

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
DJALISSON TAYNER DE SOUZA PEREIRA

DOR EM ONCOLOGIA: AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICAS ASSISTENCIAIS EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS

CUITÉ – PB
2013

DJALISSON TAYNER DE SOUZA PEREIRA

DOR EM ONCOLOGIA: AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICAS ASSISTENCIAIS EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Lidiane Lima de Andrade

CUITÉ – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

P436d Pereira, Djalisson Tayner de Souza.

Dor em oncologia: avaliação e terapêuticas assistenciais em pacientes hospitalizados. / Djalisson Tayner de Souza Pereira – Cuité: CES, 2013.

60 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Lidiane Lima de Andrade.

1. Enfermagem - oncologia. 2. Oncologia. 3. Oncologia - dor. I. Título.

CDU 616-083:616-006

DJALISSON TAYNER DE SOUZA PEREIRA

**DOR EM ONCOLOGIA: AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICAS ASSISTENCIAIS EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Lidiane Lima de Andrade - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - *campus* Cuité

Prof^ª. Ms. Glenda Agra - Membro Interno
Universidade Federal de Campina Grande - *campus* Cuité

Prof^ª. Dr^ª. Marta Miriam Lopes Costa - Membro Externo
Universidade Federal da Paraíba

Dedico este trabalho à minha avó-mãe Joana Neuza de Souza (*in memoriam*), minha principal fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo dom da vida, sabedoria e força espiritual para enfrentar todos os percalços que me foram impostos ao longo desses cinco anos, sem a vossa permissão não teria chegado até aqui. Graças dou a ti Senhor, por mais essa conquista.

Aos meus amados pais, **Djalma Pereira e Terezinha Maria de Souza Pereira**, peças fundamentais na construção do meu caráter, por me motivarem, investirem na minha educação e, sobretudo acreditarem no meu potencial, a vocês minha eterna gratidão.

A minha avó-mãe, **Joana Neuza de Souza** (*in memoriam*) pela representatividade que tem na minha vida, exemplo de fé e altruísmo. O meu eterno amor incondicional.

A minha estimada tia, **Givonete Neuza de Souza** por também assumir o papel de mãe quando assim foi necessário, pelo incentivo e apoio incondicional.

Ao meu irmão, **Djalma Pereira Júnior** pelo companheirismo, parceria e amor fraternal.

Ao meu primo-irmão, **Raphael Jefferson** pela torcida.

A tia do coração, **Fátima Medeiros** por todo carinho, apoio e mão amiga.

À enfermeira do setor de oncologia do Hospital da FAP, **Gilmara** pelos esforços despendidos para que o campo de pesquisa me fosse assegurado.

Ao **Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP** pela receptividade e por ter acreditado nesse trabalho.

Aos **pacientes** que mesmo diante do sofrimento vivenciado pelo câncer se dispuseram a participar deste trabalho demonstrando confiança e disponibilidade. A todos eles o meu mais profundo agradecimento.

A minha orientadora, Prof^ª. **Lidiane Lima de Andrade** por ter me aceitado como seu orientando, mesmo sem me conhecer, pelos ensinamentos, perspicácia, sensibilidade e comprometimento. Sem a sua contribuição certamente este trabalho não teria saído do plano de idéias. O meu muito obrigado.

A minha brilhante banca examinadora, Prof^ª. Dra. **Marta Miriam** e Prof^ª. Msc. **Glenda Agra** pelas valiosas contribuições para o engrandecimento deste trabalho. Agradeço de coração toda confiança em mim depositada.

Aos meus conterrâneos e amigos de turma, **Gésska de Oliveira Macedo Costa** e **Jadiel Hamiel dos Santos**, pela amizade além da academia, vivência saudável ao longo do curso e parceria nos trabalhos acadêmicos.

A todos os **motoristas** que trafegam na BR-104 e PB-177, que ao oferecer carona encurtou o caminho de volta para casa, obrigado por se solidarizarem.

Aos amigos, **Vicente Cândido**, **Clara Vasconcelos**, **José Leonilton** e **Saionara Lenarda** que prontamente se dispuseram a me ajudar quando precisei.

As amigas de infância, **Claudene Alves** e **Tamila Hamana** pela consideração de sempre.

A amiga, **Luíza Gabriela Barros** pelo suporte logístico oferecido em Campina Grande para que este trabalho fosse concretizado.

Ademais, estendo meus agradecimentos a todos aqueles que, em um momento ou outro, me apoiaram.

“Toda a felicidade que a humanidade possa desfrutar não consiste no prazer, mas antes, na ausência de dor”

John Dryden (1631-1700)

DOR EM ONCOLOGIA: AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICAS ASSISTENCIAIS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Os pacientes acometidos pelo câncer passam por vários desconfortos, dentre os principais, a dor é considerada o mais temido, principalmente nos estágios mais avançados da doença. Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo compreender a queixa dolorosa de pacientes hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia. Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de julho e agosto de 2013 no setor de oncologia clínica do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP. A amostra foi composta por 50 pacientes em tratamento oncológico. Para a coleta de dados utilizou-se de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas, cujos dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Neste estudo foi possível compreender a queixa dolorosa dos pacientes oncológicos, a partir da avaliação e caracterização da dor, identificação das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas implementadas para o manejo da dor pelos profissionais de saúde, bem como o grau de satisfação do cliente e os prejuízos advindos da dor nas atividades de vida diária. Percebeu-se ineficiente documentação da queixa álgica por parte dos profissionais de saúde, ausência de instrumento específico para avaliar e mensurar a dor, bem como, os cuidados dispensados pela equipe de enfermagem para o manejo da dor tem sido restrito à administração de analgésicos, seguindo o modelo tecnicista e farmacológico, pois os cuidados não farmacológicos são pouco explorados no ambiente clínico. No tocante aos prejuízos advindos da dor, a alteração no padrão do sono foi considerada o que mais repercute nas atividades de vida diária. Diante do exposto, conclui-se que o controle da dor em oncologia tem sido um desafio para a prática clínica dos profissionais de saúde, em especial, dos profissionais de enfermagem, levando-se em consideração a magnitude do problema e a subjetividade do fenômeno doloroso. Assim, compreende-se ser necessário a implementação de estratégias para o apropriado registro e avaliação da queixa álgica.

Palavras-chave: Enfermagem. Oncologia. Dor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS.....	11
1.1.2 OBJETIVO GERAL.....	11
1.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CLASSIFICAÇÃO DA DOR.....	12
2.2 FISILOGIA E FISIOPATOLOGIA DA DOR.....	14
2.3 CONCEITUALIZAÇÃO E ETIOLOGIA DA DOR ONCOLÓGICA.....	16
2.4 AVALIAÇÃO E CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA.....	18
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
3.4 COLETA DE DADOS.....	24
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	26
4.2 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA QUEIXA DOLOROSA.....	31
4.3 VERIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DISPENSADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR.....	39
4.4 IDENTIFICAÇÃO DOS PREJUÍZOS DA DOR NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

1 INTRODUÇÃO

O câncer constitui-se como uma afecção crônico-degenerativa, caracterizada pelo crescimento desordenado de células que se multiplicam rapidamente, determinando a formação de tumores que podem invadir outros tecidos e órgãos por disseminação direta e/ou pelas vias linfáticas e sanguíneas, provocando metástase (GRANER; COSTA JUNIOR; ROLIM, 2010). Trata-se de uma doença bastante estigmatizada e temida pela sociedade, cujos efeitos fisiopatológicos e de seu tratamento modificam as atividades da vida diária do portador e de seus familiares.

Pesquisas epidemiológicas demonstraram a crescente incidência de novos casos de câncer, acompanhadas de um número expressivo de óbitos. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) prevê para os anos 2012/2013 a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer no Brasil, estimativas estas, que reforçam a magnitude do problema e impulsionam novas abordagens de prevenção e controle por parte dos órgãos competentes (BRASIL, 2011a).

Desta maneira, este problema merece uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, destacando a área de enfermagem. Pois, observa-se que a assistência em oncologia visa proporcionar à pessoa um aumento da expectativa de vida com qualidade, e não simplesmente a cura da doença (PREARO et al., 2011).

Os pacientes acometidos pelo câncer passam por vários desconfortos, desde os exames diagnósticos até a execução das terapêuticas convencionais. Dentre os principais, a dor é considerada o mais temido, principalmente nos estágios mais avançados da doença. Estudos (ABREU et al., 2009; SILVA et al., 2011) evidenciam que no câncer, a fase inicial da doença é indolor, sendo uma manifestação clínica que afeta 33% dos pacientes em tratamento precoce. Todavia, no estágio avançado, 90% dos pacientes queixam-se de dor, de moderada a severa, suficiente para reduzir suas atividades e sua qualidade de vida.

Silva e Pimenta (2003) demonstram que a dor quando não tratada de forma adequada limita o indivíduo nas atividades da vida diária repercutindo de forma global na sua recuperação, cujos prejuízos estão intimamente relacionados às alterações de apetite, padrão do sono, deambulação, humor, lazer e atividades profissionais, sociais e familiares.

Assim, o sintoma álgico pode ser compreendido como um sinal de alerta que denota a presença de estímulos tóxicos e/ou dano tecidual, refletindo nas dimensões física, psicológica, social e espiritual. Tornando-se uma situação desafiadora para a equipe de enfermagem, por

se tratar de um fenômeno subjetivo passível de ser subdiagnosticado, o que pode acarretar sofrimentos desnecessários ao paciente institucionalizado (SILVA; PIMENTA, 2003).

De acordo com Morete e Minson (2010), a equipe de enfermagem encontra-se numa posição privilegiada para avaliar a dor do paciente sob seus cuidados, podendo, sobretudo, influenciar em seu controle. No entanto, na prática clínica existem lacunas no tocante a habilidade para o manejo eficiente da dor oncológica, bem como, uso de estratégias eficazes de avaliação e controle (GRANER; COSTA JUNIOR; ROLIM, 2010).

Um estudo realizado por Nogueira et al. (2012), constata que 100% dos participantes (profissionais de enfermagem) não empregam nenhum método específico para avaliação da dor, relatando a inexistência de protocolos que operacionalizem os métodos de avaliação. No mesmo estudo, em relação aos cuidados implementados pela equipe de enfermagem para o controle da dor, verifica-se que as ações estão mais voltadas à administração de medicamentos; ao encaminhamento médico, se não houver resultados satisfatórios; e a utilização de estratégias não farmacológicas relacionadas à manutenção do equilíbrio emocional.

Essa incipiência nas formas de avaliação e controle da dor configuram-se como um prejuízo substancial no tratamento, impactando de forma negativa no curso da doença e comprometendo a qualidade do serviço prestado ao paciente oncológico, visto que, pacientes que têm a intensidade da dor avaliada e registrada sistematicamente apresentam considerável redução do quadro doloroso, quando comparado aos que não são monitorizados (FRANÇOLIN et al., 2012).

Assim, torna-se notável a importância de desenvolver este estudo, tendo em vista, a unificação do saber teórico ao saber prático-assistencial, contribuindo para a acreditação hospitalar do campo de pesquisa e promovendo um espaço de educação em saúde, estimulando futuros estudos e criação de protocolos institucionais sobre esta temática.

A inquietação para o desenvolvimento desta pesquisa surgiu primeiramente durante a vigência da disciplina Enfermagem em Oncologia, e posteriormente a partir dos estágios práticos fornecidos pelas outras disciplinas do curso de graduação em Enfermagem, a partir de vivências com pacientes oncológicos em situação de dor incontrolável e de difícil tratamento. Na oportunidade, pude refletir acerca da magnitude do problema, e desde então, percebi a necessidade de desenvolver uma pesquisa na área, a fim de buscar maior compreensão do sintoma álgico, bem como, contribuir para que a caracterização, a avaliação,

e o controle da dor em pacientes oncológicos, tornem-se uma prioridade na assistência de enfermagem.

Diante da problemática suscitada, emergiu o seguinte questionamento: que aspectos são avaliados na queixa dolorosa de pacientes hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia?

1.1 OBJETIVOS

Para responder ao questionamento norteador desta pesquisa, foram traçados os seguintes objetivos.

1.1.2 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a queixa dolorosa de pacientes hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia.

1.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a queixa dolorosa de pacientes hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia;
- Verificar os cuidados implementados pela equipe de enfermagem no controle da dor em pacientes hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia;
- Identificar os prejuízos da dor em atividades da vida diária dos pacientes hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos históricos e classificação da dor

Historicamente, a dor foi considerada parte inseparável do sofrimento humano e explicada por diversas civilizações como um castigo dos deuses ou ira divina. Porém, com o advento do progresso científico, no século XIX, a dor deixou de ser compreendida de forma mística e religiosa, sendo dissociada do sofrimento social e tornando-se um fenômeno explicado fisiologicamente (SILVA et al., 2011). Por se tratar de uma realidade do cotidiano das pessoas desde os primórdios, a sua presença constitui-se em um fator relevante, podendo causar disfunções, sendo capaz de incapacitar e ocasionar alterações físicas e emocionais mais do que qualquer doença isolada (NOGUEIRA et al., 2012).

A sensação dolorosa pode ser causada por qualquer estímulo, seja físico, químico ou biológico que resulte em lesão ou ferimento, assim, esta é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual ao organismo, descrita como fisiologicamente essencial para a sobrevivência humana (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Carvalho (2009b) afirma que a dor é uma sensação corporal que exerce importante função protetora, cumprindo o objetivo básico de sinalização. Segundo Nogueira et al. (2012) a experiência dolorosa pode estar relacionada a traumatismos, estresse, cirurgia, enfermidades, alterações hormonais, parto, inflamação e isquemia, ou seja, os quadros algícos podem ocorrer tanto em situações clínicas como não clínicas.

No cotidiano, a dor tornou-se o motivo mais comum para procura de cuidados médicos por parte da população em geral, sendo considerado um importante sintoma frequentemente expresso em diferentes distúrbios orgânicos, procedimentos diagnósticos e/ou fins terapêuticos, cujas consequências fisiológicas e psicológicas ao indivíduo são incontestáveis, o que reforça a importância de sua compreensão fisiopatológica por parte dos profissionais de saúde e conhecimento dos métodos empregados para tratamento da dor (SMELTZER et al., 2009).

Em virtude do seu caráter subjetivo e individual, a dor é um fenômeno que sofre consideráveis variações de fatores pessoais, tais como: sexo, idade, personalidade, herança étnica/cultural, necessidades comportamentais e experiências dolorosas pregressas (CIENA et al., 2008). De acordo com Carvalho (2009b), a expressão de dor varia de um indivíduo para

outro, haja vista as constantes interferências de mecanismos físicos, psíquicos e, sobretudo das reais condições de saúde em que o indivíduo se encontra.

Diante da complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa a *American Pain Society* refere-se à dor como o quinto sinal vital (SILVA; RIBERIO-FILHO, 2011). Para Smeltzer et al. (2009), identificar a dor como o quinto sinal vital sugere que a avaliação da mesma deverá ser tão automática quanto à obtenção dos outros sinais vitais. Sendo assim, caracterizar a dor como um dos sinais vitais a ser mensurado durante o cuidado, enfatiza seu significado e sensibiliza os profissionais de saúde acerca de sua importância, tanto na avaliação como no seu controle (SILVA et al., 2011).

No cotidiano do cuidado de enfermagem, a dor é um dos sintomas mais presentes, e como tal é complexa e permeada por sentimentos subjetivos que interagem com o ambiente sócio-cultural, configurando-se como um fenômeno universal na prática dos profissionais de enfermagem. O cuidar desses pacientes é permeado pela diversidade entre as percepções das pessoas, os significados, as atitudes, as expressões e o cuidado associado à dor (BUDÓ et al., 2008).

É possível categorizar a dor de acordo com a sua duração, localização, etiologia e intensidade. Quanto à duração podemos elencar a dor em três categorias básicas: dor aguda, dor crônica e dor relacionada com o câncer. A dor aguda pode ser definida ou interpretada como um aviso, ou seja, se nenhuma lesão duradoura acontece e não existe nenhuma doença sistêmica, a dor aguda geralmente cessa ou diminui consideravelmente após a resolução do processo patológico (SMELTZER et al., 2009). A dor crônica, por sua vez, caracteriza-se por ser constante ou intermitente, persistindo além do tempo de cura esperado, exercendo uma única função que é a de causar sofrimento ao indivíduo, sendo a partir de então, tratada como uma patologia e não mais como um sintoma, enquanto que a dor relacionada ao câncer é descrita com a dor experienciada pelo portador de câncer, cuja etiologia está diretamente associada ao câncer, podendo ser evidenciada de forma aguda ou crônica (SMELTZER et al., 2009).

Lima e Trad (2008) afirmam que a dor aguda, quando não tratada adequadamente pode levar a sua cronicidade. Para Kulkamp, Barbosa e Bianchini (2008, p.722) “as manifestações dolorosas crônicas em adultos comprometem a capacidade física e funcional do indivíduo, diminuindo a qualidade de vida e acarretando aumento dos custos da saúde pública”.

A partir da localização da dor referida pelo paciente oncológico é possível determinar a área do corpo afetada e/ou sítio doloroso, monitorar mudanças na localização da dor com o passar do tempo e determinar a eficácia do tratamento empregado (SMELTZER et al., 2009).

No que concerne à categorização da dor quanto sua etiologia, é possível distribuí-la em três categorias: dor visceral, dor somática e dor neurogênica. Cada categoria possui particularidades que podem predizer o curso da dor e planejar terapêuticas resolutivas. A dor visceral ocorre quando há comprometimento de órgãos internos de difícil localização, a dor somática é potencializada pelo movimento, descrita como localizada, enquanto que a dor neurogênica resulta de alguma injúria a um nervo, podendo estar associada a um déficit motor ou sensitivo (THOMAZ, 2010).

Ademais, categorizamos a dor quanto sua intensidade, que no paciente oncológico pode variar desde nenhum desconforto, perpassando pelo desconforto moderado até a dor excruciante, compreendida como a pior dor sentida pelo paciente durante a manifestação do estímulo doloroso. Vale salientar, que a intensidade relatada sofre influências do limiar de dor, conceituada como o menor estímulo para que uma pessoa relate dor e pelo nível de tolerância à dor, este, conceituado como a quantidade máxima de dor que uma pessoa pode tolerar (SMELTZER et al., 2009).

2.2 Fisiologia e fisiopatologia da Dor

Segundo Davies, Blakeley e Kidd (2001) a fisiopatologia da dor ainda não foi totalmente esclarecida, entretanto é possível afirmar que o surgimento da dor depende da presença de alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) e do Sistema Nervoso Periférico (SNP). O SNC e SNP desempenham importante função na percepção da dor, haja vista que a experiência sensorial depende da interação entre estes e o ambiente (SMELTZER et al., 2009).

Para Guyton e Hall (1998) a dor é um mecanismo de proteção do corpo presente em muitas, senão em todas as enfermidades, cuja presença está intimamente relacionada à lesão nos tecidos, fazendo com que a pessoa aja para remover o estímulo doloroso.

Quando a pele ou qualquer órgão interno é exposto a estímulos potencialmente nocivos, o indivíduo é informado acerca do perigo real ou potencial para sua integridade física. Neste sentido, a informação processada pode ser diferenciada como dor fisiológica ou patológica. A dor fisiológica induz respostas protetoras, desencadeadas pelo reflexo de

retirada, objetivando interromper a exposição ao estímulo nocivo, típico da dor aguda. A dor patológica traduz a ocorrência de estímulos nocivos significativos, cujas alterações dinâmicas no processamento da informação nociva são evidentes em nível de SNC e SNP, envolvendo desconforto e respostas tipicamente exageradas em duração, amplitude, ou ambas (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008).

A dor é apreciada quando um estímulo provoca a ativação de receptores aplicados à periferia, receptores estes, denominados de nociceptores, resultando na condução de impulsos nervosos. A princípio, nos receptores aferentes primários periféricos dos nociceptores percorrendo por neurônios medulares e supramedulares, responsáveis pela modulação das vias de dor para terminar nos centros encefálicos superiores (DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2001).

Klaumann, Wouk e Sillas (2008) compreendem a nocicepção como um componente fisiológico da dor, responsáveis pelos processos de transdução, transmissão e modulação do estímulo doloroso em resposta a uma lesão tecidual. Uma vez instalado o estímulo nociceptivo, diversas alterações neuroendócrinas acontecem, promovendo um estado de hiperexcitabilidade do SNC e SNP (SMELTZER et al., 2009).

Os nociceptores são terminações nervosas livres na pele, sensíveis a estímulos dolorosos intensos, compreendidos como potencialmente danosos ao organismo, sendo, portanto, responsáveis pela transmissão das percepções de dor, cujo processo doloroso pode ser desencadeado por estímulos de natureza mecânica, térmica ou química de alta intensidade (SMELTZER et al., 2009).

Corroborando com a citação supracitada, Guyton e Hall (1998) afirmam que os nociceptores, por se tratarem de terminações nervosas livres estão amplamente distribuídos nas camadas superficiais da pele e em determinados tecidos internos, com exceção dos tecidos mais profundos que por sua vez, não possuem um número expressivo de terminações da dor.

Klaumann, Wouk e Sillas (2008) descrevem o processo de nocicepção como uma cadeia de três neurônios: os aferentes primários periféricos denominados de neurônios de primeira ordem, estes, classificados em fibras nervosas A-delta (transmitem rapidamente a nocicepção, sendo responsáveis pela modulação da dor aguda) e fibras nervosas C (presentes na modulação da dor difusa caracterizada pela queimação persistente) que por sua vez, projetam a dor para a medula espinhal por meio do corno dorsal, denominada de neurônio de

segunda ordem que ascende projetando-se para o córtex cerebral, também denominado de neurônio de terceira ordem.

Frente ao estímulo doloroso, a síntese de neurotransmissores pelo organismo é essencial para a modulação da experiência dolorosa, dentre eles, podemos citar as endorfinas e encefalinas, substâncias químicas que agem como morfina endógenas; as serotoninas que agem como opiáceos endógenos; e os serotoninérgicos, componentes vitais do sistema supressor da dor (KLAUMANN, WOUK; SILLAS, 2008).

A ativação do sistema supressor ao dor exerce atividade inibitória sobre os nociceptores reduzindo e/ou inibindo a transmissão nociceptiva. O sistema supressor de dor é continuamente ativado por estímulos, que alcançam o SNC durante a vida diária normal e é ativado pela dor e por aspectos emocionais e cognitivos, ainda, não completamente conhecidos. A compreensão deste mecanismo de supressão da dor é essencial para qualquer ação em analgesia (CARVALHO, 2009b).

2.3 Conceitualização e etiologia da dor oncológica

A dor oncológica refere-se a uma expressão amplamente utilizada na área de saúde para caracterizar a dor do paciente portador de câncer, podendo estar relacionada com a doença de base ou sua evolução. A experiência dolorosa vivenciada pelo paciente com câncer é na maioria das vezes reflexo de múltiplas etiologias que se somam e se potencializam (THOMAZ, 2010). De acordo com Smeltzer et al. (2009) a dor decorrente do câncer é tão presente, que os pacientes relatam com temor sua ocorrência durante o curso da doença.

Na década de 1960, a dor relacionada ao câncer foi conceituada por Cicely Saunders como uma dor total. A concepção do termo dor total, parte do pressuposto de que sua origem não é apenas de caráter físico, ou seja, a experiência dolorosa do paciente oncológico também sofre importante influência dos componentes físicos, psicológicos, sociais e espirituais envolvidos no enfrentamento da doença (THOMAZ, 2010).

Dor total no entender de Biasi et al. (2011) trata-se de uma síndrome, que vai além da lesão propriamente dita, uma vez que sua presença aborda fatores físicos, emocionais e espirituais. De acordo com Lameiras (2009) a dor total é compreendida como um fenômeno multidimensional que resulta da complexa interação entre fisiologia, psicologia, cognitiva, social, personalidade, comportamento e outros fatores, a que se chama de sofrimento global.

Nesse sentido, a dor oncológica contribui de forma significativa para o sofrimento em diversas dimensões: física, psicológica, social, espiritual e financeira, fato este, que reforça a subjetividade e dificuldade de interpretação por parte dos profissionais de saúde (FERREIRA; CAVENAGHI; MARINO, 2010). Devido aos fatores citados anteriormente, Biasi et al. (2011) evidenciam que a abordagem ao portador de dor oncológica deve contemplar não somente o tratamento de suas causas, mas também, das consequências psicológicas e sociais inter-relacionadas.

Por se tratar de um fenômeno bastante predominante entre os pacientes com neoplasias malignas, a dor oncológica, tem se configurado como um problema de saúde pública mundial, sendo considerada por muitos autores, como uma “doença” e não apenas um sintoma (BIASI et al., 2011).

A experiência dolorosa pode aumentar a partir do medo, da ansiedade, isolamento, depressão e falta de conhecimento acerca da doença (BIASI et al, 2011). Pena, Barbosa e Ishikawa (2008) relatam que pacientes oncológicos que convivem de forma frequente com dor significativa, terminam por dispensar dias, meses e anos de suas vidas em consequência do desconforto, sofrimento e incapacidades geradas. De acordo com Morete e Minson (2010), a dor debilita ainda mais o paciente e sua presença resulta em desesperança sendo compreendida como o anúncio do progresso inexorável da doença.

A existência da dor associada ao câncer é resultado direto do envolvimento tumoral, considerando-se secundária à evolução da própria doença. Thomaz (2010, p.24) afirma que “a dor oncológica associada à participação direta do tumor ocorre em 65% a 85% dos pacientes com câncer avançado, enquanto a terapia do câncer é responsável pela dor em 15% a 25% dos que recebem quimioterapia, cirurgia ou radiação”.

Dentre os fatores físicos que influenciam a sensação dolorosa nos pacientes com câncer, podemos elencar: a infiltração das células tumorais e consequente compressão nervosa de órgãos adjacentes, além da realização de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e para fins terapêuticos, a exemplo da quimioterapia e radioterapia (SMELTZER et al., 2009).

Conforme Silva et al.

No tratamento cirúrgico, a algia pode ocorrer devido a lesões em estruturas nervosas. Na quimioterapia, é advinda da passagem dos antineoplásicos pela parede dos vasos sanguíneos e na radioterapia, devido a queimaduras no local onde havia o tumor (2011, p.360).

Os procedimentos para fins diagnósticos também são frequentemente realizados nos pacientes com câncer, muitos deles potencializam a dor e são fundamentais num primeiro momento para detectar a doença e mais tarde para avaliar sua progressão e resposta à terapêutica empregada (INFANTE, 2011).

No tocante aos fatores psicológicos que compõem a dor associada ao câncer, sentimentos que expressam ansiedade, medo, depressão e sentimento de culpa tem se destacado entre os pacientes. Quanto aos aspectos sociais envolvidas na dor, a quebra dos relacionamentos com familiares e amigos, o que reflete na diminuição das relações interpessoais, o medo de dependência, ou seja, da perda da autonomia e perdas financeiras são incontestáveis. Ademais os elementos espirituais, como o medo da morte e da perda de liberdade podem estar intrínsecos na dor relatada pelo paciente oncológico (CARVALHO, 2009a).

Do ponto de vista neurofisiológico, a dor relacionada ao câncer geralmente é classificada em uma das três categorias: dor nociceptiva, dor neuropática e dor complexa ou mista.

A dor nociceptiva é o resultado da ativação de nociceptores (fibras A-delta e C), sendo descrita como aguda e causada pela propagação do câncer aos ossos, sistema musculoesquelético. A dor neuropática está relacionada a uma disfunção do sistema nervoso central ou periférico, causada por lesões reais nos nervos, sendo frequentemente descrita como persistente ou episódica, de caráter agudo ou crônico, caracterizada por sensações de queimação, ardor, choques, acompanhadas ou não de parestesias. A dor neuropática pode ser causada por um tumor cancerígeno que pressione um nervo ou grupo de nervos. A dor complexa ou mista consiste numa dor evidenciada em pacientes cujo crescimento tumoral provoca inflamação e compressão, originando dor com padrões complexos e exigindo associação de drogas para o seu controle (THOMAZ, 2010).

2.4 Avaliação e controle da dor oncológica

Desde a década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu a dor, associada ao câncer, como uma emergência médica mundial (GRANER; COSTA JUNIOR; ROLIM, 2010). A dor é considerada um sintoma subjetivo e complexo, o que implica afirmar que sua avaliação requer não somente conhecimento acerca do processo fisiopatológico e

identificação dos aspectos que possam estar determinando ou contribuindo para a manifestação do quadro álgico (PINTO; CASA, 2005).

O aspecto multidimensional da dor associada ao câncer é encarado como um desafio para as equipes de saúde envolvidas na assistência ao paciente oncológico. Sendo assim, estudos de campo acerca da compreensão da experiência dolorosa em pacientes oncológicos têm buscado investigar a complexidade de suas dimensões, procurando não evidenciar somente os aspectos sensitivos, mas também os aspectos afetivos, motivacionais intrínsecos na verbalização e/ou percepção de dor, a fim de facilitar sua avaliação pelos profissionais competentes (HORTENSE; ZAMBRANO; SOUSA, 2008).

De acordo com Nogueira et al. (2012) a percepção do estímulo de dor consiste numa experiência subjetiva e individual, uma vez que sua presença pode envolver aspectos biológicos, emocionais, socioculturais e ambientais que devem ser levados em consideração durante a avaliação e manejo por parte dos profissionais de saúde.

Conforme Silva e Ribeiro-Filho (2011) a percepção de dor vivenciada pelo paciente oncológico perpassa por uma rica e multidimensional experiência, a qual varia tanto em qualidade quanto em intensidade sensorial, assim como em suas características afetivo-motivacionais. Hortense, Zambrano e Sousa (2008) afirmam que durante a avaliação do sintoma álgico, é de suma importância que o profissional de saúde respeite o indivíduo na sua totalidade para que haja uma compreensão ampla e abrangente do fenômeno doloroso.

A avaliação da queixa dolorosa, quando realizada de forma imprecisa tem contribuído para o seu inadequado controle, o que implica em maiores custos institucionais e sofrimento desnecessário para o paciente em situação de dor (KULKAMP; BARBOSA; BIANCHINI, 2008). Segundo Silva et al. (2011) os avanços na prestação de serviços de saúde, não foram suficientes para que na prática a dor expressa pelos pacientes com câncer fossem devidamente avaliadas, e por esse motivo muitos não recebem tratamento adequado. Para Alves et al. (2011) a avaliação da dor precisa ser realizada de forma sistematizada, pois caso contrário torna-se passível de ser subestimada e fatores importantes passam a ser ignorados, o que reforça a necessidade de que os profissionais de enfermagem saibam reconhecer os sinais indicativos de dor, para que seja possível intervir corretamente no seu alívio.

De acordo com Biasi et al.

O controle e o alívio da dor na assistência ao paciente oncológico tem sido imprescindível para a equipe multidisciplinar, na busca de evitar interferências quando se pode minimizar ou evitar problemas que acarretam transtornos físicos, emocionais e psicossociais aos portadores, assim como aos familiares (2011, p.158).

Para Carvalho (2009b) a avaliação do quadro algico do paciente oncológico compreende coletar informações acerca da duração, localização, periodicidade, padrão evolutivo, fatores agravantes ou atenuantes, bem como o estado emocional do paciente.

Nesse viés, Silva et al. (2011) afirma que ao avaliar a dor é necessário priorizar os aspectos quantitativos e qualitativos, estimar seu impacto sobre a pessoa, levando-se em consideração os aspectos individuais que o compõem, além de contribuir para a eficácia dos tratamentos empregados pela equipe multidisciplinar. Desta forma, torna-se imperativo que o controle da dor esteja baseado em uma avaliação cuidadosa por parte dos profissionais de saúde com elucidação de suas possíveis causas e seus efeitos na vida do paciente, investigando fatores desencadeantes e atenuantes, além dos psicossociais, que possam influenciar o seu impacto (CARVALHO, 2010).

Vários métodos têm sido utilizados na prática clínica para viabilizar o processo de mensuração da dor em pacientes oncológicos. Assim, foram desenvolvidos instrumentos de avaliação usualmente empregados na prática clínica, alguns avaliam a dor como uma qualidade simples que varia apenas em intensidade, ou seja, a partir do método unidimensional, entretanto, existem outros instrumentos que consideram a dor uma experiência mais ampla e abrangente, estes denominados de multidimensionais, considerando-se não apenas os fatores sensitivos, mas também os fatores afetivos e emocionais intrínsecos (NASCIMENTO; KRELING, 2011) Por meio desses instrumentos, também é possível avaliar a necessidade de intervenções adicionais e a eficácia da prescrição dos analgésicos (SMELTZER et al., 2009).

Para Silva et al. (2011) os métodos unidimensionais são considerados simplistas, haja vista que os métodos multidimensionais enfocam as dimensões sensorial-discriminativa, motivacional-afetiva e cognitivo-avaliativa. Para os autores supracitados, a qualidade sensorial refere-se a como o paciente percebe a dor, a dimensão afetiva por sua vez, avalia como o paciente sente a experiência dolorosa, enquanto que a dimensão avaliativa expressa a experiência de dor vivenciada pelo mesmo (SILVA et al., 2011).

De acordo com Martinez, Grassi e Marques (2011) são considerados instrumentos unidimensionais: as escalas análogas visuais (EVA), escalas numéricas, escalas nominais e/ou descritivas e escalas de faces.

As escalas análogas visuais (EVA) são empregadas para avaliar a intensidade da dor, este tipo de método possibilita que o paciente relate a intensidade de sua experiência dolorosa através de uma escala horizontal de 10 centímetros, com extremidades indicando os pólos de dor. O extremo esquerdo indica que no momento da mensuração o paciente não sente dor, enquanto que o extremo direito indica que o paciente está sentindo a pior dor possível. Entretanto, alguns pacientes apresentam dificuldades de utilizar uma EVA, podendo ser substituído, nessas circunstâncias pelas escalas numéricas ou nominais (SMELTZER et al., 2009).

As escalas numéricas são bastante úteis e de fácil aplicação, já que o contato com números entre os seres humanos é estabelecido desde a infância, neste tipo de instrumento unidimensional, o paciente descreve sua dor através de uma escala de 0 a 10 de intensidade da dor. Da mesma forma, as escalas nominais são de fácil entendimento pelos pacientes, permitem que o mesmo descreva sua dor de forma qualitativa com precisão, utilizando escores do tipo leve, moderada e severa (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Rigotti e Ferreira (2005) descrevem o instrumento de avaliação da dor por meio de uma escala de faces, como um método usualmente aplicado em crianças constituído de seis faces, cuja primeira figura apresentasse muito sorridente, ao longo da escala as expressões vão se transformando em graus crescentes de tristeza até chegar na última figura, esta última com expressão de muita tristeza e sofrimento.

Existem ainda, conforme Martinez, Grassi e Marques (2011) instrumentos multidimensionais incorporados na rotina de avaliação da dor descritos como: Inventário Breve de Dor (BPI) e Questionário McGill de Dor (MPQ).

O BPI utiliza uma escala de 0-10 para mensurar nas últimas 24 horas os seguintes itens: intensidade, interferência da dor nas atividades da vida diária do paciente, o que inclui deambulação, trabalho, atividades sociais, humor e sono. O MPQ congrega vários aspectos, dentre eles avaliar as qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, assim como intensidade, padrão e localização (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011). Neste instrumento, os descritores são divididos em quatro grupos: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo e miscelânea, cada grupo possui um índice numérico de palavras que o

paciente escolhe para caracterizar a dor sentida no momento da avaliação, sendo no máximo uma palavra de cada grupo com o valor máximo de 20. O índice de dor é calculado com base na somatória dos valores de intensidade de cada descritor que varia de 0-5, alcançando o valor máximo de 78. Também é possível discriminar a localização da dor, pois o mesmo possui um diagrama corporal que facilita a localização da dor (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa, foi realizado com pacientes que apresentavam queixas dolorosas, hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia.

A pesquisa exploratória busca levantar informações acerca de um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, contribuindo no mapeamento das condições de manifestação desse objeto e proporcionando maior familiaridade com a problemática (SEVERINO, 2007). De acordo com Gil (2008) as pesquisas exploratórias envolvem levantamento bibliográfico e documental, desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral acerca de determinado fato.

Boaventura (2007, p.57) afirma que “as pesquisas de abordagem descritiva identificam as características de determinada população ou fenômeno”.

Para Marcone e Lakatos (2007) o método quantitativo trata-se de um recurso caracterizado pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), hospital escola filantrópico, considerado único centro de referência em cancerologia instalado no interior do estado da Paraíba, prestando assistência aos pacientes oncológicos no âmbito clínico, cirúrgico, e de tratamento quimioterápico e radioterápico.

O hospital dispõe de unidades de internações clínicas, ambulatórios, bloco cirúrgico, maternidade, unidade de terapia intensiva adulto e infantil, setor de hemodiálise, banco de sangue e serviços de imagem. Os pacientes atendidos pela FAP são oriundos principalmente das cidades circunvizinhas, estas, polarizadas por Campina Grande.

3.3 População e amostra

A população elegível para o presente estudo foi constituída de pacientes oncológicos em situação de dor, institucionalizados no setor de Oncologia Clínica do referido campo de pesquisa.

Como critérios de inclusão, foram entrevistados pacientes hospitalizados no setor de oncologia clínica, que apresentaram queixa e/ou registro do quadro álgico pela equipe de saúde e/ou prescrição médica contendo medicamentos para o tratamento da dor. Foram excluídos: pacientes com estado de consciência e orientação diminuídos, pacientes com déficit de comunicação e pacientes com idade inferior a 18 anos.

3.4 Coleta de dados

Para o procedimento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro estruturado (APÊNDICE A). Estando este organizado em quatro partes, a saber: dados demográficos, identificação e caracterização da dor, cuidados de enfermagem implementados frente à queixa dolorosa e os prejuízos advindos da dor.

O período de coleta de dados aconteceu entre os meses de julho e agosto de 2013, utilizando-se do roteiro supracitado com perguntas objetivas e subjetivas, levando-se em consideração o auto-relato dos pacientes acerca do seu quadro álgico. Também foi observado o prontuário do paciente, buscando-se a identificação do registro da dor por parte dos profissionais de saúde, assim como, as prescrições médicas, identificando os principais medicamentos utilizados para o controle da dor.

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados procurou-se observar a distribuição das frequências das variáveis estudadas, por conseguinte os dados foram digitados em uma planilha *Excel for Windows* e transpostos para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Para a análise de associação entre variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para um valor de $p < 0,05$. Assim, foi possível correlacionar os diferentes dados, observando se os mesmos demonstravam ou não associações significativas.

Ademais, os dados foram discutidos de acordo com a literatura pertinente ao assunto, e dispostos em gráficos e tabelas.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), e na Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

A entrevista e a utilização dos prontuários dos pacientes aconteceram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual abordou dados de identificação dos pesquisadores responsáveis, contato do Comitê de Ética em Pesquisa a que o projeto foi submetido, título e objetivo da pesquisa, métodos empregados, riscos e benefícios, garantia do anonimato e respeito à autonomia do sujeito em retirar seu consentimento a qualquer fase da pesquisa se assim desejar.

Os pesquisadores também assumiram cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução nº 466/12 do conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, assinando um Termo de Compromisso dos Pesquisadores (APÊNDICE C), visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi operacionalizado em quatro etapas, demonstradas esquematicamente na Figura 1:

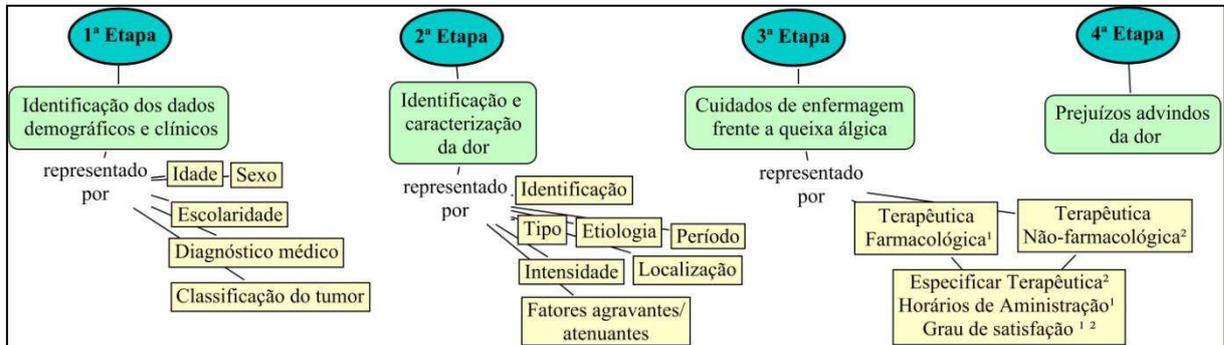


Figura 1 – Etapas operacionais da pesquisa.

Fonte: Dados de pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

Para facilitar o entendimento, as etapas do estudo foram categorizadas, de maneira a manter uma ordenação na apresentação e discussão.

4.1 Dados demográficos e clínicos

Os dados relacionados ao perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos que participaram desse estudo estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Feminino	25	50
Masculino	25	50
FAIXA ETÁRIA		
Entre 30-45	09	18
Entre 46-55	11	22
Entre 56-65	13	26
Entre 66-75	08	16
Entre 76-85	09	18
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizado	17	34
Ensino Fundamental Incompleto	26	52
Ensino Fundamental Completo	04	08
Ensino Médio Completo	01	02
Ensino Superior Incompleto	01	02
Ensino Superior Completo	01	02
TOTAL	50	100

FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

A despeito da distribuição por sexo, percebe-se uma homogeneidade entre homens e mulheres, representando cada um, respectivamente, 25 (50%) do total da amostra. Portanto, nota-se que o desenvolvimento do câncer não se restringe a um determinado sexo, tanto os homens quanto as mulheres estão susceptíveis a desenvolver a doença.

Estudos indicam que nos países desenvolvidos a incidência de câncer entre o sexo feminino e masculino é considerada similar, porém nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência no sexo feminino em alguns estudos chegou a ser 25% maior (RODRIGUES; FERREIRA, 2010). Diante dos resultados apresentados pode-se concluir que os mesmos divergem dos resultados evidenciados por outros estudos realizados no Brasil.

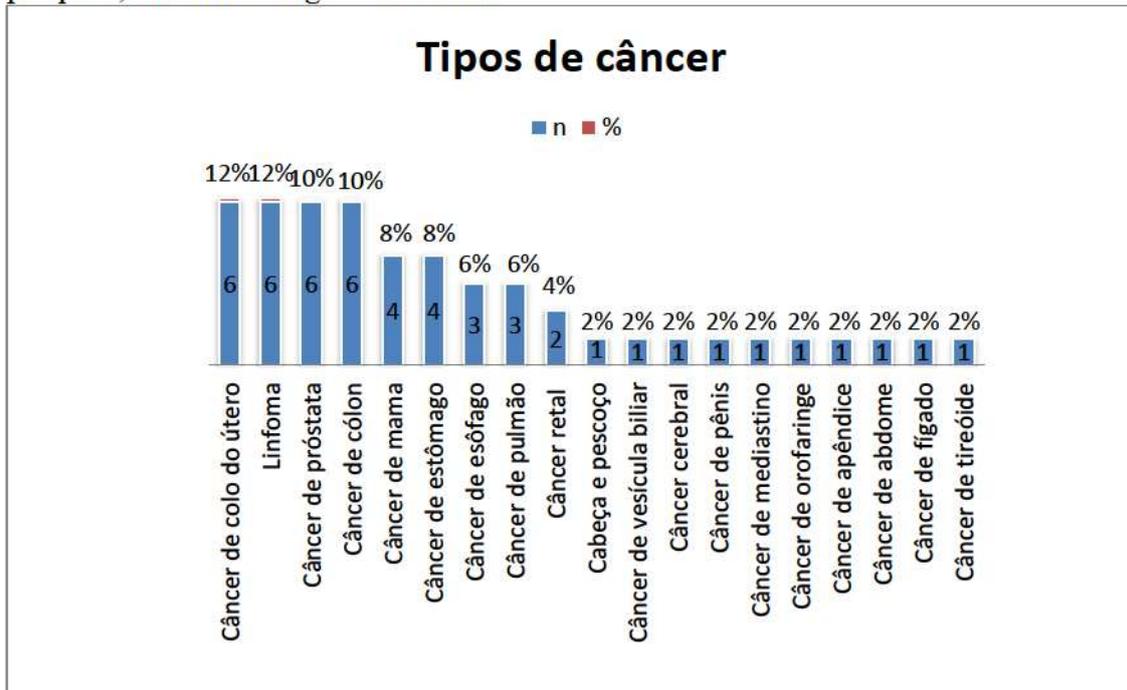
Com relação a faixa etária, predominou um número expressivo de pacientes com idade entre 56-65 anos. Observa-se que o prolongamento da expectativa de vida da população, o intenso processo de urbanização, a maior exposição à agentes cancerígenos e o aprimoramento dos métodos para se diagnosticar o câncer, tem explicado o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos (BRASIL, 2011b). Esses dados convergem com um achado no estudo desenvolvido pela *American Cancer Society*, que identificou uma média de 77% de todos os tipos de câncer serem diagnosticados com 55 anos ou mais (COSTA; CHAVES, 2012).

Ainda, de acordo com os dados da Tabela 1, observa-se uma maior prevalência de pacientes não analfabetizados 17(34%) e com ensino fundamental incompleto 26(52%), configurando-se um dos fatores preditivos para o desenvolvimento de certos tipos de câncer. Evidências científicas demonstram a influência do grau de escolaridade no que diz respeito ao diagnóstico precoce e conseqüente redução da sobrevida.

Conforme Rodrigues (2007), o grau de instrução e o nível socioeconômico dos indivíduos acometidos pelo câncer repercutem numa maior dificuldade de adesão ao tratamento planejado.

Os dados clínicos referentes ao diagnóstico médico estão dispostos no Gráfico 1.

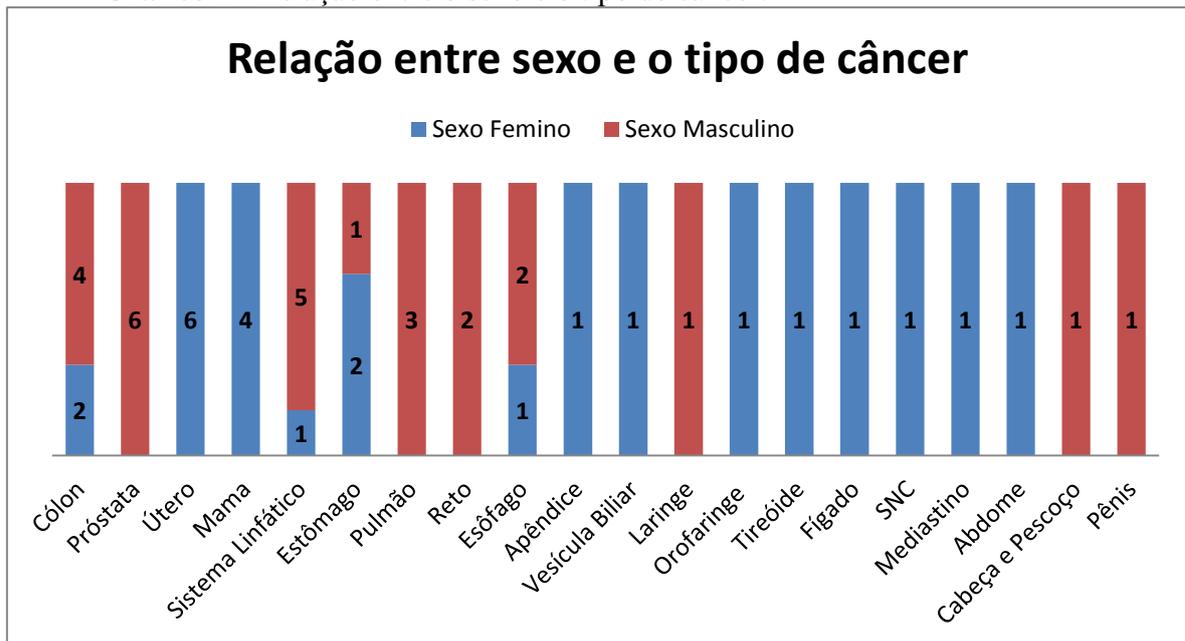
Gráfico 1 – Distribuição dos tipos de câncer e percentual entre os participantes da pesquisa, conforme diagnóstico médico.



FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013

O Gráfico 1 demonstrou um panorama dos principais tipos de câncer encontrados na clínica. Com base no Gráfico 2, é possível correlacionar os tipos de câncer mais frequentes entre os pacientes, bem como, sua incidência entre os sexos.

Gráfico 2 - Relação entre o sexo e o tipo de câncer.



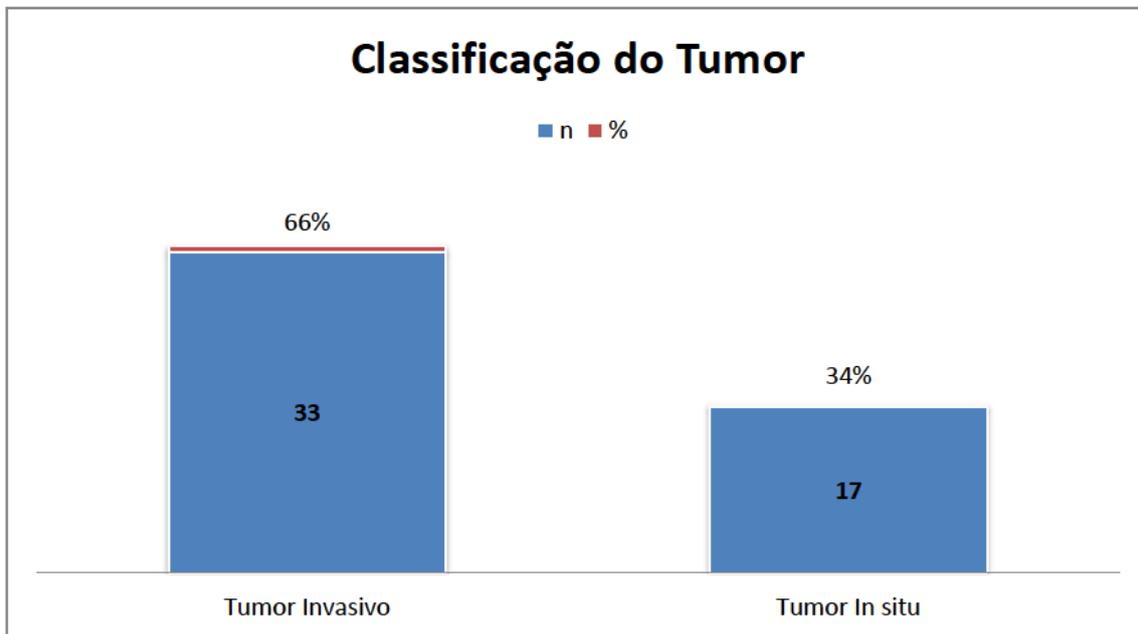
FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

Quando comparado à relação entre sexo e o tipo de câncer, ressalta-se entre os homens, maior prevalência entre os participantes da pesquisa de câncer de próstata seis (24%), seguido de cinco (20%) casos de linfoma e quatro (16%) casos de câncer de cólon. De acordo com a tendência mundial, observa-se que no Brasil, o câncer de próstata é o mais incidente para o sexo masculino, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2011a). Vieira, Araújo e Vargas (2012) corroboram com a afirmação supracitada, citando o câncer de próstata como o 6º tipo de câncer mais comum no mundo.

Entre as mulheres a maior prevalência foi de câncer de colo do útero com seis casos (24%), seguido de quatro casos de câncer de mama (16%) e dois (8%) de câncer de estômago. De acordo com estudos epidemiológicos, entre as mulheres sobressaem-se o câncer de mama, seguido do câncer de colo do útero, cólon e reto e pulmão (BRASIL, 2011a). Em nosso estudo, a prevalência do câncer de útero entre as mulheres equiparou-se aos dados evidenciados nos países em desenvolvimento, quando apontam o câncer de útero como o primeiro ou segundo tipo de câncer mais comum no sexo feminino, correspondendo a 15% dos tumores diagnósticos (FREGNANI et al., 2007).

Ainda, referente aos dados clínicos, no Gráfico 3 são evidenciados os tipos de tumores, quanto a classificação.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o estadiamento clínico do tumor.



FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

No Gráfico 3, os tumores foram classificados em: *in situ* e/ou invasivo. Entende-se por tumor *in situ*, àquele em que as células cancerosas encontram-se limitadas a camada na qual elas se desenvolveram e, portanto não se espalharam para outros tecidos e órgãos. Por outro lado, quando as células neoplásicas conseguem se disseminar para outros órgãos através da corrente sanguínea e do sistema linfático, considerando-se tumor invasivo, cujos novos focos são denominados de metástases (BRASIL, 2011b). Nessa perspectiva, o potencial de metastatização do tumor foi descrito em 33(66%) dos entrevistados, enquanto que 17(34%) apresentaram tumor *in situ*.

Ao confrontar o tipo de câncer com o potencial metastático predominou neste estudo o câncer de cólon, seguido de linfoma e câncer de mama. Vale ressaltar que os resultados foram obtidos pela frequência absoluta, haja vista o cruzamento dos dados não ter obtido significância estatística no SPSS. Neste caso, o p valor foi superior a 0,05. Por fim, buscou-se na literatura respaldo para tal achado e constatou-se além do potencial metastático os principais órgãos acometidos em caso de metástase.

A literatura comprova, por meio do estudo do Brasil (2011a) que em aproximadamente 20 a 30% dos pacientes com diagnóstico de câncer de cólon a presença de

linfonodos comprometidos diminui a sobrevida dos pacientes em cinco anos, e o principal órgão afetado pela metástase é o fígado.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia (2011) a presença de metástase nos casos de câncer de mama estão relacionados com sua proximidade dos linfonodos axilares, do pescoço ou supraclaviculares, sendo os locais potencialmente acometidos: os ossos, pulmões, fígado e cérebro. Para Abreu e Koifman (2002) o risco dos linfonodos axilares estarem comprometidos é diretamente proporcional ao tamanho do tumor.

4.2 Identificação e caracterização da queixa dolorosa do paciente

A princípio buscou-se o registro de dor nas evoluções e anotações médicas e/ou de enfermagem. Na ausência de registros, também foram utilizados como fonte de identificação as prescrições médicas, observando se estas apresentavam medicamentos para o tratamento da dor. Por conseguinte, foi considerado o auto-relato dos pacientes frente à experiência dolorosa vivenciada.

Considerando-se os 50 prontuários analisados, observam-se anotações de presença de dor em 18(36%) das evoluções médicas e/ou de enfermagem, enquanto que em 32(64%) dos prontuários não havia registro de dor, muito embora houvesse medicamentos para tratamento e alívio da dor nas prescrições médicas, cuja queixa álgica foi confirmada com o relato verbal dos pacientes, nos 50 (100%) dos participantes da pesquisa.

Na prestação de cuidados ao paciente oncológico com queixa dolorosa é imprescindível que o profissional de enfermagem atente para o adequado registro da dor, quer seja pela verbalização, quer seja evidenciada pelos profissionais responsáveis pela assistência, considerando informações cruciais para a abordagem imediata e continuidade da assistência. O cuidar em enfermagem pressupõe tamanha responsabilidade, haja vista, esta ser uma atividade inerente ao exercício do profissional.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução COFEN nº 311/07, em seu artigo 72, evidencia a responsabilidade do profissional de enfermagem, seja enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, em registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa (COREN, 2007).

Nesta perspectiva, a equipe de enfermagem, por conviver mais tempo com o paciente, encontra-se numa posição privilegiada para reconhecer os sinais de dor e de forma precoce

intervir corretamente no seu alívio. Embora a dor se faça tão presente, percebeu-se dificuldade dos profissionais de saúde em identificar e registrar adequadamente a queixa de dor dos pacientes que estão sob os seus cuidados. Este fato é comprovado pelo estudo de Silva et al. (2013), que aponta a ineficiência na documentação da dor por parte dos profissionais de saúde, refletindo numa inadequada avaliação inicial e favorecendo o surgimento de lacunas na assistência ao paciente com dor.

Tratando-se da avaliação do paciente oncológico em situação de dor, a experiência dolorosa configura-se em um fenômeno muito mais amplo, cujas características precisam ser exploradas pelos profissionais de enfermagem. Para Pedroso e Celich (2006) a avaliação dos profissionais de saúde, não deve se resumir à intensidade e localização, se faz necessário evidenciar seu início, irradiação, periodicidade, tipo de dor e fatores desencadeantes

No tocante a descrição da queixa dolorosa, a dor expressa foi caracterizada a partir do auto-relato do paciente, em virtude de tais informações não estarem disponíveis em seus prontuários. Procedeu-se a caracterização do quadro álgico com ênfase ao tipo de dor, etiologia, intensidade, periodicidade e identificação dos fatores atenuantes e agravantes com relação à manifestação dolorosa, sendo apresentadas na Tabela 2, Gráficos 4, 5 e 6, respectivamente. Vale ressaltar que todos os entrevistados caracterizaram plenamente sua dor, excetuando-se um que não soube descrever os fatores agravantes que por ventura poderiam estar potencializando sua dor.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme o tipo e a etiologia da dor.

VARIÁVEIS	N	%
TIPO		
Aguda	34	68
Crônica	16	32
ETIOLOGIA		
Somática	36	72
Visceral	13	26
Neuropática	01	02
TOTAL	50	100

FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

No tocante ao tipo, a literatura, considera a dor aguda ou crônica. Ressalta-se que o conceito adotado neste estudo é baseado apenas no padrão temporal de duração da dor. Para fins de definição, a dor aguda é geralmente descrita como de duração previsível, ou seja, de

segundos até seis meses, enquanto que a dor crônica é descrita como mais prolongada, seis meses ou mais, persistindo além do tempo de cura esperado (SMELTZER et al., 2009).

Entre os participantes da pesquisa, a dor aguda teve representatividade de 34(68%), enquanto que 16(32%) referiram dor do tipo crônica. Morete e Minson (2010) corroboram com tal achado, quando evidenciam que dores agudas e crônicas são uma constante na doença oncológica. Tratando-se da dor crônica de origem oncológica, esta pode se manifestar em todos os estágios da doença, acometendo cerca de 50% dos pacientes com câncer (RABELO; BORELLA, 2013).

A dor aguda, quando se trata de pacientes oncológicos, está comumente relacionada à realização de procedimentos diagnósticos, bem como, aos tratamentos antineoplásicos, em especial às cirurgias, quimioterapia e radioterapia. Com relação à dor crônica, seu surgimento é decorrente de efeito direto do tumor, resultante de inflamação tecidual persistente, perda tecidual ou lesão neuropática que induzem alterações do sistema nervoso periférico ou central e à manutenção dos mecanismos de dor (MINSON et al., 2011).

Quanto à etiologia da dor, foi possível classificá-la em somática, visceral e neuropática. Para facilitar a caracterização por parte dos participantes da pesquisa, foram utilizados descritores/palavras que facilitaram a compreensão da manifestação de dor a ser relatada. De acordo com Minson et al. (2011), foram utilizados os seguintes descritores/palavras: a dor somática se manifesta de forma dolorosa, latejante, pulsátil e opressiva, sendo de fácil localização, a dor visceral é descrita como uma cólica, câimbra, aperto e latejante, de difícil localização, e a dor neuropática se manifesta na forma de choque elétrico, ardor, queimação, agulhada e formigamento, mais prevalente entre os pacientes com câncer ósseo. Assim, 36(72%) dos participantes relataram dor somática, 13(26%) dor visceral e 01(2%) dor neuropática.

A dor somática neste estudo foi predominante, sendo descrita pela literatura como de origem óssea e em partes moles, geralmente a manifestação álgica é exacerbada pelo movimento e/ou pressão no sítio doloroso e aliviada pelo repouso (PINTO; CASA, 2005).

A dor visceral é descrita como a segunda causa mais comum de dor em pacientes oncológicos, e sua presença está habitualmente relacionada a estiramento de cápsula, obstrução de vísceras ocas, carcinomatose peritoneal e neoplasia de pâncreas (RANGEL; TELLES, 2012).

Com relação a dor neuropática Shestatsky (2008) a conceitua como dor causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, que em oncologia está relacionada a compressão e/ou destruição de fibras nervosas induzidas pelo crescimento tumoral, efeito colateral ou complicação das intervenções terapêuticas.

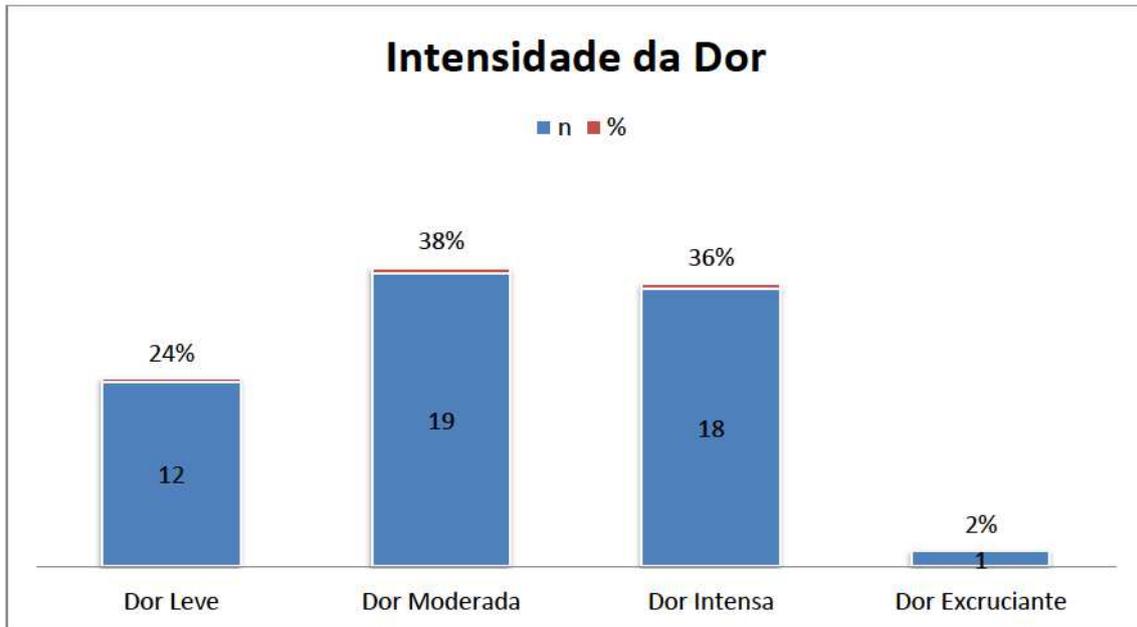
Para Pinto e Casa (2005) a dor neuropática é comumente associada a um déficit motor ou sensitivo, provocando parestesias e episódios paroxísticos de sensações de “choque” e “queimação”. Em estudo desenvolvido por Costa (2009) a dor neuropática representou uma prevalência média de 7% a 8% entre as queixas algicas.

De modo geral, identificar na prática clínica a etiologia da dor vivenciada pelo paciente oncológico não é uma tarefa fácil, requer do profissional de saúde conhecimento prévio da fisiopatologia envolvida, dos sinais e sintomas característicos de cada etiologia, assim como, sensibilidade e acurácia, estes considerados componentes fundamentais diante da subjetividade do fenômeno doloroso.

Frente ao exposto, uma pesquisa realizada com enfermeiros de um setor de oncologia evidenciou despreparo e mínimo conhecimento dos profissionais de saúde com relação à origem, manifestação e comprometimento orgânico provocados pela dor somática, visceral e neuropática (GONÇALVES; ARAÚJO, 2010).

Para operacionalizar a mensuração da dor, os pacientes foram indagados quanto à intensidade de acordo com escores: ausência dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e dor excruciante, demonstradas no Gráfico 3. Nos casos em que se observava dificuldade de compreensão do paciente para elaborar sua resposta, utilizou-se de uma ferramenta metodológica amplamente difundida, a escala numérica verbal de intensidade da dor (VAS). Trata-se de um instrumento unidimensional, que consiste em graduar a intensidade da dor em um intervalo de 0 a 10, onde 0 corresponde à ausência de dor, 1 a 3 dor leve, 4 a 5 dor moderada, 6 a 7 dor intensa e de 8 a 10 dor insuportável, descrita no roteiro de coleta de dados como uma dor excruciante (CELICH; GALON, 2009).

Gráfico 4 – Distribuição da intensidade da dor relatada pelos pacientes oncológicos.



FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

Examinando-se as respostas dos participantes da pesquisa, 12(24%) verbalizaram dor leve, 19(38%) dor moderada, 18(36%) dor intensa e apenas 01(2%) dor excruciante. Tais achados corroboram com outros estudos que evidenciam um número significativo de pacientes oncológicos queixando-se de dor moderada a intensa (COSTA; CHAVES, 2012). Nos estágios mais avançados da doença, a repercussão da dor moderada a intensa pode chegar a 90% dos pacientes acometidos pelo câncer (BIDARRA, 2010).

Na prática dos profissionais de saúde do setor de oncologia, não é aplicado nenhum instrumento padronizado, a fim de auxiliá-los na mensuração da dor. Estudos perceberam a necessidade da avaliação sistemática da dor, uma vez que, na maioria das instituições a dor é graduada tão somente pelas análises individuais dos profissionais (OLIVEIRA et al., 2012).

Estes achados também são evidenciados por Nogueira et al. (2012), quando afirmam que embora existam diversos instrumentos para mensuração da dor, os profissionais de enfermagem possuem dificuldade para aplicá-las na prática profissional. Tal problemática

pode ser atribuída à sobrecarga de trabalho, inexperiência clínica, desconhecimento da existência desses instrumentos, falta de sensibilização em escutar o paciente, dentre outros.

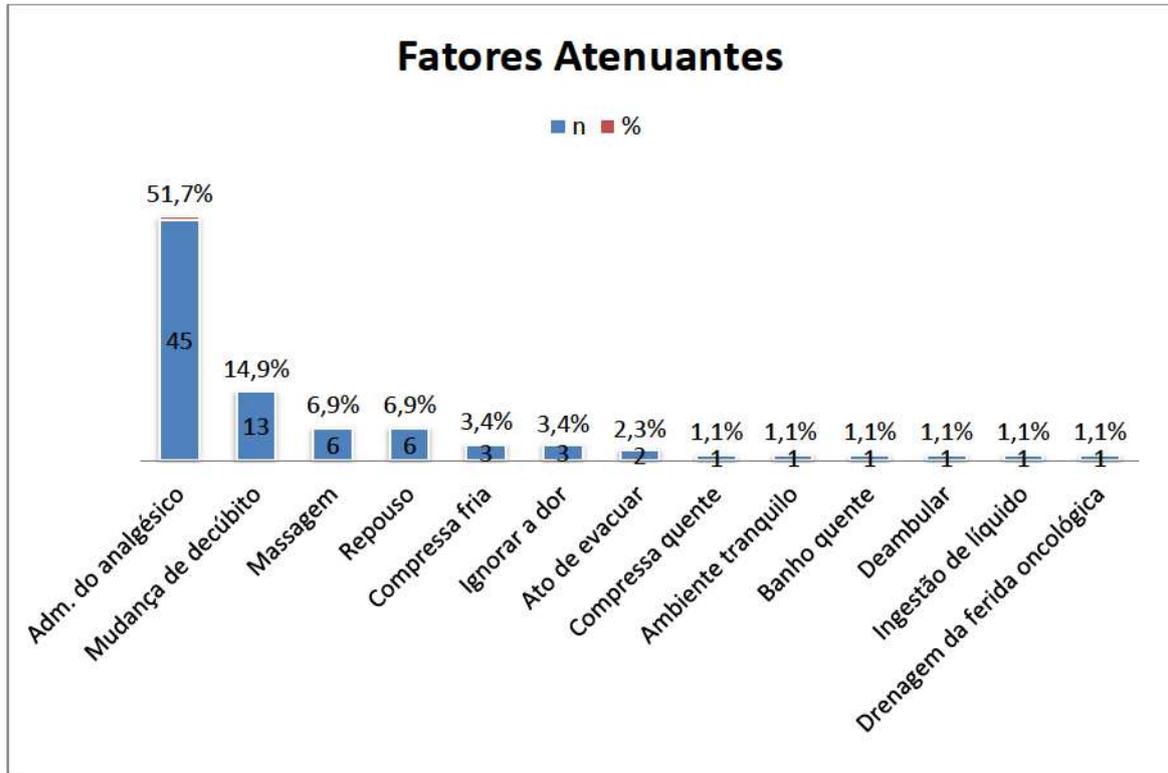
Em outro estudo, verificou-se que a equipe de enfermagem não tinha como rotina a prática de avaliar e mensurar a dor, chegando a desconhecer-la como quinto sinal vital (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Outra característica de suma importância a ser investigada junto ao paciente oncológico é a periodicidade do seu quadro álgico. A dor intermitente é compreendida como episódica, que surge em intervalos de tempo com certa regularidade ao longo do dia (HENNEMANN-KRAUSE, 2012). A dor contínua é por sua vez, conceituada como dor persistente e de difícil tratamento (SMELTZER et al., 2009).

Neste estudo, constatou-se predomínio da dor intermitente em 38(76%) dos participantes da pesquisa e dor contínua em 12(24%). Silva et al. (2011) ao avaliar a dor em pacientes oncológicos também perceberam um número significativo de pacientes oncológicos (43%) que não obtiveram o alívio da dor, queixando-se de duração intermitente. Soares et al. (2003) evidenciam em outra pesquisa que 30 a 60% dos pacientes com dor oncológica apresentam exacerbações transitórias quando avaliada a periodicidade do quadro álgico.

Ademais, buscaram-se obter informações acerca dos fatores atenuantes e agravantes envolvidos no quadro álgico dos pacientes oncológicos. É importante ressaltar que o total de dados obtidos difere do número de sujeitos da amostra, em virtude dos mesmos terem atribuído mais de uma resposta quando indagados sobre os fatores que aliviam e agravam a sensação dolorosa.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os fatores atenuantes na dor.



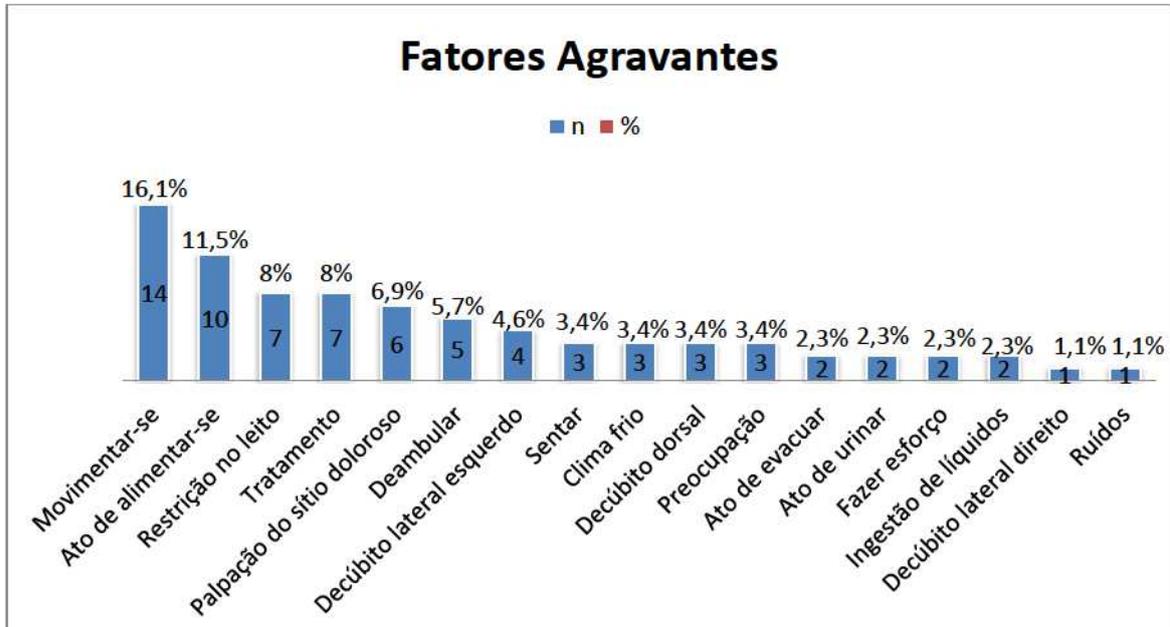
FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

Sobre os fatores atenuantes, à administração dos analgésicos foi a modalidade terapêutica utilizada por 45(51,7%) dos participantes da pesquisa, enquanto 13(14,9) responderam que a mudança de decúbito era a melhor forma de atenuar a dor, massagem 06(6,9%) ressaltaram que a massagem respondia com sucesso ao tratamento da dor e outros 06(6,9%) enfatizaram o repouso ser a melhor medida na redução da dor.

Em uma pesquisa realizada por Alves et al. (2011) o manejo da medicação também foi considerada o fator atenuante de maior representatividade para os pacientes oncológicos. Costa e Chaves (2012) ao avaliarem pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico identificaram algumas ações implementadas pelos pacientes na tentativa de aliviar a dor, tais como: 46,42% preferem deitar, ficar reservado ou tentar relaxar, outros 16% fazem uso de gel ou massagem e 8,92% ora para que Deus alivie sua dor.

Os fatores agravantes também foram investigados, sendo apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa, de acordo com os fatores agravantes na dor.



FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

Os dados relativos aos fatores agravantes demonstraram que 14(16.1%) participantes da pesquisa ressaltaram que a movimentação exercia influência negativa, 10(11,5%) responderam que o ato de alimentar-se piorava as dores, 07(8%) enfatizaram que o que intensificava a dor era estar restrito ao leito e outros 07(8%) ressaltaram que o tratamento oncológico era o fator agravante responsável pelo aumento da dor.

De acordo com Dellarozza et al. (2008) o conhecimento prévio dos fatores desencadeantes que potencializam a dor vivenciada pelos pacientes podem facilitar o seu controle. Nesse contexto, Alves et al. (2011) evidenciam em seu estudo a ansiedade como o principal fator agravante da dor, bem como o tempo de decúbito e o posicionamento. No tocante ao tratamento oncológico, estudos apontam associação direta dos procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia como fatores deflagrador de dor no paciente oncológico (COSTA; CHAVES, 2012). Conforme Rabelo e Borella (2013) a dor resultante do tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico acomete aproximadamente 20% dos pacientes com câncer.

Para uma avaliação efetiva da dor, Hennemann-Krause (2012) considera tão importante quanto mensurar a dor, evidenciar os fatores que aliviam ou agravam. Nesse sentido, faz-se necessário que a equipe de enfermagem tome conhecimento de tais informações, a fim de contribuir positivamente no adequado manejo e controle da dor oncológica, levando-se em consideração a individualidade, singularidade, estilo de vida, crenças e valores culturais do sujeito (ALVES et al., 2011).

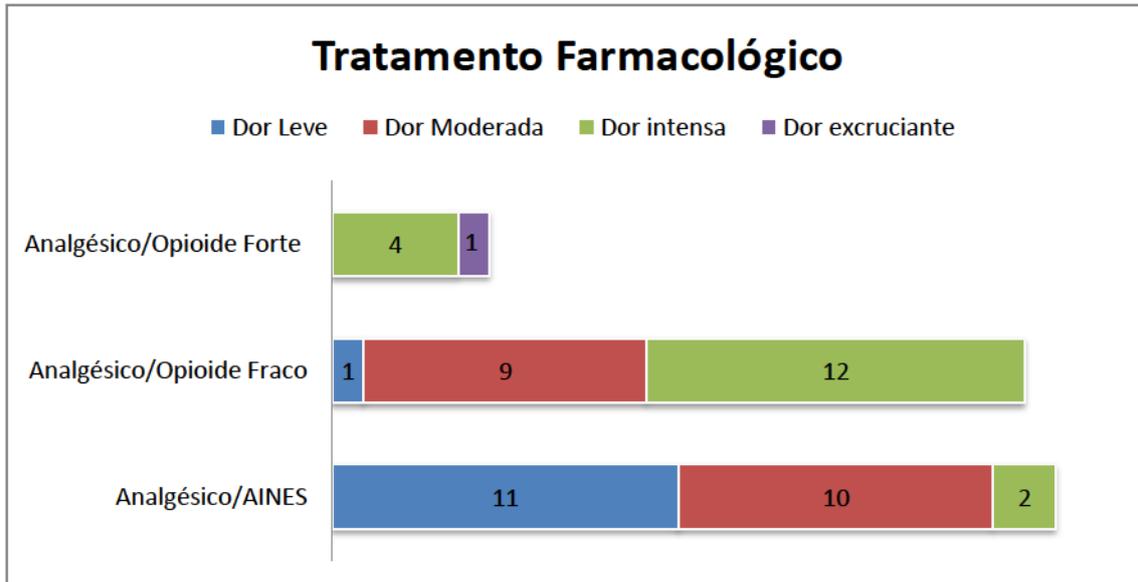
4.3 Verificação dos cuidados dispensados pela equipe de enfermagem no controle da dor

A estratégia terapêutica proposta para o controle da dor oncológica envolve tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. O primeiro é baseado na incorporação de uma sequência de analgésicos conhecida como “escada analgésica” proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e o segundo, um conjunto de intervenções adjuvantes, de baixo-custo, fácil aplicação e mínimos efeitos indesejáveis.

Para tratar efetivamente a dor com uso de fármacos, as recomendações preconizadas pela OMS consistem em prescrever analgésicos de acordo com a intensidade de dor relatada pelo paciente. Sendo assim, para dor leve é indicado analgésico fraco ou anti-inflamatório não-esteróide, para dor moderada um opioide fraco adicionado a um analgésico ou anti-inflamatório não esteróide, e para dor intensa opióides mais potentes, sendo a morfina, considerado o analgésico de primeira escolha (MENDONÇA et al., 2008).

De acordo com Rabelo e Borella (2013) para que o tratamento farmacológico seja considerado satisfatório é primordial haver congruência entre o nível de dor relatada pelo paciente e a eficácia do analgésico prescrito, de acordo com o Gráfico 7.

Gráfico 7 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o tratamento farmacológico e a intensidade de dor relatada pelo paciente.



FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

Partindo desse pressuposto, foi possível averiguar a coerência nas prescrições médicas, de acordo com a intensidade previamente avaliada. Quanto ao emprego da terapêutica farmacológica 23(46%) participantes da pesquisa utilizaram algum analgésico e/ou anti-inflamatório não esteroide, outros 22(44%) tinham na prescrição médica a indicação de associar um opioide fraco, isolado ou em combinação com um analgésico ou anti-inflamatório, enquanto que 05(10%) necessitaram de opioides mais fortes, isolados ou em combinação com um analgésico ou anti-inflamatório.

Observando o Gráfico 7, para o tratamento da dor leve constatou-se maior frequência de analgésicos, a exemplo da Dipirona, Butilbrometo de escopolamina e Tenoxicam, entretanto, para alguns pacientes foi evidenciado na prescrição médica a utilização de opioides fracos e opioides fortes. Entre os pacientes com dor moderada, o emprego de opioides fracos, tais como, Tramadol e Paracetamol associado a codeína com ou sem a associação de um analgésico prevaleceu. Por fim, todos os pacientes que referiram dor intensa a excruciante receberam opioides fortes, a exemplo da Morfina, isolada ou associada a um analgésico.

Frente aos resultados encontrados, percebeu-se que o esquema terapêutico para dor leve e moderada foi considerado parcialmente compatível, haja vista apresentar algumas restrições. O esquema terapêutico para dor intensa e excruciante também está parcialmente compatível com o esquema proposto pela OMS, muito embora prevaleça o uso de opioides fortes.

Mendonça et al. (2008) ressaltam em seu estudo a utilização dos opióides como os analgésicos mais indicados para o controle da dor moderada a intensa, mostrando-se bastante eficazes e com escore de risco e benefício favoráveis. Costa e Chaves (2012) ao questionar os pacientes oncológicos sobre a medicação prescrita percebeu que a maioria fazem uso de analgésicos e os demais necessitam de Morfina, Tramadol, Codeína e Anti-inflamatórios não esteroides.

Ao investigar os cuidados dispensados ao paciente com dor observou-se que a equipe de enfermagem tem restringido sua prática à administração dos analgésicos. Em estudo realizado por Silva et al. (2011) constatou-se que o tratamento farmacológico foi considerado o mais utilizado entre os pacientes com queixa de dor, seguindo a tendência do modelo biomédico, que por sua vez, prioriza o cuidado físico em detrimento dos aspectos biopsicossocial.

Nogueira et al. (2012) também identificaram em seu estudo, que as atitudes empregadas pelos profissionais de enfermagem frente a pacientes em situação de dor dentro do ambiente hospitalar são ações predominantemente de ordem farmacológica, com ênfase na administração de analgésicos para o alívio da dor.

Para Silva et al. (2013) os profissionais de enfermagem priorizam às medidas farmacológicas prescritas para o paciente por sentirem dificuldade para mensurar e implementar outras medidas de alívio da dor. Desse modo, pode-se concluir que há convergência de resultados do presente estudo com os estudos supracitados.

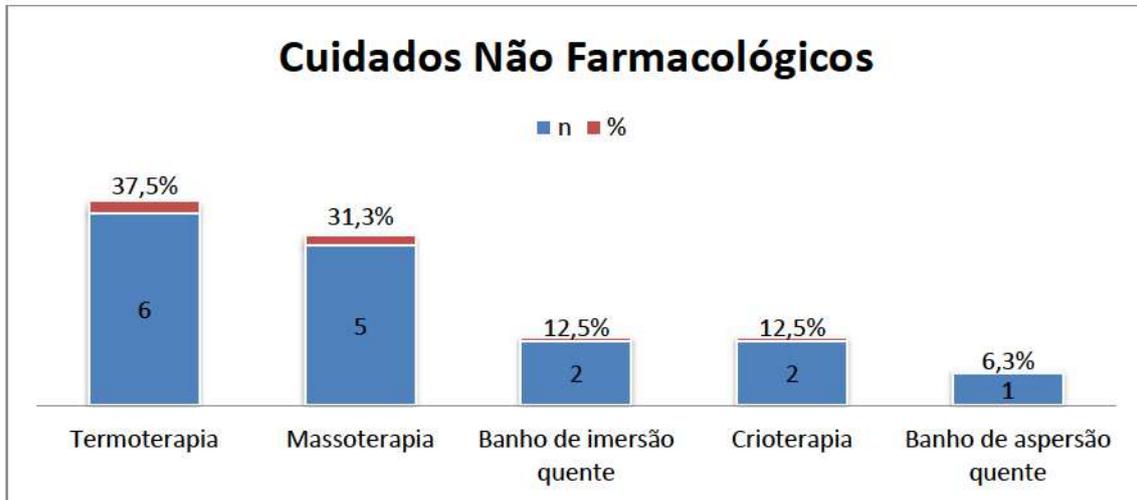
Outro aspecto de grande relevância na avaliação da dor oncológica consiste na expressão de satisfação do paciente com relação à terapêutica empregada. Portanto, estar atento a eficácia das terapêuticas implementadas, mesmo diante de um cuidado baseado de forma médico-centrado e medicamentoso é mais uma das atribuições do profissional de enfermagem frente ao paciente com dor.

Assim constatou-se que 02(4%) dos participantes da pesquisa sentem-se muito satisfeitos, 44(88%) satisfeitos e 04(8%) consideram-se insatisfeitos com a analgesia.

Ao analisarem os registros de enfermagem sobre dor e analgesia em pacientes hospitalizados, Silva e Pimenta (2003) ressaltam que investigar o grau de satisfação do cliente com a terapêutica farmacológica compõe parte dos protocolos de dor e analgesia, sendo considerado um indicador de qualidade pela *American Pain Society*.

Além dos aspectos farmacológicos, também investigou-se sobre as intervenções não farmacológicas, demonstradas no Gráfico 8.

Gráfico 8 – Principais intervenções não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor.



FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

No tocante aos cuidados não farmacológicos apenas 16(32%) utilizaram-se dessas intervenções, como alternativa para o alívio da dor. Destacaram-se entre as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos profissionais, a aplicação de termoterapia em 06(37,5%), massoterapia 05(31,3%), banho de imersão quente 02(12,5%), crioterapia 02(12,5%) e banho de aspersão quente 01(6,3%). Quanto ao grau de satisfação do paciente com a terapêutica utilizada, 08(50%) dos pacientes relataram insatisfação, ao passo que 07(43,75%) sentiram-se satisfeitos e 01(6,25%) demonstrou indiferença.

Pilatto (2011) ao avaliar o emprego de medidas não farmacológicas implementadas pelos enfermeiros para tratar de pacientes oncológicos, destacou como as intervenções mais utilizadas no ambiente clínico, os métodos físicos, como aplicação de calor e/ou frio, a massagem manual e os métodos cognitivos-comportamentais, que incluem relaxamento e distração dirigida.

A termoterapia configura-se numa intervenção não farmacológica a disposição dos pacientes oncológicos em situação de dor, e é baseada na aplicação de calor superficial por meio de bolsas térmicas ou compressas, cujo objetivo é promover o relaxamento muscular interferindo no ciclo dor-espasmo-dor, possibilitando a remoção de produtos do metabolismo, bem como de mediadores químicos responsáveis pela indução da dor (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005).

A aplicação da termoterapia pode beneficiar pessoas portadoras de tumores primários ou secundários, os quais podem estar comprimindo estruturas neuromusculares e, dessa forma, causando dor. Por provocar vasodilatação não deve ser aplicada diretamente sobre o sítio tumoral, para se excluir a possibilidade de disseminação de células tumorais por vias sanguíneas e/ou linfáticas (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005).

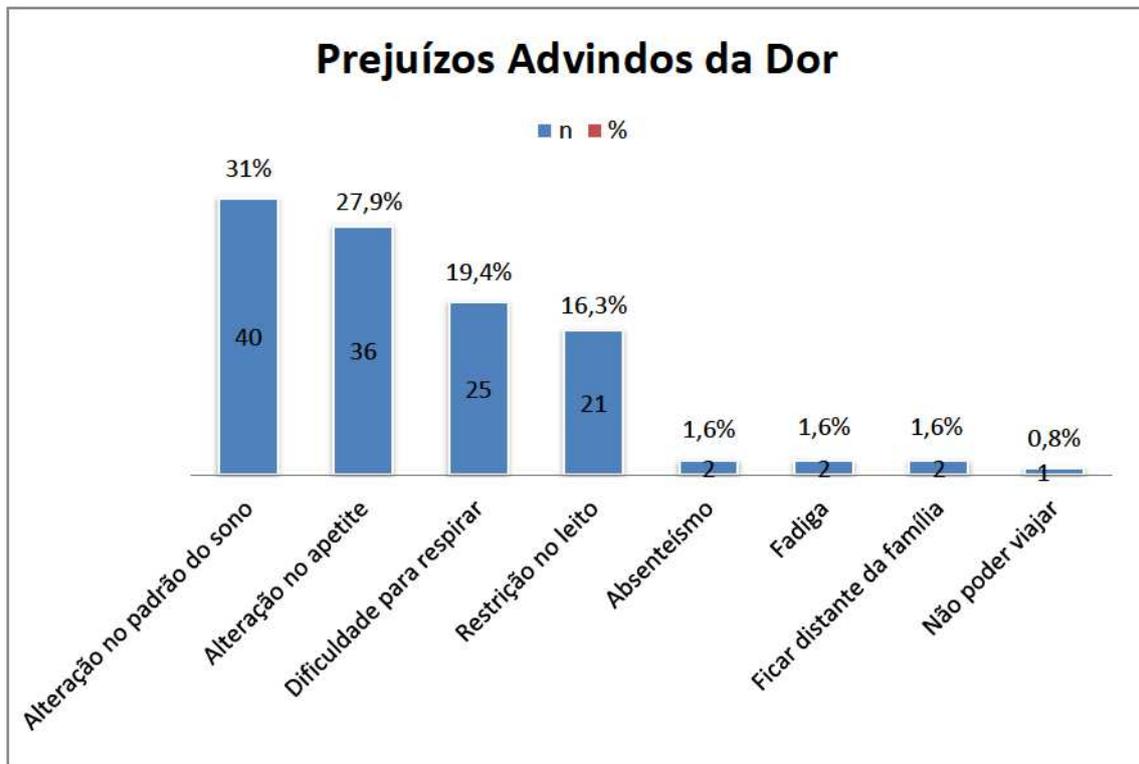
Quanto à aplicação da crioterapia em pacientes oncológicos, sua utilização consiste na redução da temperatura local. Marcucci (2005) relata que não há estudos conclusivos sobre a diminuição de dor oncológica através da aplicação de frio, mas sua aplicação pode ser útil para dores músculo-esqueléticas. Trata-se de um recurso mais utilizado no manejo da dor inflamatória, presente em determinados tipos de câncer como os carcinomas inflamatórios. Seu mecanismo de ação promove vasoconstrição por aumento da atividade simpática, após estimulação dos receptores de frio na pele, reduzindo os mediadores químicos envolvidos na nocicepção da dor. Não deve ser indicado para pessoas que demonstrem intolerância ao frio, comprometimento arterial periférico e em regiões em tratamento de radioterapia, em virtude da maior sensibilidade da pele (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005).

Ferreira e Lauretti (2007) ao avaliar a massagem como técnica adjuvante no controle da dor em pacientes oncológicos perceberam que a massoterapia diminuiu consideravelmente a intensidade da dor relatada pelos pacientes, demonstrando eficácia no tratamento complementar para o alívio da dor.

4.4 Identificação dos prejuízos da dor nas atividades da vida diária dos pacientes oncológicos

Por fim, o presente estudo também considerou como parte essencial na compreensão da queixa dolorosa, evidenciar os prejuízos advindos da dor nas atividades de vida diária dos pacientes (Gráfico 9). É importante realçar que o número de respostas divergem do número de pacientes que compôs a amostra em virtude dos mesmos terem atribuído mais de uma resposta quando indagados sobre os prejuízos advindos da dor.

Gráfico 9 – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com os prejuízos advindos da dor nas atividades de vida diária.



FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB, 2013.

Quando questionados sobre quais os principais prejuízos, 40(31%) responderam alteração no padrão do sono, 36(27,9%) relataram alteração do apetite, 25(19,4%) queixaram-se de dificuldade para respirar, enquanto que 21(16,3%) consideraram restrição no leito. Os pacientes também se sentiram prejudicados com relação a outros construtos, 02(1,6%) participantes ressaltaram absenteísmo, 02(1,6%) salientaram fadiga, 02(1,6%) mencionaram ficar distante da família e 01(0,8%) enfatizou não poder viajar.

Minson et al. (2011) corroboram com os dados evidenciados quando afirmam que o relato de alteração no padrão do sono é frequente entre os pacientes em situação de dor, fato este, que os predispõe a piora do quadro algico, restrições físicas e psíquicas, diminuição da qualidade de vida e do humor.

Em outro estudo, constatou-se que a dor quando não aliviada limitam as pessoas nas atividades da vida diária, altera o apetite, o padrão do sono, a deambulação, as atividades profissionais, sociais e familiares (SILVA; PIMENTA, 2003).

Esses dados também convergem com os achados de Ferreira e Lauretti (2007), cujo estudo também considerou a dor oncológica causa de insônia, confinamento no leito, perda do convívio social, redução das atividades profissionais e do lazer.

Tais considerações reforçam o impacto devastador que a dor pode provocar no paciente oncológico. Diante do exposto, é imperativo ao profissional de enfermagem promover uma escuta qualificada, a fim de prevenir alterações fisiológicas e comportamentais desnecessárias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que o controle da dor em oncologia tem sido um desafio para a prática clínica dos profissionais de enfermagem, levando-se em consideração a magnitude do problema e a subjetividade do fenômeno doloroso.

Tendo por base os objetivos propostos neste estudo foi possível compreender a queixa dolorosa dos pacientes oncológicos, a partir da avaliação e caracterização da dor, identificação dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, o grau de satisfação dos pacientes com as terapêuticas empregadas, bem como, evidenciar os prejuízos advindos da dor nas atividades de vida diária.

Os resultados mostraram ineficiente documentação da queixa algica por parte dos profissionais de saúde, cujo registro de dor esteve presente em apenas 18(36%) dos prontuários avaliados.

Percebeu-se também, que o tipo de dor predominante foi à aguda, descrita por 34(68%) dos participantes da pesquisa. Quanto à etiologia a maioria, 36(72%) relataram dor somática. A dor de intensidade moderada foi representada por 19(38%) dos pacientes, cuja periodicidade foi considerada por 38(76%) como intermitente. Como fator atenuante, 45(51,7%) afirmaram obter alívio da dor após a administração do analgésico, enquanto que 14(16,1%) consideraram como fator agravante para a dor, a movimentação.

Com relação aos cuidados dispensados ao paciente com dor observou-se que a equipe de enfermagem tem apresentado restrição quanto à administração dos analgésicos. Quanto aos cuidados não farmacológicos, constatou-se que os mesmos não são explorados na sua plenitude.

No tocante aos prejuízos advindos da dor, a alteração no padrão do sono foi evidenciada como o que mais repercute negativamente nas atividades da vida diária do paciente oncológico hospitalizado.

Assim, compreende-se ser necessário a implementação de estratégias para promover o adequado manejo da dor do paciente oncológico, a fim de contribuir para uma assistência individualizada e resolutiva. Acredita-se também que a aplicação de uma escala para mensurar a dor possa melhorar o processo decisório dos profissionais de saúde, produzindo melhores resultados quanto ao manejo da dor.

Considerou-se dificuldades para a realização deste estudo, a escassez de informações nos registros e prescrições médicas e a pouca disponibilidade de tempo para a coleta de dados.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para reafirmar e difundir a necessidade vital de aperfeiçoamento da prática clínica dos profissionais de saúde, em especial dos profissionais de enfermagem, os sensibilizando a incluir como rotina na assistência hospitalar o registro apropriado e a avaliação adequada da queixa algica dos pacientes oncológicos sob os seus cuidados.

Ademais, levando-se em consideração a demanda dos profissionais de enfermagem ao longo dos anos por uma maior independência no exercício profissional, o presente estudo, contribuiu para promover uma reflexão acerca do cuidado dispensando ao paciente oncológico em situação de dor, primando pela qualidade da assistência de enfermagem e à atenção aos aspectos biopsicossociais envolvidos na experiência dolorosa.

REFERÊNCIAS

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 48, p. 113-131, 2002.

ABREU, M. et al. Manejo da dor não farmacológico em pacientes oncológicos: revisão sistemática. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2222/475>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

ALVES, V. S. et al. Conhecimento de profissionais da enfermagem sobre fatores que agravam e aliviam a dor oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 57, p. 199-206, 2011.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da Pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2007, 160 p.

BIASI, P. T. et al. Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. **Perspectiva**, Erechim, v. 35, n. 129, p. 157-66, 2011.

BIDARRA, A. P. **Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crônica oncológica**, 2010. 372p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Dor) – Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf> Acessado em: 28 ago. 2013.

BOTTEGA F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: Utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 19, p. 283-290, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2012 – Incidência de Câncer no Brasil**, Rio de Janeiro: Inca, 2011a, 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**, Rio de Janeiro: Inca, 2011b, 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em: 01 set. 2013.

BUDÓ, M. L. D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor - a cultura e as alternativas populares. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 90-6, 2008.

CAMBRUZZI, E. C.; PÊGAS, K. L.; FERRARI, M. B. Avaliação histoquímica de 100 casos de metástases encefálicas e correlação com o sítio primário do tumor. **J Bras Patol Med Lab**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 57-4, 2011.

CARVALHO, M. M. M. J.; A dor do adoecer e do morrer. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 77, n. 2, p. 322-28, 2009a.

CARVALHO, M. W. A. **Catálogo CIPE para dor oncológica**. 2009. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2009b.

CARVALHO, S. M. S. **Intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos**. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2010.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. Bras. Geriatr.** Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 345-59, 2009.

CIENA, A. P. et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 201-12, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311**, de 09 de fevereiro de 2007. Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.notadez.com.br/content/normas.asp?id=36907>>. Acessado em: 08 jan. 2013.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Rev Dor**, São Paulo, v. 1, n. 13, p.45-9, 2012.

COSTA, C. M. C. Dor Neuropática – Novos conceitos, Expressão Clínica e Desafios Terapêuticos. **Revista Prática Hospitalar**. São Paulo, n. 66, p. 109-10, 2009. Disponível em: < http://www.dor.org.br/profissionais/arquivos/dor_neuropatica_novos_conceitos.pdf> Acessado em: 27 ago. 2013.

DAVIES, A.; BLAKELEY, A. G. H.; KIDD, C. **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002. 951 p.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 1, n. 54, p.36-1, 2008.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 185-90, 2006.

FERREIRA, L. L.; CAVENAGHI, S.; MARINO, L. H. C. Recursos eletroterapêuticos no tratamento da dor oncológica. **Rev Dor**, São Paulo, v. 4, n. 11, p. 339-42, 2010.

FERREIRA, A. S. M.; LAURETTI, G. R. Estudo dos efeitos da massoterapia no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Rev Dor**, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 983-93, 2007.

FRANÇOLIN, L et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20. n. 1, p.79-3, 2012.

FREGNANI, J. H. T. G. et al. Fatores de risco não habituais para metástase linfonodal no câncer do colo do útero. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 4, n. 53, p. 338-43, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 edição. São Paulo: Editora Atlas, 2008. 197 p.

GONÇALVES, A. F.; ARAUJO, I. C. F. Avaliação do nível de conhecimento dos profissionais enfermeiros, em relação à avaliação e o tratamento da dor oncológica. **Revista Multidisciplinar da Saúde**, Jundiaí, v. 2, n. 4, p. 11- 23, 2010. Disponível em:<http://www.anchieta.br/unianchieta/revistas/saudeemfoco/pdf/RevistaMultidiscipliRevistaMul_04.pdf> Acessado em: 24 ago. 2013.

GRANER, K. M.; COSTA JUNIOR, A. L.; ROLIM, G. S. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 345-55, 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998. 639 p.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor do câncer. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 38-49, 2012

HORTENSE, P.; ZAMBRANO, E.; SOUSA, F. A. E. F. Validação da escala de razão dos diferentes tipos de dor. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 16, p. 1-7, 2008.

INFANTE, A. C. S. Dor iatrogênica em oncologia e sua prevenção. **Rev Dor**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-7, 2011.

KLAUMANN, P. R.; WOUK, A. F. P. F.; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008.

KULKAMP, I. C.; BARBOSA, C. G.; BIANCHINI, K. C. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 721-31, 2008.

LAMEIRAS, M. P. M. **As atitudes dos enfermeiros face avaliação da dor crônica nos doentes oncológicos**. 2009. 128 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Dor) - Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10451/2023>> Acesso em: 10 fev. 2013.

LIMA, M. A. G.; TRAD, L. Dor crônica: objeto insubordinado. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v. 15, n. 1, p. 117-33, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/07.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007, 303 p.

- MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 51, p. 67-7, 2005.
- MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 4, n. 51, p. 299-308, 2011.
- MENDONÇA, I. C. A. et al. **Tratamento da dor do paciente oncológico**. Grupo de Avaliação de Tecnologia em Saúde - GATS, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.unimed.coop.br/pct/servlet/ServletDownload?id=MjE0NzUwMDIxMA==>> Acessado em 22 ago. 2013.
- MINSON, F. P. et al. **II Consenso Nacional de Dor Oncológica**. 1. Ed. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Junior, 2011. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/IIConsensodeDor.pdf>> Acessado em: 20 ago. 2013.
- MORETE, M. C.; MINSON, F. P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev Dor**, São Paulo, v. 1, n. 11, p. 74-80, 2010.
- NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 1, n. 24, p. 50-4, 2011.
- NOGUEIRA, M. F. et al. Dor: identificando os métodos de avaliação e descrevendo o cuidado de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 6, n. 7, p. 1556-65, 2012. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../4101> Acesso em: 12 fev. 2013.
- OLIVEIRA, R. M. et al. Dor e analgesia em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev Dor**, São Paulo, v. 4, n. 13, p. 332-37, 2012.
- PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 15, p. 270-76, 2006.
- PENA, R.; BARBOSA, L. A.; ISHIKAWA, N. M. Estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica – uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 54, p. 193-99, 2008.
- PILATTO, M. T. S. **Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica**. 2011. 17p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Latu Sensu em Oncologia) – Departamento de Ciências, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2009.
- PINTO, L. S.; CASA, E. C. G. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento da dor oncológica. **Rev Enferm UNISA**, Santo Amaro, v. 6, p. 64-9, 2005.
- PREARO, C. et al. Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. **Arq Ciênc Saúde**, Paraná, v. 18, n. 1, p. 20-7, 2011.

- RABELO, M. L.; BORELLA, M. L. L. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. **Rev Dor**, São Paulo, v. 1, n. 14, p. 58-60, 2013.
- RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 32-7, 2012.
- RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v.1, n. 12, p. 50-4, 2005.
- RODRIGUES, A. C. **Variáveis socioeconômicas em pacientes oncológicos adultos em tratamento quimioterápico no hospital de clínicas de Porto Alegre**. 2007. 90f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: Conhecer para intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 56, p. 431-41, 2010.
- SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V.; RESENDE, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 51, p. 339-46, 2005.
- SCHESTATSKY, P. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 3, n. 28, p. 177-87, 2008.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007
- SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Rev Dor**, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 138-51, 2011.
- SILVA, M. E. A. et al. Atitudes de profissionais de enfermagem frente à dor do paciente com ferida operatória. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 7, n. 7, p. 4641-7, 2013.
- SILVA, T. O. N. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 350-63, 2011.
- SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 2, n. 37, p. 109-18, 2003.
- SMELTZER, S. C. et al. Brunner&Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOARES, L. G. L. **Dor em paciente com câncer**. p. 285-289, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < http://www.saerj.org.br/download/livro%202003/9_2003.pdf > Acessado em: 23 ago. 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de mama estágio IV**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/estagios-cancer-de-mama/cancer-de-mama-estadio-IV-21.htm>> Acessado em: 25 ago. 2013.

THOMAZ, A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. **Revista Onco&** p. 24-9, 2010. Disponível em: <http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf> Acessado em: 09 fev. 2013.

VIEIRA, C. G.; ARAÚJO, W. S.; VARGAS, D. R. M. O homem e o câncer de próstata: Prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 5, n. 1, p. 1983-03 2012. Disponível em:< <http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/51/3.pdf>> Acessado em 23 ago. 2013

APÊNDICE A
ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

DADOS DEMOGRÁFICOS

Número do Registro do Prontuário: _____
Data da admissão: _____
Data da coleta: _____
Idade: _____
Sexo: () F () M
Escolaridade: _____
Cidade de origem: _____
Diagnóstico Médico: _____
Motivo de internação: _____
Classificação do tumor: _____

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Identificação (prontuário), transcrição:
Identificação (relato verbal), transcrição:
Tipo de dor:
Etiologia da dor:
Intensidade: () Ausência de dor () Leve () Moderada () Intensa () Excruciante
Horário que sente a dor: () Intermitente () Continua
Fatores atenuantes:
Fatores agravantes:

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADOS FRENTE A QUEIXA
DOLOROSA**

() Terapêutica Farmacológica
Especificar qual?
Horários de administração de medicamentos?

Satisfação do cliente quanto à terapêutica:

Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Indiferente

Terapêutica Não-farmacológica.

Especificar qual?

Satisfação do cliente quanto à terapêutica?

Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Indiferente

PREJUÍZOS ADVINDOS DA DOR

Alteração no padrão do sono;

Restrição no leito;

Alteração do apetite;

Dificuldade para respirar;

Outros: _____

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “**Dor em oncologia: perspectivas de pacientes hospitalizados**”. Está sendo desenvolvida por Djalisson Tayner de Souza Pereira, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG sob a orientação da professora Ms. Lidiane Lima de Andrade. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Compreender a queixa dolorosa de pacientes hospitalizados em uma instituição especializada em oncologia.

Comunicamos que as informações cedidas por você e contidas em seu prontuário serão guardados em segredo pelos pesquisadores. E somente serão usados para pesquisas se forem autorizados pelo senhor (a). Para que possamos concretizá-la, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, voluntariamente.

Informamos que será garantido seu anonimato bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, além do direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Destaca-se que esta pesquisa não oferece riscos à sua integridade física, visto que não serão realizados procedimentos invasivos. Podendo haver risco mínimo de constrangimento ao ser coletado dados durante a entrevista e em seu prontuário. Como benefícios espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar enfermeiros no cuidado ao paciente com quadro algico hospitalizado no serviço de oncologia, de modo a direcionar o cuidado.

Para contatos que se façam necessários, informo-lhes meu nome e de meu orientador, números de telefones, endereços postais e eletrônicos.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Nome do Orientando: Djalisson Tayner de Souza Pereira
Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Unidade Acadêmica de Saúde. Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Bloco F, sala 07. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Telefone: (83)3372-1900/Ramal: 1820. E-mail: djalissontayner@hotmail.com

Nome da Professora Orientadora: Lidiane Lima de Andrade

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Unidade Acadêmica de Saúde. Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Bloco F, sala 07. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Telefone: (83) 3372-1900 / Ramal: 1820. E-mail: lidilandrade@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da mesma, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Campina Grande, ____/____/2013.

Lidiane Lima de Andrade
Pesquisadora responsável

Djalisson Tayner de Souza Pereira
Discente de Graduação em Enfermagem

Participante da Pesquisa

Impressão dactiloscópica

Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Universitário Alcides Carneiro, Universidade Federal de Campina Grande - Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande - PB. Cep.: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5545

APÊNDICE C
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, orientador e orientando da pesquisa intitulada “Dor em oncologia: perspectiva de pacientes hospitalizados” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/CCS-UFPB, ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC-UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Lidiane Lima de Andrade
Professora Orientadora

Djalisson Tayner de Souza Pereira
Orientando