

A INTERFACE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM O CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA

Kátia Biagio Fontes¹
André Estevam Jaques²

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. A interface da assistência de enfermagem com o controle da dor oncológica. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 17, n. 1, p. 43-48, jan./abr. 2013.

RESUMO: Apesar do grande incentivo por parte de organizações nacionais e internacionais no tratamento e controle da dor oncológica, esta continua sendo um problema prevalente experimentado pelos pacientes. O objetivo deste estudo foi identificar na literatura científica estratégias que contribuam para melhora da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente oncológico com dor. Pode-se concluir que a dor oncológica é de caráter multidimensional, gerando diversas modificações nas atividades diárias do indivíduo, interferindo significativamente na sua qualidade de vida. Portanto, o profissional que presta cuidados ao paciente oncológico deve utilizar diferentes estratégias terapêuticas, que atendam todas as necessidades do paciente: físicas, emocionais, psicossociais e espirituais. Para isso, faz-se necessário conhecimento técnico e científico, mas acima de tudo sensibilidade. A instituição da dor como quinto sinal vital é uma das formas de sensibilizar o profissional, pois gera mudanças no posicionamento da equipe que presta cuidado, exigindo assim conhecimento, dedicação e força de vontade por parte do enfermeiro. Sendo assim, sensibilidade e conhecimento aliados a vontade de fazer, são qualidades indispensáveis para o sucesso na melhoria da qualidade da assistência ao paciente oncológico.

PALAVRAS-CHAVE: Dor oncológica; Avaliação da dor; Enfermagem.

NURSING CARE INTERFACE WITH CANCER PAIN CONTROL

ABSTRACT: Despite the huge incentive by national and international organizations in the treatment and control of oncologic pain, this continues to be an issue experienced by the patients. The aim of this study is to identify, in the scientific literature, strategies that contribute to improving the quality of nursing care for cancer patients with pain. It can be concluded that oncologic pain is multidimensional, being able to generate several modifications on the patient's daily life, significantly interfering with the quality of life. Therefore, the professional caring for oncologic patients should use different therapeutic strategies that could attend all the patient's needs: physical, emotional, psychosocial and spiritual ones. Thus, it is necessary to have both scientific and technical knowledge, but above all, sensibility. The institution of pain as the fifth vital sign is one of the ways to sensitize professionals, because it generates changes in the positioning of the group providing care, requiring knowledge, dedication and willingness from the nurse. Therefore, this sensitivity and knowledge, together with willingness, are essential qualities for the success in improving the quality of assistance to oncologic patients.

KEYWORDS: Oncologic pain; Pain assessment; Nursing.

Introdução

O paciente com câncer é uma vítima potencial de grande número de causas de dor, deste modo pode apresentar dor devido à diversos fatores, sendo estes relacionados ao tumor primário e suas metástases, ao tratamento ou relacionados ainda por desordens concomitantes (BRASIL, 2001). Além do sofrimento físico Schisler (1997), relata que a vida do paciente que recebe o diagnóstico de câncer modifica-se em vários aspectos: a incerteza de cura, o receio do tratamento do câncer, medo da dor, da hospitalização, da morte, dificuldades em se relacionar com a equipe de saúde, mudanças na sua rotina, aliadas aos sentimentos de raiva, tristeza, ansiedade e depressão que são comuns. A dor do câncer é descrita como “Dor Total”, essa definição foi expressa em 1964 por Cicely Saunders, para mostrar as diversas dimensões da dor quanto ao aspecto físico, emocional, social e espiritual, sendo posteriormente acrescentadas à dor interpessoal, a familiar e a financeira.

Com o objetivo de reunir profissionais interessados em aprofundar estudos sobre a dor e a possibilidade de uma maior sistematização do seu tratamento, foi fundada em 1973, a International Association for the Study of Pain (IASP) (MICELI, 2002). Ainda na Organização Mundial de Saúde (OMS), reuniram-se especialistas e os mesmos ela-

boraram o “Guia para Tratamento da Dor no Câncer”, onde são descritos os métodos para o seu controle. No Brasil a preocupação com a dor no câncer ganhou maior destaque nas décadas de 80 e 90, onde foram desenvolvidos estudos com o objetivo de divulgar o conhecimento acerca da dor e seu tratamento (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997).

Em 1984, foi criada em São Paulo, a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), voltada para o estudo, pesquisa e tratamento da dor, com enfoque especial, a gerada pelo câncer e medicina paliativa. Com esse propósito, lançou o Projeto “Controle da dor no Brasil” que tem como metas o desenvolvimento de programas educativos e assistenciais, além de colaborar em nível governamental para a concretização de uma política nacional de saúde em dor (SBED, 2007).

De acordo com Silva e Zago (2001) nas últimas décadas, o conhecimento, o conceito e as intervenções terapêuticas para o controle da dor no paciente oncológico tiveram uma grande evolução, contudo, segundo a International Society of Nurses Care (ISNCC) (2008) a dor oncológica continua sendo um sintoma prevalente experimentado pelos pacientes, uma vez que de acordo com estimativa da OMS, das cinco milhões de pessoas que morrem de câncer a cada ano, quatro milhões morrem com dor não controlada. Considera ainda que este fato representa um desafio para os profissionais de saúde, pois a dor no paciente oncológico pode

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – PR. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR. Endereço para correspondência: Universidade Paranaense. Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde, Praça Mascarenhas de Moraes, 4282, Zona III, CEP: 87502-210, Umuarama, SP, Brasil, E-mail: katia.bf@gmail.com

²Enfermeiro. Doutor em Ciências pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR.

ter seu efetivo controle em aproximadamente 90% dos casos, tornando muitas vezes, este sofrimento desnecessário.

Para Silva e Zago (2001) o enfermeiro, como integrante da equipe interdisciplinar exerce importante papel no controle da dor, pois tem responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitoração dos resultados, no tratamento e na comunicação das informações da dor do paciente para os demais membros da equipe. Teixeira et al. (1995) acrescenta ainda que compete ao enfermeiro o controle da qualidade do tratamento.

Contudo, Silva e Zago (2001), argumentam que, apesar do importante papel que o enfermeiro pode exercer intervindo para evitar situações de dor, sua capacitação ainda é inadequada. Estudos recentes têm evidenciado que enfermeiros têm vivenciado diversas barreiras no adequado gerenciamento da dor oncológica que vão desde a falta de conhecimento sobre a gestão da dor (KHALAILEH; QADIRE, 2012) até a falta de recursos humanos, materiais e autonomia (SILVA; ROLLS, 2011).

O enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo em contato com o paciente, sendo assim, faz-se necessário aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, para garantir assistência integral e de qualidade. Diante dessa necessidade e perspectiva, objetivou-se identificar na literatura, estratégias que contribuam para melhora da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente oncológico com dor.

Desenvolvimento

Limiar de dor é o estímulo de menor intensidade necessário para o indivíduo perceber a dor, isto é, ele refere o ponto no qual uma dada sensação é fisicamente percebida como dolorosa. Os limiares de dor variam de indivíduo para indivíduo (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008), sendo assim, pacientes que sofrem o mesmo procedimento, podem experimentar diferentes limiares de dor, tornando-se, portanto, crucial acreditar e responder prontamente a um paciente que lhe relata dor (LAFLEUR, 2004; RACHLIN, 2010).

A dor nos seres humanos é um quadro em que, além da nocicepção, outros fatores influem na vivência e expressão da queixa algica (PIMENTA, 1995), que envolvem os componentes sensitivo-discriminativo (relacionado à sensação física), afetivo-motivacional (relacionado às emoções) e cognitivo-avaliativo (relacionado ao pensamento) (TEIXEIRA, 2003). A informação dolorosa chega às estruturas encefálicas através de fibras nervosas, advindas da periferia (local da lesão) e interage com fatores emocionais e culturais, que podem alterar a percepção da informação inicial, portanto, experiências prévias de dor não controlada, cultura e crenças em relação à dor, irão influenciar o paciente frente a esse quadro (MORAES, 2007).

Por ser a dor um fenômeno subjetivo, ela não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos, pois não existe um em específico, que permita a um observador externo, objetivamente, mensurar esta experiência interna, complexa e pessoal (SOUSA, 2002). Assim sendo, o relato da experiência dolorosa pelo paciente aos profissionais de saúde é fundamental para a compreensão do quadro algico (SILVA; ZAGO, 2001).

Para o efetivo controle da dor no ambiente hospitalar e ambulatorial, devemos avaliá-la sistematicamente

como fazemos com os sinais vitais (DAVIS; WALSH, 2004). Diante desta perspectiva, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor (APS), em 1995, descreveu a dor como “Quinto Sinal Vital”, que deve sempre ser avaliado e registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico, em que também são avaliados os outros sinais vitais (MENDONÇA; LEÃO, 2007; SOUSA; HORTENSE, 2007). A avaliação da dor e registro sistemático e periódico de sua intensidade é fundamental para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realizem os ajustes necessários ao tratamento (CHAVES, 2007; MORAES, 2007; TAMBORELLI et al., 2010).

Davis e Walsh (2004) relatam que apenas perguntar ao paciente sobre sua dor no momento de toda mudança de turno não ajuda a evitar flutuações de dor incidental, já registrar os dados influencia extremamente na programação da dose analgésica, outra abordagem sobre esta questão vem de Pimenta (2006) onde afirma que, se a dor é identificada, mas a informação não circula entre os profissionais, ou circula de modo irregular e lento, a proposta analgésica ou ajuste ficam comprometidos.

Do ponto de vista do gerenciamento da dor o profissional de saúde deve se utilizar de escalas e estabelecer níveis aceitáveis de dor. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma escada/escala de três degraus ou passos para guiar o uso sequencial de drogas relacionados a intensidade da dor (BRASIL, 2001). Laffeur (2004) acrescenta nesta perspectiva que o ideal é que equipe de cuidado estabeleça um limite aceitável de 3 (dor leve) em uma escala numérica de 1 a 10, sendo assim, trabalhará no intuito de manter a dor até ou abaixo deste nível. Outra abordagem sobre esta questão vem de Pimenta (2006) em que afirma que devemos ainda organizar roteiro alicerçado no conceito de multidimensionalidade da dor. Posso (2006) enfatiza que devemos caracterizar a dor, abordando os seguintes pontos: localização, intensidade, a sua qualidade, além do padrão de sua frequência e periodicidade, irradiações, fatores desencadeantes, agravantes e de alívio, antecedentes, data e características de seu alívio. Schoeller (2002) acrescenta ainda que, para aperfeiçoar a avaliação da dor, verifica-se se o paciente está apresentando alguma síndrome dolorosa, relacionada com o câncer ou o tratamento, ou se é consequência do próprio câncer, que é a causa mais comum de dor oncológica. Pimenta e Ferreira (2006) relatam que a história da doença e da dor deve abranger também os tratamentos anteriores, farmacológicos e não farmacológicos, os sucessos e insucessos, a ocorrência de efeitos indesejáveis, as preferências, medos, crença sobre os tratamentos e uso de drogas psicoativas, para melhor adequação da terapia.

Somente dados mensuráveis e objetivos não são suficientes para avaliar a dor (WATERKEMPERI; REIBNITZ; MONTICELLI, 2010). Silva e Ribeiro-Filho (2006) apontam que os termos mensuração e avaliação da dor são amplamente utilizados na literatura, no entanto, possuem diferenças básicas. A mensuração refere-se ao escalonamento de um número ou valor, sendo comumente associado com a dimensão de intensidade da dor. O uso de instrumentos unidimensionais, fornece um meio simples para se avaliar a magnitude da intensidade da dor ou do seu alívio. Entre os instrumentos unidimensionais mais utilizados incluem, os com descritores numéricos (0 – 10), verbais (nenhuma, leve, moderada ou

severa) ou escala visual analógica (uso de imagens: cores, faces, figuras e outros). São normalmente utilizados em contextos clínicos, para obter informações rápidas e especialmente úteis para mensurar a dor aguda. Lafleur (2004) relata que existem várias escalas unidimensionais que a enfermagem pode utilizar para mensurar a dor do paciente, sendo que, cada uma tem suas vantagens e limitações, a escolha vai depender da idade, habilidade de comunicação, prejuízo físico e cognitivo do paciente. Por coerência, seria melhor usar o mesmo instrumento durante toda a permanência do paciente no hospital. Silva e Ribeiro-Filho (2006) sugerem que, devem-se escolher instrumentos fidedignos, válidos e fáceis de serem usados, tanto pelos pacientes quanto pelos clínicos que fazem uso deles.

Já a avaliação da dor é realizada por meio de instrumentos multidimensionais, pois envolve um processo mais complexo, que além de fornecer informações sobre a intensidade da dor, avaliam-se também as diferentes dimensões desta, e suas repercussões sobre as atividades sociais cotidianas, para verificar o grau de interferência da dor sobre a pessoa. O uso de um instrumento multidimensional é imprescindível no processo de avaliação e mensuração da dor crônica, na qual se torna importante mensurar o grau de alívio da dor associado com uma medicação ou intervenção (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

O Questionário para Dor de MacGill (MPQ) foi primeiramente concebido por Melzack, e elaborado com o propósito de fornecer uma avaliação global da dor. Por ser genuinamente multidimensional, este questionário avalia a dor em três dimensões, isto é, sensorial, afetiva e avaliativa. É baseado em palavras que os pacientes selecionam para descrever sua própria dor. O instrumento inclui um diagrama corporal para que o paciente possa desenhar a localização e a distribuição espacial da dor e uma escala para mensurar a intensidade global de dor presente (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Pimenta e Ferreira (2006) descrevem o dano cognitivo como uma das causas de subavaliação da dor, principalmente em idosos. Silva e Ribeiro-Filho (2006) sugerem o instrumento “Faces Legs Activity Cry and Consolability” (FLACC), como uma escala comportamental que usa movimentos do corpo e sons para avaliar a dor de crianças e pacientes com danos cognitivos ou verbais. Juntas, avaliação e mensuração constituem o processo de resumir as informações coletadas e capturadas pelas escalas unidimensionais ou multidimensionais, durante o exame do paciente para estabelecer um diagnóstico, prognóstico e planejar um programa de controle e manejo da dor (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Profissionais envolvidos nos cuidados com os pacientes necessitam entender e interpretar os dados, para fazer uso mais apropriado dos instrumentos disponíveis, assim como, também os pacientes, para que possam facilitar o relato ou auto-registro (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). Além disso, os instrumentos utilizados precisam ser de fácil execução para a equipe de enfermagem, pois instrumentos complexos podem causar dificuldades para auxiliares e técnicos, sendo melhor conduzidos por enfermeiros (MENDONÇA; LEÃO, 2007). O uso rotineiro de instrumento de avaliação da dor promove a consciência do profissional, que presta cuidados ao paciente e provê um meio de comunicação entre equipe de enfermagem e médicos (PIMENTA; FERREIRA,

2006). É importante também observar as reações comportamentais e fisiológicas da dor, tais como: expressão facial, choro, angústia, irritabilidade, insônia, medo, taquicardia, hipertensão, taquicardia, taquipnéia, palidez, sudorese ou alteração da tensão muscular (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

A fim de avaliar a experiência global da dor do paciente, torna-se inadequado avaliá-la unicamente no ambiente ambulatorial, Davis e Walsh (2004) sugerem o uso pelos pacientes de diários de dor. Salamonde et al. (2006), com o objetivo de analisar o uso de opióides pelos pacientes oncológicos utilizou em seu estudo uma Ficha de Acompanhamento Domiciliar, para que paciente ou seu cuidador fizessem anotações a respeito das doses analgésicas utilizadas. Segundo Davis e Walsh (2004) diários de dor contendo anotações subsequentes a avaliações de dor, analgésicos, co-analgésicos, seus efeitos colaterais e laxantes utilizados, permite ao clínico obter a história de dor do paciente, sem repetir tentativas analgésicas que não deram resultado, que levam a perda de tempo e consequente frustração do paciente. Enfatizam ainda que diário de dor devidamente preenchido deveriam acompanhar o paciente para cada consulta de avaliação ou admissão hospitalar. A equipe de cuidado deve cumprir também o seu papel ao escrever instruções claras ao paciente sobre horário da dose, propósito, orientações para o ajuste da dose e números de telefone para comunicação no caso de piora da intensidade da dor.

De acordo com Kameo (2006) tradicionalmente, os objetivos do tratamento do paciente com câncer têm sido reduzir os sintomas e prolongar a vida. No entanto, deve-se considerar a qualidade de vida do paciente oncológico, já que o mesmo apresenta alterações nas várias esferas de sua vida. Para Pimenta et. al (1998) qualidade de vida é um conceito que pode ser compreendido como uma sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de suas atividades físicas, intelectuais, psíquicas, sociais e espirituais. A importância desse conceito reside no fato de possibilitar ao profissional, retirar o foco de atenção na dor e centrá-la no indivíduo, neste sentido, o objetivo para o tratamento da dor é a melhora da qualidade de vida e não apenas a redução da dor, isoladamente. Kimura e Ferreira (2007) afirmam que qualidade de vida e dor são conceitos subjetivos e multidimensionais, e devem ser caracterizadas e avaliadas a partir da perspectiva de cada indivíduo. Sendo assim, Pimenta e Ferreira (2006) propõem que o profissional deve sempre realizar a avaliação do impacto da dor, na atividade de vida diária, humor e qualidade de vida do paciente, seja no atendimento ambulatorial, de internação e no domicílio utilizando-se diferentes estratégias.

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos instrumentos de avaliação para doenças específicas, com a finalidade de avaliar o impacto da doença na qualidade de vida do paciente. Este tipo de avaliação é muito importante, pois é capaz de detectar a necessidade de reavaliação do planejamento terapêutico (YUEN; IRWIN, 2005). Kamel (2006) acrescenta que estudos acerca da qualidade de vida, contribuem para compreender a individualidade do paciente e ajudá-lo na tomada de decisões relacionada às opções do seu tratamento. Pimenta e Ferreira (2006) citam alguns instrumentos para a avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer disponíveis hoje no Brasil. Não são específicos para dor, mas incluem questões de dor na avaliação da dimensão física da

qualidade de vida. Dentre os mais utilizados, encontra-se o EORTC QLQ-C30, desenvolvido pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), o The Functional Assessment of Câncer Therapy – FACT-G, o The Medical Outcomes Study, 36-item Short-form Health Survey – SF-36 e o World Health Quality of Life – WHOQOL-100.

O tratamento farmacológico é considerado o sustentáculo da terapia na dor oncológica. Sua finalidade é fornecer o necessário alívio da dor no tratamento curativo e paliativo, para que procedimentos diagnósticos e terapêuticos do câncer sejam mais bem tolerados (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997), além de permitir o alívio da dor quando o paciente está em repouso ou realizando qualquer atividade (MORAES, 2007). Para indivíduos com a doença avançada, o objetivo da assistência é manter a melhor atividade biológica, social e afetiva e permitir a morte sem dor (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997). Para que estas metas sejam alcançadas é necessário que depois de instituída a terapêutica, esta seja reavaliada de modo constante para verificação de sua eficácia (MORAES, 2007). Para o enfermeiro que atua em oncologia, o conhecimento das drogas, o modo de administração e os possíveis efeitos colaterais provocados, poderão auxiliá-lo no desenvolvimento de estratégias de intervenção, que possam garantir uma assistência qualificada (PAIVA, 2006).

O alívio da dor crônica no paciente oncológico é possível pela combinação medicamentosa de analgésicos opiáceos e não opiáceos. No entanto, a utilização de analgésicos opiáceos está associada ao desenvolvimento de dependência física e tolerância, isso quando administrados de forma inadequada. A preocupação injustificada com a dependência psicológica, tem levado alguns profissionais de saúde a utilização de doses inadequadas dessas drogas (BRASIL, 1997). Pacientes e familiares também podem apresentar medo da dependência do analgésico, ou possuir a crença de que a utilização de um opiáceo seja indicativa de fase terminal da doença, assim, cabe ao enfermeiro orientá-los para que se sintam seguros e sigam o tratamento indicado (MORAES, 2007). A experiência clínica tem demonstrado que os pacientes oncológicos que recebem opiáceos com finalidade analgésica não se viciam (BRASIL, 1997).

A OMS preconiza alguns princípios para o tratamento farmacológico da dor oncológica, entre eles um esquema conhecido como “escada analgésica”, que consiste no uso de analgésicos de acordo com a intensidade do quadro alérgico: para dores leves (1 a 4) recomenda-se o uso de anti-inflamatórios não hormonais, associados ou não a antidepressivos, neurolépticos e outros procedimentos; para dores moderadas (5 a 7) recomenda-se anti-inflamatórios não hormonais, associado a morfínicos fracos, antidepressivos, neurolépticos e outros procedimentos; para dores intensas (8 a 10) aconselha-se a manutenção dos anti-inflamatórios não hormonais e a associação com medicamentos morfínicos fortes, antidepressivos, neurolépticos e outros procedimentos; intervenções anestésicas e neurocirúrgicas são indicadas em casos rebeldes (BRASIL, 2001; PIMENTA, 2006; MORAES, 2007). Outros princípios preconizados pela OMS para o controle da dor oncológica são: preferencialmente o uso da via oral para a administração de medicação analgésica. Além disso, esta indicação deve ser realizada em intervalos fixos de tempo, evitando-se a prescrição “se necessário” e, a dosa-

gem e escolha do analgésico, devem ser definidas de acordo com a individualidade de cada paciente, ou seja, a dose certa é aquela que alivia a dor sem efeitos colaterais intoleráveis (BRASIL, 2001; MORAES, 2007).

A escolha dos fármacos, das doses e das vias de administração é uma prerrogativa médica, porém, o enfermeiro deve participar de forma ativa neste tratamento, garantindo a oferta analgésica de forma adequada (BRASIL, 2001; MORAES, 2007) além de avaliar, reavaliar a dor continuamente, pois assim permitirá modificações no regime terapêutico, de acordo com seus efeitos colaterais ou mudanças clínicas (CHAVES, 2007).

Opiáceos têm seu mecanismo de ação relacionado à interação com receptores no sistema nervoso central e sistema nervoso periférico (SCHOELLER, 2002) apresentando grande valor analgésico, porém, propiciam aparecimento de efeitos adversos, que quando não controlados, interferem de modo significativo na terapêutica (MORAES, 2007). Entre eles sonolência, letargia, retenção urinária, depressão respiratória, náusea, vômito, dificuldade de concentração, euforia, alucinação e disforia, miose, empachamento, constipação intestinal, prurido, tolerância, adição e dependência (PIMENTA; FERREIRA, 2006). O sucesso da terapêutica irá depender do controle adequado desses efeitos, portanto, cada serviço deve criar protocolos para o controle desses efeitos embasados na literatura científica, com a finalidade de facilitar a dinâmica do atendimento. Cabe ao enfermeiro desenvolver impressos para orientações ao paciente, contendo: a medicação analgésica prescrita (nome, dose, horário), os possíveis efeitos adversos e orientações para o seu manejo e forma de contato com a equipe. Ações como diminuição da dose, rodízio de opiáceos e controle sintomático desses efeitos adversos, constituem parte do desafio clínico de tratar adequadamente a dor oncológica. Para pacientes ambulatoriais, o enfermeiro deverá realizar avaliações em curto período de tempo, principalmente nas primeiras semanas da terapêutica analgésica, a fim de observar se o medicamento prescrito está proporcionando analgesia adequada. Além disso, o mesmo deve comunicar a equipe em caso da necessidade de ajuste de doses, observando quais os efeitos indesejáveis se fazem presentes e verificar se as orientações com relação ao seu manejo estão sendo eficazes (MORAES, 2007).

O diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional para o paciente e familiares, em vista disso, a recorrência a métodos médicos não convencionais dentro da medicina alternativa, tem crescido muito, auxiliando o paciente no enfrentamento do diagnóstico e tratamento (PAIVA, 2006). A administração de analgésico não necessariamente consiste na única forma terapêutica, assim pode-se desenvolver estratégias associadas que apresentem maior êxito (GIANNOTTI; PIZZOLLI, 2004) podendo desta forma, melhorar a qualidade de vida do paciente. Pimenta (2006) relata que aspectos biológicos, emocionais e culturais da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas que atuam nos diversos componentes da dor e compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual. São em sua maioria, de baixo custo e de fácil aplicação. Assim, significativa parcela pode ser ensinada aos doentes e seus cuidadores, em ambiente domiciliar de modo eficiente e seguro, e oferecem ao paciente senso de controle da situação, estimulam a

responsabilidade e a participação no tratamento.

Rigotti e Ferreira (2005) relatam que são várias as intervenções que o enfermeiro pode planejar ao paciente que sente dor, no entanto, cabe ao profissional a escolha, mediante avaliação clínica e julgamento crítico, das intervenções que melhor atendam as necessidades dos pacientes. Pimenta (2006) sugere que para a seleção das intervenções, deve-se avaliar a opinião, as crenças, os valores e a preferência do doente e cuidador, pois a colaboração deles é condição indispensável para a programação das propostas, Pimenta e Ferreira (2006) acrescentam ainda, que esta avaliação fornece dados sobre as necessidades educacionais do doente e cuidador, podendo assim o profissional propor o ensino de novas estratégias (PIMENTA; FERREIRA, 2006). Estudo realizado por Ducci e Pimenta (2003), aponta que o desenvolvimento de programas educativos, resultaram em melhoria no conhecimento e atitudes de pacientes e cuidadores familiares, em relação ao manejo da dor oncológica, na qualidade de vida, na adesão ao tratamento medicamentoso e na maior aceitação de intervenções não-farmacológicas.

É comum observarmos enfermeiros que não possuem conhecimento acerca do manejo da dor oncológica, diante disto, Pedroso e Celich (2006) relatam que este fato constitui num desafio para o cuidar em enfermagem, sendo a educação em saúde um dos veículos capazes de promover esse saber. Conforme a Ordem dos Enfermeiros (2008) a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, instituições de saúde e pelos enfermeiros individualmente. Com reflexões semelhantes Silva e Zago (2001) sugerem como estratégia, que conteúdos relacionados ao tema sejam inseridos no currículo de graduação em enfermagem.

Conclusão

Por intermédio do presente estudo, compreendeu-se que a dor no paciente oncológico é de caráter multidimensional, podendo ser capaz de interferir nas suas atividades diárias.

O controle da dor oncológica exige conhecimento técnico e científico por parte do profissional que presta cuidado, porém, requer acima de tudo sensibilidade, para deste modo, favorecer a compreensão das necessidades dos pacientes tanto no aspecto sensorial quanto emocional.

Intervindo não somente no processo doloroso, como também no sofrimento gerado pela dor e pela doença. Mediante esta compreensão, o profissional de saúde poderá utilizar várias estratégias terapêuticas, que atendam todas as necessidades do paciente, quer sejam, físicas, emocionais, psicossociais e espirituais.

A implantação de um instrumento de avaliação da dor pode ser uma das formas de sensibilizar os profissionais que exercem o cuidado, contudo, este processo exige conhecimento, sensibilidade, força de vontade e dedicação por parte do enfermeiro, pois gera mudanças de postura e comportamento da equipe multiprofissional. Sendo assim, a educação permanente constitui-se como estratégia fundamental para que o enfermeiro colabore com os profissionais na aquisição de conhecimentos sobre a temática.

Espera-se que com a leitura deste estudo, o enfermeiro busque desenvolver uma assistência integrada, huma-

nizada e que contribua efetivamente para a qualidade de vida do paciente oncológico.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 124 p.
- _____. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer (Pro-Onco). **O alívio da dor do câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 1997. 70 p.
- CAILLIET, R. **Dor**: mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artes Médias, 1999.
- CHAVES, L. M. Dor pós-operatória: aspectos clínicos e assistência de enfermagem. In: CHAVES, L. D.; LEÃO, E. R. **Dor 5º sinal Vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007. p. 183-212.
- DAVIS, M. P.; WALSH, D. Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. **Cleve. Clin. J. Med.** v. 71, n. 8, p. 625-632, 2004.
- DUCCI, A. J.; PIMENTA, C. A. M. Programas educativos e a dor oncológica. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 49, n. 3, p. 185-192, 2003.
- GIANNOTTI, L. A.; PIZZOLLI, L. M. L. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. **Rev. Nursing**, v. 71, n.7, p. 35-41, 2004.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF NURSES IN CANCER CARE – ISNCC. **Pain, position statement**. Disponível em: <http://www.isncc.org/?page=Position_Statements>. Acesso em: 25 fev. 2011.
- KHALAILEH, M. A.; QADIRE, M. A. Barriers to cancer pain management: Jordanian nurses' perspectives. **International Journal of Palliative Nursing**, v.18, n. 11, p. 535-540, 2012.
- KAMEO, S. Y. **Qualidade de vida do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal**. 2006. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- KIMURA, M.; FERREIRA, K. A. S. L. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: CHAVES, L. D.; LEÃO, E. R. **Dor 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007. p. 183-212.
- LAFLEUR, K. J. Taking the fifth (vital sign). **RN**, v. 67, n. 7, p. 30-37, 2004.
- MENDONÇA, S. H. F.; LEÃO, E. R. Implantação e monitoramento da dor como quinto sinal vital. In: LEÃO,

- E. R.; CHAVES, L. D. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007, p. 624-639.
- MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002.
- MORAES, T. M. Atuação do enfermeiro na dor oncológica. In: CHAVES, L. D.; LEÃO, E. R. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007. p. 297-314.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Dor – Guia orientador de boa prática**. Portugal: Ordem dos enfermeiros - Conselho de Enfermagem, 2008. 57 p.
- PAIVA, S. M. M. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 2, p. 270-276, 2006.
- PIMENTA, C. A. M. **Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer**. 1995. 132 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- PIMENTA, C. A. M. Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 241-262.
- PIMENTA, C. A. M. et al. Liga de dor: uma experiência de ensino extracurricular. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 32, n. 3, p. 281-289, 1998.
- PIMENTA, C. A. M.; FERREIRA, K. A. S. L. Dor no doente com câncer. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem medicina e psicologia**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006. p. 124-166.
- PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 43, n. 1, p. 21-44, 1997.
- POSSO, M. B. S. Dor. In: _____. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 13-15.
- RACHLIN, H. Dor e comportamento. **Temas em psicologia**, v.18, n. 2, 429-447, 2010.
- RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-54, 2005.
- SALAMONDE, G. L. F. et al. Análise clínica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003. **Rev. Bras. Anestesiol.** v. 56, n. 6, p. 602-618, 2006.
- SILVA, B. S. S.; ROLLS, C. Attitudes, beliefs, and practices of Sri Lankan nurses toward cancer pain management: An ethnographic study. **Nursing and Health Sciences**, v.13, p. 419-424, 2011.
- SCHOELLER, M. T. **Guia prático para o tratamento da dor oncológica**. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 2002. 46 p.
- SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: Funpec, 2006. 467 p.
- SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 44-49, 2001.
- SCHISLER, E. L. O conceito da dor total no câncer. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. **Dimensões da dor no câncer**. São Paulo: Robe, 1997. p. 49-62.
- SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR – SBED. **Projeto controle da dor no Brasil**. Disponível em: < <http://www.dor.org.br/projetossemidor.asp>>. Acesso em: 06 jul. 2007.
- SOUSA, F. A. M. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino - am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002.
- SOUSA, F. A. E. F.; HORTENSE, P. Mensuração da dor. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007. p. 99-118.
- TAMBORELLI, V. et al. O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 4, n. 3, p.146-153, 2010.
- TEIXEIRA, M. J. Dor no doente com câncer. In: _____. **Dor: contexto interdisciplinar**. São Paulo: Maio, 2003, p. 327-338.
- TEIXEIRA, M. J. et al. **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. São Paulo: Limay, 1995. 196 p.
- WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 2, p. 334-9, 2010.
- YUEN, T. S. T.; IRWIN, M. G. The “fifth vital sign”. **Hong Kong Med. J.** v. 11, n. 3, p. 145-146, 2005.