívio da dor e duração do procedimento.	Ensaio clínico randomizado.	30 pacientes	F e M	Média de 58 anos	Reto, Cérvix, Endométrio, Bexiga

A20	Avaliar a eficácia da medicação analgésica padrão com e sem bloqueio do nervo do plexo celíaco.	Ensaio clínico randomizado.	100 pacientes	F e M	Média de 66 anos	Pâncreas
A21	Avaliar o impacto da lidocaína intravenosa na dor aguda e crônica pós-operatória, demanda analgésica e anormalidades sensoriais em pacientes submetidos à cirurgia devido ao câncer de mama.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	36 pacientes	F	Média de 56 anos	Mama
A22	Avaliar a efetividade da lubrificação do espéculo vaginal com gel para alívio da dor e desconforto, associado ao exame ginecológico em pacientes com câncer.	Ensaio clínico randomizado.	200 pacientes	F	Média de 53 anos	Endométrio, Ovário, Trompa de Falópio, Cervical
A23	Comparar a fração única de 8 Gy com regime convencional de 40 Gy, em 20 frações, como tratamento paliativo para pacientes com metástase óssea e redução da carga de tratamento para pacientes e funcionários do hospital.	Estudo randomizado e prospectivo.	102 pacientes	F e M	Média de 61 anos	Mama, Próstata, Pulmão, Outros
A24	Avaliar a eficácia clínica e segurança da hidromorfona de liberação lenta, e a cápsula de liberação controlada, em pacientes com câncer que apresentam dor severa.	Estudo randomizado, duplo cego, <i>crossover</i> .	44 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Mama, Colorretal, Pulmão, Urológico, Hematológico, p.18811
A25	Determinar se o estresse de um único bloqueio paravertebral de injeção, com infusão de vários dias, diminui a dor crônica da mama e a disfunção emocional e funcional induzida pela dor um ano após a mastectomia.	Ensaio triplo randomizado, triplo cego, com placebo controlado.	60 pacientes	F	Média de 48 anos	Mama
A26	Avaliar a educação e intervenção de coaching visando o ensino de pacientes com disparidades raciais sobre técnicas relacionadas à dor do câncer, e capacitá-los a participar ativamente de seus próprios cuidados.	Ensaio clínico randomizado.	67 pacientes	F	Média de 55 anos	Leucemia, Linfoma
A27	Avaliar o aumento das doses de amitriptilina na dor neuropática e aspectos da qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento de câncer de mama.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, <i>crossover</i> .	15 pacientes	F	-----	Mama
A28	Avaliar a eficácia da bupivacaína tópica e triamcinolona acetona para o alívio da dor abdominal, e como potencial método de controle da dor após dissecação endoscópica da submucosa (ESD) para neoplasia gástrica.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado.	111 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Neoplasia gástrica

A29	Testar a eficácia de uma intervenção de coaching orientada por teoria, e centrada no paciente, para melhorar os resultados de alívio da dor de câncer.	Ensaio clínico randomizado.	265 pacientes	F e M	18 a 80 anos	Pulmão, Mama, Próstata, Cabeça e Pescoço, Colorretal, Cânceres Ginecológicos
A30	Determinar a associação de dor e depressão com qualidade de vida relacionada à saúde, incapacidade e uso de serviços de saúde.	Ensaio clínico randomizado.	405 pacientes	F e M	Média de 58 anos	Mama, Geniturinário, Pulmão, Gastrointestinal, Linfoma, Outros
A31	Avaliar o efeito de um programa educacional estruturado para dor na experiência de pacientes hospitalizados com câncer.	Ensaio clínico randomizado com pré e pós-teste.	30 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Não cita
A32	Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação precoce após a laparoscopia para ressecção anterior de reto versus o cuidado convencional.	Ensaio clínico randomizado, paralelo.	98 pacientes	F e M	Média de 61 anos	Reto
A33	Avaliar o efeito da terapia musical no alívio da dor entre 120 pacientes com câncer de mama, depois de serem submetidos à mastectomia radical.	Ensaio clínico randomizado.	120 pacientes	F	Média de 45 anos	Mama
A34	Determinar o efeito da terapia física, incluindo massagem e exercícios, na dor e humor em pacientes com câncer terminal avançado.	Ensaio clínico randomizado.	24 pacientes	F e M	Média de 55 anos	Pulmão, Melanoma, Sarcoma, Pâncreas, Mama
A35	Determinar se uma intervenção educacional, que consistiu em vídeo e manual para adultos com câncer que apresentam dor, poderia aumentar o conhecimento e a atitude acerca do manejo da dor do câncer, nível de dor, interferência da dor, ansiedade e qualidade de vida, além do uso de analgésicos.	Ensaio clínico randomizado, com quatro grupos (G1 manual, G2 vídeo, G3 manual mais vídeo, G4 tratamento usual).	217 pacientes 185 completaram o estudo	F e M	Média de 62 anos	Ósseo, Geniturinário, Próstata, Pulmão, Outros
A36	Avaliar a melhoria potencial da taxa de sucesso da punção lombar usando um travesseiro de posicionamento, para garantir flexão lombar máxima e permitir que os músculos paravertebrais relaxem, em crianças que estão acordadas com sedação consciente ou sem sedação.	Ensaio clínico randomizado.	124 pacientes	F e M	2 a 18 anos	Não cita
A37	Confirmar o efeito analgésico de doses subhipnóticas de ketamina em pacientes com câncer cuja dor não foi aliviada por morfina.	Ensaio clínico randomizado, du-plo cego, cruza-do, placebo, con-trolado com duas diferentes doses.	10 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Rim, Reto, Pulmão, Histiocitoma, Útero Não conhecido
A38	Avaliar a qualidade de vida, qualidade e intensidade da dor, efetividade do tratamento e cuidados oferecidos pelo Departamento de Cuidados Paliativos.	Ensaio clínico antes e após (os mesmos pacientes foram o controle).	50 pacientes	F e M	Não apresenta	Não cita

A39	Avaliar a mudança no estado de humor, qualidade de vida e nível de dor após o final da intervenção psicoeducacional em pacientes com metástase óssea que apresentam dor.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	174 pacientes	F e M	Média de 57 anos	Mama, Próstata, Pulmão, Outros
A40	Aplicar o modelo <i>Dynamic Modified Outcomes</i> (DYNAMO) a um ensaio clínico de dois regimes quimioterapêuticos, sobre a qualidade de vida global relacionada à saúde (GHRQL) no câncer de próstata hormonal refratário.	Ensaio clínico randomizado.	Não informa	Não informa	Não informa	Não informa
A41	Avaliar os efeitos clínicos do fentanyl comparado com a ketamina como pré-medicação para controle da dor, antes de procedimentos para crianças com diagnóstico de câncer.	Ensaio clínico, randomizado, duplo cego, <i>crossover</i> .	55 pacientes	F e M	1 a 16 anos	Leucemia Linfoblástica Aguda Leucemia Mielóide Crônica, Linfoma, Linfoma de Burkitt's Linfoma Anaplásico de Grandes Células
A42	Comparar a administração pre-incisional versus pós-incisional de parecoxib 40mg, no controle da dor pós-operatória em cirurgia colônica.	Ensaio clínico randomizado.	40 pacientes	F e M	Média de 64 anos	Colorretal
A43	Investigar se a infiltração local prévia com ropivacaína poderia melhorar a dor pós-operatória e determinar seu efeito na saída de drenagem pós-mastectomia com dissecação axilar.	Ensaio clínico randomizado.	30 pacientes	F	Média de 55 anos	Mama
A44	Comparar o efeito da massagem, com e sem óleo aromático, em sintomas físicos e psicológicos em pacientes com câncer em cuidados paliativos.	Ensaio clínico randomizado.	42 pacientes	F e M	Média de 73 anos	Mama, Pulmão, Gastrointestinal, Cabeça e pescoço, Próstata, Outros
A45	Avaliar a utilidade e eficácia da infusão de cafeína como analgésico adjuvante na terapia com opióide em pacientes internados com câncer avançado.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego e placebo controlado.	38 pacientes	F e M	Média de 65 anos	Pulmão, Estômago, Colorretal, Ovário, Hepatobiliar, Pâncreas, Esôfago, Cabeça e pescoço, Renal e Outros
A46	Avaliar a efetividade da infusão endovenosa de paracetamol no controle da dor do câncer, e sua possível contribuição na redução do consumo de opióides.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego e placebo controlado.	40 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Cólon, Pulmão, Pâncreas, Gástrico, Mieloma Múltiplo, Ginecológico Outros

A47	Avaliar a efetividade da lidocaína endovenosa versus placebo, no nível de dor pós-operatória, necessidade de analgesia, duração do ileo paralítico no pós-operatório e tempo de permanência hospitalar em pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica de cólon.	Estudo prospectivo randomizado, duplo cego, placebo controlado.	64 pacientes	F e M	Média de 56 anos	Cólon
A48	Determinar a segurança e eficácia do KRN5500, uma nova abordagem de analgésico não-opiídeo derivado da spicamicina, em pacientes com câncer avançado a dor neuropática de qualquer etiologia.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego, placebo controlado.	19 pacientes	F e M	Média de 62 anos	Não cita
A49	Avaliar a viabilidade de implementar um protocolo de coaching de automonitoramento e relatórios sensoriais, e estimar os efeitos do coaching sobre a localização, intensidade, qualidade e padrão da dor dos pacientes.	Ensaio clínico randomizado, pré e pós-teste.	18 pacientes	F e M	Média de 63 anos	Pulmão
A50	Comparar o custo e a efetividade de um programa educacional para dor com o tratamento usual.	Ensaio clínico randomizado.	156 pacientes	F e M	Média de 59 anos	Cabeça e Pescoço
A51	Testar a hipótese de que o bloqueio neurolítico do plexo celíaco, versus opiídeo sozinho, aumenta o alívio da dor, a qualidade de vida e a sobrevida em pacientes com câncer de pâncreas irresecável.	Estudo prospectivo randomizado, duplo cego, placebo controlado.	100 pacientes	F e M	Média de 62 anos	Pâncreas
A52	Investigar a efetividade de um Programa Educacional para Dor na intensidade da dor, satisfação com o tratamento para dor e as barreiras relatadas pelo paciente para o manejo da dor entre pacientes turcos com câncer.	Ensaio clínico randomizado, pré e pós-teste.	40 pacientes	F e M	Média de 17 anos	Órgãos digestivos e peritônio, Pulmão, Mama, Ósseo, Outros
A53	Avaliar a intensidade da dor e a biodisponibilidade da asparaginase quando combinada com lidocaína.	Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	11 pacientes	Não cita	Crianças Não cita a idade	Não cita
A54	Avaliar a efetividade de um programa educacional para dor, para aumentar a satisfação dos pacientes com câncer, no que se refere ao gerenciamento da dor; e avaliar a satisfação dos pacientes no manejo da dor perante as barreiras encontradas e a aderência analgésica.	Desenho experimental, longitudinal e randomizado.	122 (sendo 61 pares de paciente-familiar)	F e M	Média de 55 anos	Nasofaringe, Mama, Pulmão, Colorretal, Outros
A55	Avaliar se o gerenciamento de cuidado centralizado por telefone, juntamente com a monitorização automática de sintomas, pode melhorar a depressão e a dor em pacientes com câncer.	Ensaio clínico randomizado.	405 pacientes	F	Média de 58 anos	Pulmão, Gastrointestinal Linfoma, Geniturinário, Outros

A56	Desenvolver e testar os efeitos de um programa educacional para dor de estrutura breve, na experiência de dor de pacientes com câncer hospitalizados.	Ensaio clínico randomizado com pré e pós-teste.	30 pacientes	F e M	Média de 54 anos	Não cita
A57	Avaliar os efeitos das consultas de dor combinadas com programas de educação para dor, e a interferência da dor com as atividades diárias em comparação com os cuidados padrão.	Ensaio clínico randomizado com 3 grupos.	73 pacientes	F e M	56-61 anos	Mama, Urogenital, Gastrointestinal, Pulmão, Melanoma, Cabeça e Pescoço, Sarcoma Outros
A58	O estudo apresentou como hipótese que os pacientes que assistiram o vídeo da dor e receberam o manual, seguidos de treinamento individualizado, iriam 1) ter menos barreiras ao tratamento 2) relatar menor dor e 3) ser mais propensos a tomar prescrição de opióides durante o seguimento de seis meses, do que os pacientes que receberam treinamento nutricional.	Ensaio clínico randomizado.	93 pacientes	F e M	Média de 44 anos	Mama, Cólon, Pulmão Mieloma Múltiplo, Outros
A59	Comparar o relatório da dor, uso de opióides, náuseas e êmese em pacientes que foram randomizados para um dos quatro grupos: treinamento de hipnose; treinamento cognitivo comportamental de habilidades de enfrentamento; controle de contato do terapeuta e tratamento como de costume.	Ensaio clínico randomizado.	67 pacientes	F e M	Média de 32 anos	Neoplasia hematológica maligna
A60	Avaliar os efeitos de um Programa de Educação contra a Dor (PEP) sobre a inadequação do tratamento analgésico, e descrever as características preditoras da educação.	Ensaio clínico randomizado com pré e pós-teste.	313 pacientes	F e M	Média de 56 anos	Cavidade oral, Mama Ósseo, Geniturinário Outros
A61	O objetivo do estudo foi comparar o instrumento de avaliação de dor <i>Amsterdam Pain Management Index</i> , com oito medidas comumente usadas para avaliar a dor; e a eficácia de um Programa de Educação para Dor em pacientes com câncer, com dor crônica.	Estudo prospectivo, randomizado e controlado.	313 pacientes	F e M	Média de 56 anos	Cavidade oral, Mama Ósseo, Geniturinário, Outros
A62	O objetivo do presente estudo foi avaliar as diferenças na atividade física pós-operatória entre a gastrectomia distal assistida por laparoscopia e a gastrectomia distal aberta.	Estudo randomizado com cegamento único.	40 pacientes	F e M	Média de 61.5 anos	Adenocarcinoma de Estômago

Quadro 3 - Dados metodológicos dos artigos incluídos na revisão

	Tipo de Intervenção	Escalas de Avaliação de Dor	Principais Resultados	Conclusões
A1	Administração de Oxycodone com Naloxone (OXN PR) versus a administração de Oxycodone sozinho, e seu efeito a longo prazo.	- <i>Brief Pain Inventory – Short Form</i> - <i>Bowel Function Index</i> - <i>Satatus Health</i> - <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life - -- Questionnaire-Core 30</i> (EEORTC QLQ-C30)	- Os escores de dor com base no <i>Brief Pain Inventory</i> no formato curto, foram baixos e estáveis ao longo do período de 24 semanas, indicando boa eficácia: 113 analgésica; - O escore de qualidade de vida foi similar em ambos os grupos; - Ocorreu melhora da função intestinal no grupo tratado com OXN PR.	Em pacientes com câncer que apresentam dor moderada a severa, o uso prolongado de OXN PR foi bem tolerado e efetivo, resultando em analgesia sustentada, melhora da função intestinal e melhora dos sintomas de constipação.
A2	Administração IM de asparaginase com lidocaína e sem lidocaína.	- Escala Visual Analógica - Escala de Faces Crianças pequenas onde os pais avaliaram a dor	- Os escores de dor apresentaram significativa diferença nos dois grupos, sendo menor no grupo de intervenção, que recebeu a combinação de asparaginase e lidocaína; - A lidocaína não alterou a farmacocinética da droga.	A administração de asparaginase com adição de lidocaína pode diminuir significativamente a dor mensurada pela VAS sem reduzir a bioatividade da asparaginase.
A3	Acupuntura auricular para alívio da dor do câncer.	- Escala Visual Analógica (Graduada de 0 a 100 mm)	A intensidade da dor diminuiu significativamente a partir dos 2 meses nos pacientes que receberam acupuntura, cujos pontos foram detectados por sinal eletrodérmico, ou seja, adaptado para cada paciente.	A redução observada na intensidade da dor medida pela VAS representa um claro benefício da acupuntura auricular para pacientes com câncer que apresentam dor. No entanto, a acupuntura requer a inserção em pontos específicos para a redução da dor.
A4	Bloqueio do plexo celíaco após a terapia medicamentosa (G1) e após a terapia medicamentosa (G2).	- Escala Visual Analógica - Questionário de Qualidade de Vida – QLQ-C30	Em todos os períodos de tempo avaliados, os escores de dor foram significativamente menores em ambos os grupos em comparação com os escores pré-tratamento. No entanto, no grupo II houve uma diminuição da VAS aos 2 meses após o procedimento; além do consumo de sulfato de morfina e a frequência de efeitos adversos serem significativamente menores nesse grupo.	Controlar a dor intensa e, em seguida, realizar o bloqueio celíaco, parece ser mais eficaz no controle da dor, na redução do consumo de opióides e na melhoria da qualidade de vida de pacientes com câncer de pâncreas em comparação com a realização do bloqueio do plexo celíaco no início, seguido de farmacoterapia para alívio da dor.

A5	Grupo A recebeu tramadol oral e gabapentina, e o grupo B recebeu tramadol oral e amitriptilina.	- Escala Analógica Visual	Houve declínio no escore de dor avaliado pela VAS em ambos os grupos na fase inicial do estudo, porém não houve diferença estatisticamente detectável entre eles em qualquer ponto do estudo. Alterações semelhantes também foram observadas nos parâmetros secundários de eficácia.	A amitriptilina pode ser uma alternativa adequada para o tratamento da dor neuropática em pacientes com câncer, embora a gabapentina seja amplamente utilizada para esse fim. Os autores sugerem a amitriptilina como alternativa aceitável por ter um melhor custo-efetividade no tratamento.
A6	Aplicação de um protocolo de massagem de três sessões, com duração de 20 a 30 minutos cada, em dias alternados durante uma semana.	- Escala Visual Analógica - Inventário Resumido da Dor	O protocolo de massagem se revelou eficaz na diminuição da interferência da dor no andar ($p < 0,05$), apesar de ter contribuído para o alívio da dor e sua interferência nas atividades da criança. Após cada sessão de massagem, a intensidade da dor diminuiu ($p < 0,001$).	A massagem parece ser uma intervenção útil no alívio da dor da criança que é portadora de patologia oncológica, embora permaneçam dúvidas quanto à eficácia do protocolo utilizado no estudo. Os autores recomendam a intervenção devido à promoção do bem-estar e da qualidade de vida da criança.
A7	Os pacientes foram randomizados para receber lidocaína 5 mg/kg administrado por via intravenosa durante 30 minutos, ou uma infusão de placebo. A infusão de ambos foi realizada com monitoramento por eletrocardiografia contínua. Todos os pacientes foram cruzados para o tratamento oposto 48 horas após o primeiro período do estudo.	- Escala Analógica Visual de 0 a 100 mm	Não foi encontrada diferença significativa na redução da dor entre droga e placebo em nenhum dos intervalos de avaliação mensurado pela escala analógica visual. Também não foram verificados efeitos colaterais significativos com o placebo ou com a lidocaína, nem modificações eletrocardiográficas importantes.	O estudo evidenciou que a lidocaína intravenosa não apresenta efeito analgésico significativo na dor de câncer neuropático.

A8	Assistir um DVD de seis minutos, com orientações multidisciplinares da equipe de cuidados paliativos, focado em aspectos da dor do câncer e do uso de opióides.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Patient Pain Questionnaire</i> - <i>Brief Pain Inventory</i> - <i>Coping Strategies Questionnaire</i> - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> - <i>Morisky's Medication Adherence Questionnaire</i> 	Os índices de BPI e PPQ melhoraram significativamente nas visitas 1 e 2, sem novas melhorias na visita 3.	Os autores sugerem que a intervenção é viável e potencialmente efetiva até os 30 primeiros dias de acompanhamento. Ressaltam a importância de um estudo multicêntrico para avaliar a intervenção.
A9	Eletroacupuntura para controle da dor.	- Escala Numérica Visual	A intensidade da dor avaliada pela Escala Numérica Visual diminuiu no grupo que recebeu eletroacupuntura, sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa.	A eletroacupuntura foi efetiva no alívio da dor em pacientes com câncer de pâncreas.
A10	Lidocaína para controle da dor na incisão cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pain intensity rating (11 pontos)</i> - <i>Brief Pain Inventory-Short Form</i> - <i>Neuropathy Pain Scale</i> - <i>Short-Form McGill Pain Questionnaire</i> - <i>Pain Catastrophizing Scale</i> - <i>Profile of Mood States Short Form</i> - <i>the Profile of Mood States Short Form (POMS-SF)</i> - <i>NCCTG patient quality-of-life linear analog self-assessment scale</i> 	Não foram detectadas diferenças intergrupais significativas nas classificações de intensidade da dor.	O uso da lidocaína não apresentou redução significativa na intensidade da dor em pacientes com câncer, com dor persistente na incisão cirúrgica.
A11	Terapia de fracionamento de doses de radiação no tratamento de metástases ósseas dolorosas.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>International Consensus Endpoint</i> - <i>Brief Pain Inventory Score (BPI-PS)</i> - <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)</i> - <i>Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30)</i> 	Resultados semelhantes foram obtidos usando o <i>Brief Pain Inventory</i> e o <i>International Consensus Endpoint</i> , evidenciando que a terapia de fracionamento de doses de radiação resultou em diminuição da dor e consumo de analgésicos, além de favorecer o aumento dos escores de qualidade de vida e menor interferência funcional.	Os pacientes que respondem à reirradiação de metástases ósseas dolorosas apresentam pontuações de qualidade de vida superiores, e menos interferência funcional associada à dor. O estudo sugere que deve ser oferecido retratamento para metástases ósseas dolorosas, na esperança de reduzir a gravidade da dor e sua interferência nas atividades, bem como melhorar a qualidade de vida.

A12	Administração de Nabilone antes do tratamento radioterápico (dia anterior na hora de dormir).	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Escala Visual Analógica</i> - <i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30</i> - <i>EORTC QLQ H&N35</i> 	O uso do Nabilone não resultou em aumento da qualidade de vida e não se mostrou melhor que o placebo para alívio de sintomas como: dor, náusea, perda de apetite, melhora do humor e sono.	O estudo evidenciou que na dosagem utilizada o Nabilone não foi potente o suficiente para aumentar a qualidade de vida dos pacientes comparado ao placebo.
A13	A intervenção foi conduzida em duas noites, todos os pacientes foram acordados de 4 em 4 horas para receber a morfina em dose única ou o placebo (esse grupo recebeu a morfina em dose dupla de liberação imediata ao deitar).	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Numeral rating scale</i> - <i>Brief Pain Inventory Inventory</i> - <i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i> 	Os resultados não demonstraram diferenças em relação às médias de dor, qualidade do sono e efeitos colaterais.	Os resultados confirmam que tanto a administração de dose dupla de morfina de alívio imediato quanto a morfina em dose única, de 4 em 4 horas durante a noite, são equivalentes no alívio da dor, podendo-se deixar a escolha à critério do paciente.
A14	Pacientes foram randomizados para o grupo que recebeu um Programa de Educação Contra a Dor (PEP) ou para o grupo controle; depois foram acompanhados pelo período de oito semanas. O PEP consistiu em uma abordagem multi-método em que os pacientes foram educados sobre os princípios básicos em relação à dor, instruídos sobre como registrar a dor em um diário de dor, e como comunicar a dor aos profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Índice de Gerenciamento da Dor de Amsterdã (APMI) / Dutch Language Version of the McGill Pain Questionnaire</i> - <i>EORTC QLQ-C30</i> - <i>Ferrell's Patient Pain Questionnaire</i> - <i>Pain Cognition List for Cancer Patients</i> - <i>Tolerable Pain Intensity</i> 	No pré-teste, os resultados demonstraram que 60% dos pacientes no hospital foram tratados inadequadamente para dor. No pós-teste, os pacientes do grupo de controle foram significativamente tratados inadequadamente às duas, quatro e oito semanas, após a alta, do que os pacientes do grupo de intervenção. Um efeito benéfico do PEP foi encontrado para pacientes com ou sem acompanhamento da enfermagem na residência.	Os resultados sugerem que a qualidade do tratamento da dor em pacientes com câncer que apresentam dor crônica, pode ser melhorada educando os pacientes sobre a dor e melhorando a participação ativa dos mesmos em seu próprio tratamento da dor. O benefício do PEP, no entanto, diminui ligeiramente ao longo do tempo, apontando para a necessidade de educação permanente.

A15	Técnica especial de acupuntura com implante intradermal, desenvolvida para o controle da dor em pacientes cirúrgicos com câncer. Foi aplicada por quatro semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Brief Pain Inventory</i> - Escala Numérica Visual - <i>Medication Quantification Scale</i> 	A comparação dos escores de intensidade da dor avaliada <i>pelo Brief Pain Inventory</i> durante os 30 dias de acompanhamento não apresentou diferença significativa entre os grupos de intervenção e controle. Também não houve diferença nas avaliações realizadas nos 60 e 90 dias.	A técnica especial de acupuntura proposta pelo estudo não mostrou-se mais eficaz na redução da dor ou no uso de medicamentos analgésicos após a toracotomia, quando comparado à técnica padrão.
A16	Os pacientes foram randomizados para receber a intervenção do algoritmo, os quais tiveram sua dor gerenciada pelos médicos e enfermeiros do estudo, durante os três meses da intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Brief Pain Inventory</i> - <i>Pain Treatment Acceptability Scale</i> - <i>Memorial Symptom Assessment Scale</i> - <i>Functional Assessment of Cancer Therapy Scale</i> 	Pacientes randomizados para o grupo de algoritmo da dor obtiveram uma redução estatisticamente significativa na intensidade da dor usual, comparado com a prática comunitária padrão. Os resultados não apontaram diferenças significativas em outros sintomas ou na qualidade de vida entre os dois grupos de tratamento.	Os resultados do estudo apoiam a adoção do algoritmo no gerenciamento da dor em pacientes com câncer.
A17	O estudo foi conduzido em dois períodos em que os pacientes foram randomizados para receber infusão intravenosa de clodronato, seguido por placebo ou placebo seguido por clodronato.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Edmonton Pain Stage</i> - Escala Visual Analógica 	No primeiro período de análise, a avaliação realizada com a VAS não apresentou diferença significativa entre o grupo de intervenção e o grupo de controle. A análise obtida através da VAS e DMED foi restrita para uma comparação de clodronato e placebo apenas no primeiro período.	A dose ideal e a duração do efeito da droga requerem futuras avaliações, particularmente em pacientes com doença estável e dor óssea persistente.
A18	No primeiro dia do estudo, todos os pacientes receberam as doses usuais de morfina de liberação rápida. Nos dias dois e três, cada paciente recebeu a morfina de liberação lenta, ou placebo, ou a morfina de liberação rápida e o comprimido de placebo	- VAS 100mm	Não ocorreu diferença estatística significativa nos escores de dor da VAS entre os grupos.	Ambas as formulações da morfina apresentam efetividade analgésica e efeitos colaterais similares no tratamento de dor crônica em pacientes com câncer.

A19	Os pacientes foram alocados aleatoriamente para o grupo transdiscal e o grupo clássico. Foi realizada a avaliação da dor pela escala visual analógica, pelo consumo diário de morfina, pela duração do procedimento e pelos efeitos colaterais.	- Escala Visual Analógica	A duração do procedimento foi significativamente menor no grupo transdiscal em comparação com o grupo de controle. Não houve diferença significativa entre os dois grupos no consumo diário de morfina e na pontuação de dor avaliada pela escala visual analógica. Também não ocorreram efeitos colaterais.	O bloqueio do plexo transdiscal para o controle da dor do câncer pélvico é mais fácil, mais seguro e mais eficaz, com menos efeitos colaterais do que a abordagem clássica.
A20	Foi realizada a neurólise, utilizando bupivacaína e álcool de acordo com a recomendação de estudos anteriores. Os sujeitos foram acompanhados por três meses.	- VAS de 0 a 10 - <i>Quality of life questionnaire</i> (QLQ)	Todos os pacientes apresentaram alívio significativo da dor; nenhuma complicação ou morte ocorreu após o tratamento.	O estudo confirma a eficácia e segurança do bloqueio para alívio da dor em pacientes com câncer de pâncreas em cuidados paliativos.
A21	Após a intubação orotraqueal, os pacientes do grupo de intervenção receberam lidocaína IV em bolus, seguido por infusão contínua até 60 minutos após a sutura da pele.	- Escala Visual Analógica - <i>Pain Catastrophizing Scale</i> - <i>McGill Pain Questionnaire</i> - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	<i>McGill Questionnaire</i> e a Escala Visual Analógica revelaram uma intensidade maior de dor no grupo de controle.	O uso da lidocaína intravenosa no período perioperatório diminui a incidência e severidade da dor pós-cirúrgica persistente.
A22	O grupo de intervenção realizou o exame ginecológico com gel no espécuro, e o grupo controle com água no espécuro.	- Escala Visual Analógica	Os resultados mostraram que os escores de dor mensurados pela Escala Visual Analógica foram menores durante as fases de inserção, dilatação e retirada do espécuro quando utilizado com lubrificante em gel.	O uso do lubrificante em gel no espécuro antes para a realização do exame ginecológico diminui significativamente a dor durante o procedimento.
A23	Os pacientes foram randomizados para receber fração única de 8 Gy ou 40 Gy em 20 frações, sendo cinco por semana. Todos os pacientes foram tratados usando Cobalt-60.	- Escala Visual Analógica - <i>Eastern Cooperative Oncology Group Scale</i>	Não ocorreu diferença significativa na frequência e duração do alívio da dor entre os dois grupos. O benefício máximo foi verificado oito semanas após o tratamento.	O estudo recomenda que o uso de 8 Gy é tão efetivo como o de 40 Gy em 20 frações para o alívio da dor em metástase óssea.
A24	A hidromorfona foi administrada na mesma dose diária e horário, quer como liberação imediata ou prolongada, cada uma por um período de sete dias.	- Escala Visual Analógica - <i>Pain Intensity Index of the McGill Pain Questionnaire</i>	O estudo mostrou que em casos de dor crônica severa, a hidromorfona de liberação prolongada, assim como a de liberação imediata, apresenta eficácia satisfatória, o que torna mais conveniente o uso do comprimido de ação prolongada.	O regime de 12 horas reduz a interrupção do sono, a dependência de cuidados, aumenta o controle dos pacientes em relação ao seu tratamento e da sua qualidade de vida.

A25	Os sujeitos foram alocados para o grupo controle que recebeu solução salina, ou o grupo de intervenção que recebeu ropivacaína 0,4%; ambos por cateter perineural, cuja inserção foi guiada por ultrassom.	- Escala Visual Analógica - <i>Brief Pain Inventory (short form)</i>	A infusão paravertebral com ropivacaína resultou em menor incidência de dor e disfunção emocional um ano depois da mastectomia.	O estudo sugere que a infusão de ropivacaína em dose única, feita durante vários dias de forma ambulatorial, resulta em diminuição da dor crônica e do déficit funcional um ano após a mastectomia.
A26	Cada paciente do grupo experimental participou de uma sessão de educação e coaching, elaborada para abordar equívocos sobre o tratamento da dor e encorajá-los a conversar com o oncologista sobre o controle da dor.	- Escala Analógica Visual - <i>Medical Outcomes Study Short Form 12-item Health Survey Questionnaire</i>	Os pacientes pertencentes a grupos raciais minoritários tiveram mais dor do que os seus homólogos brancos, sendo que as minorias do grupo controle continuaram a ter mais dor. No grupo experimental as disparidades foram eliminadas significativamente.	O programa de educação e coaching parece ser promissor como meio de reduzir as disparidades raciais / étnicas no controle da dor.
A27	Uso de amitriptilina para controle da dor neuropática em pacientes em tratamento de câncer de mama, com doses entre 25 e 100 mg por dia, durante 4 semanas.	- <i>8 Point Verbal Rating Scale (VRS)</i> - Escala Visual Analógica - <i>Finnish McGill Pain Questionnaire</i>	Mais de 50% dos pacientes tiveram diminuição da intensidade da dor com a dose média de 50 mg de amitriptilina.	A amitriptilina reduz efetivamente a dor neuropática em pacientes que estão em tratamento de câncer de mama. No entanto, os efeitos adversos podem diminuir o uso regular da droga.
A28	Os pacientes foram randomizados para a injeção local por endoscopia, com bupivacaína (5 mg/mL), acetato de triamcinolona (10 mg/mL) ou solução salina de acordo com o grupo, imediatamente antes do término do procedimento. 15 ml de solução salina isolada foi administrada ao grupo placebo. Cada solução foi injetada na base da úlcera cauterizada em alíquotas de 1 mL em intervalos iguais (1 cm de distância). O número de injeções por paciente era dependente do tamanho da ressecção.	- <i>Present Pain Intensity (PPI)</i> - <i>Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)</i>	Os valores médios avaliados pelo PPI de seis horas nos dois grupos de intervenção foram inferiores aos do grupo placebo. O PPI de 12 horas do grupo bupivacaína + acetato de triamcinolona foi o mais baixo entre os três grupos ($p = 0,001$). O total de SF-MPQ de seis horas, especialmente no domínio sensorial, foi maior no grupo placebo do que nos grupos de intervenção. A pontuação SF-MPQ de 12 horas foi mais baixa no grupo bupivacaína + acetato de triamcinolona.	A bupivacaína após a endoscopia foi eficaz para o alívio da dor após as primeiras seis horas do pós-operatório. Principalmente a infiltração de bupivacaína misturada com acetato de triamcinolona que produziu um efeito mais duradouro para o alívio da dor após a dissecação da submucosa por via endoscópica.

A29	Os pacientes foram randomizados para receber um programa educacional e coaching personalizado (TEC) ou prática educacional usual. A intervenção baseou-se na teoria social-cognitiva, que consistiu em seis componentes (avaliar, corrigir, ensinar, preparar, ensaiar, retratar). Ambas as intervenções foram realizadas em aproximadamente 30 minutos, apenas antes de uma visita oncológica programada.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Worst Pain Numerical Analog Score</i> ≥ 4 out of 10 - Escala de comprometimento da dor (pontuação Likert ≥ 3 de 5) 	O estudo buscou testar a hipótese de que um breve treinamento que busque a ativação do paciente para o autocuidado promoverá melhores resultados para o controle da dor do câncer. Se um modelo de coaching por educadores leigos da saúde prova-se bem-sucedido, poderia potencialmente ser implementado a um custo baixo.	Os autores ressaltam que análises subsequentes são necessárias para avaliação dos efeitos da intervenção experimental sobre a dor, autoeficácia e qualidade de vida.
A30	Comparou uma intervenção educativa por <i>telecare</i> com o cuidado usual em pacientes com dor e/ou depressão clinicamente significante.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Brief Pain Inventory</i> - <i>SF – 36 Bodily Pain Scale</i> - <i>Sheehan Disability Scale</i> 	32% da amostra apresentou somente depressão; 24% somente dor; e 44% apresentou dor e depressão. A média de dor avaliada pela <i>Brief Pain Inventory</i> foi de 5.2 (na escala de 0 a 10). Sintomas específicos de incapacidade foram altos - como ficar muito tempo acamado e reduzir as atividades habituais. Dor e depressão estão associados à piora da qualidade de vida e muitos pacientes ainda não recebem cuidado de profissionais da saúde mental e especialistas em dor.	A depressão e a dor são prevalentes e incapacitantes em uma ampla gama de tipos e fases do câncer, além dos efeitos adversos. A melhora do gerenciamento desses sintomas é garantia de melhora da qualidade de vida.
A31	Pacientes do grupo experimental receberam de 10 a 15 minutos de um programa estruturado para dor por cinco dias; junta-mente com um manual desenvolvido pelos pesquisadores do estudo. O programa abrangeu 11 aspectos da educação para dor.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Brief Pain Inventory – Short Form Taiwanese version</i> - <i>Pain Opioid Analgesics Beliefs Scale-Cancer</i> - <i>Coping Strategies Questionnaire-Catastrophizing and CSQ sense of control over pain measure</i> 	Os resultados confirmaram a hipótese de que um programa educacional para dor reduz a experiência negativa da dor nos pacientes com câncer, além de aumentar o senso de controle da dor dos mesmos.	Os resultados preliminares confirmam fortemente a efetividade do programa educacional para dor, e a necessidade de estruturar um programa específico para pacientes hospitalizados com câncer.
A32	Programa de reabilitação precoce versus o cuidado convencional depois da cirurgia de laparoscopia para ressecção anterior de câncer de reto.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Korean Version of the Short Form 36 (SF 36)</i> - Escala Visual Analógica 0 a 10 	Os resultados dão suporte ao programa de reabilitação precoce depois de laparoscopia para ressecção anterior de reto.	O programa de reabilitação pode aumentar a morbidade no pós-operatório. Os autores sugerem que novas evidências são necessárias antes de implementar o programa de reabilitação para cirurgias retais.

A33	Foi entregue aos pacientes do grupo de intervenção um MP3 player com um álbum com 202 títulos pertencentes a quatro estilos musicais. Cada paciente escolheu o seu estilo musical preferido e foi orientado a ouvir as músicas duas vezes por dia, por um período de 30 minutos.	- <i>Chinese Version of Short-Form of McGill Pain Questionnaire</i> (inclui uma escala analógica visual e a intensidade da dor presente de 0 a 5)	A terapia musical reduziu significativamente os escores de dor avaliados pela <i>Pain Rating Index</i> comparado ao grupo controle. Resultados similares foram identificados pela Escala Visual Analógica e pela Intensidade da Dor Presente (PPI).	O estudo apresenta evidências que a terapia musical tem efeito positivo no alívio da dor em pacientes com câncer de mama.
A34	Consistiu em diferentes técnicas de massagem terapêutica. A escolha, duração e estratégia de cada seção foi determinada pelo terapeuta, baseada na resposta do paciente para cada intervenção. O grupo controle recebeu massagem simples com as mãos. Todos os pacientes receberam seis seções de 30 a 35 minutos de duração cada, pelo período de duas semanas.	- <i>Brief Pain Inventory</i> - <i>Memorial Pain Assessment Card</i> - <i>Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)</i> - <i>Global Distress Index</i>	Não houve diferença significativa entre os grupos no início do estudo; o que pode ser observado com o passar do tempo, com o grupo que recebeu a combinação de massagem e exercícios, através dos escores obtidos <i>pele Brief Pain Inventory</i> .	A combinação de massagem e exercícios pode reduzir a dor e aumentar o humor em pacientes com câncer terminal.
A35	Os autores desenvolveram um manual e um vídeo sobre informações para o manejo da dor de pacientes com câncer e seus cuidadores.	- Escala Numérica Visual - <i>Barriers Questionnaire</i> - <i>Wisconsin Pain Inventory</i> - <i>Pain Management Index</i> - <i>Uniscale for Global Quality of Life</i> - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	Pacientes relataram sentirem-se mais envolvidos com o manejo da sua própria dor. A combinação de vídeo e manual mostrou-se mais efetiva no controle da dor, o que foi evidenciado pelos escores de dor média e pior que melhoraram significativamente.	O estudo mostrou que pacientes com câncer avançado e dor, podem se beneficiar de uma intervenção educacional simples, melhorando a média e a pior pontuação de dor, e reduzindo o medo de dependência de opióides.
A36	Os pacientes foram randomizados para o grupo de intervenção, que consistiu na utilização de um travesseiro feito de espuma microcelular de polietileno revestido com borracha, para facilitar a descontaminação, o qual permite a flexão lombar máxima. Ou foram randomizados para o grupo de intervenção.	- Escala Visual Analógica - <i>LeBaron scale</i>	Foram incluídas 124 crianças (62 em cada grupo). O travesseiro de PL tende a aumentar a taxa de sucesso das punções lombares e diminuiu as síndromes pós-punções, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. Em crianças com mais de seis anos de idade ($n = 72$), a taxa de sucesso foi significativamente maior no grupo de travesseiros (58,5% versus 41,5%, $p = 0,031$), com tendência a sentir menos dor e aumento da satisfação do paciente.	Os resultados gerais não demonstram um benefício na utilização deste travesseiro para punções lombares. Os resultados também sugerem um benefício no subgrupo de crianças com mais de seis anos de idade; no entanto os resultados precisam ser confirmados em outros estudos.

A37	Foram administradas doses sub-hipnóticas de cetamina (0,25 mg/kg ou 0,50 mg/kg) a 10 pacientes com câncer, cuja dor não foi aliviada pela morfina.	- Escala Numérica Visual 0 a 10	A Ketamina reduziu significativamente a intensidade da dor em quase todos os pacientes, em ambas as doses, o que não ocorreu com a solução salina. O efeito foi mais relevante em pacientes tratados com doses mais elevadas. As alucinações ocorreram em quatro pacientes, e uma sensação desagradável ("cabeça vazia") também foi relatada por dois pacientes. Aumento significativo da sonolência foram relatados em pacientes tratados com ketamina em ambos os grupos, e foram mais marcados na dose de 0,50 mg/kg.	A ketamina pode melhorar a analgesia de morfina em síndromes de dores difíceis, como a dor neuropática. No entanto, a ocorrência de efeitos adversos centrais deve ser levada em consideração, especialmente quando se usa doses maiores, o que deve ser testado em estudos de administração prolongada de ketamina.
A38	Internação em uma unidade de cuidados paliativos.	- <i>Modified Sheet Pain Assessment</i> - <i>Support Team Assessment Schedule – STAS</i> - <i>Rotterdam Symptom Checklist – RSCL</i>	Na avaliação feita pelo <i>Modified Sheet Pain Assessment</i> , 22% tinham dor pesada, 18% moderada, 14% muito pesada, 14% dor que ninguém pode imaginar, 20% não reportaram dor. Pela avaliação obtida com a aplicação do STAS, 52% apresentaram escores muito altos no que se refere à insatisfação no cuidado e tratamento recebido. Resultados do RSCL indicam diminuição da atividade física e da qualidade de vida global.	Os resultados indicam que os pacientes têm um status de desempenho fraco, nenhum tratamento efetivo e suporte psicológico fornecido efetivamente. Os pacientes são forçados a renunciar à vida social por causa da progressão da doença.
A39	Pacientes submetidos ao grupo de intervenção receberam um treinamento psicoeducacional oferecido por enfermeiros oncológicos, o qual foi realizado presencialmente, além de orientações por escrito.	- <i>Brief Pain Inventory</i> - <i>Pain Management Diary</i> - Escala Numérica Visual - <i>Profile of Mood States</i> - <i>Medical Outcomes Study-Short Form</i> - SF 36	Não foi encontrada nenhuma diferença entre os grupos, em nenhuma das medidas avaliadas. Apesar de terem sido detectadas diferenças nas avaliações do SF 36 e do <i>Brief Pain Inventory</i> entre os grupos, as mesmas não foram estatisticamente significantes apesar de terem sido clinicamente significantes.	O uso de ensaios analgésicos pode auxiliar na identificação de subgrupos de pacientes com características específicas para o desenvolvimento de programas psicoeducacionais mais específicos.
A40	Pacientes com câncer de próstata no estágio D1 ou D2 foram randomizados para dois regimes de tratamento: docetaxel + estramustina (D + E) e mitoxantrona + prednisona (M + P).	- Questionário de Dor de McGill (MPQ) - Questionário de Qualidade de Vida do EFCC - Core 30 (QLQ-C30)	Os níveis médios de tratamento de dor não diferiram. No entanto, M + P reduziu o impacto da dor em 54% em relação ao D + E.	A abordagem DYNAMO respondeu de forma abrangente aos efeitos do tratamento. Em vez de um único efeito médio, houveram três efeitos de tratamento distintos: um efeito direto para cada nível de status de desempenho; e um efeito direto na relação entre dor e qualidade de vida.

A41	Todos os pacientes receberam uma das duas intervenções (fentanyl EV ou ketamina EV) durante o primeiro período. Após ocorreu o período de crossover.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Satisfaction score ranging from 0 to 10</i> - <i>Perception of procedural pain using FLACC scale</i> - <i>Wong-Baker FACES Pain Rating Scale and Visual Analog Scale</i> 	A satisfação entre os pacientes que receberam fentanil foi significativamente maior que daqueles que receberam ketamina. A dor, as náuseas e os vômitos foram menores nos grupos que receberam fentanil. Nenhuma complicação severa foi observada.	O estudo demonstrou que a infusão EV de fentanil apresenta maior superioridade clínica devido a satisfação com a diminuição da dor, náuseas e vômitos; e não apresentou diferença significativa em relação aos efeitos colaterais da ketamina. Fentanil deveria ser recomendada como opção adequada antes do paciente ser submetido aos procedimentos oncológicos.
A42	Pacientes receberam parecoxib 40 mg + 100 ml de solução salina no período pré-incisional ou pós-incisional.	- <i>Verbal Rating Scale 0-10</i>	Os escores da Escala Numérica Visual foram similares entre os grupos, embora o consumo de morfina tenha sido significativamente menor no grupo pré-incisional até 24 horas do período pós-operatório.	A administração de parecoxib pré-incisional, comparada com a administração pós-incisional, reduziu a intensidade da dor somente na primeira hora do período pós-operatório, e diminuiu o consumo de morfina sem influenciar nos efeitos colaterais da mesma.
A43	Os pacientes foram randomizados para re-ceiver infiltração sub-dérmica preventiva com 100 ml de infiltração constituída por 80 ml de 0,9% solução salina, e 20 ml de ropivacaína a 0,2%, ou infiltração pós-operatória da ferida com 20 ml de ropivacaína a 0,2% imediatamente antes do fechamento da ferida.	- Escala Visual Analógica	Não houve diferença significativa na dor pós-operatória nos primeiros três dias entre os dois grupos. Houveram ângulos de abdução do ombro mais largos no 1º e 3º dias pós-operatórios, no grupo que recebeu infiltração pré-operatória, mas isso não foi significativo. O tempo operacional foi significativamente menor no grupo pré do que no grupo pós. O dreno axilar foi removido anteriormente no grupo preventivo, $5,4 \pm 1,55$ dias versus $6,8 \pm 2,04$ dias no grupo pós-operatório ($p = 0,04$).	Os resultados não evidenciaram diferença na dor pós-operatória entre a infiltração de ropivacaína preventiva e a infiltração da ferida com ropivacaína pós-operatória.
A44	Os sujeitos foram alocados para três grupos: massagem com óleo essencial de lavanda; massagem com óleo; e grupo controle sem massagem. Os pacientes dos grupos de intervenção receberam 30 minutos de massagem semanalmente por quatro semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - VAS - <i>Modified Tursky Pain Descriptors Scale</i> - <i>Verran and Snyder-Halpern (VSH) sleep scale</i> - <i>Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale</i> - <i>Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)</i> 	Não foi demonstrado nenhum benefício significativo da aromaterapia ou massagem em termos de controle da dor, ansiedade ou melhora da qualidade de vida. Ocorreu melhora do sono em ambos os grupos submetidos à massagem, assim como redução dos escores de depressão.	A adição de óleo essencial de lavanda não parece aumentar os benefícios do efeito da massagem. Os resultados evidenciaram que pacientes com altos níveis de estresse psicológico respondem melhor à terapia com massagem.

A45	Pacientes do grupo intervenção receberam cafeína 200 mg endovenosa e o grupo controle, solução salina por dois dias.	- Escala Numérica Visual 0 a 10	A redução da dor foi significativamente maior no grupo que recebeu a cafeína depois do segundo dia. O mais comum efeito adverso em ambos os grupos foi a insônia, sendo que para nenhum efeito adverso foi necessário tratamento.	Infusão de cafeína reduz significativamente a dor e sonolência, mas a redução não é significativa em pacientes com câncer avançado.
A46	Os pacientes foram orientados sobre o conceito de analgesia e instruídos sobre o seu uso adequado. Após, foi iniciado o tratamento com dose em bolus de 1 mg de morfina, sem infusão contínua. Ao mesmo tempo, o grupo controle recebeu a infusão de 100 ml de solução Salina, e o grupo de intervenção a administração endovenosa de 1 g de paracetamol a cada 6 horas.	- Escala Numérica Visual 0 a 10 - <i>Pain Rating Index</i> - <i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i> (ECOG)	Os grupos não diferiram em termos de escore da VAS e da <i>Pain Rating Index</i> , no consumo de morfina, frequência de efeitos colaterais, exames laboratoriais, avaliação da <i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i> e satisfação dos pacientes.	Os resultados não confirmaram nenhum benefício da adição de paracetamol por via endovenosa no tratamento para controle da dor.
A46	Os pacientes foram orientados sobre o conceito de analgesia e instruídos sobre o seu uso adequado. Após, foi iniciado o tratamento com dose em bolus de 1 mg de morfina, sem infusão contínua. Ao mesmo tempo, o grupo controle recebeu a infusão de 100 ml de solução Salina, e o grupo de intervenção a administração endovenosa de 1 g de paracetamol a cada 6 horas.	- Escala Numérica Visual 0 a 10 - <i>Pain Rating Index</i> - <i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i> (ECOG)	Os grupos não diferiram em termos de escore da VAS e da <i>Pain Rating Index</i> , no consumo de morfina, frequência de efeitos colaterais, exames laboratoriais, avaliação da <i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i> e satisfação dos pacientes.	Os resultados não confirmaram nenhum benefício da adição de paracetamol por via endovenosa no tratamento para controle da dor.
A47	O grupo de intervenção recebeu lidocaína endovenosa em bolus 1,5 mg/kg antes da indução anestésica, seguida pela infusão de lidocaína 2 mg/kg/h durante o procedimento cirúrgico. No período pós-operatório a dose foi reduzida para 1 mg/kg/h e continuou nas primeiras 24 horas. Os pacientes do grupo controle receberam a mesma quantidade de infusão salina.	- Escala Visual Analógica	A intensidade da dor foi significativamente menor no grupo de intervenção nas primeiras 24 horas. Além de reduzir o tempo para ingestão da primeira refeição, ingestão hídrica e movimentação intestinal. O tempo de internação também foi menor neste grupo.	A infusão de lidocaína endovenosa tem efeito benéfico na redução da dor no pós-operatório, na recuperação da função intestinal e na diminuição dos dias de internação hospitalar.

A48	Pacientes foram randomizados para receber até oito doses de KRN5500 por via endovenosa ou placebo por um período de tratamento de 10 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Escala Numérica Visual 0 a 10 - <i>Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)</i> - <i>Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF)</i> - <i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i> - <i>12-item Short Form Health Survey (SF-12v2)</i> 	Os efeitos colaterais mais frequentemente citados foram sintomas gastrointestinais, os quais foram mais frequentes e severos no grupo de intervenção, sendo que dois pacientes interromperam o tratamento. Em contrapartida, o grupo de intervenção apresentou uma diminuição significativa da dor se comparado ao grupo placebo.	O estudo evidenciou que eventos gastrointestinais severos podem ser uma preocupação no uso de KRN5500. No entanto, constituem os primeiros dados estatísticos e de eficácia clínica na redução da intensidade da dor com o uso desse medicamento.
A49	Pacientes foram randomizados para o grupo de COACHING ou para o grupo controle. O grupo de intervenção recebeu orientações sobre como automonitorar a localização, a qualidade, o padrão e a intensidade da dor; além de orientação sobre como reportar as informações para a equipe médica. O pós-teste foi completado após quatro semanas do pré-teste.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>McGill Pain Questionnaire</i> - Escala Visual Analógica 	Os resultados do estudo demonstraram que o autorrelato dos pacientes sobre a avaliação da dor pode fornecer informações mais precisas, que ajudarão o médico na escolha da terapêutica analgésica mais adequada, quando comparado às informações fornecidas pelos enfermeiros obtidas pelas escalas de avaliação de dor. Os achados também indicam que as modificações no design do estudo são necessárias para estudos subsequentes; além do recrutamento de pacientes antes do desenvolvimento da dor.	Os resultados do estudo piloto demonstraram a viabilidade de implementar o protocolo de coaching e, os resultados sugerem que o coaching pode ser efetivo na redução das discrepâncias entre os autorrelatos dos pacientes e as avaliações de dor realizadas pelos enfermeiros.
A50	Foi realizada uma orientação inicial sobre dor e o seu tratamento, e os pacientes do grupo de intervenção receberam um material informativo. O grupo foi acompanhado semanalmente por telefone ou durante a consulta por três meses. Ao grupo controle não foi oferecido nenhuma orientação sobre o programa educacional.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pain Severe Index CPST</i> - <i>Brief Pain Inventory</i> - <i>Pain Management Index</i> - <i>EQ-5D</i> - <i>Health State Thermometer</i> - <i>Patient Satisfaction</i> - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> 	Não foi demonstrado benefício significativo com o uso da intervenção no que se refere ao controle da dor. O grau de satisfação foi significativamente maior no grupo de intervenção, e o custo do tratamento também foi maior nesse grupo.	O processo de triagem da dor em si foi efetivo. O desenvolvimento contínuo de estratégias para o tratamento da dor faz-se necessária ao invés de se deixar todo o processo sob responsabilidade de especialistas.
A51	Pacientes foram alocados para receber NCPB ou somente terapia analgésica sistêmica. Os pacientes foram acompanhados pelo período de um ano ou até o óbito.	<ul style="list-style-type: none"> - Escala Numérica Visual 0 a 10 - <i>Functional Assessment of Câncer Therapy – Pancreatic Cancer (FACT-PA)</i> 	Houve uma significativa redução da dor no grupo de intervenção comparado ao controle durante o período de estudo. No entanto, o consumo de opióides apresentou frequência de efeitos adversos. Escores de qualidade de vida e sobrevida não apresentaram diferença significativa entre os grupos.	Embora o NCPB tenha aumentado o alívio da dor em pacientes com câncer de pâncreas, quando comparado ao grupo controle com terapia analgésica sistêmica convencional, ele não interfere na qualidade de vida e na sobrevida.

A52	Após o preenchimento do questionário realizado na primeira entrevista, os pacientes receberam o Programa Educacional para Dor na versão escrita e em audiovisual por aproximadamente 30-40 minutos. A orientação foi repetida depois de três e sete dias, e os questionários reaplicados depois da 2ª, 4ª e 8ª semanas. Pacientes do grupo controle receberam os cuidados clínicos de rotina e as orientações por escrito após o final do estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>McGill Pain Questionnaire</i> - Escala Numérica Visual - <i>Barrier Questionnaire-Revised</i> - <i>Karnofsky Performance Status Scale</i> 	Os participantes do grupo de intervenção apresentaram diminuição dos escores de dor durante as três avaliações. Houve diferença significativa entre os grupos em relação à satisfação com o tratamento para dor.	O estudo evidenciou que o Programa Educacional para Dor diminuiu a intensidade da dor, aumentou a satisfação com o tratamento e reduziu as barreiras sobre o manejo na dor do câncer para os pacientes. A incorporação de um programa educacional padronizado para pacientes com câncer que apresentam dor pode aumentar a qualidade do cuidado oferecido.
A53	Os pacientes foram randomizados pelos farmacêuticos e receberam asparaginase 5000UI diluído em lidocaína 1% ou água destilada (2 ml). Todas as injeções foram administradas pelo mesmo enfermeiro, o qual utilizou a mesma técnica, e os pais foram orientados a passar EMLA tópica um hora antes da administração.	<ul style="list-style-type: none"> - Escala Analógica Visual - <i>Pain Faces Scale</i> 	Os escores de dor apresentaram diminuição significativa quando utilizada asparaginase com lidocaína, sendo que a lidocaína não interferiu na farmacocinética da droga.	Asparaginase com lidocaína diminuiu significativamente a dor conforme a mensuração obtida pela Escala Visual Analógica, sem alterar a biodisponibilidade e absorção da droga.
A54	Após os pacientes preencherem todos os questionários, pacientes e familiares do grupo de intervenção receberam o programa educacional para dor, com a utilização de um manual de orientação. Os pacientes preencheram novamente os questionários na 2ª e 4ª semana do estudo. O grupo controle recebeu o cuidado convencional.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>The American Pain Society</i> - <i>The Barriers Questionnaire-Taiwan form</i> - <i>The Taiwanese version of the Morisky Medication Adherence Measure</i> - <i>Brief Pain Inventory-Chinese version</i> - <i>Karnofsky Performance Status</i> 	Os resultados mostraram aumento significativo dos níveis de satisfação dos pacientes com os médicos e enfermeiros, no que se refere ao gerenciamento da dor.	O estudo evidenciou a importância de um programa educacional para dor para pacientes e seus familiares, para aumentar a satisfação dos mesmos no que se refere ao controle da dor.

A55	Pacientes do grupo de intervenção receberam cuidado gerenciado por telefone, por uma equipe especializada de médicos e enfermeiros juntamente com o monitoramento automatizado de sintomas em casa, por meio de gravação de voz interativa ou internet.	<ul style="list-style-type: none"> - Hopkins Symptom Checklist 20-item depression scale (HSCL-20) - Brief Pain Inventory (BPI) - 36-Item Short Form Health Survey Mental Health Inventory - 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale - 22-item Somatic Symptom Scale - SF 36 Vitality Scale - 3-item Sheehan Disability Scale 	Dentre os 274 pacientes que apresentavam dor, 137 pacientes do grupo de intervenção apresentaram diminuição da dor avaliada pelo BPI ao longo dos 12 meses do estudo, tanto os avaliados com dor contínua como os que apresentavam dor intermitente. O tamanho padronizado do efeito entre as diferenças de grupo em três e 12 meses foi 0,67; sendo 0,39 para dor.	A gestão do cuidado por <i>telecare</i> , juntamente com a monitorização automática de sintomas, resultou em melhor controle da dor e depressão em pacientes com câncer atendidos em áreas urbanas e rurais, geograficamente dispersas.
A56	Pacientes do grupo de intervenção receberam de 10-15 minutos de um programa educacional estruturado para dor por cinco dias, juntamente com um manual de orientação elaborado pelos autores.	<ul style="list-style-type: none"> - Brief Pain Inventory – Short Form Taiwanese version - Pain Opioid analgesics Beliefs Scale – Cancer - Coping Strategies Questionnaire-Catastrophizing and CSQ sense of control over pain measure 	Os resultados indicaram que ao término do tratamento, pacientes que participaram do grupo de intervenção apresentaram uma diminuição significativa na intensidade da dor, assim como menores crenças negativas em relação aos opióides.	Os resultados sugerem que a educação estruturada para dor pode efetivamente melhorar a experiência dos pacientes hospitalizados com câncer, que apresentam esse sintoma, e deve ser implementada na rotina clínica.
A57	Pacientes foram randomizados para o grupo de cuidados padrão, consulta de dor e com-consulta de dor combinada com o Programa Educacional de Dor. Todas as avaliações foram realizadas na 2ª, 4ª e 8ª semanas após a randomização.	<ul style="list-style-type: none"> - Numerical Rating Scales - Brief Pain Inventory - Pain Management Index - Medication Event Monitoring System version 6 - Ferrell Patient Pain Questionnaire 	A redução global da intensidade da dor e da interferência nas atividades diárias foi significativamente maior nos pacientes randomizados, para os grupos de consulta de dor e programa educacional de dor, do que aqueles que receberam o cuidado padrão. A dificuldade no manejo da dor não diferiu entre os grupos; embora os pacientes alocados para a consulta de dor e Programa Educacional de Dor tenham aderido melhor à terapia analgésica.	Pacientes que participaram da consulta de dor e Programa Educacional de Dor apresentaram melhora na diminuição da dor e interferência da mesma em suas atividades diárias, além da adesão à terapia medicamentosa em pacientes do ambulatório de oncologia.

A58	Os pacientes do grupo de intervenção foram submetidos a treinamento de dor ou nutrição durante consulta ambulatorial ou no domicílio. Foram utilizados vídeo, material impresso, papel e lápis, em treinamentos de 30 a 45 minutos com um enfermeiro. Foi realizado acompanhamento para reforçar a aprendizagem do treinamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de Barreiras - <i>Brief Pain Inventory</i> - Escala de Avaliação de Sintomas Memorial (MSAS) - Avaliação Funcional de Terapia de Câncer Geral (FACT-G) - Status de Desempenho ECOG 	Os pacientes treinados versus controle relataram barreiras reduzidas ao alívio da dor ($P < 0,001$), menores escores de dor usual ($P = 0,03$) e maior uso de opióides ($P < 0,001$). Nenhum paciente de treinamento de dor apresentou dor severa (> 6 em uma escala de 0 a 10). As classificações de médicos e enfermeiros foram mais próximas das classificações de dor dos pacientes.	O treinamento de pacientes usando materiais integrados de vídeo e impressão conserva o tempo do profissional de saúde, ao mesmo tempo que garante que todos os pacientes com câncer com dor recebem a informação básica necessária. Isso permite que o tempo de "cara a cara" seja individualizado para as necessidades dos pacientes com câncer, e pode ter benefícios sustentados no alívio da dor.
A59	Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente em um dos quatro grupos antes do início do condicionamento do transplante: treinamento de hipnose; treinamento cognitivo comportamental de habilidades de enfrentamento; controle de contato do terapeuta; e tratamento como de costume.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sickness Impact Profile</i> - <i>Brief Symptom Inventory</i> - Escala Visual Analógica 	As análises das principais variáveis indicaram que a hipnose foi efetiva na redução da dor oral relatada por pacientes submetidos ao transplante de medula. A náusea, o vômito e o uso de opióides não diferiram significativamente entre os grupos de tratamento. A intervenção cognitiva comportamental não foi eficaz na redução dos sintomas avaliados.	Apesar dos resultados, o estudo tem um tamanho de amostra relativamente pequeno, e pode ter tido um poder inadequado para demonstrar o efeito das intervenções em todas as variáveis avaliadas.
A60	O estudo foi desenvolvido no período de 20 meses. Os pacientes foram entrevistados por uma enfermeira do grupo de pesquisa para avaliação na linha de base sobre as variáveis de interesse. Os pacientes do grupo de intervenção receberam o PEP no hospital e foram acompanhados em casa no 3º e 7º dias após a alta para avaliação da dor. O acompanhamento ocorreu por telefone às 2ª, 4ª e 8ª semanas após a alta por meio de uma entrevista por telefone. Os dados foram coletados para todos os pacientes em relação ao PPI, API, WPI, TPI e uso de opióides e não opióides. Nos grupos de intervenção, os dados também foram coletados sobre o uso do PEP. A entrevista por telefone foi conduzida por outro enfermeiro e não pelo que forneceu o PEP.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dutch Language Version of the McGill Pain Questionnaire</i> - <i>EORTC QLQ-C30</i> - <i>Ferrell's Patient Pain Questionnaire</i> - <i>Pain Knowledge Questionnaire</i> - <i>Pain Cognition List for Cancer</i> 	No pré-teste foi identificado que 60% dos pacientes no hospital foram tratados inadequadamente em relação à dor. No pós-teste, os pacientes do grupo de controle foram significativamente mais inadequadamente tratados nas duas semanas após a alta (56% vs 41%), nas quatro semanas após a alta (62% vs 42%), e nas oito semanas após a alta (57% vs 51%) do que o grupo de intervenção. Embora o nível de inadequação nos grupos de controle permaneceu relativamente estável em todos os pontos de avaliação, um pequeno aumento na porcentagem de pacientes tratados inadequadamente foi encontrado no grupo de intervenção ao longo do tempo. Foi identificado um efeito benéfico do PEP para os pacientes através do escore APMI na linha de base, no nível de funcionamento físico dos pacientes, no nível de funcionamento social dos pacientes, na extensão da aderência à terapia medicamentosa, no conhecimento dos pacientes sobre dor e na quantidade de analgésicos utilizados.	A qualidade do tratamento da dor em pacientes com câncer com dor crônica pode ser aumentada com a adoção de orientações sobre a dor, e melhorar a participação ativa em seu próprio tratamento de dor. O benefício do PEP, no entanto, diminuiu ligeiramente ao longo do tempo, apontando para uma necessidade de educação permanente.

A61	<p>O grupo experimental recebeu o Programa de Educação da Dor no hospital, e ainda no terceiro e sétimo dia após a alta. A intervenção consistiu em uma abordagem multimétodo com instrução verbal sobre a dor, material por escrito sobre dor, uma fita de áudio cassete para informar e instruir os pacientes sobre dor e gerenciamento de dor. Todos os pacientes completaram um pré-teste de dois a quatro dias após a admissão hospitalar.</p> <p>Todos os pacientes do grupo controle e do grupo experimental foram acompanhados a 2 (T1), 4 (T2) e 8 (T3) semanas após a descarga pelo telefone.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escala Numérica Visual de 11 pontos - <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)</i> - <i>The Amsterdam Pain Management Index</i> - <i>Pain Relief Scale</i> - <i>Patient Satisfaction Scale</i> - <i>Cleeland's Pain Management Index</i> - <i>Ward's Pain Management Index</i> - <i>Zelman's Pain Management Index</i> 	<p>Os resultados evidenciaram que, com exceção dos três Índices de Gerenciamento da Dor, o acordo entre as medidas foi de muito baixo a moderado. O teste das comparações dos grupos conhecidos, e a equivalência entre os grupos, indicaram que o Índice de Gerenciamento da Dor de Amsterdã mostrou resultados promissores. Os Marcadores de Intensidade da Dor e a Escala de Alívio da Dor foram limitados na discriminação entre os grupos, enquanto a Escala de Satisfação do Paciente não mostrou diferenças entre os grupos. A capacidade das medidas de resultado para detectar mudanças ao longo do tempo foi claramente demonstrada por todas as medidas de resultado. Os efeitos da intervenção só foram encontrados para o Índice de Gerenciamento da Dor de Amsterdã e o Índice de Pior Dor do Paciente.</p>	<p>Mais pesquisas são necessárias para garantir que o Índice de Gerenciamento da Dor de Amsterdã é uma medida válida e confiável, já que o instrumento possui várias limitações. Primeiro, o Índice de Gerenciamento da Dor de Amsterdã se concentra em analgésicos e não leva em consideração outros tratamentos de dor, como por exemplo, TENS, tratamento invasivo da dor, e co-analgésia; em segundo lugar, ao avaliar o tratamento da dor, convém considerar que o tratamento do câncer realizado pelo paciente também pode reduzir o quadro álgico.</p>
A62	<p>Os pacientes foram randomizados para um dos dois grupos (gastrectomia distal assistida por laparoscopia e a gastrectomia distal aberta) no dia anterior ao da cirurgia. Todas as cirurgias foram realizadas pelo mesmo cirurgião, com experiência em ambas as técnicas cirúrgicas, as quais foram padronizadas. Os cuidados oferecidos no pós-operatório foram similares e os pacientes foram avaliados até o sétimo dia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escala Analógica Visual - O Wong-Baker escala de avaliação de dor - <i>Active Tracer AC-301</i> 	<p>Foi observado um desfecho mais favorável ao grupo submetido à gastrectomia distal assistida por laparoscopia em relação à perda de sangue intra-operatória ($P < 0,001$), à avaliação de dor ($P < 0,001$), ao tamanho da ferida ($P < 0,001$), à internação pós-operatória ($P < 0,001$) e aos parâmetros inflamatórios (proteína C-reativa, SaO₂ e duração do período febril) ($P < 0,001$). A recuperação física foi significativamente maior (três dias, $P < 0,001$) no grupo de gastrectomia distal assistida por laparoscopia.</p>	<p>A comparação das técnicas cirúrgicas para pacientes com câncer gástrico precoce mostrou desfecho favorável, com recuperação mais rápida da atividade física e menor intensidade de dor no grupo submetido à gastrectomia distal assistida por laparoscopia.</p>