



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO SOB A FORMA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO
NOS MOLDES DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM

**AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA EM
HOSPITAIS GERAIS: DIFICULDADES VIVIDAS E PROTOCOLO SUGERIDO**

Enfermeira: **Nílive Reinozo de Oliveira**
Orientadora: Enf. Oncol. Profa. **Flávia Firmino**

Rio de Janeiro
2010

NINIVE REINOZO DE OLIVEIRA

**AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA EM
HOSPITAIS GERAIS: DIFICULDADES VIVIDAS E PROTOCOLO SUGERIDO**

Monografia apresentada à Comissão Examinadora do curso de pós-graduação em nível de especialização, sob a forma de treinamento em serviço para enfermeiros, nos moldes de residência da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a conclusão de curso.

Rio de Janeiro

2010

AGRADECIMENTOS

Apesar de todo o esforço pessoal gostaria de agradecer às diversas pessoas que colaboraram, direta e indiretamente, e apoiaram minhas escolhas e renúncias, durante este período de pesquisa. Á estes, dedico os meus mais sinceros agradecimentos.

Á Deus, pelo dom da vida. Por seus ensinamentos que iluminam toda minha vida pessoal e profissional, que me garantem estar fazendo o bem ao próximo.

Á Professora Flávia Firmino, por acreditar em minhas habilidades e por sua crença no ensino.

Aos enfermeiros que ao colaborarem com a pesquisa, compartilharam suas vivências de cuidado enriquecendo minha experiência de aprendizado.

À Coordenação do Hospital Geral de Bonsucesso onde foi efetuado o estudo; à Direção de Enfermagem, e à Coordenação de Enfermagem do Setor de Internação, que facilitaram e colaboraram com o desenvolvimento da pesquisa.

Ao meu marido, pela paciência e compreensão nos períodos de ausência e nervosismo, e por toda ajuda prestada no desenvolvimento do trabalho.

À minha cunhada, Enfermeira Danielle Brocardo, pela ajuda prestada no período de coleta de dados e por todo apoio prestado.

Às minhas amigas, Arynne Martini e Janaína Martins, que sempre estiveram presentes colaborando com ideias e ofertando palavras de suporte.

Aos meus pais e familiares, por toda minha formação pessoal, apoio e compreensão.

E todas às demais pessoas que contribuíram de alguma forma para realização do estudo.

Resumo: A dor é um sintoma de grande incidência nos pacientes com câncer, e vai acompanhá-lo nas mais diversas fases da doença, intensificando-se especialmente ao final da vida. O profissional enfermeiro deve estar preparado para identificar, controlar e avaliar este sintoma, e mediante ações assistenciais eficazes diminuir o sofrimento que a dor oncológica impõe. A presente pesquisa traz como objetivo de estudo as ações do enfermeiro no controle da dor do câncer em pacientes internados em hospitais gerais e tem como objetivos: identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros no controle da dor do paciente com câncer em um hospital geral; analisar as dificuldades implementação do controle da dor do paciente com câncer em um hospital geral relatadas pelos enfermeiros; propor protocolo de intervenções de enfermagem na assistência ao paciente com dor oncológica em um hospital geral. A pesquisa é empírica, exploratória, e de campo e foi desenvolvida nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica do Hospital Geral de Bonsucesso, no Rio de Janeiro. A coleta de dados se deu por meio de revisão bibliográfica e entrevista semi-estruturada. Foram sujeitos da pesquisa dez enfermeiros assistenciais. O resultado da pesquisa apontou que as dificuldades vivenciadas são de cunho prático, organizacional, de fluxo de processo e de interdisciplinaridade, e as mesmas estão atreladas à falta de conhecimento médico e de enfermagem e desinformação dos enfermeiros face ao controle da dor oncológica, o que comprometeu terceiro objetivo do estudo. Foi proposto protocolo assistencial de ações gerais considerando os limites pessoais e institucionais que norteiam suas práticas de cuidado. A pesquisa funcionou como um método de diagnóstico dos problemas vivenciados pelos enfermeiros na prática do cuidado do paciente oncológico em hospitais gerais, onde sugerimos mecanismos de melhoria do alívio da dor do câncer através do protocolo de ações proposto.

Palavras-chave: dor oncológica; câncer; cuidados de enfermagem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
REVISÃO DE LITERATURA.....	10
1 - CONCEITO E DIMENSÃO DO SOFRIMENTO HUMANO.....	10
1.1 - Bases fisiológicas da dor de origem oncológica.....	15
1.2 - Reflexos induzidos pela dor.....	20
1.3 - Transmissão da dor.....	23
1.4 - Sistema de supressão da dor.....	25
1.5 - Classificação da dor oncológica.....	27
2 - CAUSAS DA DOR DO CÂNCER.....	28
3 - FATORES QUE INFLUENCIAM NA DOR.....	30
4 - DIRETRIZES DO CONTROLE DA DOR.....	30
4.1 – Escada analgésica proposta pela OMS.....	32
5 - AÇÕES DE ENFERMAGEM.....	34
6 - IMPEDIMENTOS PARA O COTROLE DA DOR.....	35
METODOLOGIA.....	36
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
APÊNDICE B	
Roteiro de entrevista	70
ANEXO A	
Parecer do Projeto de Pesquisa CEP-HGB.....	71

INTRODUÇÃO

As ações do enfermeiro no controle da dor do câncer em pacientes internados em hospitais gerais é o objeto deste estudo.

Essa temática despertou-me interesse quando na qualidade de enfermeira do programa de residência da UNIRIO, passei pelos diversos setores de um hospital público federal de ensino assistindo aos pacientes adultos em clínica médica e cirúrgica. Apesar de não ser um hospital especializado no tratamento de pacientes oncológicos, estive envolvida no cuidado desta clientela na maioria dos setores pelos quais passei e pude detectar algumas dificuldades da enfermagem na assistência ao paciente com câncer, em especial no controle da dor.

Aproximadamente 50% dos pacientes oncológicos sentem dor em qualquer fase da doença neoplásica, sendo que cerca de 30% deles queixam-se de dor de intensidade moderada a severa. Quando o câncer está em estágio avançado a incidência da dor ocorre em cerca de 90% dos pacientes (BRASIL, 2008). Nesta fase final da doença, muitos deles encontram-se sob internação hospitalar.

O contingente de pacientes oncológicos nos hospitais gerais tende a aumentar, não só pelas altas taxas de incidência desta doença, mas também devido às políticas de saúde para o controle do câncer.

Em 1998, foi lançada a Portaria 3535 GM/MS que, considerando a necessidade de atendimento integral aos pacientes com neoplasias malignas, visou estabelecer critérios para a criação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Desde então, o atendimento desta clientela nos hospitais gerais passou a ser reconfigurada e revestida de atenção clínica, política e administrativa na rede de hospitais do Sistema Único de Saúde (REDESUS).

No ano de 2000, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), em conjunto com Ministério da Saúde, criou o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (Projeto EXPANDE) para promover a capacitação dos hospitais gerais prestarem atendimento de alta complexidade à pacientes oncológicos. (BRASIL, 2008)

Neste contexto, o controle da dor ganhou destaque através da Portaria no. 19/GM , de três de janeiro de dois mil e dois, que preconizou a implantação de serviços de controle da dor e de cuidados paliativos nos hospitais integrantes da rede do Sistema Única de Saúde (SUS).

Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da Portaria nº 2439/ GM, de oito de dezembro. Ela preconiza a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todas as unidades federadas, de acordo com competência da gestão estadual, municipal e federal.

Como desdobramento destas intenções político-administrativas, em 19 de dezembro do mesmo ano, foi instituída a Portaria GM nº741, que definiu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e suas respectivas aptidões.

As condições no campo das políticas de saúde afetam a prática da enfermagem no que diz respeito às suas ações assistenciais na rotina do cuidar.

O controle da dor, em seus diferentes tipos, está vinculado diretamente com a implementação e constante avaliação de protocolos e rotinas para mensuração e tratamento da dor, além de treinamento e aquisição de conhecimentos pelos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem visto que estes estão mais próximos dos pacientes. (DICCINI, 2004) As políticas de controle do câncer aumentam esta demanda de trabalho assistencial.

O enfermeiro deve ter a sensibilidade para identificar os sinais de dor e desenvolver um planejamento para o controle da mesma. Segundo a resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) que trata da reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na seção IV das relações com as organizações empregadoras, é um dever e uma responsabilidade do enfermeiro estimular, promover e criar condições de aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de enfermagem sob sua orientação e supervisão. O mesmo código postula o dever do profissional enfermeiro em diminuir o sofrimento dos pacientes sob sua assistência.(COFEn-RJ, 2008)

A diminuição do sofrimento está diretamente relacionada com o controle do sofrimento alérgico e promoção de conforto físico, psíquico e sócio espiritual aos pacientes assistidos pela enfermagem. O enfermeiro deve compreender seu papel no controle da dor do paciente com câncer, além do importante papel de orientação dos pacientes e seus familiares.

A partir destas reflexões deu-se a realização desta pesquisa, que contou com os seguintes objetivos:

- Identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros no controle da dor do paciente com câncer em um hospital geral;
- Analisar as dificuldades implementação do controle da dor do paciente com câncer em um hospital geral relatadas pelos enfermeiros;
- Propor protocolo de intervenções de enfermagem na assistência ao paciente com dor oncológica em um hospital geral.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou o efetivo controle da dor como uma das três prioridades no sistema de saúde público, seguido dos cuidados

paliativos para a melhora da qualidade de vida dos pacientes com câncer. Considera como parte chave para que se efetive este cuidado, o treinamento dos profissionais de saúde nas diversas fases de formação desde a graduação.

Apesar de todo o destaque mundial nas últimas décadas, a dor oncológica ainda é inadequadamente tratada pela equipe multiprofissional. Algumas situações agravam este quadro, como: a desinformação dos profissionais de saúde, além do conceito de que pacientes com câncer sentem dor naturalmente e que nada pode ser feito. (PIMENTA; KOIZUMI, 1993)

O despreparo dos profissionais e suas crenças inapropriadas a respeito das terapias de alívio da dor são apontados na literatura como a causa primária para uma analgesia ineficaz da dor oncológica nos pacientes internados nas instituições de saúde de todo mundo. (SILVA; ZAGO, 2001)

Sabe-se que 90% da dor do câncer podem ser satisfatoriamente controladas usando medicações simples. Apesar disto, estima-se que 25% dos pacientes com câncer morram com dor (ELSAYEM, DRIVER, BRUERA, 2003), ainda que estejam sob os cuidados dos profissionais de saúde.

Conhecer as dificuldades e as ações desencadeadas pelos enfermeiros ao assistir esta clientela institucionalizada em hospitais gerais pode contribuir com os programas de capacitação profissional, clarear competências nucleares para o controle da dor oncológica em hospitais gerais e fornecer subsídios para a melhoria da atenção clínica voltada ao controle da dor na rotina assistencial da enfermagem.

Adicionalmente, pesquisas nesta vertente contribuem para a discussão do papel ético, ante ao funcional, do enfermeiro como gerente da prestação de cuidados à saúde e diminuição do sofrimento das pessoas.

Revisão de literatura

A literatura compulsada apontou como temática de relevância: o conceito da dor, a fisiopatologia da dor oncológica, formas de tratamento farmacológico, intervenções não-farmacológicas como as técnicas de relaxamento, terapias alternativas e intervenções neuro-invasivas; fatores que dificultam a atuação da equipe multiprofissional no controle da dor do câncer; a falta de conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde mediante o controle da dor oncológica; a crença da “intratabilidade” da dor oncológica por parte dos profissionais de saúde e mesmo dos pacientes; a carência e o fluxo da disponibilidade de opióides; o mito do uso da morfina; a importância do relacionamento médico-pacientes como medida de diminuição da dor; a participação do farmacêutico nos cuidados do controle da dor oncológica; a associação e o difícil diagnóstico da depressão dos pacientes com dor oncológica, ênfase na avaliação sistematizada da dor; o entendimento de que há desumanização por parte das instituições de saúde quando a dor não é tratada; a enfermeira como profissional privilegiado na condução da dor como 5º. sinal vital e, por fim, a necessidade dos profissionais de saúde respeitarem o direito dos pacientes com dor oncológica terem o devido alívio; melhora na qualidade da vida que ainda resta pela diminuição do sofrimento e dignidade no momento em que a morte biológica ocorre.

As categorias a seguir foram elaboradas de forma empírica procurando contemplar a temática acima citada.

1 – CONCEITO E DIMENSÃO DO SOFRIMENTO IMPOSTO PELA DOR ONCOLÓGICA.

A dor é entendida como um fenômeno complexo e tão ligado ao ser humano, que alguns autores a consideram como parte da estrutura humana; o que a torna um acontecimento tão antigo quanto o homem (OLIVEIRA; GABBAI, 1998). No entanto

sabe-se que ela apresenta uma fisiopatologia muito complexa, por si só (MORALES ALPÍZAR; SALAS HERRERA, 2004), sendo concebida como uma “uma construção multidimensional” por envolver tantos elementos fisiológicos e fisiopatológicos, acrescidos de outros fatores psicosociais; como cultura e crença (CERECEDA, 2006).

A discussão em torno do conceito “dor” tomou corpo a partir da década 60, quando Melzack a definiu como “uma sensação” (SILVA; ZAGO, 2001). No final da década 70 a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o conceito proposto pela Associação Internacional for Study of Pain (IASP) e o divulgou ao mundo. Assim, desde este tempo a dor é conceituada como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais”. Desde a sua criação, que se deu em 1974, a IASP lidera o ensino e pesquisa do tratamento da dor crônica.

Por questão de padronização, a maior e mais simples classificação que se dá à dor é dividi-la em dor aguda e crônica, entendendo-se que aquela dor que persiste por mais de três a seis meses, será considerada dor crônica. Desta forma, ser crônica é o primeiro grande atributo que se dá à dor oncológica.

A dor crônica é tomada com particular interesse pela medicina e demais áreas do saber em saúde. Alguns estudiosos a consideram síndrome (SILVA; ZAGO, 2001) e outros, doença (OLIVEIRA, 2000). Desta forma não há consenso de que a dor crônica seja sintoma. Dentre as dores crônicas, a dor oncológica é apontada como aquela com maior sobrecarga de sofrimento ao seu portador, devido à magnitude o câncer como doença subjacente. Esta noção guiou a classificação das dores crônicas como dor crônica de origem não-cancerosa e a dor crônica oncológica, mais comumente dita dor do câncer.

Cecily Saunders, médica que se dedicou aos estudos da dor em pacientes com câncer avançado, dentre outros temas, afirmava, há mais de 50 anos atrás, que a dor no

câncer é a “Dor total”, por atingir todas as dimensões da vida da pessoa e imputar-lhe sofrimento inexorável. As dimensões apontadas por Saunders são: dimensão física; psíquica, psicológica, social e espiritual.

A dimensão física se mostra comprometida pela presença da dor física e dos efeitos indesejáveis do tratamento, sendo agravada pela insônia e fadiga crônica. A dimensão psicológica é afetada já pelo atraso do diagnóstico no início da doença, pelo insucesso terapêutico esperado ou declarado, desfiguração causada pelo avanço da doença, medo da dor e/ou da morte, sentimento de desamparo. A dimensão social é afetada pelas evidentes preocupações familiares e econômicas, perda do emprego, do prestígio e dos rendimentos. Perda da posição social, do papel na família e sentimentos de abandono e isolamento. Já a dimensão espiritual diz respeito às questões mais íntimas do ser humano e é retratada pelas questões que ele faz a si e aos amigos/parentes próximos, incluindo a crença em Deus, “por que me aconteceu isto? Por que permite Deus que eu sofra assim? De que serve tudo isto? A vida tem algum significado ou finalidade? Poderão ser-me perdoados os meus erros passados?” (TWYXCROSS,2003).

Afirmar-se que “o medo do câncer é sem dúvida associado à dor” (OLIVEIRA JÚNIOR,1994). Uma das explicações para este fato que consta no imaginário social das pessoas é que o tratamento do câncer nem sempre leva à cura, mas frequentemente é doloroso, invasivo e mutilante depauperando a qualidade de vida do doente e da família.

A dor no câncer, quando considerada sintoma, se diz complexa e angustiante, com impacto direto na qualidade de vida do indivíduo. Segundo estimativas atuais, a dor oncológica acomete 20 a 75% dos adultos na ocasião do diagnóstico; de 30 a 50% dos pacientes em tratamento ativo; e de 75% dos pacientes com doença avançada. (GATES;FLINK 2009)

Kovacs (1998), em seu estudo elaborado para identificar perfil do sofrimento psíquico de 50 pacientes oncológicos com doença avançada de uma instituição especializada no atendimento paliativo no interior de São Paulo, coletou dados sobre a qualidade de vida destes pacientes após o surgimento da doença. As queixas mais freqüentes foram: 1) problemas financeiros ligados à interrupção do trabalho e preocupações com a sobrevivência da família; 2) profundas alterações na vida familiar devido à internação hospitalar; 3) não saber pedir ajuda entendendo que nada pode ser feito por eles, só podendo recorrer a Deus; 4) relatam desejo de morrer para não causar mais sofrimento à família. Os medos mais freqüentes foram: dor, mutilação, futuro da família e dependência.

A autora concluiu que:

“É tarefa dos profissionais de saúde diminuir os sofrimento físico, psíquico, social e espiritual, favorecer a autonomia do paciente e controle sobre sua vida, facilitar a comunicação eficaz entre o paciente, família e equipe”

(KOVACS, 1998, 47).

Estes dados retratam os principais conceitos de Saunders e a afirmação de Oliveira Júnior (1994). De fato, o tratamento da dor no câncer é um desafio para a equipe de saúde, uma vez que sua abordagem é obrigatoriamente multiprofissional devido às dimensões bio-psico-socio-espiritual que ela afeta.

Já em 1994, Oliveira Júnior chamava atenção ao fato de que o mesmo progresso que estava em curso no tratamento antineoplásico, também se dava em relação ao tratamento antiálgico do paciente com câncer. Os esforços da medicina em combater a dor no câncer foram desencadeados de forma mais efetiva por John Bônica, anestesiológico que considerou a dor como entidade clínica, merecedora de estudos e tratamento focado. Foi o idealizador do modelo das chamadas “Clínicas de Dor”. Este modelo segue em

expansão pelos hospitais do país. Mas ainda não está implantado na maioria dos hospitais, traz implicações controversas, impasses clínicos e tensões oriundas da problematização do dualismo “mente e corpo” e das práticas terapêuticas interdisciplinares (SANTOS, 2009).

De outra forma, noções atuais de anatomia, fisiologia, neuroquímica, embriologia e terapêutica foram apontadas por Oliveira Júnior (1994) como dados científicos que tornaram possível a melhoria da qualidade de vida pelo controle da dor no câncer, ainda na década 90. Passados 14 anos, Morales-Alpízar e Salas Herrera (2004) enfatizaram que o manejo da dor do câncer foi convertido em um dos pilares do tratamento do paciente oncológico, uma vez que o tratamento invasivo da dor se diversificou de forma muito importante.

O conhecimento das bases fisiológicas e farmacológicas da terapêutica antiálgica é a chave para que o paciente com dor de origem oncológica receba o necessário alívio. No entanto, devido ao acometimento de dimensões não biológicas, o tratamento multiprofissional e interdisciplinar se impõe como fator necessário.

Mas há muito ainda que se percorrer neste caminho para assegurar ao paciente o respeito clínico e humano que ele merece nos âmbitos dos hospitais. Para Cereceda (2006) “existem bons tratamentos que permitem o controle da dor de maneira sensível para a maioria dos pacientes” (CERECEDA, p. 54) a partir de um enfoque prático e do reaprendizado quanto ao uso da morfina; considerada a “pedra angular” no tratamento da dor do câncer. Tal fato guia a preocupação quanto à educação dos profissionais de saúde dos hospitais não especializados que atendem pacientes oncológicos.

1.1 - Bases fisiológicas da dor de origem oncológica

O processo de sentir dor emana sinais e sintomas objetivos, que podem ou não ser vivenciados. A dor é, principalmente, um mecanismo de proteção do corpo, ocorre sempre que qualquer tecido esteja sendo lesado e assim tenta-se remover o estímulo doloroso.

(KAZANOWSKI; LACETTI,2005). Ainda que seja uma das modalidades somastésicas mais primitivas, ela pode ser modulada por um conjunto de fatores, por exemplo, as experiências sensoriais do indivíduo e o seu estado emocional no momento. Pode ser produzida por uma variedade de estímulos tais como: pressões mecânicas; extremos de temperatura; pH ácido, soluções hipertônicas; luz intensa, e certos mediadores químicos (BALDO, 1999). Classificam-se em três tipos os estímulos desencadeantes de dor: mecânicos, químicos e térmicos(GUYTON;HALL,2002). O sistema nervoso central e o periférico estão envolvidos na sensação de dor.

Desencadeado o estímulo, distinguem-se quatro estágios no processo de nocicepção da dor – termo empregado para se referir à sensação de dor: transdução, transmissão, percepção e modulação.

Morales-Alpizar e Salas-Herrera (2004) definem nocicepção como “um processo de trocas bioquímicas e neuronais que ocorrem em resposta a estímulos prejudiciais”. A nocicepção ocorre pela ativação dos nociceptores - receptores, ou terminações nervosas livres especiais, sensíveis a lesões que existem na pele, periósteo, paredes das artérias, superfícies articulares, e nas paredes de outros órgãos internos como a foíce, o e o tentório na abóbada craniana. O corpo humano possui cerca de 500 nociceptores por cada centímetro de pele. O neurônio nociceptivo periférico utiliza dois neurotransmissores. O glutamato, que é o principal responsável pela ativação do neurônio pós-sináptico, e a substância P, que atua como moduladora ajustadora da sensibilidade do neurônio pós-sináptico à atividade do glutamato. (OLIVEIRA; GABBAI, 1998)

A transdução converte informações mecânicas, químicas e térmicas, em impulsos elétricos. Ocorre verdadeiramente a transformação do dano tissular e da resposta bioquímica em um processo neural. Os neurônios conduzem o impulso elétrico até a medula espinhal, ou a células que conduzem aos nervos cranianos. Quando o nociceptor

recebe o estímulo nociceptivo os canais de sódio da membrana celular se abrem, e ocorre influxo de sódio do meio extracelular para dentro da célula. O sódio dentro da célula induz a perda de carga elétrica – ou seja: a célula sofre despolarização, criando o potencial de ação que se traduz pela energia elétrica que vai seguir até a medula espinhal.

O trajeto do estímulo nociceptivo até a medula será o segundo estágio do processo de nocicepção, ou seja, a transmissão: os neurônios despolarizados transferem impulsos elétricos para o sistema nervoso central. Lá ocorrerá a extração das características mais relevantes dos impulsos sensitivos. É a elaboração da informação nociceptiva, conduzindo à percepção consciente de uma sensação aversiva (BALDO, 1999). Assim, o terceiro estágio da nocicepção será a percepção da dor como sensação aversiva. Trata-se da interpretação do SNC quanto ao estímulo sensitivo que lhe é apresentado.

De posse da interpretação do estímulo sensitivo, o SNC poderá reduzir ou aumentar a sensação algica. Dá-se, então, o quarto estágio da nocicepção que se refere ao processo que o SNC utiliza para facilitar ou inibir a perpetuação da sensação aversiva. A modulação ocorre porque a substância gelatinosa que banha os interneurônios pode ser regulada para excitar ou inibir os sinais de dor.

No processo natural de modulação predominam os processos de inibição da dor. E o processo inibitório ocorre em vários estágios do próprio processo de modulação: inibição segmentar ou medular e controles descendentes superiores. Eles envolvem substâncias químicas endógenas e circuitos nervosos. A resposta dos nociceptores consiste na liberação de mediadores químicos, como as conhecidas substâncias algicas como a bradicinina, a serotonina, a histamina, os íons de potássio, os ácidos, a acetilcolina e as enzimas proteolíticas, além das prostaglandinas e substância P. (GUYTON; HALL, 2002)

A modulação é um mecanismo do mesencéfalo e a sua ocorrência desencadeia influências inibidoras que percorrem a medula espinhal suscitando a liberação de

substâncias como serotonina, norepinefrina e opioides endógenos. Essas substâncias ligam-se a receptores opioides e impedem a liberação de neurotransmissores, como a substância P, que inibem a transmissão de novos impulsos dolorosos, trata-se da modulação descendente, já que seus efeitos se projetam do mesencéfalo para a medula espinhal.

A modulação da medula espinhal pode ocorrer por três mecanismos: bloqueio dos receptores das substâncias neurotransmissoras; inibição da liberação desses neurotransmissores; e impedimento do processo de transmissão nociceptiva. (BERNARDO, CHAVES E MORAES, 1998; GUYTON; HALL, 2002). Quanto ao bloqueio dos receptores, destaca-se que existem três tipos de receptores e somente dois estão envolvidos no processo de dor:

O receptor do tipo NMDA e receptor do tipo AMPA. O AMPA é responsável por um potencial pós-sináptico rápido e fugaz, que permite que os receptores NMDA fiquem operantes. Quando o glutamato é liberado, ele ativa o receptor NMDA, abre-se o canal de cálcio e um fluxo abundante deste íon vai para dentro da célula. (OLIVEIRA; GABBAI, 1998)

A modulação espinhal é constituída por quatro regiões do SNC: sistema diencefálico e cortical; substância cinzenta periaquedutal e periventricular, ricas em receptores opioides; núcleo magno da rafe, que recebe estímulos excitatórios da zona periaquedutal e enviam fibras seritonérgicas e noradrenérgicas ao corno posterior da medula, depois ao corno posterior bulbar e medular (BERNARDO, CHAVES E MORAES, 1998). Os cornos dorsais da medula podem impedir a ascensão da sensação de dor até o cérebro, conforme a Teoria do Portão, e neste processo a lesão é respondida de forma reflexa, e a origem do estímulo desagradável é eliminada. Destaca-se que o portão opera por meio de vários neurotransmissores nos cornos dorsais, sendo que a substância P (de Pain) e a somatostatina são as mais presentes neste ato fisiológico.

Pode ocorrer a chegada de informações sensitivas de diversas áreas do interior do corpo e convergir nos neurônios espinhais. Essa convergência é a responsável pelo que conhecemos como **Dor Referida**: a dor é percebida em uma parte do corpo diferente daquela onde teve origem à lesão ou estímulo.

É o mecanismo fisiológico da dor que suscita diversas formas de classificação da mesma. O mecanismo de transmissão da dor pode classificá-la em lenta ou rápida. Estes dois tipos de dores seguem vias de transmissão diferentes no corpo humano.

A **dor rápida** é sentida dentro de cerca 0,1 segundo depois do estímulo doloroso ser aplicado. Pode também ser denominada: dor súbita, dor em picada, dor aguda e dor elétrica. Como exemplos podem citar a picada de agulha, corte de faca, pele agudamente queimada e choque elétrico(GUYTON;HALL,2002).

A **dor lenta** é sentida apenas após 1 segundo à mais, e, então, aumenta lentamente durante muitos segundos e, às vezes, minutos. Pode também ser denominada: dor lenta em queimação, dor surda, dor pulsante, dor nauseante e dor crônica. É associada à destruição de tecido. Podendo levar há um sofrimento prolongado e insuportável, ocorre tanto em pele quanto em tecido profundo (Op cit).

Outra forma de classificação muito comum da dor é diferenciá-la em: dor superficial e dor visceral. A dor superficial resulta da estimulação direta dos nociceptores da superfície corporal, no tecido cutâneo, na pele ou nas membranas e mucosas. Por ser esta uma região com muitos receptores, a dor gerada é caracterizada por ser muito intensa e grave. Pode ser resultante de lesões mecânicas, térmicas e químicas. É dor facilmente localizada pelo indivíduo que a sente, normalmente é descrita como uma dor em queimação e perfurante na fase inicial, e seguida por um período de queimação mais profunda e longa. (KAZANOWSKI; LACETTI, 2005)

A dor visceral é aquela originada pela ativação de nociceptores presentes nas diversas vísceras abdominais e torácicas.

As vísceras possuem terminações nervosas difusas pelo tecido sendo assim, dificilmente uma lesão localizada geraria dor intensa absolutamente localizada. (CERECEDA, 2000)

Basicamente, toda a dor visceral que se origina na cavidade abdominal e torácica é transmitida por meio de fibras nervosas que correm nos nervos autonômicos, sobretudo ao longo das mesmas vias dos nervos simpáticos. Elas são fibras pequenas, do tipo C, e, por isso, podem transmitir apenas o tipo de dor crônica, dolorida, difusa e sofrida. (GUYTON; HALL, 2002)

1.3- Reflexos induzidos pela dor

Além da percepção consciente da dor, podem ocorrer reflexos gerados por um estímulo doloroso. Esses dependem diretamente da característica do estímulo doloroso podendo gerar o reflexo involuntário de retirada, nos casos onde os estímulos algiesiogênicos são aplicados sobre a superfície do corpo. (BALDO, 1999)

Dores localizadas em regiões internas do corpo, como vísceras, podem causar contração da musculatura adjacente, e mesmo induzindo a adoção de postura específica, cujo intuito é a imobilização e proteção da região afetada, produzindo às vezes, posições antálgicas bastante características. (BALDO, 1999; GUYTON; HALL, 2002)

Uma dor muito aguda e intensa provoca uma resposta vegetativa predominante simpática, incluindo, por exemplo, taquicardia, midríase, sudorese, vasoconstricção periférica. Por outro lado, uma dor em aperto, intensa e contínua gera bradicardia e vasodilatação, acompanhada muitas vezes por náuseas e hipotensão. (BALDO, 1999)

Para o entendimento da dor de origem oncológica é necessário destacar que os nociceptores possuem uma natureza não adaptável, ao contrário da maioria dos receptores

que se adaptam ao estímulo, ou eles não se adaptam ou eles se adaptam muito pouco. Às vezes o estímulo doloroso pode ser intensificado, este fenômeno se chama **hiperalgesia**.(GUYTON;HALL,2002)

A pessoa comum começa a sentir a dor de acordo com a intensidade da lesão tecidual que está ocorrendo. A intensidade da dor sentida em uma região de lesão celular se correlaciona com a quantidade de íons de potássio ou com o aumento de enzimas proteolíticas, que destroem as fibras nervosas e excitam a dor, tornando as fibras nervosas mais sensíveis aos estímulos dolorosos.

Durante a isquemia tecidual após um pequeno período de tempo (minutos ou segundos) torna-se muito dolorosa a região onde há a redução de fluxo sanguíneo. Por duas justificativas possíveis: excesso de ácido lático, devido o metabolismo anaeróbico gerado na região, ou pelo acúmulo de bradicininas e enzimas proteolíticas no local devido à destruição tecidual.

Os espasmos musculares, muito comuns no paciente com câncer, causam dor ao sensibilizar mecanorreceptores para dor. Além de gerar a liberação de bradicininas e enzimas proteolíticas e de realizar o mesmo mecanismo da isquemia tecidual, visto que há uma redução de fluxo sanguíneo na região onde ocorre o espasmo muscular. (GUYTON;HALL, 2002)

De fato a dor não é apenas um desconforto, mas envolve reações fisiológicas complexas que levam as manifestações psíquicas, imunossupressão, diminuição da perfusão tissular, aumento do consumo de oxigênio, aumento da atividade cardíaca, espasmo muscular, alteração da mecânica respiratória e à liberação dos hormônios do stress – o que fadiga e impõe sofrimento ao paciente (SANTOS,2008). Convém destacar que o paciente oncológico vive ininterruptamente este desgaste quando sua doença não responde mais ao tratamento curativo.

Em decorrência do tempo de cronificação da dor ele adquire mecanismos de adaptação e as reações acima descritas são menos prevalentes. Outras como a depressão e a fadiga se fazem presentes. Importantes alterações fisiológicas também ocorrer e aquelas mais características desta população são: alodinia – dor causada por um estímulo que normalmente não provocaria dor. Decorre da alteração na qualidade da interpretação da sensibilidade pelo doente; parestesia: anomalia da percepção da sensação corpórea, com predomínio da sensação de “anestesiamento” da região afetada; hiperalgesia: aumento da resposta a um estímulo que normalmente não é doloroso; disestesia: sensação desagradável e anormal de origem espontânea ou evocada (BERNARDO, CHAVES, MORAES, 1998)

As bases fisiológicas da dor sustentam o entendimento da ação da terapêutica antiálgica tanto farmacológica, como aquelas não farmacológicas. Desta forma devem embasar, também, as ações do enfermeiro no planejamento das ações que possam aliviar a dor do paciente oncológico. “O conhecimento da fonte e mecanismo da dor é crucial na determinação da mais efetiva estratégia de tratamento” (SMITH, 2004,p. 349).

Uma vez que o enfermeiro deve avaliar a dor e a dinâmica da terapêutica analgésica instituída no decurso das 24 horas que o paciente permanece sob sua vigilância, se faz necessário que ele tenha este conhecimento.

3.1.4 - Transmissão da dor

As terminações nervosas se utilizam de dois mecanismos de transmissão de dor para o Sistema Nervoso Central (SNC): a via de transmissão da dor rápida-aguda e a via da dor lenta-crônica, iniciando sempre com uma fibra periférica.

As fibras periféricas da dor rápida-aguda são as A δ , realizam a transmissão da dor a uma velocidade de 6 a 30 m/s, provocados por estímulos mecânicos e térmicos. As fibras periféricas de ação lenta-crônica são as fibras C, transmitem a dor a uma velocidade entre

0,5 e 2 m/s, provocados normalmente por estímulos dolorosos químicos e também por estímulos mecânicos ou térmicos persistentes.(GUYTON;HALL,2002)

Devido este duplo sistema de inervação, quando há uma dor súbita há estímulo nas duas fibras periféricas gerando inicialmente a dor aguda para que o indivíduo atue para reduzir essa estimulação. E logo após alguns segundos, há o estímulo das fibras C. A dor lenta após a sua estimulação, vai ficando cada vez mais intensa com o tempo, finalmente, resulta em sofrimento intolerável da dor protraída, fazendo a pessoa continuar a tentar aliviar a causa da dor. Este é o tipo que vai predominar no doente oncológico.

As fibras periféricas da dor entram na medula espinhal, pelas raízes dorsais espinhais e terminam sobre neurônios nos cornos dorsais. E a partir daí, tem dois mecanismos ate chegar ao encéfalo: por meio do trato **neoespinotalâmico** e **paleoespinotalâmico**.(GUYTON;HALL,2002)

Trato neoespinotalâmico – transmissor das dores mecânicas e agudas

As fibras da dor rápida terminam na lâmina na marginal dos cornos dorsais e excitam os neurônios de segunda ordem do trato neoespinotalâmico. Esses neurônios dão origem a fibras longas que cruzam e passam para o lado oposto da medula óssea através da comissura anterior, e seguem então para cima até o tronco encefálico pelas colunas ânterolaterais.(GUYTON;HALL,2002)

Trato paleoespinotalâmico – transmissor das dores lentas e crônicas

É o sistema mais conhecido de transmissão da dor. Transmite a dor em sua maioria a partir das fibras de dor lenta-crônica (fibras C), mas também estimula as fibras de dor rápida-aguda (fibras A δ). As fibras tipo C vão terminar basicamente na lâmina II e III dos cornos dorsais, chamada substância gelatinosa, o sinal vai para os neurônios adicionais de fibras curtas, que a partir da lâmina V vão dar origem a axônios longos. Esses se juntam as

fibras da dor aguda, passando para o lado oposto da medula, subindo pela via anterolateral. E termina difusamente no tronco-encefálico.

A partir das áreas de dor do tronco encefálico, múltiplos neurônios de fibras curtas retransmitem os sinais da dor para cima, para os núcleos intralaminares e ventrolaterais do tálamo e para certas porções do hipotálamo e outras regiões adjacentes do encéfalo basal.

As fibras C entram na medula espinhal e secretam transmissores (glutamato e substância P), sendo que o transmissor glutamato atua instantaneamente e dura alguns milissegundos. Já a substância P é liberada muito mais lentamente, aumentando sua concentração com o tempo.

A localização da dor é precária. Podendo ser sentida ao longo de uma extensão maior que a região de estímulo. Isto está de acordo com a conectividade difusa, multissináptica dessa via. E explica por que os pacientes, frequentemente, têm grande dificuldade de localizar a fonte de alguns tipos de dor crônica, como a do câncer.

Reconhece-se hoje que o “conceito simplista de dor como dependente da ativação de um sistema de projeção da periferia até o córtex não pode ser mais aceito”. (OLIVEIRA; GABBAI, 1998)

Há de se reconhecer diversos mecanismos do sistema complexo da modulação através do SNC. Cabe destacar também, que à medida que um quadro doloroso evolui em intensidade e tempo de permanência, “ele deixa de ser dependente de alguma ativação periférica e passa a ser sustentado por alguma alteração no SNC”. (op cit, p. 87)

1.5 - Sistema de supressão da dor

O grau com que a pessoa responde a dor varia de uma pessoa para outra, devido também ao que chamamos de sistema de analgesia, que é a capacidade que o próprio cérebro tem de suprimir a entrada dos estímulos dolorosos.(GUYTON;HALL,2002)

Este sistema é formado por três componentes: a substância cinzenta periaquedutal, e as áreas periventriculares do mesencéfalo e da porção superior da ponte, que circundam o aqueduto de *Sylvius*, e, ainda por porções do 3º e 4º ventrículos.

Os neurônios, que partem destas áreas do sistema nervoso, enviam seus sinais para o núcleo magno da rafe e o núcleo reticular paragigantocelular. A partir desses núcleos, os sinais são transmitidos para baixo, ao longo das colunas dorso-laterais da medula espinhal para complexo inibitório da dor. Nesta região, os sinais de analgesia conseguem inibir a dor antes de ser retransmitida para o encéfalo. (op cit)

Várias são as substâncias envolvidas com o sistema inibitório da dor, entre elas os neurotransmissores serotonina e encefalinas. Acredita-se que as encefalinas geram uma inibição tanto pré-sináptica quanto pós-sináptica das fibras da dor dos tipos C e A δ , onde elas fazem sinapse nos cornos dorsais. A inibição pré-sináptica é realizada provavelmente ao bloquear os canais de cálcio na membrana das terminações nervosas. A analgesia dura muitos minutos, ou mesmo horas. Mas o seu desencadeamento ocorre mediante o potencial do estímulo doloroso.

Sabe-se hoje que o cérebro possui seu sistema opioide, onde aproximadamente uma dúzia de substâncias opioides é encontrada em diferentes pontos do sistema nervoso. Todas são produtos da degradação de três grandes moléculas proteicas: pro-opiomelanocortina, proencefalina e prodinorfina. Delas derivam substâncias opioides importantíssimas como a B-endorfina, a metencefalina, a leuencefalina e a dinorfina endógenas.(GUYTON;HALL,2002)

O processo multidimensional de percepção e resposta à dor abarca experiências anteriores, emocionais, culturais, motivacionais, dinâmica familiar e social. O hipotálamo, o tálamo medial e o sistema límbico estão envolvidos nas experiências motivacionais e emocionais do indivíduo. Os estados emocionais e motivacionais também têm grande

influência nos sistemas inibitórios descendentes da dor por meio da via límbica, hipotalâmica e córtex frontal. Estas estruturas superiores de percepção influenciam a transmissão da dor por estas vias. (MORALES – ALPIZAR; SALAS – HERRERA, 2004)

1.6 - Classificação da dor oncológica

Na prática clínica a classificação mais utilizada para a dor oncológica é a classificação neurofisiológica da dor. Pela classificação neurofisiológica a dor pode ser do tipo nociceptiva ou neuropática.

A dor nociceptiva resulta da ativação dos nociceptores das fibras nervosas dos tecidos cutâneos ou profundos. Assim, a dor nociceptiva pode ser subdividida em dor somática e dor visceral.

A dor somática, também denominada dor estrutural, é mais facilmente localizada pelo paciente e com frequência está associado a traumatismo ou atividade física, pois normalmente é originado em músculos, articulações, ligamentos ósseos, tendões ou fáscia.. Pode ser descrita como aguda e intensa até imprecisa e dolorida. Tecidos estruturais podem estimular fibras nervosas aferentes em decorrência de lesões traumáticas, como lacerações ou esmagamento. Fibras aferentes também podem ser estimuladas pela pressão, causada, por exemplo, por um tumor. (KAZANOWSKI; LACETTI, 2005)

A dor visceral é aquela onde estão ativados os nociceptores das vísceras, tecido torácico ou abdominal. Geralmente é pouco localizada e caracteriza-se pela sensação de dor profunda, em aperto (BRANT, 2005).

A dor neuropática é aquela que afeta estruturas do sistema nervoso central e periférico responsáveis por transportar a sensibilidade dolorosa. Ela é subclassificada em três subtipos de dor:

a) - dor neuropática periférica: causada por injúria e dor ao longo dos nervos periféricos. Caracteriza-se frequentemente por sensação de endurecimento e formigamento das áreas afetadas;

b) - dor central: causada pela sensação de radiação e pontada acompanhada de queimação e dor;

c) - dor simpática: dor central generalizada, causada por desregulação autonômica, referida como síndrome da dor regional complexa.

A dor neuropática pode ocorrer mesmo na ausência do causador da lesão inicial. E pode vir associada à parestesia, formigamento, dormência ou paralisia. (KAZANOWSKI; LACETTI, 2005)

2 - CAUSAS DA DOR DO CÂNCER

As causas da dor oncológica estão divididas em três categorias: 1) dor associada ao envolvimento tumoral; 2) dor associada aos procedimentos terapêuticos e diagnósticos e; 3) dor sem associação com o câncer ou seu tratamento. (op cit)

A metástase óssea é a fonte mais comum de dor relacionada ao envolvimento tumoral. Câncer de mama, próstata, pulmão e mieloma múltiplo têm grande incidência de metástases ósseas. A dor também podem ocorrer a destruição óssea propriamente dita, ou a compressão do osso sobre as fibras nervosas e o outros tecidos. Dor visceral pode ocorrer por obstrução do intestino pelo tumor; metástases no fígado, diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos viscerais, dentre outras causas. Dores neuropáticas podem estar presentes pela compressão medular e demais plexopatias.

As dores relacionadas ao tratamento oncológico estão presentes em alguns fatores colaterais como mucosite e neuropatia periférica decorrentes da quimioterapia (alcalóides da vinca, cisplatina, taxanes, talidomida; síndrome das mãos e pés). A neuralgia herpética

pode ocorrer devido à imunossupressão decorrente da quimioterapia, sendo caracterizada por dor em queimação na área lesada.

A radioterapia pode também desencadear mucosite em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Outra causa mais frequente são as radiodermites: queimação direta da pele.

O tratamento cirúrgico pode impor, além da dor aguda do pós-operatório, síndromes dolorosas complexas que poderão se tornar permanentes. Ex: dor pós-mastectomia, pós toracotomia e pós dissecação radical de nervos da face, pós-nefrectomia, pós-amputação de membros (como a dor fantasma) - todas de origem neuropática (BRANT, 2005).

A dor devido o envolvimento tumoral acomete entre 65 a 85% dos pacientes, e esta ligada a tumores ósseos, de tecidos moles, músculos e tecidos nervosos. A que é causada pelos procedimentos terapêuticos ou diagnósticos acomete 25% dos pacientes oncológicos. Já os pacientes com câncer, que relatam dor sem associação com a doença compõem somente 3 a 10% dos pacientes. (GATES:FLINK, 2009)

A dor do câncer está associada a várias alterações dos neuromoduladores da dor. A compressão do tumor e a lise das membranas ocasionam a liberação de substâncias captadas pelo sistema nervoso central, e provoca desequilíbrio entre aquelas excitatórias e inibitórias. Desse processo poderá haver lesões nas próprias fibras de condução da dor, o que vai acarretar alterações sensíveis à resposta ao tratamento antialgico farmacológico escolhido. (SANTOS, 2008). Demais fatores também poderão estar envolvidos no processo de dor no câncer.

3 – FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR

Por ser um sintoma multidimensional complexo, envolvendo tanto uma sensação física quanto uma percepção sensorial vai depender diretamente de fatores individuais e

culturais.(KAZANOWSKI; LACETTI,2005) É considerada como uma síndrome gerada pela interpretação do estímulo nocivo e da sua interação com as características pessoais, como o humor, idade, sexo e experiências dolorosas anteriores. (SILVA; ZAGO, 2001).

A experiência pregressa com a dor pode ter efeitos positivos visto que a pessoa está mais esclarecida, e assim menos ansiosa. Mas também pode ter efeitos negativos já que a pessoa mais experiente pode ser também mais temerosa, reduzindo assim sua tolerância à dor.

O fator cultura interfere na percepção algica, uma vez que diferentes culturas possuem sua maneira de ver e tratar a dor. A idade e o sexo são fatores que não têm uma comprovação de sua atuação na percepção algica do paciente. Mas alguns estudos mostram que idosos e mulheres são os grupos mais sensíveis a dor.

4 – DIRETRIZES DO CONTOLE DA DOR

As diretrizes de um controle da dor em pacientes com câncer foram assentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), alivia a dor do câncer em até 90% dos casos (CERECEDA, 2006), e estas se constituem por seis princípios básicos: pela boca; pelo relógio; pela escada; para o indivíduo; uso de adjuvantes; atenção aos detalhes. (BRASIL, 2001a)

1)- pela boca: pois a via oral é a via de escolha para a administração de medicação, exceto na sua indisponibilidade. Já que poupa o paciente do incômodo de injeções, além de conferir à ele maior controle sobre sua situação, e autonomia para o autocuidado.

2)- pelo relógio: visto a importância de que a medicação para dor de moderada a intensa deve ser administrada a intervalos fixos de tempo. O esquema de horário estabelecido garante que a dose seguinte da medicação analgésica seja fornecida antes que o efeito da anterior tenha passado.

O alívio da dor torna-se mais consistente ao predeterminar estes horários, pois não é permitido que a dor reapareça antes da próxima dose, assim o paciente não experimenta sofrimento desnecessário e a tolerância a medicação não ocorre, desta forma não há necessidade de aumentar a dosagem do analgésico.

3)- pela escada: por que a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou uma “escada analgésica” de três degraus onde descreve o uso de fármacos, na dependência da avaliação da dor, considerando sua intensidade.

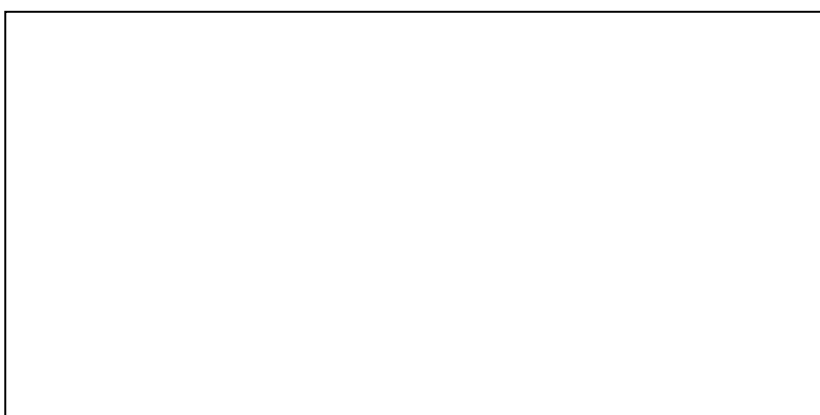
4)- para o indivíduo: visto que cada indivíduo possui necessidades clínicas distintas de analgesia, variando desde a dosagem até a escolha do analgésico a ser usado, levando em conta as características da dor do paciente e suas características peculiares em seu processo de adoecimento e modo cultural de vida.

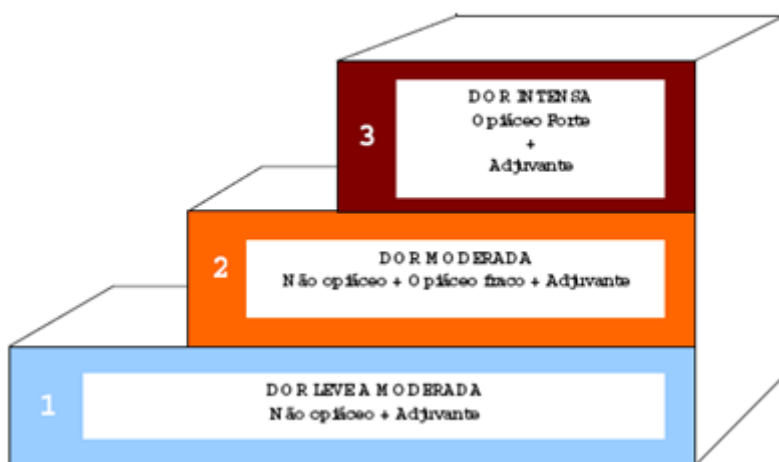
O uso de medicações coadjuvantes justifica-se por agir potencializando os efeitos dos analgésicos, como os corticoides, que agem diminuindo o edema; e anticonvulsivantes que estabilizam as fibras nervosas condutoras dos estímulos algícos e modifica a descarga neural inadequada que produza a dor do tipo neuropática. (MORALES-ALPÉZAR, SALAS-HERRERA, 2004)

4.1 - A escada de analgesia proposta pela OMS

É composta por três degraus e preconiza o uso combinado de medicamentos em cada degrau, conforme ilustra a figura a seguir.

Figura nº01- Escada Analgésica da OMS



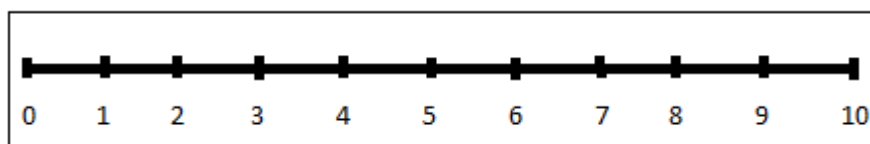


Fonte: Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2001b)

Outros autores sugerem a inclusão de um quarto degrau na Escada da OMS, composto por técnicas intervencionistas da dor, incluindo bloqueios nervosos centrais e periféricos inibindo diretamente a transmissão da dor. E técnicas de analgesia contínua epidural, de plexo e espinhal.

Para o uso da escada pressupõe-se a avaliação da dor, o que é preconizado pelo uso de uma escala visual numérica (EVA), conforme ilustra a figura a seguir:

Figura 02 : Escala Visual Numérica



Fonte: Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2001b)

De acordo com a EVA a dor é classificada da seguinte maneira:

- Sem dor: 0.
- Leve: de 1 a 3.
- Moderada: 4 a 6.
- Severa: maior que 7.

- Insuportável: 10.

Determinada a classificação da dose, segue-se o tratamento farmacológico conforme os degraus da escada considerando os demais princípios que compõem as diretrizes da OMS.

As medidas terapêuticas de alívio da dor do câncer baseiam-se nos seguintes objetivos: manter o doente com câncer o maior tempo possível sem dor, aliviar a dor durante o repouso ou em atividade. (SILVA; ZAGO, 2001) Vale ressaltar que o controle da dor é mais efetivo quando envolve intervenções que atuam nos diversos componentes da dor, compreendendo medidas de ordem educacional, física, emocional e comportamental que podem ser ensinadas aos doentes e cuidadores.

Terapias complementares

Para o controle da dor pode ser útil o uso de terapias complementares ao controle alérgico medicamentosa instituído, como utilizar calor e frio superficiais, o uso de massagem de conforto e de alongamentos suaves. Outras como a eletroanalgesia, que consiste na estimulação das terminações nervosas periféricas com eletrodos colocados sobre a pele da região de dor, também são indicadas. (KURASHIMA; SERRANO E OLVEIRA JUNIOR, 2007)

Existem diversas terapias para este fim, só que poucas têm sua eficácia comprovada cientificamente, dentre ela destacam-se o toque terapêutico, musicoterapia, reflexologia, reiki, acupuntura. Além destes incluem o uso de ervas, objetos magnéticos e remédios caseiros. (op cit).

Pesquisas apontam a fitoterapia como a principal terapêutica complementar utilizada pelos pacientes oncológicos, seguida do relaxamento. Esta fato se dá por

insatisfação como tratamento médico convencional, ou pela afinidade de uso de produtos naturais. (ALVES; SILVA, 2004)

5 – AÇÕES DE ENFERMAGEM

O enfermeiro deve estar inserido na equipe multiprofissional de controle da dor, entendendo a sua importância, e mostrando suas habilidades e conhecimentos para proporcionar um conforto ao paciente oncológico. (KURASHIMA; SERRANO E OLVEIRA JUNIOR, 2007)

A prática do controle de dor deve ser inserida nas rotinas de cuidados diários do Enfermeiro, e este deve compreender que seu cuidado vai além de mensurar e realizar as prescrições de medicações para dor. Deve-se avaliar todo o contexto que envolve este paciente para assim poder desenvolver um plano de cuidados individualizado. (op cit). No entanto, ainda que a dor seja “uma premissa na prática do enfermeiro, buscando um cuidado individualizado”, trata-se de um fenômeno subestimado (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

A avaliação da dor será o fio guia das ações do enfermeiro na minimização deste agravo e de todo o sofrimento decorrente. Para o planejamento assistencial de enfermagem, estabelecer relação com o paciente que sente dor; promover repouso e relaxamento; facilitar expressão dos sentimentos; empregar regularmente instrumentos de aferição; promover ambiente tranquilo, distração, técnicas de estímulos sensoriais e de conforto; mudanças de posicionamento e promoção da autoconfiança, são preconizados (op cit).

As funções do enfermeiro no controle da dor perpassam o assistencial, tem um enfoque gerencial, educacional e de pesquisa. O enfermeiro é o principal defensor dos interesses do paciente, e o principal difusor de conhecimentos para equipe de enfermagem e para os familiares. Desta forma é de suma importância que o enfermeiro esteja sempre se atualizando sobre a temática. (KURASHIMA; SERRANO E OLVEIRA JUNIOR, 2007).

A experiência da prática clínica tem definido algumas intervenções de enfermagem padronizadas para o alívio ou redução da dor na modalidade da taxomia Nursing Intervention Classification – NIC, mais conhecida em nosso meio como “NIC”. Tais intervenções podem embasar a enfermeira nas condutas e decisões clínicas que ela vivencia na prática assistencial nos hospitais gerais cuidando de pacientes com câncer. (vide anexo 2).

6– IMPEDIMENTOS PARA O CONTROLE DA DOR DO CÂNCER

Alguns autores determinam como impedimentos para alívio da dor o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto ao manejo adequado da dor, avaliação pobre da dor, preocupações quanto à legislação de substâncias controladas, medo relacionado ao conceito de vício do paciente por medicações analgésicas e preocupação da equipe de profissionais de saúde com os efeitos adversos da medicação analgésica, principalmente depressão respiratória e até morte. (KURASHIMA; SERRANO E OLVEIRA JUNIOR, 2007) Profissionais de saúde desprovidos de conhecimento e habilidades no controle da dor resulta no uso inadequado de terapias analgésicas (SILVA; PIMENTA, 2003) e, conseqüentemente, expõe o pacientes a riscos e sofrimentos desnecessários à luz do conhecimento científico que a ciência já proveu.

METODOLOGIA

Para a condução da investigação proposta optou-se pela elaboração da pesquisa empírica, exploratória, e de campo.

A pesquisa exploratória se define como aquela que visa fazer a primeira aproximação de um tema, com finalidade de gerar maior familiaridade em relação o que se pretende investigar. Ela visa angariar informações e contribuir para a formulação de novos problemas de pesquisas e/ou hipóteses (LEOPARDI, 2001; MEDEIROS, 2004).

Para Santos (2007) este tipo de pesquisa antecede aquela do tipo descritiva, a qual ele caracteriza como “levantamento das características conhecidas que compõem o fato/fenômeno/processo” (SANTOS, 2007, p. 28). Ela tem com o foco a exatidão da realidade investigada e seus resultados podem apontar para a alteração efetiva de práticas inoperantes (LEOPARDI, 2001).

Foram utilizadas duas fontes de dados: o campo – entendido como “o lugar onde os fatos/fenômenos/processos se dão” (SANTOS, 2007, p. 29), e a revisão da bibliografia disponível sobre o tema.

O campo foi constituído pelas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica do Hospital Geral de Bonsucesso, instituição de grande porte situada no Município do Rio de Janeiro, e que oferece tratamento médico a adultos e crianças com neoplasias. A bibliografia foi constituída pelas referências angariadas a partir do levantamento empreendido no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e o Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF).

A forma da coleta de dados que se deu no campo foi a de entrevistas semi-estruturada. Para realização desta foi elaborado roteiro contendo cinco questões abertas (vide apêndice 01). Os critérios de inclusão dos sujeitos foram:

- ser enfermeiro;
- participar rotineiramente do cuidado do paciente adulto com câncer.

E os critérios de exclusão foram:

- profissionais de enfermagem de nível técnico;
- profissionais de enfermagem de nível médio, que estivessem cursando graduação em enfermagem;
- profissionais que não desenvolvam o cuidado com pacientes com câncer; enfermeiro com nível superior que desenvolvam seu cuidado em pediatria.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de referencia e recebeu o Parecer do Projeto de Pesquisa número 16/10 (vide anexo 1).

Os dados foram coletados no período de junho de 2010, seguindo as normatizações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (vide apêndice 2). As entrevistas foram realizadas nas salas destinadas ao descanso da equipe de enfermagem, onde a privacidade pode ser mantida. Foi utilizado gravador para captar a narrativa da entrevista e auxiliar na manutenção da essência dos dados no decorrer da transcrição e interpretação dos dados; passos subsequentes à captação das narrativas.

A pesquisa bibliográfica ocorreu durante o período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010.

Os critérios de seleção dos artigos foram:

- artigos que versassem sobre a fisiopatologia da dor no câncer;

- artigos que versassem sobre tratamento da dor por neoplasia maligna no adulto;
- artigos que versassem sobre políticas de saúde para o controle da dor no câncer
- artigos que versassem sobre ações de enfermagem na diminuição ou controle da dor no câncer.

Ao utilizar o descritor “enfermagem oncológica” foram apontadas 173 referências na base BDEF, sendo selecionadas previamente 19 artigos. A partir de uma segunda análise comparativa foram captados 3 artigos disponíveis online. A base LILACS, apontou 244 artigos, a partir daí refinou-se a pesquisa com o descritor “dor” sendo encontrados 11 referências, e destas foram selecionados 07 artigos. Foram captados somente 02 artigos disponíveis online. Para o descritor “analgesia” foram indicadas 15 referências pela base BDEF, sendo selecionados e captados 02 artigos, sendo que destes 01 estava disponível on-line e outro foi capturado por consulta à biblioteca.

Na base de dados LILACS, foram encontradas 491 referências para o descritor “saúde”. Refinada a pesquisa com o descritor “câncer” resultou no apontamento de 21 artigos, dos quais foram selecionados 16 artigos. Somente 03 artigos encontravam-se disponíveis on-line, sendo assim capturados.

Com o descritor “causalgia” foram encontrados referências apenas na base LILACS, totalizando 14 referências, das quais foi selecionado 01 artigo que não está disponível on-line. O mesmo foi desconsiderado posteriormente, por ater-se a informações específicas da dor por desferentação, já contemplado em outros artigos captados.

Na base BDEF, com o descritor “medição de dor” foram encontrados 48 artigos, selecionados 19 e destes 03 estavam disponíveis on-line. Com o mesmo descritor na base

de dados LILACS foram encontrados 525 artigos, deste selecionamos 39 e encontramos disponíveis 09 artigos online, os quais foram capturados.

Com o descritor “dor”, na base de dados BDENF foram encontrados 134 artigos. Refinada a busca com o descritor “câncer” foram indicados 14 artigos, destes selecionamos 12 e disponíveis online foram encontrados 02 artigos, então capturados. Na base LILACS foram encontrados 2.152 artigos com o mesmo inicial, mas refinada a busca com os descritores “saúde” e “câncer” apontou-se 158 artigos. Destes foram selecionados 66 artigos dos quais apenas 04 estavam disponíveis online e foram capturados.

Para o descritor “assistência paliativa” foram indicados 03 artigos na base BDENF, sendo selecionado 01 artigo que não estava disponível on-line, porém foi capturado por consulta à biblioteca.

Na base LILACS foram encontrados 288 artigos para o mesmo descritor. Refinada a pesquisa com o descritor “dor” resultaram 56 artigos, dos quais 15 foram selecionados, porém somente 05 artigos encontravam-se disponíveis online e foram capturados.

Excluindo as duplicidades de indicações e de pesquisa publicada em mais de um periódico, as bases consultadas indicaram o total de 104 artigos. Destes 27 foram adquiridos on-line, e mais 03 foram adquiridas em bibliotecas. Dentre todos os artigos selecionados, aquele de data mais tardia foi de 1982 e o de data mais recente foi de 2009.

A análise dos dados coletados no campo se deu através das seguintes etapas:

1ª. Organização das fontes bibliográficas de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa bibliográfica

2ª. Leitura prévia: onde foi obtida familiarização com os textos científicos selecionados

3ª. Compilação: onde se deu a seleção final dos artigos de maior interesse para a pesquisa

4ª. Análise textual: onde os artigos selecionados foram lidos na integralidade

5º. Fichamento: através do qual foi feita a extração das informações relevantes quanto ao assunto abordado e esclarecido os conceitos que não faziam parte do conhecimento do pesquisador a respeito da fisiologia e tratamento peculiar da dor no câncer

6ª. Leitura sistemática: para captar as frases e ideias principais do texto, as quais poderiam amparar, reforçar ou até mesmo contestar as informações angariadas nas entrevistas. Esta etapa aconteceu em concomitância com a análise das fontes orais.

A análise do conteúdo dos dados oriundos das entrevistas, consideradas aqui fontes orais da pesquisa, foi empreendida após a transcrição das gravações e seguiu os seguintes passos:

1ª. Leitura exploratória: onde o pesquisador se atentou para as informações de maior interesse para a pesquisa, já considerando os dados oriundos da pesquisa bibliográfica;

2ª. Leitura sistemática e compilação das informações de maior interesse para a pesquisa considerando as ideias principais e secundárias sugeridas a partir das narrativas angariadas;

3ª. Leitura analítica considerando com maior enfoque as informações selecionadas

4ª. Formação das categorias empíricas: agrupamento das informações-chave e ideias secundárias incomuns.

Nesta última etapa foi considerada informação-chave “o conjunto sintático de maior peso em uma frase, isto é, a informação mais importante de certa frase” (SANTOS, 2007, p. 116). Durante a captação da entrevista alterações na velocidade e intensidade da voz foram consideradas, pelo pesquisador, indicativos de informações-chave a serem consideradas quando o texto falado foi transformado em texto escrito. O referencial teórico

para análise foi constituído pelos pressupostos da enfermeira Wanda Aguiar Horta, no que diz respeito às linhas gerais do processo de enfermagem proposto para sistematizar a assistência da classe junto aos pacientes.

Para Horta (1979) a enfermeira deve agir dentro de um planejamento de ações assistenciais dinâmicas, que requerem cinco diferentes instrumentos considerados na rotina assistencial: realização de um histórico de enfermagem; levantamento dos problemas de enfermagem, também referenciados como diagnósticos de enfermagem; plano assistencial; prescrição de enfermagem, e evolução de enfermagem. Também foi considerado referencial teórico o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) dada à interface do processo de enfermagem e do agir ético na diminuição do sofrimento dos pacientes, conforme demonstrado na análise de dados.

Ao final da análise dos dados conseguiu-se apurar dados refinados das duas fontes de dados consideradas na pesquisa empreendida e foi possível tecer apontamentos para o processo de enfermagem, bem como observações quanto ao comportamento profissional ético que se espera do enfermeiro no que diz respeito às suas ações éticas no campo da cancerologia com especial destaque no controle da dor e diminuição do sofrimento humano.

Os depoentes foram identificados por números arábicos, seguidos da abreviação “enf”.

Para subsidiar a descrição da fisiologia da dor e a proposta de elaboração de protocolos foram utilizadas fontes secundárias de referência nacional. Desta forma constituíram-se fontes primárias de pesquisa: artigos identificados pela revisão bibliográfica e as entrevistas angariadas dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As dificuldades apontadas pelos entrevistados dizem respeito, de modo geral, a falta de conhecimento técnico-científico; a desorganização do processo de trabalho; a interferência das crenças pessoais no modo operante de assistir ao cliente com dor oncológica. De modo objetivo, foram mencionadas as seguintes dificuldades:

- 1) A inexistência de um instrumento de sistematização do cuidado de enfermagem para o controle da dor oncológica;
- 2) A diversidade dos pacientes internados em um mesmo setor de internação o que dificulta o cuidado prestado aos clientes oncológicos;
- 3) Os médicos despreparados para o tratamento do paciente com dor do câncer;
- 4) A não valorização da queixa do paciente com dor oncológica;
- 5) A indisponibilidade dos fármacos opióides;
- 6) O excesso de pacientes internados em um mesmo setor;
- 7) A não realização do controle da dor;
- 8) A falta de conhecimento em relação aos analgésicos, por parte da equipe de enfermagem;

- 9) A falta de humanização do cuidado prestado ao paciente com câncer;
- 10) O despreparo do setor de internação para receber o paciente oncológico;
- 11) O receio dos profissionais na administração de analgésicos opióides;
- 12) A não cooperação dos pacientes com dor oncológica em terapias não farmacológicas.

Da análise resultaram as seguintes categorias empíricas:

- 1)- Despreparo dos profissionais da saúde;
- 2)- Falta de conhecimento farmacológico;
- 3)- Falta de condições de trabalho, que serão discutidas a seguir.

3.2.1 - Despreparo dos profissionais de saúde

A dor é um dos sintomas psíquico-físicos mais frequentes na medicina. (OLIVEIRA; GABBAI, 1998) Está presente em diversas condições patológicas. É considerada problema de saúde pública e estima-se que assola cerca de 3,5 milhões de pessoas diariamente no mundo. Entretanto é o sintoma mais frequente no câncer: estima-se que a dor oncológica está presente em 52 a 92% dos casos. Apesar desta magnitude cerca de 25% das pessoas morrem por câncer, não tem sua dor aliviada. (LEAL; et. al., 2008)

Reconhece-se hoje, que a dor é um agravo à saúde que exige tratamento multiprofissional. Porém, de forma paradoxal, o despreparo de médicos e enfermeiros é reconhecida como uma das grandes barreiras para o tratamento e alívio efetivo da dor no câncer. (SILVA; ZAGO, 2001; RIGOTTI; FERREIRA, 2005)

Nesta pesquisa os relatos dos enfermeiros entrevistados mostram a grande dificuldade vivenciada, devido a não apropriação de conhecimentos relativos aos diversos tipos de cuidados relacionados ao câncer, não somente aqueles relacionados ao alívio da dor deste cliente. Exemplificado na fala abaixo:

...a gente tem muitas dificuldades, muitas dúvidas, no cuidado com paciente oncológico, até com relação a quimioterapia, a todo esse processo inclusive em relação à dor. (Enf 9)

Demonstra-se carência de conhecimentos específicos da enfermagem oncológica como área do saber. O câncer é reconhecido como uma doença complexa. Suas formas de tratamento pela radioterapia e quimioterapia são métodos terapêuticos específicos da assistência oncológica, dada à complexidade dos cuidados, o Conselho Federal de Enfermagem reconhece a enfermagem oncológica como modalidade de conhecimento especializado. (COFEn, 2001)

Apesar de todo o sofrimento físico e emocional relacionado ao não controle da dor oncológica, ainda nos deparamos com uma grande quantidade de profissionais desinformados. A literatura consultada refere que a insuficiência no controle da dor oncológica está associada à formação ineficaz dos profissionais da saúde em analgesia; a mensuração inadequada ou a negligência para com a dor do cliente com câncer, o uso equivocado dos métodos que aliviem a dor e da possível existência de falhas nos modelos terapêuticos. (PIMENTA, 2000)

Na atualidade, com o índice de incidência de câncer no país, os profissionais de saúde dos hospitais gerais deveriam ter contato maior com a especificidade do tratamento oncológico, priorizando os cuidados básicos para o controle da dor do câncer. A fala seguinte destaca a magnitude dos pacientes com câncer nos hospitais gerais.

...o hospital de uma forma geral ainda não se conscientizou que nós somos um hospital oncológico, de uma forma geral oncológico... (Enf 2)

Dados publicados comprovam a existência de pacientes portadores de doença oncológica em todos os setores de internação de uma instituição hospitalar de grande porte, com as mesmas características institucionais do hospital investigado em nossa pesquisa. E

ressaltam a importância de uma formação profissional que incluam cuidados oncológicos, e da necessidade de conscientização hospitalar para aprimoramento das equipes assistenciais de saúde. (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005)

A quantidade de clientes portadores de um mesmo diagnóstico clínico, acaba determinando demandas de conhecimento específico para o enfermeiro generalista melhor assistir aos seus pacientes, conforme enfatiza o mesmo depoente.

...a gente tem que se conscientizar que a nossa clientela na sua maioria é de pacientes oncológicos, então eu acho que os profissionais tem que começar a se preparar para assistir esse tipo de paciente, por que eu acho que eles não estão preparados...(Enf 2)

Recentes estimativas mundiais mostram que houve um aumento considerável nas internações hospitalares justificadas pelo câncer. (op cit) Visto que está é uma doença crônico-degenerativa, onde entre o diagnóstico e a cura ou entre o diagnóstico e o óbito o indivíduo necessita de assistência especializada, por muito tempo.

Compreendendo a complexidade do cuidado a ser dispensado ao paciente oncológico, o profissional de saúde deve desenvolver a assistência tanto para sanar os comprometimentos emocionais, psicológicos e sociais, quanto para auxiliar na adaptação de limitações decorrentes da evolução ou do tratamento do câncer. Sendo assim é imprescindível o preparo da equipe de enfermagem para as necessidades destes clientes. (GARGIULO; et. al., 2007)

O conhecimento ligado à experiência profissional na área de oncologia são instrumentos utilizados pelos enfermeiros para prestar cuidado de qualidade. O cotidiano associado ao suporte teórico mostra as necessidades e as limitações do indivíduo doente com dor oncológica, melhorando a assistência prestada. (op cit)

Levantamentos realizados em estudos de farmacologia no câncer mostram que para um efetivo alívio da dor oncológica, médicos e enfermeiros e os demais profissionais

da saúde, devem se sensibilizar que para o sucesso do plano analgésico a anamnese associada ao raciocínio clínico e os conhecimentos fisiopatológicos da dor são fundamentais. (SERRANO; et. al., 2007)

Contudo o despreparo dos médicos pode dificultar o trabalho em equipe. A dificuldade da equipe médica ao avaliar corretamente a dor do paciente oncológico, o déficit de conhecimento médico à respeito do uso de opioides no tratamento da dor, além do medo, por parte do médico, do desenvolvimento de dependência física e psíquica, são apontadas na literatura como causas para o inadequado controle da dor. (DAUDT; et. al., 1998)

O relato dos entrevistados reforça a importância da capacitação dos profissionais de saúde, incluindo médicos. Isto fica evidente no seguinte relato:

...conscientização de todos os profissionais, principalmente do médico...(Enf 10)

Os depoentes percebem a importância do trabalho em equipe para um melhor controle da dor do paciente com câncer, já que o tratamento farmacológico é imprescindível para o alívio da dor oncológica.

A procura por informações, autoconhecimento e pela interação da equipe multiprofissional, poderão vir a melhorar este processo de cuidado do paciente com câncer. (GARGIULO; et. al., 2007) A necessidade da assistência multiprofissional é reafirmada pelo mesmo enfermeiro a seguir:

...por que não tem como a enfermagem intervir se não tiver um médico ali prescrevendo.(Enf 10)

Em todo mundo, a dor é um sintoma mal manejado. Dados epidemiológicos demonstram que 95% dos pacientes que apresentam dor oncológica poderiam obter analgesia adequada, com o uso correto da farmacoterapia (DAUDT; et. al., 2005), o que

reforça a preocupação dos enfermeiros com o preparo dos profissionais médicos, para um esquema terapêutico de qualidade.

Além disso o enfermeiro tem de estar mais consciente de seu papel no controle da dor do paciente com câncer, não se vendo só como um executor das prescrições médicas. Ele pode se apropriar de conhecimentos a respeito de terapias não farmacológicas que contribuam também para o alívio da dor oncológica, e que não precisam especificamente de prescrições médicas.

O enfermeiro é o profissional que gerencia o tratamento da dor, é o profissional que está ligado diretamente a avaliação da dor, além de ser quem programa a terapêutica farmacológica, e também prescreve e implementa terapêuticas complementares para o alívio da dor do paciente. (ALVES; SILVA, 2004 ;FONTES; JACQUES, 2007)

A Resolução 197 do Conselho Federal de Enfermagem reconhece as terapias complementares e alternativas como uma especialidade de qualificação do enfermeiro.

Vale ressaltar que o além de conhecimento técnico é necessário que o enfermeiro tenha escuta ativa e um olhar diferenciado deste paciente. Além do tratamento objetivo, a dor deve ser compreendida como uma síndrome subjetiva, desta forma a equipe de saúde deve estar sensibilizada para ouvir e acreditar na queixa do paciente considerando os recursos da percepção. No entanto, essa é mais uma das dificuldades vivenciadas pelos entrevistados, evidenciada no trecho abaixo:

... faz falta saber como se avalia a dor e valorizar essa dor, é necessária uma percepção mais aguçada... (Enf 6)

A assistência de saúde prestada ao paciente oncológico volta-se para a preocupação do profissional em garantir qualidade de vida, pressupondo um cuidado que focalize aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais da clientela.(RECCO; LUIZ; PINTO, 2005) Clientela esta que precisa e anseia ser vista como um indivíduo singular, que precisa

de cuidado e atenção, que deve ser visto não só por sua patologia, mas de maneira humana, completa. A enfermagem vem buscando valorizar a assistência holística e humanizada (ALVES; SILVA, 2004), porém no que diz respeito ao controle da dor no câncer a desinformação e inadequação da formação levam os enfermeiros a ignorarem o impacto devastador da dor para o indivíduo. (SILVA, ZAGO, 2001)

3.2.2 - Falta de conhecimento farmacológico

Visando uma terapia farmacológica eficaz para o alívio da dor, as escolhas devem basear-se na correlação adequada do mecanismo da dor e o efeito farmacológico da medicação selecionada. (SERRANO; et. al., 2007) Para tal o profissional tem de compreender que medicar o paciente com dor oncológica perpassa o ato de administrar a droga. E deve-se compreender não somente suas vias de administração e sua indicação, mas também sua fisiologia orgânica, ação farmacológica, possíveis reações, posologia indicada e possíveis interações medicamentosas, exigindo conhecimentos científicos na área de farmacologia. (FONTES; JACQUES, 2007)

Apesar de esta categoria estar inserida na anterior, pois também seria uma demonstração de desinformação e de despreparo dos profissionais, definimos que seria uma categoria de análise, visto que apareceu na maioria das entrevistas a falta de conhecimento relacionado ao uso dos analgésicos no controle da dor oncológica. O que fica evidente pelo relato a seguir:

Eu tenho dificuldades na quantidade de medicação que vai ser instalada, os tipos de medicações, e o período que essa medicação pode ser refeita...(Enf 1)

Ao deparar-se com dados alarmantes de alívio inadequado da dor oncológica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em meados de 1980, a dor do câncer como emergência médica mundial. Difundindo a partir deste momento normas de controle farmacológico da dor internacionalmente, com a criação da Escada Analgésica da dor.

Buscando solucionar a desinformação dos profissionais da saúde quanto à medicação analgésica. (SERRANO; et. al., 2007)

O padrão de fármacos a ser adotado para o controle a dor oncológica foi definida pela Escada Analgésica da OMS, nesta o uso de opioides é indicado em dois de seus três degraus.

O adequado controle da dor é tema atual e considerando indicador de qualidade de vida e de assistência. Analgésicos opioides são peças chaves no cuidado do paciente com dor do câncer. (KURITA; et. al., 2008) E a morfina é o opioide padrão no tratamento da dor oncológica e está introduzido no terceiro degrau da Escada Analgésica, é de rápida absorção por via oral, que é a via indicada pela OMS, mas com baixa biodisponibilidade. Além disso, apresenta pico plasmático variando entre 30 à 90 minutos. (SERRANO; et. al., 2007)

Nos pacientes com doenças terminais que sentem dor não pode haver contra indicação ou efeito adverso da morfina que impeça de o seu uso, é obrigação primordial do médico aliviar a dor do doente. O médico não pode pensar em não utilizar a morfina e em quantidade adequada, visto que o paciente com dor oncológica terá benefícios comprovados além de seus familiares. (GONZÁLES, 2000)

Os profissionais de saúde apresentam alguns conceitos errôneos que podem privar o paciente do alívio da dor. Quando indicado o uso de opioides o paciente pode não ter suas queixas de dor solucionadas, visto que ainda é difundida a crenças de dependência física e psicológica, exemplificado na fala:

... tem paciente que a gente acha que está viciado em algumas medicações, então alguns já marcaram o horário, eles pedem a medicação pelo horário e não por estar sentindo dor...(Enf 9)

Com este conceito equivocado, é provável que muitos profissionais ao ouvirem as queixas de dor de um paciente com câncer que esteja fazendo uso de opiáceos, levantem a hipótese de que o paciente está dependente da droga, postergando ou até mesmo suspendendo a medicação prescrita, restando ao paciente permanecer sofrendo de dor. Até por que durante nossa prática profissional é frequente a prescrição de analgésico se necessário dependendo, em sua maioria, da decisão do profissional da enfermagem fazê-lo ou não. (PIMENTA; KOIZUMI, 1993)

Ao mencionar o uso de opioides ainda nos deparamos com o receio dos profissionais de gerarem algum dano maior aos pacientes oncológicos em relação aos efeitos adversos da medicação, como pode ser visto no trecho abaixo:

... algumas doses de analgésicos opiáceos são muito elevadas, a gente tem receio de fazer aquela dose {...} e a gente fica com receio de prejudicar o paciente. (Enf 9)

Outra enfermeira reforça esta crença:

... com medicamentos considerados fortes como Tramadol, Morfina, então muitas vezes a gente fica com um pouco de receio para utilizar esses medicamentos com medo de trazer algum dano, alguma coisa tóxica para o paciente. (Enf 7)

O Instituto Nacional do Câncer estabeleceu, com base nas diretrizes da OMS, um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o uso de opiáceos no alívio da dor crônica do paciente oncológico, reforça que o uso de opioides é indispensável para o controle da dor do câncer e que sua utilização consciente não gera dependência, depressão respiratória, nem leva a morte do paciente quando administrada corretamente. (BRASIL, 2001b)

Alguns entrevistados chegam a se questionar se ao realizar a analgesia com opioides podem ou não estar contribuindo para processo de morte do paciente, visto que o câncer é uma doença debilitante. Esta preocupação se destaca na fala da entrevistada:

... a gente não sabe até que ponto ele poderia suportar aquela analgesia sem de repente até acelerar o final (da vida do paciente) {...}, e fazer uma depressão respiratória. (Enf 5)

Dados mostram que as complicações mais temidas pelos profissionais de saúde ao fazerem uso de opioides, são: a depressão respiratória e a dependência física e psicológica da droga. No entanto, os riscos de depressão respiratória, em pacientes que utilizam doses adequadas de opioides e que estejam devidamente monitorados, são raros. (DAUDT; et al., 1998)

Outros estudos realizados anteriormente demonstram a lacuna gerada no controle da dor dos pacientes oncológicos devido à desinformação e as crenças equivocadas de alguns profissionais na área da saúde. Desta forma é importante que se invista em conhecimento e capacitação da equipe de saúde para que estes possam ser sensibilizados quanto à importância deste cuidado, e assim estariam fortalecidos para realizar o controle da dor no paciente oncológico.

3.2.3 - Falta de condições de trabalho

A literatura aponta que para um efetivo alívio da dor é fundamental uma avaliação sistemática, para a realização do cuidado e implementação de terapias e plano de cuidados, o que requer conhecimento sumário e tempo disponível. (SILVA; ZAGO, 2001) As instituições de saúde deveriam prover condições mínimas para o desenvolvimento do controle da dor oncológica, devido à dimensão do sofrimento que ela impõe, e em respeito às políticas públicas de controle do câncer.

As entrevistas realizadas mostram a insatisfação dos enfermeiros, que se queixam da dificuldade de desenvolver um cuidado de qualidade frente ao excesso de pacientes e a diversidade deles em um mesmo setor, compreendendo a necessidade do doente de câncer de uma prática voltada para as características distintas que esta enfermidade impõe. Estas queixas são evidenciadas a seguir:

... é uma clínica grande em que você tem 27 pacientes internados, e apenas uma enfermeira plantonista, e tudo é muito trabalhoso, todo mundo muito dependente, fica realmente difícil.(Enf 5)

A Resolução COFEN nº293/2004, dimensiona os profissionais de enfermagem por horas de enfermagem, por leito, em 24 horas, de acordo com o grau de complexidade do cliente. Determinando, 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou auto cuidado; 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária; 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva; 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva. É válido ressaltar que a complexidade é determinada pela maioria dos pacientes internados com a mesma característica.

É também preconizado pela mesma resolução que para assistência mínima e intermediária: o percentual de enfermeiros deve ser de 33 a 37%, no mínimo de seis, e os demais profissionais sendo Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem; para assistência semi-intensiva: o percentual de enfermeiros deve ser de 42 a 46% e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem; e para a assistência intensiva: o percentual de enfermeiros deve ser de 52 a 56% e os demais, Técnicos de Enfermagem. Analisando o padrão fica evidente a carência de profissionais enfermeiros nos setores investigados que contam com um plantão composto por no máximo dois profissionais com nível superior.

A queixa de que o número elevado de pacientes e a pequena quantidade de enfermeiros são fatores negativos intervenientes para o agir sistemático da enfermagem. (GARGIULO; et. al., 2007)

No trecho a seguir, outra enfermeira faz referência às diversas complexidades dos pacientes que se encontram internados em um mesmo setor:

... agora temos internados pacientes cirúrgicos, e do transplante do fígado, e temos também pacientes de curta permanência também, então são várias áreas as vezes a gente fica meio perdido, a gente além de ter contato com

quem opera o nariz, opera uma lesãozinha, está tratando também de um paciente com câncer fora de possibilidade.
(Enf 8)

Esta variabilidade de pacientes internados também deveria ser levada em conta durante o dimensionamento de pessoal, pois de um plantão para o outro pode ocorrer uma modificação muito grande da característica prevalente nos pacientes internados.

Os relatos apontam para a consideração da falta de um setor de internação voltado apenas para o paciente oncológico, como uma “dificuldade” na prestação de bons cuidados profissionais de enfermagem, fazendo pensar que os profissionais entrevistados estão realmente sensibilizados quanto à diferença no tratamento que é prestado ao paciente geral e do que deve ser prestado ao paciente com câncer.

A bibliografia levantada endossa esta preocupação dos enfermeiros no lidar com o paciente com dor do câncer, sinalizando a falta que faz um setor especializado a lidar com esse perfil de pacientes, onde profissionais e rotinas são preparados para assistir esses clientes. A inexistência destas condições gera um serviço tarefeiro pelos enfermeiros generalistas. (SILVA; ZAGO, 2001)

Ainda sobressaiu durante as entrevistas o problema de indisponibilidade dos fármacos para realização da analgesia, não só por não haver na instituição, mas também devido às rotinas burocráticas de pedido de medicação controlada no setor:

... a dificuldade aqui é também a falta de medicações, e por conta também que muitas vezes não tem uma reposição eficaz desta medicação aqui na enfermaria pela farmácia, o que dificulta o tratamento...(Enf 5)

A falta de fármacos analgésicos mantém o quadro de uma analgesia ineficaz aos pacientes com dor oncológica, visto que como já discutido o controle da dor no câncer é realizado impreterivelmente com a associação de terapias medicamentosas. A burocracia neste caso age como empecilho, já que com a quantidade de serviço imposto ao

enfermeiro, deixar a enfermagem em busca da medicação é um complicador do cuidado clínico.

No que diz respeito ao serviço da farmácia hospitalar, nota-se na literatura a preocupação dos farmacêuticos em desenvolver o que vem a chamar-se “cuidados farmacêuticos no controle da dor causada pelo câncer” como tema de ensino teórico e prático que visa levar o aluno à interface com o paciente. Ações assim preconizam a inserção do farmacêutico na equipe de saúde que lida diretamente com o paciente, a fim de otimizar o processo de trabalho e a atenção médica-institucional aos pacientes com dor oncológica (HERNANDEZ, 1999)

A enfermagem poderia estar à frente deste processo.

3.3 - Protocolo de ações de enfermagem proposto para o controle da dor oncológica

Após o exposto no estudo, com as entrevistas coletadas e após a realização da análise de dados embasado na literatura levantada, propomos o protocolo de intervenções de enfermagem a seguir:

- **Realização de histórico da dor do cliente**
 - Questionar sobre a queixa de dor atual do paciente; (incluindo o local, a caracterização, a frequência, a qualidade, o início da dor, sua duração, fatores que precipitem a dor;
 - Utilizar Escalas de avaliação da dor (numérica, de faces...);
 - Observar dados não-verbais (expressão do cliente, seu comportamento);
 - Avaliar as alterações na qualidade de vida do paciente, verificar padrões de sono, apetite, cognição, auto-cuidado;

- Questionar quanto aos fatores que aliviam e os que pioram a dor;
- Registrar dados no prontuário do paciente considerando as observações do examinador/entrevistador.

- **Selecionar e implementar medidas de controle da dor oncológica.**
 - Planejar junto à equipe multiprofissional medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor do paciente;
 - Considerar a adoção da dor como quinto sinal vital;
 - Diminuir ou eliminar fatores que possam contribuir para o aumento da dor do paciente;
 - Programar e oferecer os analgésicos prescritos pela equipe médica;
 - Orientar ao paciente e seus familiares sobre atividades complementares para o alívio da dor, como técnicas de relaxamento, musicoterapia, massagem ou aplicação de calor/frio;
 - Avaliar a aceitação inicial do paciente quanto aos métodos implementados;
 - Registrar as atividades implementadas e a aceitação do paciente;

- **Avaliar as ações de controle da dor oncológica implementadas.**
 - Definir a frequência que deverá ser realizado a avaliação da eficácia do método implementado para alívio da dor do cliente;
 - Avaliar junto ao paciente e a equipe de saúde a eficácia das medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas;

- Registrar os dados no prontuário;
- **Manter ações de controle da analgesia eficaz.**
 - Registrar o total de medicação analgésica administrada no período de 24/h;
 - Acompanhar visita médica sempre que possível;
 - Registrar as oscilações da escala de avaliação adotada para o controle da analgesia (por exemplo EVA);
 - Enfatizar as alterações do quadro algico dos clientes com dor oncológica durante a passagem de plantão.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura mostrou que as dificuldades relatadas pelos enfermeiros são semelhantes às já discutidas desde os anos oitenta. Destacam-se dentre estas, a falta de condições de trabalho englobando desde ações complexas como o número insuficiente de enfermeiros, bem como outras de ordem eminentemente administrativas como o fluxo do processo e disponibilidade de opioides.

Cuidado humanizado e angariação de conhecimentos são reivindicações dos enfermeiros, dentre outras como; o aumento do número de enfermeiros e a capacitação profissional. Assim, tais reivindicações geram demandas institucionais e pessoais.

Os dados permitem inferir que tais reivindicações devem ser consideradas do ponto de vista institucional, em especial nas competências dos serviços de gerência e de educação continuada.

O objetivo geral deste estudo ficou comprometido pelo nível de conhecimento e o grau de desinformação dos enfermeiros entrevistados quando se tratava de controle da dor oncológica. Desta forma o protocolo elaborado contemplou ações gerais que podem se adequar à realidade dos enfermeiros considerando os limites pessoais e institucionais que norteiam suas práticas assistenciais.

A pesquisa recomenda que a competência clínica e de relacionamento humano, sobretudo no que diz respeito à capacidade de comunicação, devem ser igualmente buscadas tanto pela instituição quanto de forma pessoal, sob o risco dos enfermeiros infringirem o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ao negligenciarem o sofrimento que a dor do câncer impõe aos pacientes sob seus cuidados.

5 - REFERÊNCIAS

ALVES, A. R.; SILVA, M. J. P. da S. A utilização de terapias complementares associadas ao tratamento convencional para alívio da dor em pacientes oncológicos. **Revista Nursing**, v.77, n.7, p. 46- 50, out. 2004.

BALDO, M. V. C. Somestesia. In: AIRES, M. M. **Fisiologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BERNARDO, C.de L. E.; CHAVES, L. D.; MORAES, T. M. de. **Curso de dor para Enfermagem**. Programa qualidade total na analgesia. Enfermagem. São Paulo: Rhodia Farma, 1998.

BRANT, J. Comfort. In: Itano, JK; Taoka, KN. **Core curriculum for oncology nursing**. 4a. ed. Elsevier Saunders. Oncology Nursing Society, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001a.

_____. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001b.

_____. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Uma proposta de integração ensino-serviço. 3a. ed. Rev, atual e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Portaria GM no. 3535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. DOU no. 196-E, Seção 1. pág. 53 e 43, de 14.10.1998.

_____. Portaria GM n. 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível

em: [http://www](http://www.saude.mg.g)
[.saude.mg.g](http://www.saude.mg.g)

ov.br/atos_n

ormativos/1

egislacao-

sanitaria/est

abeleciment

os-de-

saude/dor- cronica/port aria_019.pd

f

. Consultado em: 10.11.2010.

BRASIL. Portaria GM n. 2439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>. Consultada em: 10.10.2010.

_____. Portaria GM. n. 741, de 19 de dezembro de 2005. Defini as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>. Consultada em: 13.10.2010.

CERECEDA, L. G. **Dolor por câncer:** um enfoque práctico (reaprendiendo el uso de la morfina). Ver. Méd. Clin. Condes. V. 17, n. 2, 2006. p. 54-9.

CLARK, Jane C.; MCBEE, Rose F. **Enfermagem oncológica:** um currículo básico. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEn. Resolução n. 197, de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Disponível em:

[http://site.p
ortalcofen.g](http://site.portalcofen.gov.br)

ov.br/node/

4253

. Consultada em: 23.10.2009.

_____. Resolução 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf. Consultada em: 20.04.2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEn. Resolução 290, de 24 de março de 2004. Fixa as especialidades de enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4326>. Consultada em: 20.08.2009.

_____. Resolução 311, de 18 de janeiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>. Consultada em 20.10.2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE- CNS. Resolução 196, de 16 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Consultada em: 04.02.2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREn-RJ. Código de Ética de legislações mais utilizadas no dia a dia da enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. COREn-RJ. Seção IV, p. 112, 2008.

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

DAUDT, A. W.; et. al. Opióide no manejo da dor – Uso correto ou subestimado? Dados de um hospital universitário. **Rev. ass. med. Brasil**, v.44, n.2, p. 106- 110, 1998.

DICCINI, S. Dor como 5o. Sinal vital. **Acta paul. enferm**; v. 17, n.1, p. 446-447, mai-jun. 2002.

ELSAYEM, A.; DRIVER, L.; BRUERA, E. **The MD Anderson Symptom Control and Palliative Care**. Handbook. MD Anderson *Cancer Center*. 2. Ed. Houston, 2003.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.6, n.2, p. 481- 487, 2007.

GARGIULO, C. A.; et. al. Vivendo o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.16, n.4, p. 692- 702, out-dez 2007.

GATES, Roses A; FLINK, Regina M. **Segredos em enfermagem oncológico**: Respostas necessárias ao dia-a-dia. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GAUTHIER, Jacques Henri Maurice [et al]. **Pesquisa em Enfermagem**: Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GONZÁLEZ, R. M. Uso de morfina em el alivio del dolor Del paciente com câncer terminal. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr**. v.16, n.2, p. 215- 216, 2000.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HERNANDEZ, L. El cuidado farmacéutico y el dolor causado por câncer. **P. R. Health sci. j**. v. 18, n. 1, p. 47-51, marc. 1999.

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo. EPU, 1979.

KAZANOWSKI, Mary K; LACETTI, Margaret Saul. **Dor**: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro, 2005.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos. **Bol. Psicol**, vol. 48, n. 109, p. 25-47, jul.-dez. 1998.

KURASHIMA, Andréa Uamaguchi; SERRANO, Sandra Caires; OLIVEIRA JÚNIOR, José Oswaldo de. No controle da dor. In: MOHALLEN, Andréa G. da Costa; RODRIGUES, Andrea Bezerra (orgs). **Enfermagem Oncológica**. Barueri: SP, 2007, p. 149-165.

KURITA, et. al. Alteração na atenção e o tratamento da dor do câncer. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.42, n.1, p. 143-51, 2008.

LEAL, T. R., et al. Dor e dignidade: o cotidiano da enfermeira na avaliação da dor oncológica. **Revista Nursing**, v. 10, n. 117, p. 75-80. 2008.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MEDEIROS, J.B. **Redação científica**. A prática de Fichamentos, Resumos, Resenhas. 6ª. Ed. São Paulo:Atlas, 2004.

MORALES-ALPIZAR, C; SALAS-HERRERA, I. Manejo farmacológico Del dolor em el paciente oncológico. **Acta méd. Costarric**, v. 46, n. 3, San José, sep. 2004.

OLIVEIRA, A. de S. B.; GABBAI, A. A. Abordagem terapêutica da dor neuropática na clínica neurológica. Ver. **Neurociências** 6 (2): 87-95, 1998.

OLIVEIRA, J. T. de. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arq Neuropsiquiatra**, v. 58, n. 2-A, p. 360-365, 2000.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O. de. Dor oncológica. **Acta oncol. bras**, v. 14, n. 1, jan-mar, 1994.

PIMENTA, C. A. de M.; et. al. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Rev.Esc. Enf. USP**, v.34, n.1, p. 76- 83, mar. 2000.

PIMENTA, C. A. de M.; KOIZUMI, M. S. Analgesia em câncer: crenças e atualizações. **Rev.Esc. Enf. USP**, v.27, n.2, p. 309- 314, ago. 1993.

POLIT, Denise F; HUGGER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 1995.

RECCO; D. C.; LUIZ; C. B.; PINTO, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq. Ciênci. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 85-90, abr-jun. 2005.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq.Ciênc. Saúde**, v.12, n.1, p. 50- 54, jan-mar. 2005.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 7ª. Ed. Rio de Janeiro:Lamparina, 2007.

SANTOS, C. S. DOS. **A atuação do enfermeiro frente à dor pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgias oncológicas.** Monografia. Curso de pós-graduação lato Sensu em Enfermagem em Oncologia. Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, R. A . dos. **Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica:** uma genealogia da clínica da dor. 2009. 158f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Instituto de Medicina, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SERRANO, S. C., et. al. Farmacologia antálgica. **Prática Hospitalar.** Ano IX. N°50. Mar-Abr, 2007.

SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico na ótica do enfermeiro. **Rev.Latino-am. Enfermagem**, v.9, n.4, p. 44- 49, julho 2001.

SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.37, n.2, p.109-18.

SMELTZER, Suzanne. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMITH, E. L. Câncer Pain. In: American Câncer Society. **A Câncer Source Book for Nurses.** 8.a ed. Jones and Bartlett Publishers:Boston, 2004, chapter 23: 349-360.

SOLANO, J. R. R.; HERRERA, I. S. Prevalencia y factores predictivos del dolor por câncer . **Acta Médica Costarricense**, San José, v.44, n.4, dez. 2002.

TWYXCROSS,R. Tradução de José Nunes de Almeida.**Cuidados paliativos.** 2a. ed. Rev e Ampl. Lisboa:Climepsi, 2003.

UICC. **Manual de oncologia clínica.** 8ª edição. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

WILLIAM & WILKNS; traduzido por Marcio Moacyr de Vasconcelos. **Tratamento da dor.** Rio de Janeiro:Guanabara Koogam, 2006.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Projeto de pesquisa: Dor oncológica: Vivências, experiência e ações de enfermagem.

Prezado colega enfermeiro (a),

Após período de atuação como residente de enfermagem, estive em contato constante com o cuidado prestado aos clientes com câncer em fase terminal. E pude observar algumas dificuldades enfrentadas por nós enfermeiros no desenvolvimento do controle da dor oncológica nesta clientela.

Na tentativa de identificar estas dificuldades, estou desenvolvendo um estudo objetivando propor um protocolo de ações de enfermagem para o controle da dor oncológica em pacientes internados nos hospitais gerais.

A sua participação neste estudo compreende ser entrevistado pelo pesquisador, a partir de perguntas semiestruturadas previamente desenvolvidas.

Sua participação será inteiramente voluntária, e as informações adquiridas serão tratadas de maneira sigilosa e anônima, garantindo-lhe a privacidade.

Os riscos contidos nesta pesquisa são os mesmos de responder a uma entrevista semiestruturada, de qualquer forma garanto sua liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento sem qualquer prejuízo a suas atividades. Você não sofrerá nenhum tipo de dano moral, material ou de implicações trabalhistas. Da mesma forma não receberá nenhum ganho financeiro ou de qualquer outra natureza ao participar desta pesquisa.

Os ganhos potenciais estão associados a sua contribuição nos esforços institucionais de melhorar as práticas do enfermeiro no controle da dor.

Declaro que, após ter sido esclarecido pela pesquisadora e ter entendido tudo que me foi explicado, e estar ciente dos riscos e benefícios desta pesquisa, além de compreender que respondo esta pesquisa sem buscar qualquer compensação monetária. Tive todas as minhas dúvidas e perguntas esclarecidas. Eu, por intermédio deste, dou o meu livre consentimento para a participação da pesquisa citada anteriormente. E afirmo que recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Nome do
 Participante.....
 Assinatura..... Local/data

Nínive Reinozo de Oliveira

Telefone residencial: 2411-1611

Telefone celular: 7832-2250

E-mail: niniveuerj@yahoo.com.br

Departamento de Enfermagem Fundamental

Endereço: Av. Pasteur, 296 – 5º andar - sala 510, na Urca, Rio de Janeiro

Telefone: 2542-6699

Assinatura.....Local/data.....

.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. O que você compreende por controle da dor oncológica?
2. Quais são as dificuldades vivenciadas por vocês para um efetivo controle da dor oncológica?
3. Quais possíveis soluções para proporcionar um controle da dor oncológica efetiva para sua unidade de trabalho?
4. Para você, como o enfermeiro pode contribuir para o programa de educação continuada em controle da dor no câncer?
5. Quais ações de enfermagem você considera que possa compor um protocolo de controle da dor no câncer em um hospital geral?

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso