

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Centro de Educação e Saúde

Unidade Acadêmica de Saúde

Curso de Bacharelado em Enfermagem

JESSICA MAYARA DA SILVA OLIVEIRA

**DOR ONCOLÓGICA: PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE
ADOLESCENTES COM CÂNCER**

Cuité/PB

2014

JESSICA MAYARA DA SILVA OLIVEIRA

**DOR ONCOLÓGICA: PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE
ADOLESCENTES COM CÂNCER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Msc. Glenda Agra

Cuité/PB

2014

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

O48d Oliveira, Jessica Mayara da Silva.

Dor oncológica: perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes com câncer. / Jessica Mayara da Silva Oliveira. – Cuité: CES, 2014.

89 fls.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Câncer. 2. Dor oncológica. 3. Neoplasias. I. Título.

CDU 616-006

JESSICA MAYARA DA SILVA OLIVEIRA

**DOR ONCOLÓGICA: PERFIL CLÍNICO E PERCEPÇÃO DE
ADOLESCENTES COM CÂNCER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Jessica Mayara da Silva Oliveira do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido a nota _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profª Msc. Glenda Agra

Departamento de Enfermagem - UFCG/UAS/CES
Orientadora

Profª Msc. Lidiane Lima de Andrade

Departamento de Enfermagem – UFCG/UAS/CES
Membro interno

Profª Msc. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

Departamento de Enfermagem – UFCG/UAS/CES
Membro interno

**Cuité - PB
2014**

*Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, meu Senhor e o Criador de todas as coisas; a **minha Família** (Gerson, Maria e Rafaela), que estiveram sempre ao meu lado, mesmo com a distância e ausência; ao meu lindo **Noivo** (Dênys Alves), que esteve comigo durante todo o tempo, me encorajando a seguir, e a **todas as Crianças e Adolescentes diagnosticados com Câncer**. A vocês, o meu Muito obrigado!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, meu Senhor e Salvador, Autor da Vida, que me ajudou grandemente a concluir este trabalho realizado com muito amor e dedicação. Deus me encorajou em todos os momentos e me ajudou a superar todas as dificuldades e barreiras expostas durante este trajeto, Ele me deu forças e me segurou quando não mais conseguia prosseguir. Ele me mostrou que sou capaz de ir além e, que mesmo diante das dificuldades, Ele estava comigo, me segurando e me mostrando a solução. Sou eternamente grata ao Senhor por me conceder o dom de Amar e Cuidar do próximo. A Ti seja dada toda Honra e toda Glória! Graças Te Dou Pai... Essa Vitória é toda sua!

Agradeço aos meus *pais (Gerson e Maria)* e a minha *irmã (Rafaela)* que me amaram incondicionalmente, eu sei que vocês me entenderam e compreenderam a minha ausência durante esses cinco anos de graduação, mesmo com a distância vocês se fizeram presentes em minha vida com suas orações a Deus, suas ligações e até mesmo com suas chamadas de atenção por estar tão ausente. Vocês tornaram essa caminhada menos árdua. Muito obrigada de coração família linda, essa conquista também é de vocês meus amores eternos... Amo Infinitamente vocês!

Agradeço ao grande *Amor da minha vida*, o meu noivo (**Dênys Alves**), você também fez parte dessa história, me compreendendo, me estimulando e encorajando a prosseguir mesmo diante das dificuldades. Você me mostrou que sou capaz e que tenho potencial... Seu amor, também incondicional e imensurável, me fortaleceu diante de cada barreira. Foi você que suportou minhas chatices, meus medos, minhas agonias e meus estresses durante este último ano, ahhh e sem falar que aguentou as minhas lágrimas e as minhas conversas constantes sobre oncologia pediátrica. Muito obrigada por cada demonstração de amor, afinal, foi você quem praticamente trabalhou em meu lugar durante as últimas semanas, Deus sabe de todas as coisas e cuida de tudo, isso é fato! Amo muito você meu Amor... Essa conquista também é sua! Que Deus continue abençoando sua vida grandemente! Te agradeço de todo o meu coração!

Agradeço aos meus *sogros (Cristina e Lailson)* e a *Tia Graça* que durante esses últimos três anos cuidaram de mim como se eu fosse a filha de vocês, que Deus dê em dobro tudo o que vocês fizeram por mim, vocês também fazem parte da minha família... Muito obrigada!

Agradeço a minha *avó Lourdes*, pelas suas orações e amor, e a minha *avó Nazaré*, pela ajuda e amor; ao meu *avô Antonio*, que me encanta com sua “inocência”,

pois só alguém assim para dizer que estava chovendo em Currais Novos quando na verdade a chuva era pela televisão e em São Paulo (risos) só quem conhece entende; e ao meu **avô José** (in memorian), que mesmo não tendo convivido tanto assim com o senhor, sei que me amava, e que mesmo com sua doença (Alzheimer) sabia quem eu era. Á vocês o meu muuuitoobrigada!

Aos meus **familiares**, que muitas vezes não entendiam a minha ausência mais que torciam e oravam por mim; aos meus **amigos**, sei que o tempo nos afastou um pouco, mas somente amizades verdadeiras duram até o fim; aos meus **irmãos e amigos em Cristo**, tanto da cidade de Cuité – PB, como das cidades de Santa Cruz – RN e Diadema – SP, sei que vocês também estavam orando por mim... Mesmo distante de vocês de corpo vocês se faziam presentes em meu coração e pensamentos. Agradeço de coração!

Aos meus lindos e corajosos **pacientes e amigos** da Oncopediatria do Hospital Universitário Alcides Carneiro, aos que contribuíram aceitando participar das entrevistas com todo amor, aos que não puderam participar por causa dos critérios de exclusão, àqueles que me deram seus sorrisos mesmo diante da dor e sofrimento e àqueles que já partiram (**Rodrigo, Marquinhos e Danilo**)... Espero que esse trabalho ajudem ainda mais vocês... Muito obrigada por me ensinarem que podemos ser mais fortes do que pensamos ser...

Ao anjinho **Rodrigo Vicente da Silva** (in memorian), que me ensinou o quanto podemos ser gratos a Deus mesmo diante de tanto sofrimento. Em nenhum momento você me negou seu sorriso, pelo contrário, fazia esforços para me agradecer por meio dele e de seu olhar carinhoso, você confiou em mim até mesmo quando eu já não confiava. Sei que você está em um lugar muito melhor agora, ao lado de Deus, nosso Pai, sem sofrimento, e principalmente, sem sentir DOR. Agradeço também aos seus familiares, principalmente a sua mãe, **Dona Socorro**, e a sua irmã, **Geane**, que também confiaram em mim, e me tratam até hoje com muito carinho... Muito obrigada por me ensinarem a amar ainda mais o próximo!

Aos **pais** de todos os pequenos e grandes guerreiros da Oncopediatria do HUAC que me receberam com carinho, que não se negaram a autorizar a participação de seus filhos, pelo contrário, muitos se abriram e contaram sobre a sua história, me incentivando ainda mais a lutar por esses anjos... Mesmo diante de todo sofrimento vocês são gratos a Deus por Ele sempre ajudá-los. Que Deus continue dando forças a vocês e aos seus filhos... Muito obrigada!

Aos *profissionais do HUAC* que não se negaram a me ajudar, em especial agradeço a *Edva Duarte* que sempre esteve me ajudando, me ensinando, me ligando quando chegava algum adolescente para realizar a entrevista, enfim, pela sua preocupação e torcida por mim... Saiba que seu jeito meigo e carinhoso encanta a todos e eu fico muito feliz em saber que ainda existem anjos enfermeiros... e você com certeza é uma... A todos vocês o meu muito obrigada!!!

Ao *Hospital Universitário Alcides Carneiro*, mais conhecido como HUAC, que abriu as portas da Oncopediatria para que eu pudesse contribuir e colaborar ainda mais neste bellissimo trabalho que é realizado neste setor. Muito obrigada!

A minha querida Orientadora *Profª Glenda Agra*, que aceitou me orientar sem nada pedir em troca, muito obrigada por se disponibilizar em me ajudar, a senhora contribui muito para a realização desse sonho... Obrigada pela sua preocupação comigo, pelo seu carinho e pela sua dedicação, pelos ensinamentos que com certeza só engrandeceram e enriqueceram mais esse trabalho, essa vitória também é sua. MUITÍSSIMO obrigada, que Deus continue abençoando sua vida, “nossa flor”.

Aos meus *colegas do Curso Bacharelado em Enfermagem da UFCG* – Campus Cuité – PB, em especial a *Gilmara Beserra* que me ajudou muito na construção e conclusão dos gráficos, você não se negou em nenhum momento a me ajudar, pelo contrário se dispôs sem nada pedir... Muito obrigada!

A banca examinadora (*Profª Nathanielly Cristina* e *Profª Lidiane de Lima*) que aceitaram participar da realização desse sonho, contribuindo e engrandecendo ainda mais esse trabalho. Muito obrigada!

Ao *Centro de educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande* – *Campus Cuité* – *PB*, pois foi através dessa Universidade que pude adquirir conhecimentos maravilhosos e aflorar ainda mais a minha vontade de Amar e Cuidar do próximo, e a linda e maravilhosa cidade de *Cuité* – *PB* que me acolheu com muito amor e carinho, nessa cidade vivi momentos ímpares e inesquecíveis... Vocês com certeza contribuíram ainda mais na realização desse sonho. Muito obrigada!!!

Aos *mestres do Curso de Bacharelado em Enfermagem* que me passaram conhecimentos grandiosos, aprendi muito com cada um de vocês... Vocês também fazem parte dessa história. Agradeço de coração cada ensinamento e encorajamento. Muito obrigada!

Aos *funcionários* do Centro de Educação e Saúde da UFCG – Campus Cuité – PB que nunca me negaram um “Bom dia!” ou até mesmo um sorriso, eu não poderia deixar de agradecer a vocês... Muito obrigada!

Ademais, externo e estendo meus eternos agradecimentos a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, me apoiaram, encorajaram e me ajudaram a caminhar.

Finalizo mais uma vez agradecendo de todo o meu coração a todos vocês, eu não teria chegado até aqui se vocês, principalmente Deus, não se fizessem presentes até aqui... A caminhada continua!!!

“Você é importante porque existe, você é importante até o último momento da sua vida, e faremos tudo que pudermos não apenas para ajudá-lo a morrer em paz, mas para você viver bem até morrer.”

Cicely Saunders, M. D.

RESUMO

OLIVEIRA, Jessica Mayara da Silva Oliveira. **DOR ONCOLÓGICA: PERFIL CLÍNICO E PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES COM CÂNCER.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014, 85p.

O câncer é um conjunto de vários tipos de doenças que têm em comum o crescimento desordenado das células, ocasionando a invasão de tecidos e órgãos. Suas causas podem ser externas ou internas ao organismo. O câncer é descrito como um problema de saúde pública que atinge todo o mundo, incluindo assim, crianças e adolescentes. O diagnóstico do câncer em adolescentes torna-se um dos momentos mais estressantes desenvolvendo neles, sentimentos como angústias, dúvidas e medo pela probabilidade de morrer. Além destas implicações psicológicas, o câncer é responsável também por uma gama de sintomas físicos, onde a dor é considerada um dos mais devastadores. Diante dessa realidade, o presente estudo trata de uma pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa que teve como objetivo investigar a percepção dos adolescentes diagnosticados com câncer sobre a dor e identificar os cuidados que os mesmos recebem para controlar esse sintoma tão perturbador. A amostra desta pesquisa foi constituída por oito adolescentes diagnosticados com diferentes neoplasias malignas em um Hospital Universitário da Paraíba, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014. Os dados coletados através das entrevistas realizadas e da análise de cada prontuário foram divididos em cinco etapas seguindo uma ordem de caracterização, onde as mesmas foram demonstradas por meio de gráficos utilizando o programa *Microsoft Excel 2007*. Neste trabalho, percebe-se que o gênero masculino é o mais atingido, com 75%, tendo como faixa etária mais prevalente as idades entre 12 a 14 anos (75%). A leucemia foi a neoplasia que apresentou maior predominância com 62,5%, principalmente no gênero masculino; a dor cônica foi a mais prevalente, representada por 62,5%, principalmente nos membros inferiores. A mudança na vida diária que mais atinge os adolescentes é o absenteísmo escolar e a maioria dos adolescentes descreve a dor como sendo um sentimento de tristeza.

Palavras chaves: Neoplasias; Adolescente; Dor; Dor nociceptiva.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Jessica Mayara da Silva Oliveira. **ONCOLOGIC PAIN: CLINICAL PROFILE AND PERCEPTION OF TEENAGERS WITH CANCER.** Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande. Cuité - PB, 2014, 85p.

Cancer is a collection of various types of diseases that have in common the uncontrolled growth of the cells, leading to the invasion of tissues and organs. Its causes can be external or internal to the body. The cancer is described as a public health problem that affects the entire world, thus including children and adolescents. The diagnosis of cancer in adolescents becomes one of the most stressful moments for the same, developing them, feelings of anxiety, doubt and fear by the probability of dying. Beyond these psychological implications, cancer is also responsible for a range of physical symptoms, where the pain is considered one of the most devastating cancer behind much suffering, and with so many symptoms that it causes, can highlight cancer pain as the most devastating symptom. Given this reality, the present study is an exploratory, descriptive and quantitative study aimed to investigate the perceptions of adolescents diagnosed with cancer about pain and identify the care that they receive for control decrease this symptom as disturbing. The sample was composed by through eight interviews conducted with adolescents diagnosed with different malignancies at the University Hospital of Paraíba, in the period d between January and February 2014. The data collected through the interviews and the analysis of each chart were divided into five stages according to the order and characterization, where they have been demonstrated through graphs using Microsoft Excel 2007. In this work, we realize that the male gender is the hardest hit, with 75 % being the most prevalent age group AGES 12 to 14 years (75%). The FOI Leukemia neoplasms with the highest prevalence at 62.5 %, mainly in males; conic pain was the most prevalent, represented by 62.5 %, mainly in the lower limbs. The change in daily life that most affects teens school absenteeism is the absence in school and most teenagers describes the pain as a feeling of sadness.

Key words: Neoplasms; Adolescents; Pain ; Nocicptiva pain .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Escala de Wong-Baker.....	35
Figura 2	Escala Visual Analógica.....	35
Figura 3	Escala Numérica.....	35
Figura 4	Questionário de Dor de McGill.....	36
Figura 5	Escada Analgésica da OMS.....	38
Figura 6	Etapas da pesquisa.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos adolescentes de acordo com o gênero. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	45
Gráfico 2	Distribuição dos adolescentes de acordo com a idade. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	47
Gráfico 3	Distribuição dos adolescentes de acordo com a escolaridade. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	48
Gráfico 4	Distribuição dos adolescentes de acordo com os tipos de neoplasias. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	49
Gráfico 5	Distribuição dos adolescentes de acordo com os tipos de neoplasias e gênero. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	51
Gráfico 6	Distribuição dos adolescentes de acordo com a classificação do tumor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB, 2014.	53
Gráfico 7	Distribuição dos adolescentes de acordo com o tipo de dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	54
Gráfico 8	Distribuição dos adolescentes de acordo com a etiologia da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	55
Gráfico 9	Distribuição dos adolescentes de acordo com o local de maior dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	56
Gráfico 10	Distribuição dos adolescentes de acordo com a intensidade da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.	58
Gráfico 11	Distribuição dos adolescentes de acordo com os fatores atenuantes da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB, 2014.	60
Gráfico 12	Distribuição dos adolescentes de acordo com os fatores agravantes da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB, 2014.	61
Gráfico 13	Distribuição dos adolescentes de acordo com o tratamento	62

farmacológico. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014.

- Gráfico 14 Distribuição dos adolescentes de acordo com o tratamento não farmacológico. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014. 64
- Gráfico 15 Distribuição dos adolescentes de acordo com a satisfação frente aos cuidados de enfermagem. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014. 65
- Gráfico 16 Distribuição dos adolescentes de acordo com acordo com as mudanças ocorridas nas atividades de vida diária depois da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014. 66
- Gráfico 17 Distribuição dos adolescentes de acordo com o significado da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande –PB, 2014. 69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 Características gerais sobre o câncer pediátrico.....	22
2.2 Aspectos históricos da dor: Conceito, Fisiologia, Fisiopatologia e Etiologia da dor.....	27
2.3 O adolescente com câncer e a dor oncológica.....	30
2.4 Avaliação e controle da dor oncológica enfatizando os cuidados na pediatria.....	33
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
3.1 Tipo de Pesquisa.....	39
3.2 Local da Pesquisa.....	40
3.3 População e Amostra.....	41
3.4 Instrumento da Pesquisa.....	42
3.5 Considerações Éticas.....	42
3.6 Coleta de Dados.....	43
3.7 Análise de Dados.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados.....	82

ANEXOS.....	85
ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP.....	86
ANEXO B- Comprovante de envio do projeto.....	89

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2011), o câncer é definido com sendo um conjunto de diversas doenças que têm em comum o crescimento desordenado das células, invadindo tecidos e órgãos. Por terem uma divisão acelerada, estas células geralmente são muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se pelo corpo. Suas causas são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. Sendo assim, os tumores podem iniciar-se em diferentes tipos de células. Se o câncer tiver início nos tecidos epiteliais, como por exemplo, pele ou mucosas, o mesmo é denominado carcinoma, mas, se a origem acontecer nos tecidos conjuntivos, como por exemplo, ossos, músculos ou cartilagens, é denominado sarcoma.

O câncer é um problema de saúde pública que atinge todo o mundo. A porcentagem de tumores pediátricos observados no Registro de Câncer por Base Populacional (RCBP) brasileiro encontra-se próximo de 3%. Estima-se que no Brasil, no ano de 2012, surgiram cerca de 384.340 novos casos de câncer, sendo que 11.530 casos novos de câncer atingiram crianças e adolescentes até os 19 anos. Geralmente a incidência de tumores malignos na infância é prevalente mais no sexo masculino. As últimas informações disponíveis referentes à mortalidade mostram que, no ano de 2009, os óbitos por neoplasias, entre 1 a 19 anos, encontraram-se entre as dez primeiras causas de morte no país. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano de 2030, surgirão cerca de 27 milhões de novos casos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, por ano, com este diagnóstico. A maior decorrência desse aumento deverá acontecer em países de baixa e média renda (INCA, 2012).

O câncer na infância, apesar de ser considerado raro, representa uma média de 0,5% a 3% de todas as neoplasias existentes. Quando tratadas em centros especializados e adequados cerca de 70% das crianças sobrevivem, e muitas delas são consideradas curadas. Apesar de todo avanço científico, o câncer infantil ainda continua com a maioria de suas causas desconhecidas, diferenciando-se dos tumores em adultos, seja nos tipos histológicos, comportamento biológico, evolução clínica ou nas respostas aos tratamentos (BRASIL, 2008). O Instituto Nacional de Câncer (2011) define o câncer infantil como sendo um grupo de doenças que têm em comum o desenvolvimento descontrolado de células anormais, podendo acontecer em qualquer região do

organismo. As neoplasias mais frequentes na infância são as leucemias, que atinge os glóbulos brancos; os tumores do sistema nervoso central e os linfomas, este último atinge o sistema linfático. Além desses, existe o neuroblastoma¹, tumor de Wilms², retinoblastoma³, tumor germinativo⁴, osteossarcoma⁵ e sarcomas⁶.

Geralmente os tumores nos adultos estão relacionados à exposição aos vários fatores de risco modificáveis e não modificáveis, como por exemplo, idade, sexo, estilo de vida, entre outros fatores, as causas dos tumores pediátricos ainda são de pouco conhecimento, embora em alguns casos já se tenha argumentos científicos de que são determinados pela genética. Do ponto de vista clínico, os tumores infantis apresentam menores períodos de latência, em geral crescem rapidamente e são mais invasivos. Por outro lado, respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1989, enfatiza a adolescência como sendo um momento de importância vital, onde esse período da vida humana é definido como um processo fundamentalmente biológico de experiências orgânicas, no qual se precipitam o desenvolvimento cognitivo e a formação da personalidade (SOUZA; OLIVEIRA, 2007).

O diagnóstico do câncer em adolescentes é um dos momentos mais estressantes para o mesmo, ele cerca-se de angústias, dúvidas e medo pela possibilidade de morte. Tanto o adolescente como os seus familiares e amigos começam a conviver com esta doença, passando assim, por mudanças bruscas, transformando totalmente sua rotina, pois esse necessita, muitas vezes, passar o maior tempo nos hospitais, recebendo tratamentos adequados em busca da cura, bem como para realização de diversos exames, precisando se ausentar da escola, do vínculo familiar e dos amigos. Além disso, a perspectiva de um futuro melhor e próspero também acaba sofrendo mudanças, pois o mesmo passa a ser uma incógnita cada vez maior (CASTRO, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o câncer pediátrico, em grande parte, apresenta sinais e sintomas que podem ser confundidos com outras patologias pediátricas, podendo, em alguns casos, retardar o diagnóstico precoce, prejudicando até

¹ Tumor de células do sistema nervoso periférico, geralmente com localização abdominal.

² Tipo de tumor renal.

³ Neoplasia que atinge a retina, fundo do olho.

⁴ Neoplasia que atinge as células que dão origem aos ovários ou aos testículos.

⁵ Tumor que afeta o sistema ósseo.

⁶ Tumores que afetam as partes moles do organismo.

mesmo na cura. Os sinais e sintomas desencadeados pelo câncer vão depender do tipo e da localização do mesmo, mas geralmente são: náuseas, vômitos, dor, fadiga, mucosite, manchas pelo corpo, cefaleia, problemas visuais, entre outros. É importante estar atento nas alterações das atividades diárias do adolescente (piora no desempenho escolar, mudanças de comportamento, desinteresse pelos amigos, entre outras alterações), para assim poder fazer uma avaliação na qualidade de vida que ele está apresentando bem como para nortear o tratamento a ser realizado. Dentre estes sintomas, pode-se destacar a dor oncológica, presente na maioria dos pacientes diagnosticados com câncer.

A dor é uma sensação ou experiência emocional brusca, que está diretamente ligada com o dano tecidual real ou potencial. Independente da dor, seja aguda ou crônica, contínua ou intermitente, de baixa, média ou alta intensidade, deve-se avaliá-la e tratá-la adequadamente. Dentre as causas da dor, as provocadas por neoplasias malignas é a que mais traz sofrimento ao adolescente, principalmente se não for tratada e prevenida corretamente (OLIVEIRA, 2008).

Além da dor relata acima, existe também a “dor total”, que tem como definição a influência de diferentes dimensões da vida sobre a dor e ao impacto da dor sobre a vida. Além de conviver com a dor física, existe também a dor mental, que está relacionada com as mudanças de humor, sentimentos de perda de controle sobre a própria vida; a dor social, marcada pelo isolamento dos amigos e muitas vezes dos familiares, por causa da doença, e a dor espiritual, quando há perda do significado e sentido da vida (SANTOS, 2011).

Para dar início ao tratamento do câncer um passo muito importante e fundamental é o diagnóstico, incluindo neste o estadiamento, ou seja, a avaliação da expansão do comprometimento do organismo, onde assim poderá ser feito o planejamento terapêutico. É muito importante que a rede de serviços de saúde tenha nas suas equipes especialistas nas áreas clínica, cirúrgica, laboratorial e os demais métodos de apoio diagnóstico. Os tratamentos mais conhecidos para o câncer são: a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Em certos casos faz-se necessário a combinação destes procedimentos, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração (BRASIL, 2011).

A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) constatou que cerca de 90% dos pacientes com diagnóstico de câncer apresenta, em algum período da evolução clínica, a dor como sintoma (SANTOS, 2009).

A motivação pela temática “Dor oncológica” surgiu a partir de uma vivência durante o estágio prático da disciplina Enfermagem em Oncologia realizada em um hospital que atende pacientes com neoplasias em Campina Grande-PB. Ao encontrar neste espaço muitos adolescentes que realizavam tratamento quimioterápico e radioterápico, pude perceber que a dor era relatada como o sintoma mais castigador desta enfermidade.

Diante do sofrimento e das mudanças que o câncer trás ao adolescente, além de analisar a dificuldade de encontrar trabalhos que relatem sobre a dor oncológica nos mesmos, viu-se a necessidade de produzir um estudo que relatasse com maior aprofundamento sobre o olhar do adolescente com câncer diante deste sintoma tão devastador.

Acredito que este trabalho contribuirá diretamente para que os profissionais de saúde comecem a ter um olhar diferenciado para esta população, avaliando e tratando com mais cuidado esse sintoma tão devastador que é a Dor Oncológica, bem como contribuindo ainda mais para que a assistência qualificada esteja cada vez mais presente nas alas oncológicas, e espero que através do mesmo, possamos saber compreender ainda mais os adolescentes, e entendê-los, pois vale ressaltar que o cuidar não é apenas prestar uma assistência qualificada, mas também conhecer e entender o perfil de cada clientela, em especial se tratar de criança e o adolescente.

Para isso foi elaborada a seguinte questão norteadora da pesquisa: qual o perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes com câncer que apresentam dor oncológica?

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo é traçar o perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes com câncer apresentando dor oncológica. E como objetivos específicos: traçar o perfil clínico dos adolescentes relacionado ao diagnóstico médico; traçar o perfil clínico dos adolescentes relacionados à dor oncológica; identificar os cuidados farmacológicos e não farmacológicos direcionados aos adolescentes a fim de diminuir o sintoma em tela; investigar a satisfação dos adolescentes frente aos cuidados de enfermagem e compreender o significado da dor para os adolescentes participantes da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Características gerais sobre o câncer pediátrico

O câncer é uma doença antiga detectada por volta de três mil anos a.C. através de estudos realizados em múmias egípcias. Hipócrates, pai da medicina, foi o primeiro a usar a palavra câncer em seus estudos, a mesma vem de origem da palavra grega Karkínos, que quer dizer caranguejo, este têm sido usado para simbolizar tal doença, pois suas patas são comparadas à característica infiltrativa que o câncer possui (BRASIL, 2011; STUMM, LEITE, MASCHIO, 2008).

No organismo, existem diversas formas de crescimento celular controlada e não controlada. As formas de crescimento controladas podem ser classificadas como hiperplasia, metaplasia e displasia, enquanto que as neoplasias definem-se quanto às formas de crescimento não controladas e são chamadas, na prática, de “tumores”. Uma das definições para as neoplasias é a de que estas são proliferações anormais dos tecidos, fugindo parcial ou totalmente ao controle do organismo, com efeitos agressivos sobre o seu hospedeiro (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) as células cancerosas diferem-se das células normais, principalmente quando relacionadas ao seu crescimento, pois o crescimento das células cancerígenas não pára, elas continuam crescendo de forma incontrolada, desenvolvendo assim outras novas células anormais e/ou malignas. O câncer é caracterizado pela perda do controle da divisão celular e aptidão de infiltrar-se em outras estruturas orgânicas.

A denominação dos tumores baseia-se a partir da formação e desenvolvimento dos diferentes tecidos embrionários de um organismo a partir de células indiferenciadas (histogênese) e da histopatologia. Para nomear os tumores benignos acrescenta-se o sufixo “oma” (tumor) ao termo que designa o tecido de origem, por exemplo, tumor benigno do tecido gorduroso – lipoma. Já para os tumores malignos, considera-se a origem embrionária dos tecidos de procedência do tumor. Se a sua origem acontecer nos tecidos epiteliais de revestimento externo e interno, os tumores serão denominados carcinomas. Quando o epitélio de origem for glandular, serão chamados de adenocarcinomas. Os tumores malignos de origem conjuntiva ou mesenquimais terão o acréscimo da palavra sarcoma ao tecido correspondente. Por último, os tumores que se

originam nas células blásticas, que ocorrem mais frequentemente na infância, têm o sufixo blastoma acrescentado ao tecido correspondente de origem (BRASIL, 2010).

No que se refere à classificação do tumor, o mesmo pode ser classificado como in situ ou não invasivo, e invasivo. No estágio in situ, primeiro estágio do câncer, as células cancerosas estão localizadas apenas na camada do tecido onde se desenvolveram, não tendo se espalhado para outras localidades do organismo. A grande maioria das neoplasias in situ pode ser curada se tratada de início. Já no câncer invasivo, as células cancerosas começam a invadir outras camadas de células do órgão, onde caem na corrente sanguínea ou linfática e começam a se proliferar para outras regiões do corpo. Este processo é conhecido como metástases (BRASIL, 2011).

Com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), criada em dezembro de 2005, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou-se a promover ações integradas do governo com a sociedade para implantar uma nova política, que reconhece o câncer como um problema de saúde pública e assim, cria estruturas para a realização de ações com o objetivo de “controlar” tal patologia no Brasil por meio da Rede de Atenção Oncológica (RAO), com a participação direta e indireta do Governo Federal, das secretarias estaduais e municipais de saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não governamentais e da sociedade de forma geral. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) o câncer é descrito como a segunda causa de morte por doença no Brasil (BRASIL, 2008).

No Brasil, entre as patologias crônicas, o câncer torna-se a terceira maior causa de morte infantil, ficando atrás das mortes por violência (acidentes, homicídios) e as patologias mais frequentes dos países em desenvolvimento, como o caso da diarreia e das pneumonias. Mesmo que a incidência do câncer infantil no Brasil ainda seja desconhecida, as estimativas nacionais oriundas de serviços especializados cadastrados no Ministério da Saúde e acoplados à Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE) mostram a ocorrência de 8.000 a 10.000 casos/ano, mostrando a necessidade de atentarmos o olhar sobre o convívio da criança/adolescente e da família com a realidade da cronicidade relacionada à patologia (ANDERS; SOUZA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o câncer pediátrico difere em algumas características da neoplasia em adultos, tratando-se de uma doença rara na faixa etária de 10 a 19 anos, onde se podem traçar diferenças quando comparados ao diagnóstico de um adulto, como: a origem biológica, os fatores de risco, os tipos histológicos, o sítio anatômico e as respostas ao tratamento. Tais características intervêm na maneira da

apresentação clínica e até nas medidas de prevenção primária e secundária desta patologia. Em um paciente adulto, por exemplo, muitas das neoplasias malignas são de origem epitelial, com um desenvolvimento lento. Já no adolescente, os tumores, em sua maioria dos casos, são de origem embrionária, sendo mais agressivos e apresentam um desenvolvimento mais rápido, e muitas vezes, em estágio avançado quando diagnosticado. Ao contrário dos adultos, no processo de carcinogênese dos tumores pediátricos os fatores ambientais exercem pouca ou nenhuma influência, dificultando as medidas de prevenção primária. Neste caso, o diagnóstico precoce acaba se tornando uma medida de prevenção secundária.

A leucemia aguda é a principal neoplasia que acomete os adolescentes. Seu período de latência é curto com história de surgimento dos sintomas em poucas semanas. Já os linfomas encontram-se entre os três grupos de neoplasias mais comuns, que se apresentam normalmente através da adenomegalia. Porém, vale ressaltar que outros tumores não hematológicos também podem infiltrar secundariamente nos linfonodos, causando seu crescimento. Outro tipo de câncer mais frequente nesta faixa etária são os tumores sólidos, que são causados principalmente pelos neuroblastomas, tumores renais de *Wilms* (nefroblastomas), linfomas não *Hodgkin* (tipo Burkitt), hepatoblastomas e tumores de células germinativas (BRAISL, 2009).

Na maioria dos casos, o câncer pediátrico está associado a alterações genéticas e a anomalias congênitas. Por exemplo, o retinoblastoma é uma neoplasia que tem a hereditariedade como o maior fator de risco, podendo passar de pai para filho em 40% dos casos; a aniridia⁷ pode associar-se pela ocorrência de tumores de Wilms, enquanto a hemi-hipertrofia corporal pode relacionar-se ao tumor de Adrenal, tumor de Wilms e hepatocarcinoma. A localização e o tipo do tumor vão variar conforme a idade. Geralmente, os sinais e sintomas presentes em adolescentes são: febre; emagrecimento; palidez cutaneomucosa; náuseas e vômitos; manchas pelo corpo; sangramentos anormais sem causas aparentes; adenomegalia localizada e/ou generalizada e a dor, também generalizada. Ou, ainda, sinais e sintomas de acometimento mais localizados, como: cefaleias, alterações da visão, dores abdominais e osteoarticulares (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

⁷ Doença rara, que consiste na falta congênita da íris do olho. Pode afetar um só olho, mas é mais frequente que afete os dois. É geralmente acompanhada de outros transtornos como: cataratas, glaucoma, estrabismo, entre outros.

O diagnóstico de câncer é realizado a partir da história clínica do adolescente e da realização de um exame físico mais detalhado, e também, se possível, uma visualização direta da área atingida, através de exames endoscópicos como broncoscopia, endoscopia digestiva alta, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia, colonoscopia, endoscopia urológica, laringoscopia, colposcopia, laparoscopia, entre outros que forem necessários, como por exemplo, a realização da mamografia para a detecção do câncer de mama. Caso seja observada alguma alteração, será necessário fazer uma biópsia do tecido e encaminhá-lo para confirmação do diagnóstico através do exame histopatológico, realizado pelo médico anatomopatologista. Além de realizar o estadiamento da doença, ou seja, a avaliação da dimensão do tumor primário, a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais e a presença, ou não, de metástase à distância, é necessária a avaliação da condição funcional do adolescente. Caso essa condição funcional esteja comprometida, faz-se necessário identificar se a mesma é causada pela repercussão do câncer no organismo, se é decorrente ao tratamento que o adolescente está submetido ou advém de outra doença concomitante (INCA, 2011).

As principais metas do tratamento para o câncer pediátrico são: a cura, o prolongamento da vida útil e a melhora da qualidade de vida. As medidas terapêuticas mais utilizadas são: quimioterapia, radioterapia, cirurgia, e cuidados paliativos que podem ser utilizados isolados ou associados (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) a quimioterapia é um tratamento sistêmico do câncer que utiliza medicamentos denominados hormonioterápicos, bioterápicos, imunoterápicos ou alvoterápicos, os quais são administrados continuamente ou em intervalos regulares, de acordo com os esquemas terapêuticos. A maioria dos quimioterápicos tem sua dose básica, para efeito antitumoral, ajustada de acordo com a superfície corporal de cada adolescente. Esta dose é obtida a partir do peso e da altura do adolescente, que é expressa em metro quadrado (m^2). Após a obtenção da superfície corporal, esta é multiplicada pela dose básica do quimioterápico, tendo como resultado a dose do adolescente. Existem alguns quimioterápicos que possuem uma dose única, que não está relacionado com a superfície corporal, e outros são prescritos de acordo com o peso corporal, medido em quilogramas (Kg). A quimioterapia é aplicada em ciclos que consistem na administração de um ou mais medicamentos a intervalos regulares e a maioria dos quimioterápicos antineoplásicos atua de forma não específica, danificando tanto células malignas quanto benignas.

A radioterapia é o método de tratamento local do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente delimitadas. A radioterapia externa (roentgenterapia, cobaltoterapia e radioterapia por acelerador linear) ocorre através da aplicação diária de uma dose de radiação, durante um intervalo de tempo predeterminado, a partir de uma fonte de irradiação localizada longe do organismo, conhecida como teleterapia, ou seja, uma terapia a curta distância, a cerca de 1 metro de do adolescente. A mesma pode ser expressa em centigray (cGy) ou em gray (Gy) e tem como objetivo alcançar um número terapêutico favorável e positivo, fazendo com que as células malignas percam a sua clonogenicidade e, ao mesmo tempo, conservem os tecidos normais. Nesta modalidade, os radioisótopos são utilizados em doses elevadas nos tecidos atingidos pelo câncer, permitindo o estudo da fisiologia e das transformações bioquímicas dos organismos vivos em condições normais. A dose diária da radioterapia varia de 180 a 200 cGy/dia e o tempo médio de tratamento é de 4 a 5 semanas, resultando em uma dose total de 4.500 a 5.000 cGy, ou 45 a 50 Gy. A variação da dose está relacionada com a finalidade do tratamento, com a localização e o tipo histológico do tumor (BRASIL, 2008; BRASIL 2010).

A cirurgia também é um dos métodos realizados em adolescentes diagnosticados com alguma neoplasia e foi o primeiro tratamento que modificou significativamente o curso da doença neoplásica, sendo um dos principais métodos utilizados. O câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e curado cirurgicamente. Pode ser utilizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa. A margem de eficácia e segurança, na cirurgia oncológica, dependerá da localização e do tipo histológico do tumor (BRASIL, 2008).

As ações de controle para o câncer infantil não se limitam apenas à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico ou ao tratamento, mas também envolvem os cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são ações e/ou intervenções terapêuticas que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida dos adolescentes e de seus familiares, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, através da prevenção e alívio do sofrimento (BRASIL, 2011).

Para Govindan (2004), o foco principal do cuidado ao paciente diagnosticado com câncer consistia apenas em respostas objetivas, sobrevida e por fim em curas como desfechos mais importantes. Porém, ocorreu uma mudança, principalmente no molde de cuidado paliativo dos sintomas iniciais até ao fim da vida ou em programas de

internação para um cuidado continuado ao longo da doença. O novo modelo de cuidado paliativo dá destaque ao controle dos sintomas e ao cuidado paliativo ao longo de todos os estágios do câncer. No entanto, quando o tratamento com a quimioterapia, a radioterapia e/ou a cirurgia não são mais eficazes e nem oferecem conforto, a equipe multiprofissional passa a prestar uma assistência com fins paliativos, não mais curativos.

De acordo com o autor supracitado a precursora dos cuidados paliativos foi Cicely Saunders, fundadora do *St. Christopher's Hospice* no sul de Londres, em 1967. O *St. Christopher's* foi um exemplo de cuidados paliativos, a começar pela sua estrutura física, com janelas, jardins, móveis similares aos domésticos, diversas atividades para serem realizadas com os pacientes, e pela ausência de medidas que prolongassem o processo da morte e do sofrimento. Em 1969, o *St. Christopher's* começou a desenvolver um programa que prestava assistência de cuidados paliativos domiciliares e, desde então, tal fim terapêutico busca amenizar os sintomas que a gravidade da doença provoca nos pacientes, porém os mesmos não proporcionam a cura. A assistência prestada aos adolescentes através do cuidado paliativo é realizada por uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por um diretor médico, equipe de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, voluntários, outros profissionais de saúde e também, pelos próprios familiares e amigos. O foco da equipe de cuidados paliativos não pode ser apenas o adolescente, mas também toda a sua família. A equipe de cuidados paliativos precisa se reunir pelo menos uma vez por semana para discutir a situação do adolescente como também da sua família e assim traçar outras metas com o objetivo de prestar mais conforto e dignidade ao mesmo, através não só de um tratamento medicamentoso, mas também de um olhar mais caloroso, como atenção, gestos de carinho, proporcionar ambientes calmos e agradáveis, bem como, se possível, estimular a realização de atividades agradáveis ao adolescente, tais como, músicas, brincadeiras, leituras, entre outras, procurando sempre oferecer a melhor assistência holística interdisciplinar possível.

2.2 Aspectos históricos da dor: Conceito, Fisiologia, Fisiopatologia e Etiologia da dor

Antigamente, a dor, por causa do seu caráter subjetivo, foi compreendida de forma mística ou religiosa, integrada ao sofrimento humano. Com o passar do tempo e

com o avanço da ciência no século XIX, a dor física foi separada do sofrimento social, tornando-se um fenômeno explicado fisiologicamente (SILVA et al., 2011).

Segundo Santos (2011, p.375), “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”. A mesma afeta o bem-estar físico psicológico, social e espiritual tanto dos pacientes como dos seus familiares e cuidadores. Ela interfere no conforto do paciente e na capacidade do mesmo de desenvolver atividades diárias (GOVINDAN, 2004).

A ocorrência da dor é a principal causa pela qual os pacientes procuram os serviços de saúde. De acordo com estudos epidemiológicos cerca de 30% e 40% da população brasileira seja acometida de dor crônica. A dor, principalmente quando está relacionada a uma doença como o câncer, é um dos sintomas que mais causa sofrimento humano, pois provoca incapacidade e compromete a qualidade de vida do paciente, tendo repercussões psicossociais e econômicas significativas, tornando-se um grave problema de saúde pública. Baseando-se nessas considerações, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria MS/GM nº 19/2002, que tem como objetivo o controle e alívio da dor (BRASIL, 2007).

Mesmo com os avanços do seu diagnóstico e tratamento, as neoplasias malignas ainda trazem muito desconforto e sofrimento àqueles que são diagnosticados com tal doença, tanto pela presença do tumor, como também pela deterioração física, emocional, espiritual ou social causado pelo tratamento ou pelos sintomas que a própria doença desenvolve. Diante dos desconfortos vivenciados pelos pacientes com câncer, a dor é apontada como sendo o sintoma mais frequente, estando presente em cerca de 50% dos pacientes durante todos os estágios da doença e em cerca de 70% daqueles que apresentam uma fase mais avançada da doença (MORETE; MINSON, 2008).

Existem quatro processos fisiológicos de dor nociceptiva (normal), são elas: transdução, transmissão, percepção e modulação. Um paciente com dor não é capaz de diferenciar esses processos. Porém, compreender cada processo ajuda a reconhecer os fatores que causam a dor, os sintomas que a acompanham, e justificar os tratamentos que são escolhidos. Estímulos químicos, térmicos, ou mecânicos costumam causar dor. A transdução transforma a energia produzida por esses estímulos em energia elétrica. A mesma começa na periferia quando um estímulo que leva à dor envia um impulso através de uma fibra nervosa sensitiva periférica de dor (nociceptor), iniciando um

potencial de ação. À medida que a transdução está completa, começa a transmissão do impulso de dor. A percepção é o momento em que uma pessoa toma consciência da dor. O córtex somatossensorial identifica, tanto a localização como a intensidade da dor, enquanto o córtex de associação, principalmente no sistema límbico, determina como uma pessoa a sente. Não existe um centro único de dor. À medida que a pessoa se torna consciente da dor, ocorre uma reação complexa. Fatores psicológicos e cognitivos interagem com os neurofisiológicos na percepção da dor. A percepção dá consciência e sentido à dor, tendo como resultado uma reação. A reação à dor envolve as respostas fisiológicas e comportamentais que ocorrem depois que a pessoa percebe a dor. No momento em que o encéfalo percebe a dor, ocorre uma liberação de neurotransmissores inibitórios, como opioides endógenos, serotonina, norepinefrina e ácido gama-aminobutírico (GABA), que trabalham para impedir a transmissão da dor e ajudam a produzir um efeito analgésico. Tal inibição do impulso da dor é a quarta e última fase do processo nociceptivo, conhecida como modulação (POTTER; PERRY, 2013).

Segundo Costa et al. (2007) a dor classifica-se da seguinte forma: de acordo com a Patogênese, que pode ser a dor nociceptiva, que consiste no modelo da dor aguda onde a lesão tecidual excita os receptores da dor; quando referida ao local de origem, ela pode ser somática ou visceral, quando a dor é somática a mesma, muitas vezes, pode ser descrita como, por exemplo, uma picada ou um aperto, podendo ser superficial ou profunda; já a dor visceral é descrita como de difícil localização, geralmente acompanhada por reações autonômicas, podendo se irradiar para outras regiões; a dor neuropática, que é causada pela lesão das fibras nervosas e o impulso da dor é originado nas vias nervosas, e a dor psicossomática; quanto a Duração da dor ela pode ser aguda, que é resultado de uma lesão tanto externa como interna, muitas vezes de fácil localização, ou crônica, que possui uma duração mais prolongada, geralmente superior a seis meses; Localização de origem e a Causa da dor, que pode ser oncológica, traumática ou pós-operatória.

A dor oncológica pode ser classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em: *dor nociceptiva*, esta é subclassificada em somática e visceral, a dor somática é aquela que surge a partir de uma lesão na pele ou nos tecidos mais profundos e, geralmente, é uma dor localizada, a dor visceral tem origem em vísceras abdominais e/ou torácicas, ambas acontecem através de uma estimulação química ou física de terminações nervosas normais; *dor neuropática*, que resulta de algum agravo a um nervo ou de alguma função nervosa anormal de qualquer parte do sistema nervoso

central ou periférico; *dor idiopática*, que tem origem psíquica, sendo esta rara em pacientes com câncer; e, *dor mista*, coexistente de dois ou mais tipos de dor (BRASIL, 2001; SANTOS, 2011).

Segundo Potter e Perry (p. 987, 2013)

a dor oncológica geralmente é causada pela progressão do tumor e relacionada a processos patológicos, procedimentos invasivos, toxicidade do tratamento, infecção e limitações físicas. O paciente sente a dor no próprio local do tumor ou distante a ele (dor referida).

Das síndromes dolorosas que estão relacionadas ao câncer, Foley menciona que entre 62 e 78% são devidas ao tumor, seja através da infiltração ou da invasão tumoral direta ou por meio de metástases; 19 a 28% são causadas pelo diagnóstico e tratamentos do câncer, por iatrogenia e complicações inerentes aos métodos diagnósticos e terapêuticos; e cerca de 3 a 10% não são relacionadas ao tumor, nem mesmo ao tratamento estabelecido. A causa da dor crônica relacionada ao câncer, por sua vez, pode ser mais difícil de ser caracterizada, porque muitos desses adolescentes, principalmente aqueles com a doença avançada, possuem diversas etiologias e fontes de dor (ONOFRE, 2009).

O conceito de “dor total” foi criado pela enfermeira, médica e assistente social, *Cicely Saunders*, na Inglaterra. Segundo ela, quando não era possível curar o paciente, era possível cuidar do mesmo. Referente aos cuidados da dor, Saunders avaliou a presença de um estado repleto de sentimentos dolorosos, principalmente em pacientes em fase terminal. Tal conceito é formado por componentes e/ou sentimentos como: dor física; dor psíquica, referente ao medo do sofrimento e da morte, bem como tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero e depressão; dor social, descrita através de sentimentos como rejeição, dependência e inutilidade; dor espiritual, por causa do medo da morte, do que vêm após a mesma, a culpa diante de Deus, e a perda do significado e sentido da vida (CARVALHO, 2009).

2.3 O adolescente com câncer e a dor oncológica

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescente é o cidadão que tem entre 12 e 18 anos de idade. Porém, os serviços de saúde consideram adolescência a fase entre 10 a 19 anos, já que, a partir dos 10 anos, iniciam-se diversas

mudanças e/ou transformações no seu corpo, no seu crescimento, na sua vida emocional, social e nas suas relações afetivas (BRASIL, 2011).

A adolescência é uma época excitante, quando tudo parece possível. Os adolescentes estão no limiar do amor, da vida profissional. Eles estão conhecendo as pessoas mais interessantes do mundo: eles mesmos. Essa é uma época em que o jovem pode divertir-se de diferentes maneiras sem ter que assumir responsabilidades e obrigações que o adulto assume, porém, é preciso pensar essa etapa do ciclo vital com um olhar que perceba o período difícil e ao mesmo tempo importante que o adolescente está vivenciando. Esses jovens estão em desenvolvimento interno e externo, tomando decisões que por certo influenciarão toda a sua vida. Na adolescência, o jovem inicia a busca pela sua independência, decidindo o que quer fazer, as coisas que gosta e os projetos de vida. Começa, também, a olhar para fora da família procurando a convivência e a integração com o grupo social em que está inserido. Tais mudanças geram conflitos necessários ao amadurecimento do indivíduo (IAMIN; ZAGONEL, 2011).

Quando o adolescente é diagnosticado com câncer tudo na vida dele começa a sofrer grandes transformações, muitas delas negativas, exigindo assim uma readaptação diante desta nova e dolorosa situação. As atividades da vida diária são interrompidas, havendo um distanciamento do cotidiano, onde começa a se viver o dia de hoje sem uma perspectiva para o futuro. Ocorrem grandes transformações nos aspectos pessoal, familiar, escolar e social. Sendo assim, desde o início, além do adolescente, os pais, familiares e amigos também começam a enfrentar uma triste realidade, como separações, devido às internações hospitalares; perdas; frustrações; mudanças e medo. Vivenciar o diagnóstico do câncer é, muitas vezes, passar a viver em um mundo que não é o escolhido pelo sujeito, um mundo obscuro e cheio de dúvidas e insegurança (CASTRO, 2010). O câncer pediátrico é caracterizado por diversas experiências que causam estresse, o mesmo é cercado por momentos cheios de sofrimento, tanto para o adolescente como para sua família. Por muitas vezes envolve tratamentos prolongados, gerando cuidados e necessidades de mudanças, o adolescente e seus familiares acabam vivenciando, muitas vezes, momentos de depressão, isolamento, inferioridade e desajustamento, podendo muitas vezes, desenvolver riscos de problemas psiquiátricos e sofrimento espiritual (NASCIMENTO et al, 2010).

Segundo Iamin e Zagonel (2011), passar pelos procedimentos e pelos efeitos consequentes das prescrições médicas para cada caso é experimentar sentimentos de

estranheza, insegurança, revolta, impotência e, principalmente, de não se reconhecer mais. A vivência é permeada por sentimentos de mutilação que extrapolam as físicas; é uma experiência de perdas e de incerteza acerca do porvir. O viver com câncer é um viver intenso, é um abrir-se às emoções plenas e, também, um penoso forjar da fragilidade em força. Assim, passar pela experiência de estar com uma doença tão fortemente vinculada à morte é sofrer uma série de interposições no projeto de vida; é ter a vida em suspenso. Nesse caminho surgem estressores importantes, como a hospitalização, que não estão relacionados apenas à doença em si, mas carregam muitos fatores que afetam sobremaneira a vida de quem a vivencia. Entre esses fatores inclui-se a dor; o ambiente hospitalar pouco familiar; a exposição a procedimentos médicos invasivos; a separação dos pais; o estresse dos acompanhantes; a ruptura da rotina de vida e adaptação a uma nova rotina imposta e desconhecida; a perda da autonomia, controle e competência pessoal; a incerteza sobre a conduta mais apropriada; e a morte.”

Embora haja estudos comprovando que as chances de sobrevida e cura em crianças e adolescentes é maior, esse diagnóstico ainda é visto pelas famílias como uma grande catástrofe, provocando sentimentos de angústia e incerteza. Durante todo o tratamento existirá o medo da morte, gerando mais incertezas e dor. Com base na literatura, o afastamento da casa, da família, dos amigos e da escola tem sido apontado como o fator mais significativo durante todo o tratamento. Ainda existem as mudanças sofridas pela criança/adolescente durante todo esse processo, como as da autoimagem, por causa das alterações sofridas pelo corpo em decorrência do tratamento (ANDERS; SOUZA, 2009).

Segundo Ferreira e Garcia (2008), com o diagnóstico do câncer o adolescente sente a perda da liberdade e sente-se desigual do seu grupo de convívio, começando assim, a viver situações de dor e grande sofrimento, principalmente quando necessita ser hospitalizado.

Mesmo sem dados estatísticos específicos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que quase todos os adolescentes com câncer apresentam dor, sendo este sintoma considerado o mais persistente e incapacitante do câncer. Na doença oncológica, a dor pode ser classificada como dor aguda e crônica. Na dor aguda existe uma associação com a lesão tecidual causada pela neoplasia e a dor crônica está associada ao tumor e metástase ou ao tratamento, e persiste por mais de três meses (SANTOS, 2011).

A dor em adolescentes com câncer pode estar relacionada à doença, aos procedimentos diagnósticos e/ou ao tratamento da neoplasia. Independente da sua causa, o adolescente deve receber um tratamento adequado para se obter o alívio dessa dor (BRASIL, 2009).

2.4 Avaliação e controle da dor oncológica enfatizando os cuidados na pediatria

Avaliar a dor nesta população ainda é um grande desafio para os profissionais da saúde, pois os adolescentes, muitas vezes, possuem uma dificuldade de expressar de forma coerente e de fácil compreensão a experiência da dor, bem como expressá-la através do comportamento e das palavras. É importante, conhecer e diagnosticar as mudanças que este sintoma causa neste adolescente no decorrer do seu cotidiano, como brincar, ir à escola e se relacionar com familiares e amigos. O modo como os pais enfrentam à dor de seus filhos também acaba sendo diferente, dependendo da idade, do sexo e da natureza da dor. Sendo assim, componentes físicos, psicológicos, sociais e culturais devem ser avaliados quando se pretende tratar tal sintoma (SANTOS, 2011).

É necessário que todo adolescente seja avaliado em termos de dor potencial, pois os mesmos podem sentir dor sem que sejam capazes de verbalizar. Por isso, é importante que o profissional de saúde que realizando seu acompanhamento acredite na queixa do adolescente, buscando conhecer a história e a característica da dor, considerando seus aspectos psicológicos e sociais envolvidos, realizando o exame físico e exames de investigação. Outro fator que vale ressaltar é que a dor é uma experiência individual, subjetiva, sendo assim, ao avaliarmos o adolescente, é necessário que ele cite à sua pior experiência dolorosa e a classifique como máxima. Logo em seguida, utilizando-se um dos padrões ou escalas de avaliação de dor, faz-se necessário que ele classifique a intensidade da sua dor atual. Como já relatado, a dor é subjetiva, não podendo ser medida diretamente. Para se fazer uma aferição da dor existem três tipos de medições que foram desenvolvidos para facilitar o entendimento desse sintoma, principalmente no adolescente, são eles: Medições por autoavaliação: o que o adolescente diz; Medições comportamentais: o que o adolescente faz em resposta à dor e, por fim, Medições biológicas: como o corpo do adolescente reage à dor (BRASIL, 2009).

Segundo Castro (2009), na avaliação da dor no adolescente é necessário basear-se tanto no seu relato de experiência bem como na história da doença, nos exames

físicos e laboratoriais. Além disso, é necessário colher dados referentes à instalação e duração da dor no adolescente, como por exemplo, a sua localização, duração e o seu período; o padrão de evolução; os fatores agravantes ou atenuantes; o estado emocional; atitudes, crenças e valores tanto do adolescente como também dos seus familiares frente à dor. Tal avaliação também necessita considerar as alterações psicossociais e do contexto da dor.

Os adolescentes usam palavras específicas para descrever e definir o tipo da dor, como por exemplo, dor que aperta, que espeta, que queima, que fura, entre outras. A quantificação da dor nesta faixa etária pode ser realizada de forma direta e indireta, através de avaliações comportamentais, tais como expressão da face, o choro, irritação, inquietação, falta de apetite e a postura; fisiológicas, como alteração da frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e saturação de oxigênio, e, por fim, bioquímicas, por meio dos níveis séricos de cortisol, glucagon, hormônio do crescimento, entre outros. Sendo assim, existem diversos instrumentos que medem e/ou avaliam a intensidade da dor, devem ser escolhidos de forma adequada e eficaz (SANTOS, 2011).

O uso desses instrumentos permite uma avaliação quantitativa e de fácil compreensão, facilitando a reavaliação e permitindo que haja uma terapêutica mais adequada e fidedigna referente ao tratamento da dor. Ensinar o adolescente e os familiares a avaliar a dor através desses instrumentos facilita também a comunicação entre os profissionais para assim prestar uma assistência de qualidade e eficaz (GOVINDAN, 2004).

A Escala Numérica (EN) especifica a intensidade da dor através dos números, neste instrumento o zero representa ausência de dor e 10 representa a dor mais intensa, os demais números representam estágios intermediários da dor, ela pode ser aplicada gráfica ou verbalmente; já a Escala Visual Analógica (EVA) é uma linha reta, desenhada ou impressa, de tamanho determinado, escrito em suas extremidades sem dor e máximo de dor respectivamente; a EAV consiste em uma linha de 100 mm com uma linha transversal em cada extremidade; as Faces de Wong-Baker são seis desenhos de faces dispostos de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia, é pedido ao adolescente que escolha a face que melhor representa a sua dor atual (FREITAS et al., 2009).

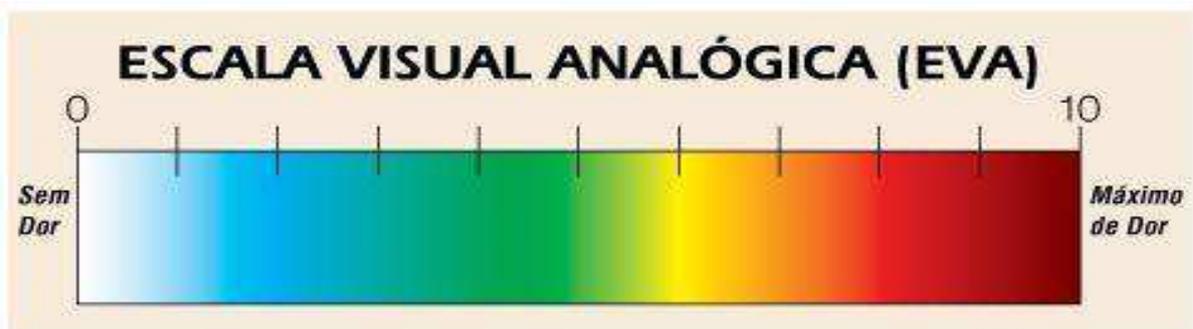
Segue abaixo os instrumentos citados utilizados pelos profissionais de saúde na avaliação da dor em adolescentes:

Figura 1 – Escala de Faces Wong Baker



FONTE: Google imagens, 2013.

Figura 2 – Escala Visual Analógica



FONTE: Google imagens, 2013.

Figura 3 – Escala Numérica



FONTE: Google imagens, 2013.

Outro instrumento importante na avaliação da dor é o Questionário de Dor de McGill, o mesmo é formado por 78 palavras que qualificam a dor do adolescente, organizado em quatro categorias, são elas a sensorial, a afetiva, a avaliativa e a mista e 20 subcategorias. O adolescente escolhe uma palavra de cada subcategoria, permitindo ao mesmo a opção de não escolher nenhuma, como mostra a figura 4. A análise é feita por meio de categorias através da soma dos valores que estão associados às palavras escolhidas pelos adolescentes e a partir das palavras selecionadas por mais de 30% da população pesquisada (MASCARENHAS e SANTOS, 2011).

Figura 4 – Questionário de Dor de McGill

Questionário de McGill - Avaliação do Padrão da Dor
Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.
Escolha dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual

<p>1. () 1-Vibração () 2-Tremor () 3-Pulsante () 4-Latejante () 5-Como Batida () 6-Como Pancada</p> <p>2. () 1-Pontada () 2-Choque () 3-Tiro</p> <p>3. () 1-Agulhada () 2-Perfurante () 3-Facada () 4-Punhalada () 5-Em lança</p> <p>4. () 1-Fina () 2-Cortante () 3-Estraçalha</p> <p>5. () 1-Beliscão () 2-Aperto () 3-Mordida () 4-Cólica () 5-Esmagamento</p>	<p>6. () 1-Fisgada () 2-Puxão () 3-Torção</p> <p>7. () 1-Calor () 2-Queimação () 3-Fervente () 4-Em Brasa</p> <p>8. () 1-Formigamento () 2-Coceira () 3-Ardor () 4-Ferroada</p> <p>9. () 1-Mal localizada () 2-Dolorida () 3-Machucada () 4-Doida () 5-Pesada</p> <p>10. () 1-Sensível () 2-Esticada () 3-Esfolante () 4-Rachando</p> <p>11. () 1-Cansativa () 2-Exaustiva</p>	<p>12. () 1-Enjoada () 2-Sufocante</p> <p>13. () 1-Castigante () 2-Atormenta () 3-Cruel</p> <p>14. () 1-Amedrontadora () 2-Apavorante () 3-Aterrorizante () 4-Maldita () 5-Mortal</p> <p>15. () 1-Miserável () 2-Enloquecedora</p> <p>16. () 1-Chata () 2-Que incomoda () 3-Desgastante () 4-Forte () 5-Insuportável</p> <p>17. () 1-Espalha () 2-Irradia () 3-Penetra () 4-Atravessa</p>	<p>18. () 1-Aperta () 2-Adormece () 3-Repuxa () 4-Espreme () 5-Rasga</p> <p>19. () 1-Fria () 2-Gelada () 3-Congelante</p> <p>20. () 1-Aborrecida () 2-Dá náuseas () 3-Agonizante () 4-Pavorosa () 5-Torturante</p> <p>Nº de Descritores () 1-Sensoriais () 2-Afetivos () 3-Avaliativos () 4-Miscelânea () 5-Total</p> <p>Índice de Dor () 1-Sensoriais () 2-Afetivos () 3-Avaliativos () 4-Miscelânea () 5-Total</p>
--	--	--	--

FONTE: Google imagens, 2013.

A avaliação da dor deve ser realizada de maneira sistematizada, em tempos regulares após o início da assistência terapêutica, sendo necessário que o profissional esteja sempre atento ao aparecimento de outras queixas. As intervenções que serão realizadas pela equipe de saúde após a identificação, avaliação, intervenção e acompanhamento da dor são de suma importância para proporcionar ao adolescente conforto e dignidade, tendo como objetivo principal oferecer alívio do sofrimento físico,

psíquico, espiritual e emocional, tanto para o adolescente como para os seus familiares (SANTOS, 2011).

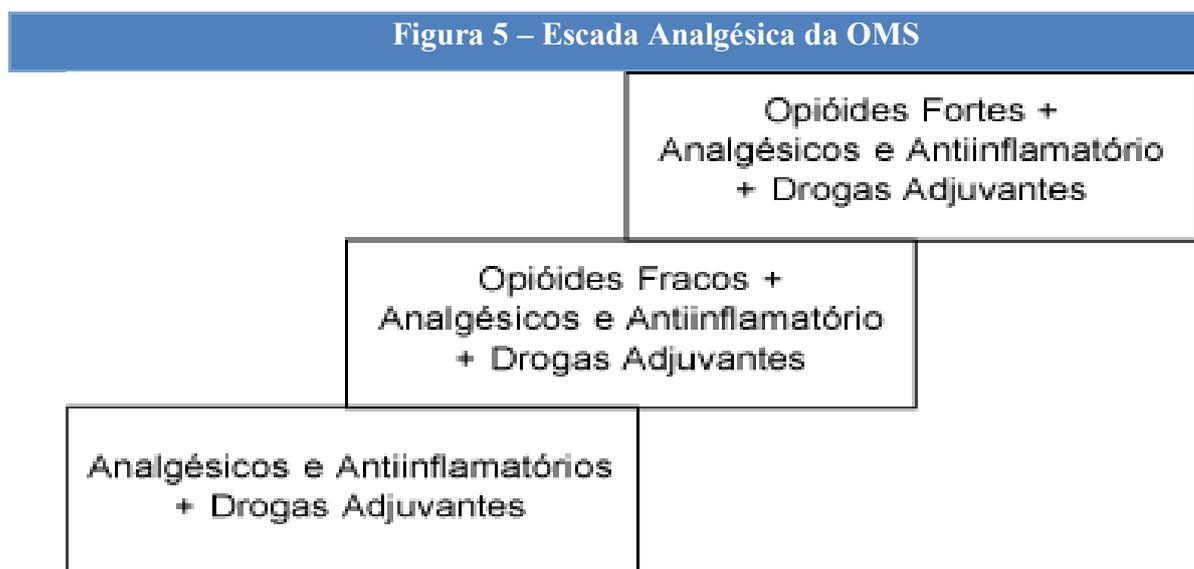
O tratamento da dor exige uma abordagem individualizada, talvez mais do que qualquer outro problema do paciente. A enfermeira, o paciente e, freqüentemente, a família são parceiros no controle da dor. As enfermeiras administram e monitoram as intervenções prescritas pelos médicos para o alívio da dor, além de medidas complementares de alívio da dor. Normalmente, a enfermeira experimenta, primeiramente, o tratamento menos invasivo ou mais seguro, juntamente com os fármacos usados anteriormente com sucesso pelo paciente (POTTER; PERRY, 2013).

Tais intervenções e/ ou ações utilizadas para o controle da dor oncológica seguem os princípios que são estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), princípios esses que são: tratar a causa da dor oncológica, ou seja, o próprio câncer, sempre que for possível; usar analgésicos adequados conforme a intensidade da dor, estabelecendo horários fixos para a realização do mesmo; utilizar tanto os métodos farmacológicos (anestésias, analgesias, sedação) como o não farmacológico (família, ambiente, acupuntura, relaxamento, musicoterapia, fisioterapia, apoio psicológico, social, espiritual, entre outros); priorizar a via de administração oral, e, se necessário, realizar avaliações constantes para adequar a analgesia e o controle dos efeitos colaterais, e utilizar intervenções anestésicas e neurológicas em casos onde a dor seja de difícil controle (SANTOS, 2011).

A Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde propõe que a intensidade da dor e a potência do analgésico devem ser as principais considerações na seleção dos analgésicos. Além disso, é preconizada a utilização de outros tratamentos, como técnicas anestésicas, neurocirúrgicas, psiquiátricas e psicológicas, além de outros recursos como a neuroestimulação, os tratamentos não-farmacológicos, como a realização de massagens, relaxamentos, métodos de calor ou de frio, entre outros, e o tratamento primário da causa da dor. Os tratamentos mais invasivos devem ser utilizados quando as drogas da escada não promoverem o alívio adequado da dor. A seleção dos fármacos deve ser realizada considerando-se três degraus da escada analgésica relacionados com a intensidade da dor, medida com a Escala Numérica Visual (ENV) ou Escala Analógica Visual (EAV). O tratamento deve incluir o uso de analgésicos e de fármacos adjuvantes, de diferentes grupos farmacológicos em cada degrau da escada. Primeiro degrau: pacientes com dor fraca a moderada (ENV 1 a 3 ou 1 a 4) devem ser tratados com analgésicos não-opioides/antipiréticos e AINHs

combinados com analgésicos adjuvantes, caso haja indicação. Segundo degrau: pacientes com dor moderada (ENV 4 a 7 ou 5 a 7), não aliviada com as medidas do primeiro degrau, devem ser tratados combinando-se analgésicos opióides fracos (codeína, oxicodona, propoxifeno, tramadol) e não-opióides (dipirona, paracetamol, naproxeno, ibuprofeno, celecoxibe, etc.), associados aos adjuvantes (antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, corticóides, laxantes e/ou antieméticos, se indicados). Terceiro degrau: pacientes com dor intensa (ENV 8 a 10) ou sem alívio com as medidas do degrau anterior devem ser tratados com opióides fortes (p.ex., morfina, metadona, fentanil, etc.), associados aos fármacos dos degraus anteriores e adjuvantes, se indicados (NETO et al., p. 945, 2009).

Abaixo, segue a figura 5 que ilustra a escada analgésica da dor conforme a OMS.



FONTE: Google imagens, 2013.

Diferentes medidas não farmacológicas ajudam a diminuir a dor; porém, devem ser utilizadas junto com a farmacológica e não a substituindo. As medidas não farmacológicas envolvem tanto abordagens cognitivo-comportamentais como físicas. As medidas cognitivo-comportamentais alteram a percepção dos adolescentes sobre a dor, alteram o comportamento da dor e oferecem aos adolescentes maior sentimento de controle. A distração, a oração, o relaxamento, a imaginação orientada, a música e o

biofeedback⁸ são exemplos de medidas cognitivo-comportamentais. As abordagens físicas tendem a proporcionar o alívio da dor, a ajustar uma disfunção física, a mudar as respostas fisiológicas e diminuir os temores que estão associados á dor relacionada á imobilidade, como exemplo temos a quiropraxia⁹ e acupuntura/acupressão¹⁰. Os tratamentos de medicina complementar e alternativa (MCA), como o toque terapêutico¹¹, também ajudam a suavizar a dor em alguns adolescentes (POTTER e PERRY, p. 999, 2013).

Existem muitos desafios quanto ao controle da dor em adolescentes, sendo assim, faz-se necessário que a equipe multiprofissional esteja atenta a qualquer sinal e sintoma, bem como orientar o adolescente e seus familiares no que diz respeito às atividades de vida diária que são realizadas, por exemplo, como realizar a higiene corporal; mostrar qual a melhor posição que o mesmo poderá ficar confortavelmente; orientar quanto às úlceras por pressões que podem ser desenvolvidas durante uma internação; relatar e enfatizar a importância da presença da família e dos amigos, bem como de um suporte psicológico. Atualmente, com o grande avanço que se têm referente ao tratamento da dor, é quase que inaceitável, do ponto de vista médico e social, não dar total e devida atenção ao sofrimento do adolescente diagnosticado com câncer e que este sofra com tal sintoma sem ser prestada uma assistência adequada e necessária (SANTOS, 2011).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de exploratória, descritiva, documental, com abordagem quantitativa.

⁸ É uma técnica de mente e corpo que usa instrumentos para ensinar a autorregulação e o autocontrole voluntário sobre respostas fisiológicas específicas.

⁹ A terapia quiroprática, uma terapia manipulativa ou baseada no corpo, foi desenvolvida em 1895 e Iowa (EUA). A mesma tem como objetivo normalizar a relação entre estrutura e função por meio de uma série de manipulações.

¹⁰ A acupuntura é uma das mais antigas práticas do mundo. A mesma regula ou realinha a energia vital (qi), que flui como um rio que atravessa o corpo em canais que formam um sistema de caminhos chamados meridianos.

¹¹ Foi desenvolvido na década de 1970, é uma das “terapias de toque” identificadas pela NCCAM. Ele afeta os campos de energia que cercam e penetram o corpo humano com a intenção consciente de ajudar ou curar. O TT consiste em colocar as mãos abertas do profissional tanto no corpo ou próximo do corpo de uma pessoa.

De acordo com Gil (2010), as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema em questão, seu planejamento é mais flexível por considerar diversos aspectos relativos relacionados ao tema estudado, já as pesquisas descritivas tendem a descrever as características de uma determinada população, no caso, a população foco da pesquisa, além disso, podem identificar possíveis relações entre as variáveis. Referente à pesquisa documental Gil (2009) a define como sendo uma técnica de coleta de dados obtidos de maneira indireta, como por exemplo, livros, jornais, papéis com dados estatísticos, registros estatísticos, entre outros documentos, tal técnica é capaz de proporcionar ao pesquisador dados suficientes e importantes.

Segundo Minayo (2010) o método de pesquisa quantitativo tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e convergências que podem ser observados ou produzir modelos teóricos de grande devaneio com aplicabilidade prática.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Alcides Carneiro (HUAC) no município de Campina Grande/PB, onde o mesmo abre o espaço para o tratamento e reabilitação de adolescentes com câncer.

O HUAC foi inaugurado no dia 20 de dezembro de 1950, o mesmo era conhecido como Hospital Regional Alcides Carneiro, e tinha como objetivo atender os funcionários públicos federais. Desde que foi criado, o Hospital Regional Alcides Carneiro tornou-se referência no ensino e na assistência médica da região Nordeste do país. No ano de 1998, o mesmo passou juntou-se a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, e ficou conhecido como Hospital Universitário Alcides Carneiro. (BRASIL, 2012).

De acordo com a Resolução nº 02/2006

Art. 1 O Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC é um órgão suplementar da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, vinculado à Reitoria, para efeito de planejamento, coordenação geral e acompanhamento das atividades por ele desenvolvidas.

Art. 2º São objetivos do HUAC:

- I – desenvolver e apoiar as atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e das ciências afins;
- II – desenvolver ações e serviços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da comunidade;

- III – participar da formação e aperfeiçoamento de recursos humanos para a área de saúde e das ciências afins, dentro de parâmetros éticos e bioéticos;
- IV – firmar-se como hospital de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde – SUS.

O HUAC atende a toda população de Campina Grande e regiões, realizando atendimentos ambulatoriais, consultas médicas, realização de exames, como eletro e ecocardiograma, exames citológicos, ultrassom; realização de troca de curativos na sala do Pé Diabético e, troca de sondas vesicais na Sala de Cateterismo Vesical; atendimentos específicos para crianças; realização de Pequenas Cirurgias, entre outros atendimentos. O mesmo é dividido em Alas (Ala A – Pré e Pós-operatório; Ala B – Pneumologia; Ala C – Clínica Feminina; Ala D – Clínica Masculina; Ala E – Infectologia), além do Bloco Cirúrgico, da Pediatria e da Oncopediatria.

A Oncopediatria do HUAC foi criada em 2007 e tem se tornado referência no tratamento de crianças e adolescentes diagnosticadas com câncer da região. A mesma é composta por três enfermarias, uma com seis leitos, e duas com dois leitos cada, totalizando 10 leitos.

3.3 População e amostra

De acordo com Gil (2008) a população envolve dados sobre o universo que será estudado para a realização da pesquisa. Sendo assim, a população da pesquisa foi formada por adolescentes, que segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são cidadãos que tem entre 12 e 18 anos de idade. Já a amostra representa uma pequena parte dos elementos que compõe o universo ou população, quando um autor escolhe uma amostra, espera que esta represente a população do estudo.

Os critérios de inclusão escolhidos para a seleção da população foram: adolescentes que possuíssem diagnóstico médico de câncer, que apresentassem dor, que estivessem internos no momento da coleta dos dados. Os critérios de exclusão adotados foram: adolescentes que apresentassem alterações nas condições cognitivas e físicas que impedissem de responder às questões.

3.4 Instrumento para coleta de dados

De acordo com Gil (2010) para a realização da coleta de dados são utilizadas técnicas de interrogação como: o questionário, a entrevista e o formulário. O questionário é elaborado através de um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado; a entrevista é realizada por meio da técnica que envolve duas pessoas frente a frente onde uma delas elabora as questões e a outra as responde; por fim, o formulário é definido como sendo uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas. Independente do instrumento utilizado é importante ressaltar que as técnicas de interrogação facilitam a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como instrumento para coleta de dados um roteiro contendo questões para uma entrevista semiestruturada pertinentes aos objetivos da pesquisa, as quais foram adaptadas do estudo de Pereira (2013). Vale ressaltar que os prontuários foram observados, a fim de coletar dados referentes ao diagnóstico médico, tratamento farmacológico e não farmacológico, mediante das prescrições médicas e anotações de enfermagem.

3.5 Coleta de dados

O objetivo da coleta de dados é facilitar o desenvolvimento da pesquisa onde a mesma deve ser realizada de forma planejada e coesa (ANDRADE, 2010). É através da coleta de dados que são obtidos os dados necessários para o desenvolvimento do estudo, bem como para a análise dos resultados e conseqüentemente a sua discussão.

Entre todas as técnicas de interrogação, a entrevista é a que apresenta uma maior flexibilidade. Sendo assim, como já foi mencionada, esta pesquisa foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, conduzida por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo da entrevista (GIL, 2010). Essa técnica permite que o entrevistado interaja de forma espontânea, expressando seus sentimentos e emoções e desenvolva um discurso direto, sem receios. Esta entrevista foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, na Unidade de Oncologia Pediátrica, e os dados foram registrados em um aparelho MP4.

O tempo das entrevistas dependeu da capacidade de cada um dos participantes em responder tais perguntas, que durou, em média 20 minutos.

Ao final das transcrições das entrevistas, as pesquisadoras observaram que as falas dos adolescentes não compunham um *corpus* adequado para construção de categorias, uma vez que o desenho da pesquisa, a princípio, era qualitativo. Por esse motivo, o estudo em tela se norteou por um percurso quantitativo. Tentando encontrar um número adequado para selecionar uma amostra que caracterizasse um desenho quantitativo, as pesquisadoras se depararam com algumas dificuldades, que inviabilizaram uma amostra significativa: a maioria dos adolescentes estava com efeito sedativo e/ou com rebaixamento do nível de consciência, motivos pelos quais os impossibilitou em participar da pesquisa.

3.6 Análise dos dados

A caracterização da amostra e dos dados foi realizada através de gráficos construídos pelo Programa *Microsoft Excel 2007*, programa de planilha eletrônica que é capaz de criar cálculos e gráficos. Neste caso, baseado nos dados da pesquisa, e para analisar as falas dos participantes da pesquisa foi utilizada uma análise descritiva.

3.7 Considerações éticas

Com base no Estatuto da Criança e do Adolescente, são os pais os responsáveis pelos mesmos, ou seja, são os genitores que respondem pelos seus filhos quando estes ainda se encontram com idade inferior a 18 anos. Diante disso, a realização desta pesquisa foi autorizada pelos pais dos adolescentes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao serem convidados a participarem da pesquisa, os adolescentes participantes da pesquisa foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como foram garantidos o sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa. Logo após estas explicações, os adolescentes assentiram em participar do estudo em tela.

Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Além disso, foi solicitada aos pais e aos participantes da pesquisa a permissão para que as entrevistas fossem gravadas. A pesquisa só foi realizada após a autorização da diretora do referido hospital e após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado no HUAC com oito adolescentes com câncer que apresentavam dor oncológica. Além disso, também foram analisados os prontuários de cada adolescente para obtenção de melhores resultados.

Vale ressaltar que as etapas operacionais listadas a seguir foram baseadas no estudo de Pereira (2013).

Esta pesquisa foi realizada em cinco etapas, são elas:

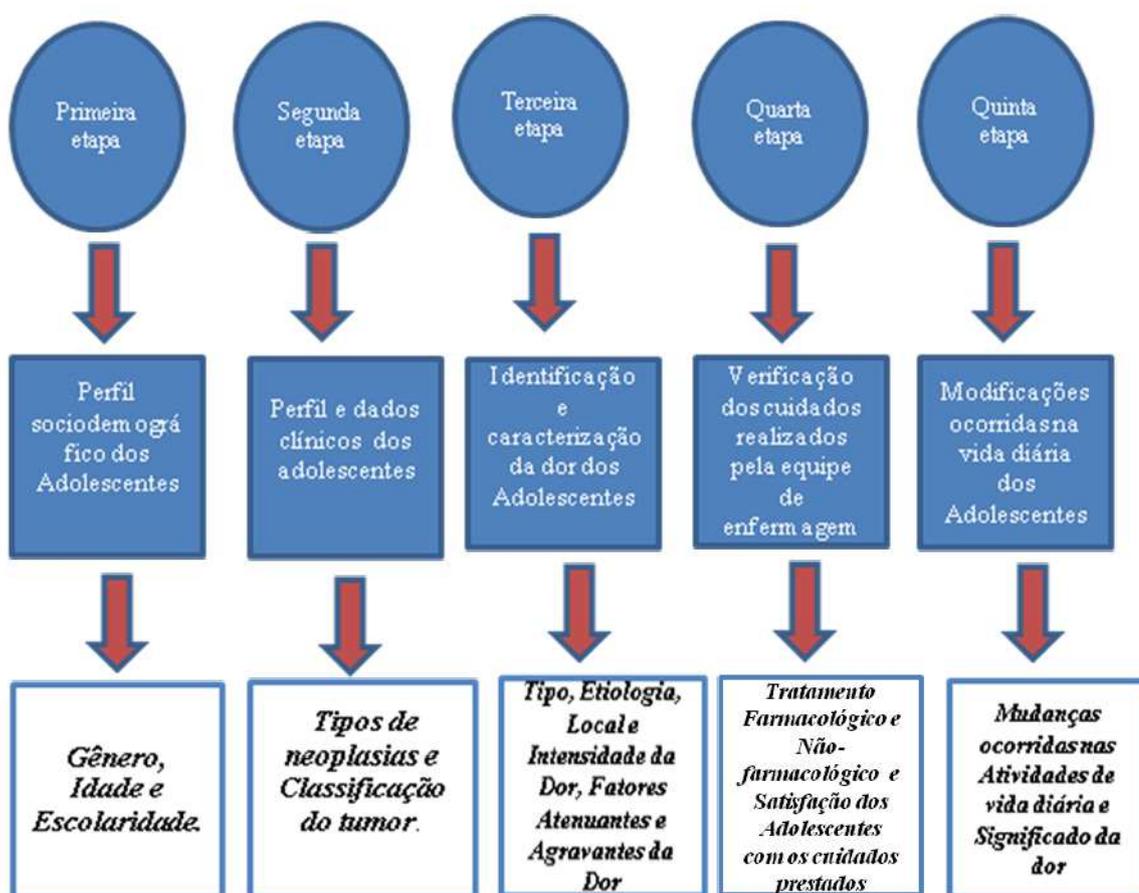


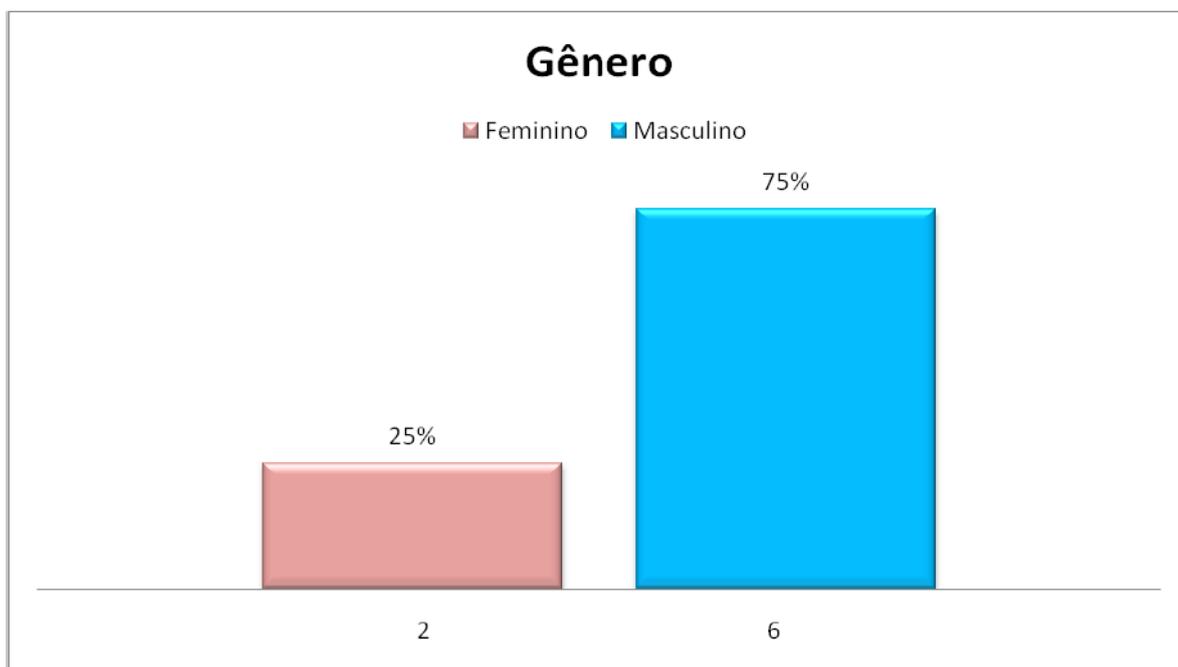
FIGURA 6: Etapas da pesquisa, 2014.

Seguindo uma ordem e categorização, essas etapas foram demonstradas em gráficos para melhor entendimento e discussão dos resultados.

4.1 Perfil sociodemográfico dos adolescentes participantes da pesquisa

A amostra do estudo foi composta por oito adolescentes. Os dados sociodemográficos estão apresentados nos quadros a seguir, abrangendo três variáveis: gênero, faixa etária e escolaridade.

Gráfico 1 – Distribuição dos adolescentes de acordo com o gênero.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014

De acordo com o Gráfico 1 pode-se observar que, em relação ao gênero, dos oito adolescentes entrevistados apenas dois (25%) eram do sexo feminino e seis (75%) do sexo masculino.

Conforme dados estatísticos do Instituto Nacional do Câncer (2011), o gênero masculino, nesta faixa etária, é mais acometido que o feminino, apresentando um maior número de mortes em relação ao gênero feminino.

Pesquisa realizada em um hospital infantil público na cidade de Vitória – ES, com amostra de 12 crianças (com idade entre sete e 12 anos) diagnosticadas com diversos tipos de neoplasias, observou que sete (58,33%) das 12 crianças eram do sexo masculino e apenas cinco (41,67%) eram do sexo feminino, corroborando os dados da atual pesquisa (MOTTA; ENUMO, 2010).

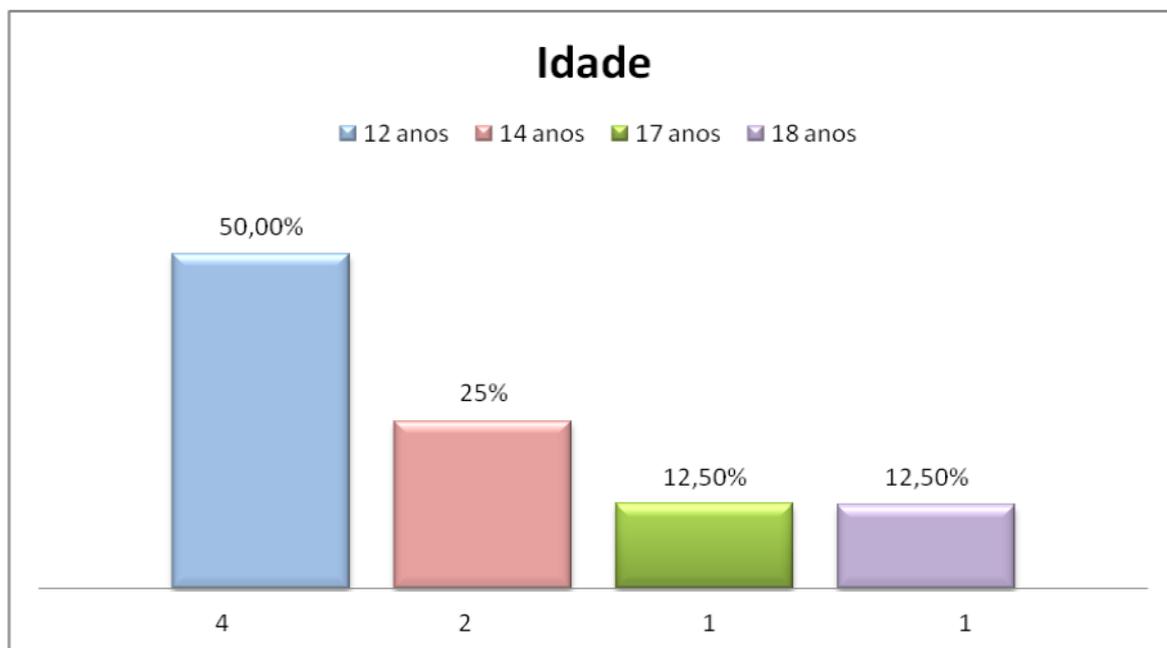
Em outra pesquisa, realizada no Serviço de Oncologia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia – São Paulo, com crianças e adolescentes (com idade variando de cinco a 16 anos) diagnosticadas com osteossarcoma, mostrou que dos 60 casos, 37 (61,7%) eram do sexo masculino (CASTRO; RIBEIRO; BRUNIERA, 2008). Ou seja, em ambas as pesquisas houve predominância do sexo masculino em detrimento do feminino.

Pesquisa realizada na Colômbia (PÉREZ et al., 2011) mostra que o gênero masculino também é o mais acometido por câncer infantil, onde 120 (58%) dos entrevistados eram meninos, corroborando com o resultado desta pesquisa.

Por outro lado, de acordo com dados de uma pesquisa realizada no Distrito Federal, dos 37 pacientes pediátricos procedentes de diferentes estados brasileiros, com idades variando de dois a 17 anos, 21 (56,75%) eram do sexo feminino e apenas 16 (43,25%) eram do sexo masculino (MENDONÇA, 2007). Esse resultado é controverso com os dados estatísticos do INCA e das outras pesquisas já citadas anteriormente, o que nos leva a inferir que este resultado, pode ter acontecido, devido a procedência destes pacientes, ou seja, devido a regionalidade, pois 18 destas crianças e adolescentes procederam do Distrito Federal, onde a população do gênero feminino é maior segundo dados do IBGE – 2010.

Mesmo diante deste estudo ter sido realizado com uma amostra exígua quando comparada às pesquisas anteriormente citadas, infere-se que, na maioria das regiões do país, o índice de neoplasias no gênero masculino é mais predominante do que no gênero feminino. Pode-se dizer que em todos os tipos de neoplasias, o gênero masculino é o mais atingido, razão pela qual o índice de neoplasias em adolescentes é maior no gênero masculino quando comparado ao gênero feminino.

Gráfico 2 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a idade.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação à faixa etária dos adolescentes participantes da pesquisa conforme apresenta o Gráfico 2, quatro (50,0%) tinham 12 anos; dois (25%) possuíam 14 anos de idade; um (12,5%) tinha 17 anos de idade e um (12,5%) possuía 18 anos de idade.

Conforme dados estatísticos apresentados por Mendonça (2007), dos 37 pacientes pediátricos entrevistados, dez (27%) tinham idade entre 10 e 13 anos e quatro (10,80%) possuíam idade entre 14 e 17 anos. Tal achado confirma o resultado desta pesquisa, já que é perceptível, de acordo com o Gráfico 2, que a porcentagem de adolescentes diagnosticados com neoplasias entre 11 e 14 anos (75%) é mais prevalente do que em adolescentes com faixa etária entre 15 e 18 anos. Vera et al. (2012), também confirma os dados do Gráfico 2, onde mostra que a variável de idade foi maior em adolescentes entre 11 a 15 anos, com um percentual de 50%.

Outra pesquisa realizada no Centro de Tratamento Onco-hematológico Infantil (CETOHI) do Hospital Regional Rosa Pedrossian, Mato Grosso do Sul, com amostra de 67 pacientes com idade variando de 1 a 18 anos, mostra que 12 (17,9%) dos entrevistados tinham idade entre 12 a 18 anos. (????????)

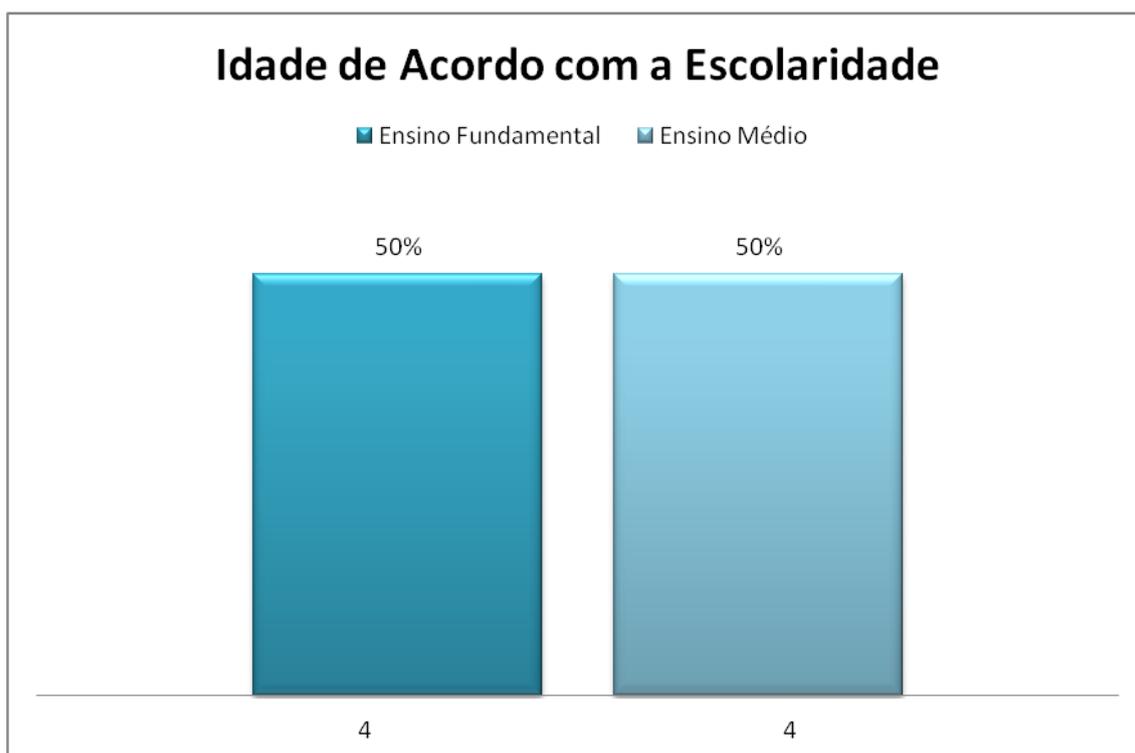
Pérez et al. (2011) mostram em sua pesquisa realizada com crianças e adolescentes diagnosticados com algum tipo de neoplasia, que dos 207 entrevistados, 61

(29,5%) tinham idade entre 10 a 14 anos, achados que corroboram com a pesquisa, mostrando mais uma vez que a faixa etária mais prevalente entre os adolescentes com câncer é a de 12 a 14.

Conforme já apresentado no decorrer deste trabalho, ainda não se tem uma causa específica para a ocorrência de neoplasias em adolescentes, mas de acordo com estudos e por meio da leitura de muitos artigos, pode-se chegar à conclusão que, em sua grande maioria, existe uma associação entre alterações genéticas e anormalidades congênitas, bem como, a influência da hereditariedade.

Tais achados corroboram com dados desta pesquisa, onde mostram que entre os adolescentes a faixa etária mais prevalente é entre 12 a 14 anos de idade.

Gráfico 3 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a escolaridade.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação à escolaridade dos adolescentes, o Gráfico 3 mostra uma paridade entre o Ensino Fundamental e o Ensino médio, ou seja, quatro (50%) estavam no Ensino Fundamental e o mesmo número (50%) estavam no Ensino Médio.

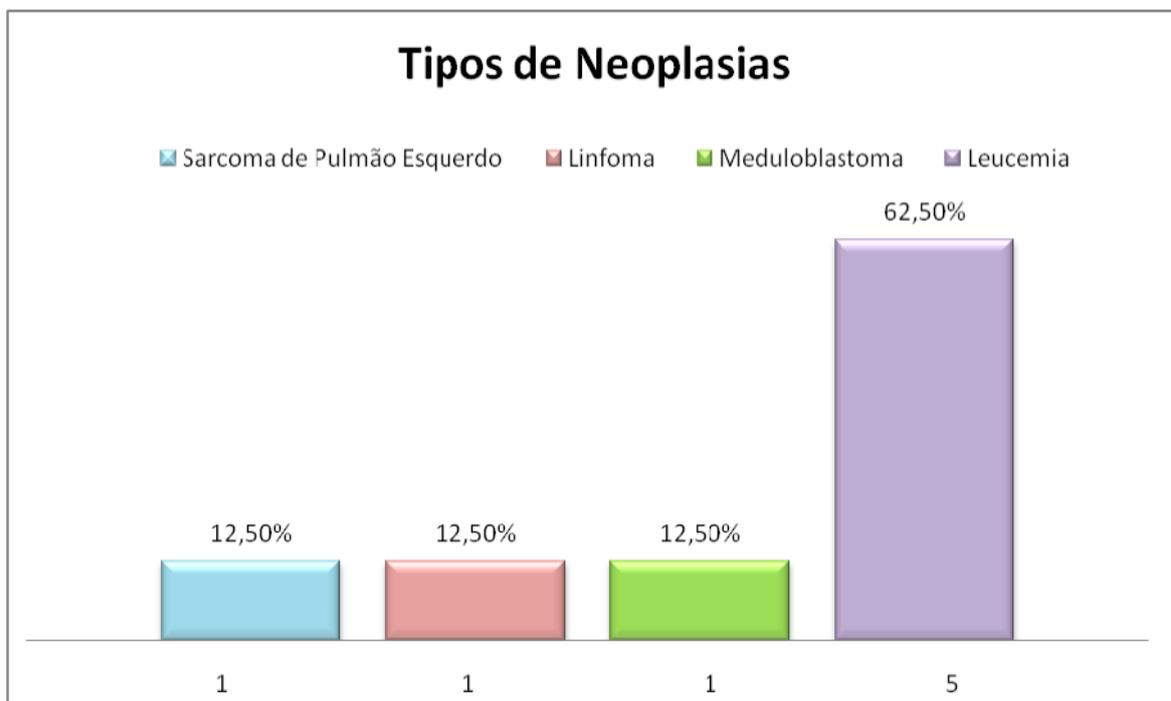
Vale ressaltar que durante as entrevistas realizadas, todos os adolescentes relataram que deixaram de estudar, como é mostrado mais à frente no Gráfico 17.

Mendonça (2007) mostra em sua pesquisa que dos 37 participantes, 22 (59,45%) estavam no Ensino Fundamental e apenas dois (5,40%) estavam no Ensino Médio, dados contrário ao desta pesquisa que apresenta uma igualdade quanto ao nível de escolaridade dos adolescentes entrevistados.

4.2 Perfil clínico dos adolescentes relacionado ao diagnóstico médico

O perfil clínico dos adolescentes participantes da pesquisa está apresentado nos quadros que se seguem, abrangendo três aspectos: tipos de neoplasias, relação dos tipos de neoplasias com o gênero e classificação do tumor.

Gráfico 4 – Distribuição dos adolescentes de acordo com os tipos de neoplasias. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande/PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O Gráfico 4 mostra que três adolescentes apresentavam, cada um, respectivamente, neoplasias de Sarcoma de Pulmão Esquerdo, Linfoma e

Meduloblastoma (12,5%) e, cinco adolescentes possuíam diagnóstico médico de Leucemia (62,5%).

O Sarcoma de pulmão atinge as células pulmonares, ou seja, neste caso citado, no pulmão esquerdo deste adolescente existem células cancerígenas; na neoplasia de linfoma as células cancerígenas atingem o sistema linfático; o meduloblastoma é um tipo de neoplasia primária que atinge o SNC e, por fim, a leucemia é um tipo de neoplasia que atinge o sistema hematopoiético, onde células brancas do organismo se proliferam de forma anormal no sangue.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (2011) mostram que no mundo, os tipos mais frequentes de neoplasias que acometem tanto crianças como adolescentes são as leucemias. Os tumores de Sistema Nervoso Central (SNC) ficam em segundo lugar quando relacionado aos países desenvolvidos, e em terceiro lugar o linfoma tem maior representatividade. Já nos países em desenvolvimento acontece o contrário, em segundo lugar está o linfoma e em terceiro os tumores de Sistema Nervoso Central (SNC).

Pesquisa realizada, no Distrito Federal com 37 crianças e adolescentes, mostrou que 21 deles (56,75%) possuíam diagnóstico médico de leucemia; seis (16,20%) apresentavam diagnóstico de linfoma e 11 (29,70%) tinham diagnóstico médico de tumores sólidos, dentre eles, dois (5,4%) eram meduloblastoma (MENDONÇA, 2007).

Outra pesquisa realizada por meio dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) com dados entre 1991 e 2001 e idade entre um a 18 anos procedentes de 17 RCBP do país, mostra mais uma vez, que a leucemia destaca-se como sendo o diagnóstico de câncer pediátrico mais comum, com um total de 1082 casos novos, em seguida está, respectivamente, o linfoma com 670 casos novos e os tumores de SNC representam 647 casos novos (REIS; SANTOS; THULER, 2007).

Andrade et al. (2012) ressaltam em sua pesquisa realizada com 34 pacientes no Hospital de Câncer de Barretos, que o linfoma apresentou maior prevalência com 20,6% dos casos, o osteossarcoma teve representatividade de 17,6% e em terceiro, a leucemia com 14,7%, ou seja, os resultados foram contrários aos do atual estudo, em que a leucemia foi a neoplasia de maior prevalência.

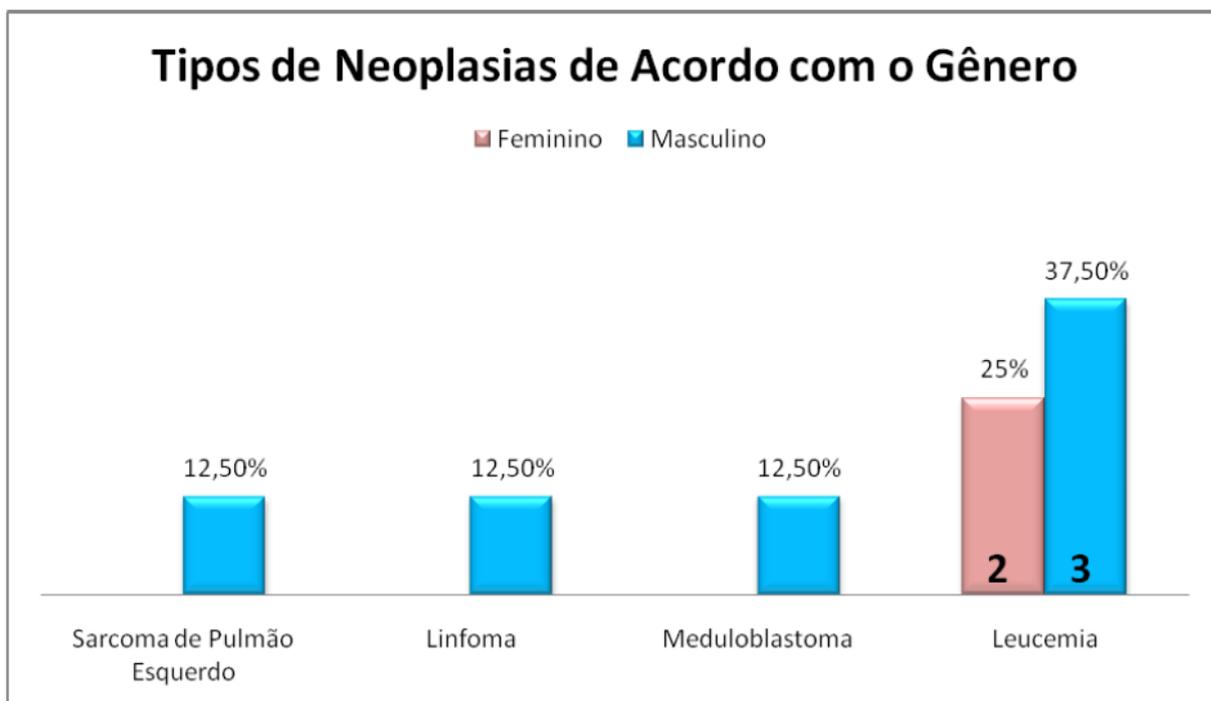
Segundo Moreira (2002) durante a primeira infância e a puberdade ocorre no indivíduo uma divisão celular mais intensa, e é justamente nesta fase que se observa índices elevados de alguns tipos de neoplasias, indicando assim que o crescimento normal tanto dos tecidos embrionários como dos puberais facilitam o desenvolvimento de determinados tipos de tumores, por isso, existe uma grande taxa de neoplasias dos

tecidos hematopoiéticos, linfáticos, osteomusculares e do SNC em crianças e adolescentes, como é o caso da leucemia. Tal informação corrobora com os achados desta pesquisa, pois é na adolescência que o período da puberdade se faz presente, e a pesquisa mostra justamente que a leucemia é a neoplasia mais prevalente nesta faixa etária.

Além disso, se faz pertinente ressaltar que existem alguns fatores de risco associados para o aparecimento de neoplasias infantis, tais como viroses, radiações, exposições químicas, drogas, alterações genéticas e anormalidades congênitas, além da hereditariedade, que contribuem para o desenvolvimento da leucemia em crianças e adolescentes.

Nesta perspectiva, as pesquisas supracitadas corroboram com os dados deste estudo, que evidenciou que a leucemia é a neoplasia mais prevalente em adolescentes.

Gráfico 5 – Distribuição dos adolescentes de acordo com os tipos de neoplasias e gênero. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O Gráfico 5 revela que dos oito adolescentes, seis eram do sexo masculino e foram diagnosticados com: um (12,5%) com Sarcoma de Pulmão Esquerdo outro (12,5%) com Linfoma e um (12,5%) com Meduloblastoma e três (37,5%) com

Leucemia; os outros dois (25%) adolescentes eram do sexo feminino e elas apresentaram também diagnóstico médico de Leucemia.

Pesquisa realizada por meio dos dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) mostra que o índice de leucemias em crianças e adolescentes é maior no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino; este resultado está presente em quase a maior parte dos 17 RCBP, o que confirma os dados deste estudo (REIS; SANTOS; THULER, 2007).

Outra pesquisa, realizada no Distrito Federal com 37 crianças e adolescentes, mostrou que dos 21 entrevistados diagnosticados com leucemia, oito eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino, resultado contrário ao do Gráfico 5, que pode estar ligada ao fato de que no Distrito Federal, segundo dados do IBGE 2010, existem mais pessoas do gênero feminino. No que se refere ao diagnóstico de linfoma, dos quatro entrevistados, três eram do sexo masculino e apenas um do sexo feminino; já referente aos tumores sólidos, dos 11 entrevistados, cinco eram do sexo masculino e seis do sexo feminino, sendo que referente ao meduloblastoma um era do sexo masculino e um do sexo feminino. Tais resultados confirmam os dados apresentados por este estudo (MENDONÇA, 2007).

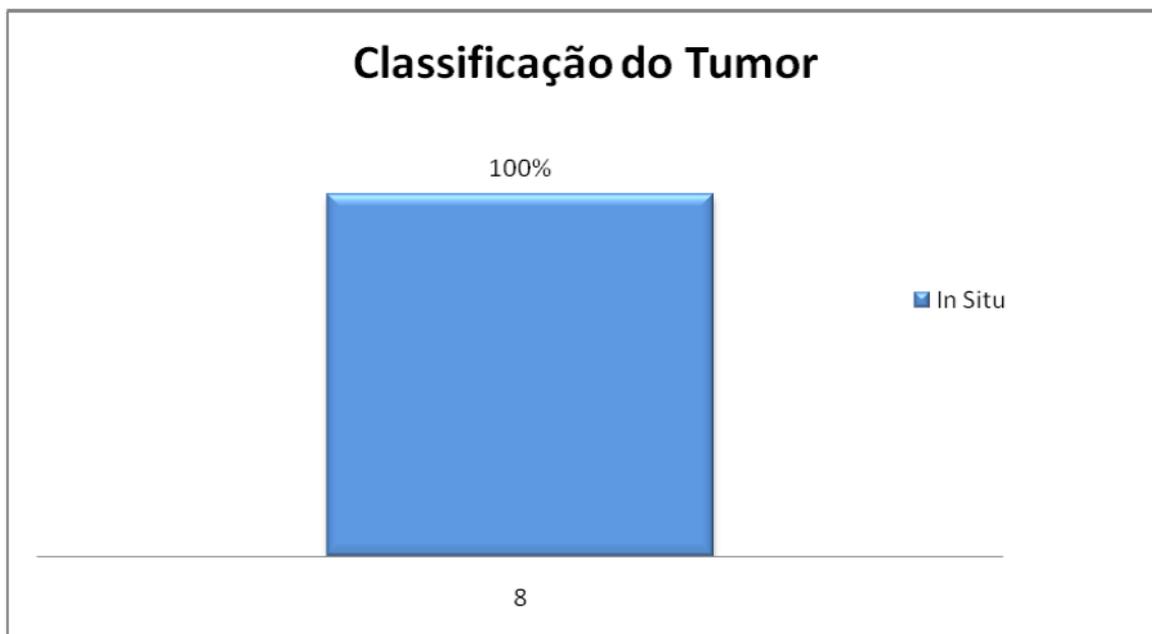
Couto et al. (2010) mostram em sua pesquisa realizada com dados de óbitos de crianças menores de 15 anos diagnosticadas com Leucemia, no Rio de Janeiro, entre os anos de 1980 a 2006, que a incidência de leucemia foi maior no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino. Esse resultado mostra mais uma vez que os meninos são mais acometidos que as meninas neste tipo de neoplasia.

Tais achados também são compatíveis com os resultados do estudo de Vera et al. (2012), onde dos 24 casos diagnósticos médicos de leucemia em crianças e adolescentes, 15 (62,5%) eram do sexo masculino.

Pérez et al. (2011) também mostram que a prevalência de leucemia na Colômbia, entre adolescentes, é maior em meninos, tendo como resultado 41,7%, já nas meninas esse tipo de diagnóstico médico corresponde a 34,5%, mais uma vez comprovando o que traz o Gráfico 5.

Observou-se, nesta pesquisa, que o índice de leucemia é maior no sexo masculino do que no sexo feminino, como é descrito em outros estudos realizados em outras regiões do país e do mundo. Tais resultados podem ser justificados, como já descritos no Gráfico 1, pela prevalência de câncer ser maior em pessoas do sexo masculino, e essa confirmação não é diferente entre os adolescentes.

Gráfico 6 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a classificação do tumor. Hospital Universitário Alcides Carneiro– Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O Gráfico 6 revela que todos os participantes da pesquisa (100%) apresentam a classificação tumoral como *in situ*. Tal resultado pode estar relacionado à rápida adesão à terapêutica oferecida aos adolescentes, tendo em vista que todos já realizavam o tratamento adequado, com a finalidade de evitar que o tumor não se metastizasse para outras localidades do corpo, como é característico das neoplasias invasivas.

O primeiro estágio em que o câncer é classificado chama-se câncer não invasivo ou carcinoma *in situ*. No estágio *in situ* as células cancerígenas encontram-se apenas no tecido de origem, ou seja, no tecido onde se desenvolveram, não tendo se espalhado para outras regiões do organismo. Quando a neoplasia é classificada como *in situ* as chances de cura são maiores quando diagnosticada precocemente, evitando assim a sua progressão e metástase (BRASIL, 2011).

Como exposto durante a pesquisa, é importante a realização de um diagnóstico precoce, a fim de iniciar o tratamento adequado como forma de evitar a proliferação das células cancerígenas pelo corpo. E como já relatado, o tumor *in situ* está localizado apenas em uma determinada parte do organismo, o que pode facilitar ainda mais na cura deste adolescente.

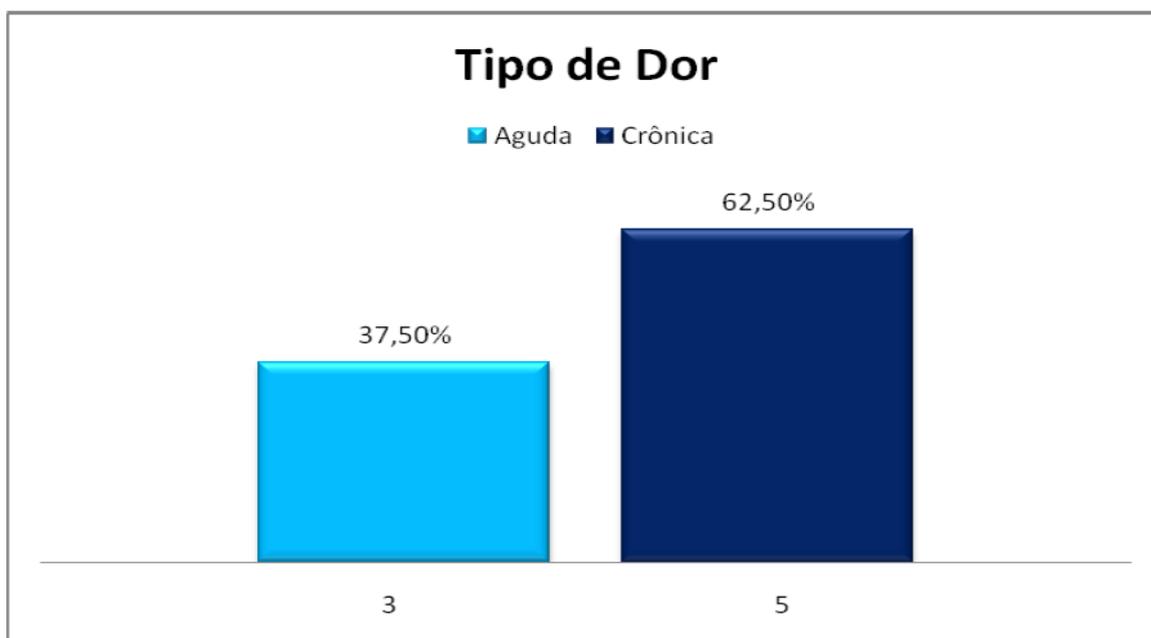
Como já relatado, é muito difícil encontrar outras pesquisas realizadas diretamente com crianças e/ou adolescentes diagnosticadas com câncer, sendo assim,

não foi possível comparar esses dados com outras pesquisas, tendo em vista a dificuldade de encontrá-las.

4.3 Perfil clínico dos adolescentes relacionado à dor oncológica

O perfil clínico dos adolescentes relacionado à dor oncológica está representado nos quadros seguintes, abrangendo seis aspectos, são eles: tipo de dor, etiologia da dor, local de maior dor, intensidade da dor, fatores atenuantes da dor e, fatores agravantes da dor.

Gráfico 7 – Distribuição dos adolescentes de acordo com o tipo de dor.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Referente ao tipo de dor descrito pelos adolescentes, três (37,5%) relataram apresentar dor aguda e cinco (62,5%) disseram apresentar dor crônica.

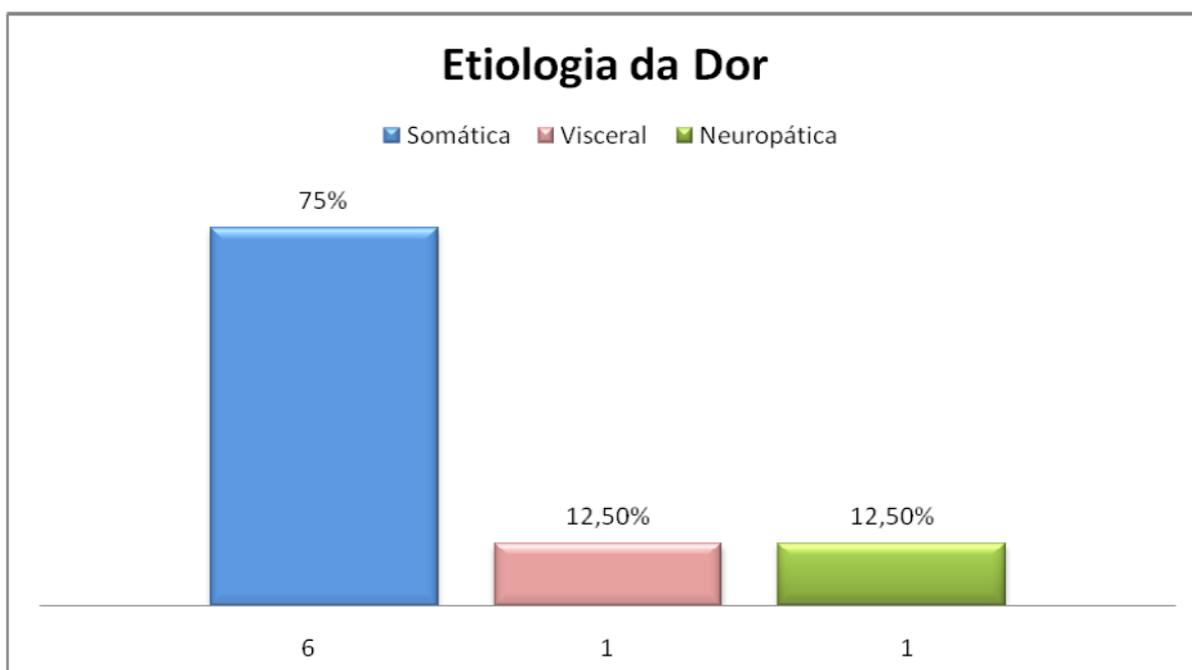
Segundo Santos (2011) quando se trata de câncer é comum que o adolescente apresente tanto a dor aguda como a dor crônica. A dor aguda associa-se há uma lesão

tecidual e geralmente desaparece após o tratamento adequado desta lesão. Já a dor crônica está associada ao tumor/metástases ou ao seu tratamento, onde geralmente persiste por mais de três meses, de forma consecutiva e intermitente, apresentando-se em um ou mais local.

Costa et al. (2007) relaciona a dor oncológica com a própria neoplasia em cerca de 60 a 90% dos casos, cerca de 5 a 20% a dor pode estar relacionada ao tratamento e cerca de 3 a 10% da dor não está relacionada com a patologia. Sendo assim, também pode classificar a dor como aguda e crônica.

Segundo Sé et al. (2009) estima-se que cerca de 40% da população sofra de dor crônica, dado que corrobora com os achados desta pesquisa, que aponta a dor crônica como sendo a mais recorrente e presente entre os adolescentes.

Gráfico 8 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a etiologia da dor.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O Gráfico 8 mostra que dos oito entrevistados, seis (75%) apresentavam a etiologia da dor como sendo somática; um (12,5%) como sendo visceral e um (12,5%) como sendo neuropática.

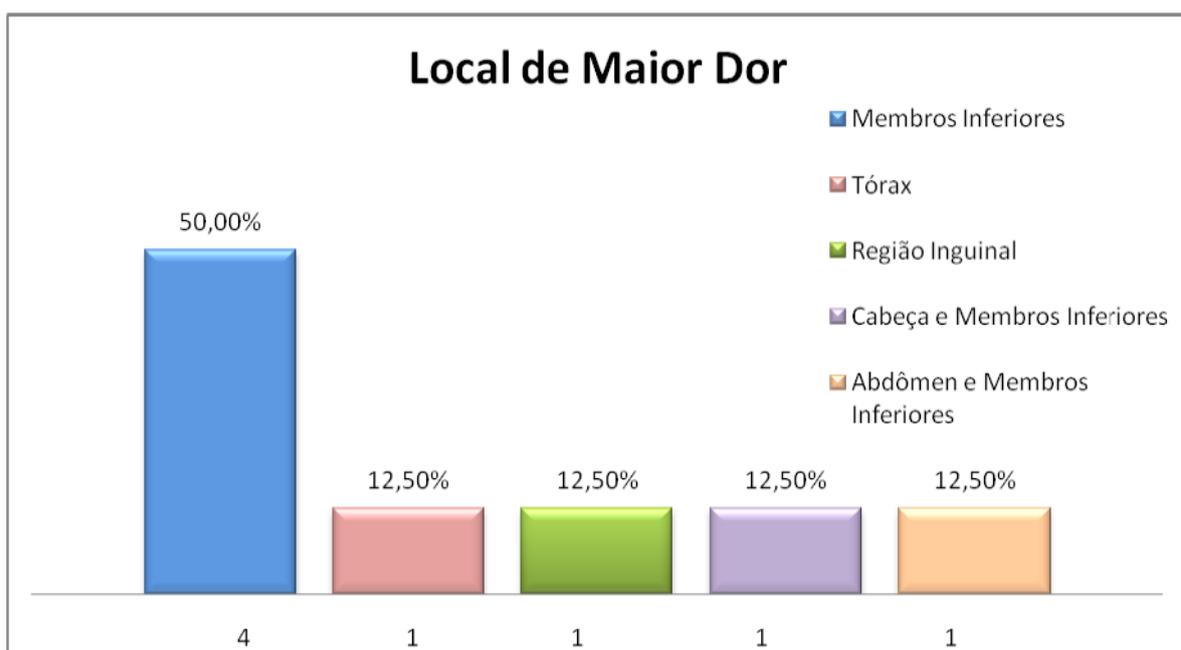
Segundo Costa et al. (2007) a dor nociceptiva estimula diretamente os receptores da dor, e esta está ligada ao seu local de origem, subdividindo-se em dor somática e

visceral. A dor somática é definida como uma dor constante, localizada, que, em muitos momentos podem ser aliviadas com o repouso, geralmente origina-se de lesões na pele ou de tecidos mais profundos; a dor visceral origina-se em vísceras tanto abdominais como torácicas, geralmente não há uma localização exata. Já a dor neuropática origina-se de algum dano a um nervo ou alguma função nervosa anormal em qualquer parte do sistema nervoso central ou periférico (SANTOS, 2011).

Segundo Schestatsky (2008) a ativação fisiológica dos receptores ou da vida dolorosa gera a dor nociceptiva, esta é relacionada tanto as lesões de tecidos ósseos como a músculos ou ligamentos. Quanto à dor neuropática, a mesma pode ser descrita como uma dor que inicia-se pela lesão ou disfunção do sistema nervoso, em outras palavras, a dor neuropática constitui na ativação anormal da via nociceptiva, tanto de fibras de pequeno calibre como do trato espinotalâmico.

Quanto a este tipo de classificação é muito difícil encontrar outras pesquisas realizadas diretamente com crianças e/ou adolescentes diagnosticadas com câncer, por isso, não foi possível comparar esses dados com outras pesquisas, tendo em vista a grande dificuldade de encontrá-las.

Gráfico 9 – Distribuição dos adolescentes de acordo com o local de maior dor.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com o Gráfico 9, quatro (50%) dos adolescentes apresentavam dor apenas nos membros inferiores; um (12,5%) queixava-se de dor no tórax; outro (12,5%) na região inguinal; outro (12,5%) na cabeça e nos membros inferiores; e, por fim, um (12,5%) no abdômen e membros inferiores.

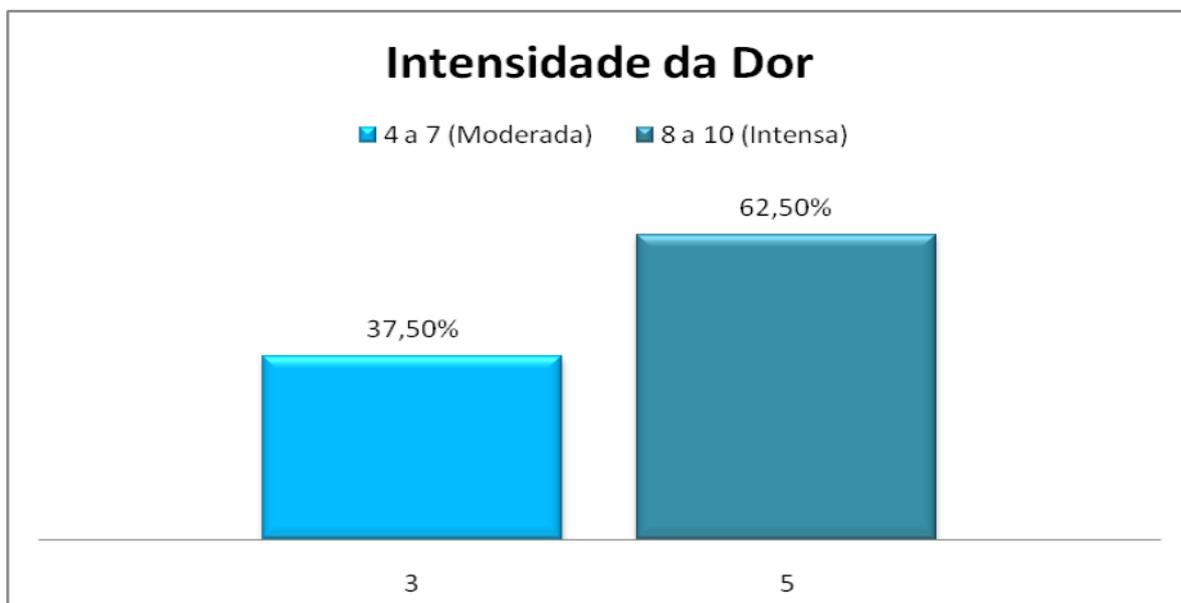
Nesta pesquisa, o local de maior dor referida pelos adolescentes foi nos membros inferiores, a qual pode ser justificada pela predominância de casos de leucemia, pois é característico neste tipo de neoplasia as dores osteomusculares.

Barbosa et al. (2002), mostram em sua pesquisa realizada com crianças e adolescentes diagnosticadas com leucemia no Instituto de Oncologia Pediátrica (IOP) – UNIFESP, que 62% apresentam dor em membros e/ou articulações, principalmente em joelhos, tornozelos e cotovelos. Tais achados corroboram com o resultado desta pesquisa.

Segundo Ikeuti, Borim e Luporini (2006) as dores ósseas em adolescentes diagnosticados com leucemias estão presentes em cerca de 25% dos casos, tal sintoma é resultado de infiltrações das células leucêmicas do periósteo, causando a proliferação da cavidade medular por causa dos linfoblastos ou hemorragias ósseas. Em sua pesquisa realizada com 50 crianças diagnosticadas com leucemia linfocítica aguda (LLA), 36% dos entrevistados relataram a dor óssea como um dos sintomas mais prevalentes.

De acordo com estudos, observa-se que a maioria dos adolescentes diagnosticados com leucemia refere sentir dores em membros inferiores, corroborando com dados desta pesquisa, que teve como predomínio o diagnóstico de leucemia.

Gráfico 10 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a intensidade da dor.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação à intensidade da dor, nenhum dos adolescentes verbalizaram a dor como sendo leve, como mostra o Gráfico 10, porém, três (37,5%) responderam a dor como sendo moderada e cinco (62,5%) como intensa.

Ao analisar os prontuários de cada adolescente e perceber que não havia nenhum instrumento de avaliação da dor, os profissionais de enfermagem foram questionados quanto ao método de avaliação da mesma, porém, os mesmos relataram que no hospital, lócus desta pesquisa, não é utilizado, até o momento, nenhum instrumento para avaliação de intensidade da dor. Apenas é relatado na evolução de enfermagem que o adolescente apresentou um momento de dor, sendo logo administrada a medicação prescrita para alívio da mesma.

Biazi et al. (2011) ressaltam que é necessário que o profissional de saúde atue no controle e alívio da dor nos pacientes oncológicos (neste caso, inclui-se o adolescente diagnosticado com neoplasia) buscando meios que minimizem ou, até mesmo, que evitem o desenvolvimento de problemas físicos, emocionais e psicossociais que a dor pode causar. Esse estudo comprova a importância de se avaliar, e conseqüentemente, controlar e aliviar esse sintoma tão devastador que é a dor. Esses achados podem ser comprovados pela pesquisa que eles realizaram com a equipe de enfermagem de uma Unidade de Internações Oncológicas no Rio Grande do Sul, onde mostra que 85,7% dos

profissionais avaliam a dor nos pacientes diagnosticados com câncer, e destes, 71,4% relataram fazer uso de instrumentos avaliativos, tais como a Escala Visual Analógica.

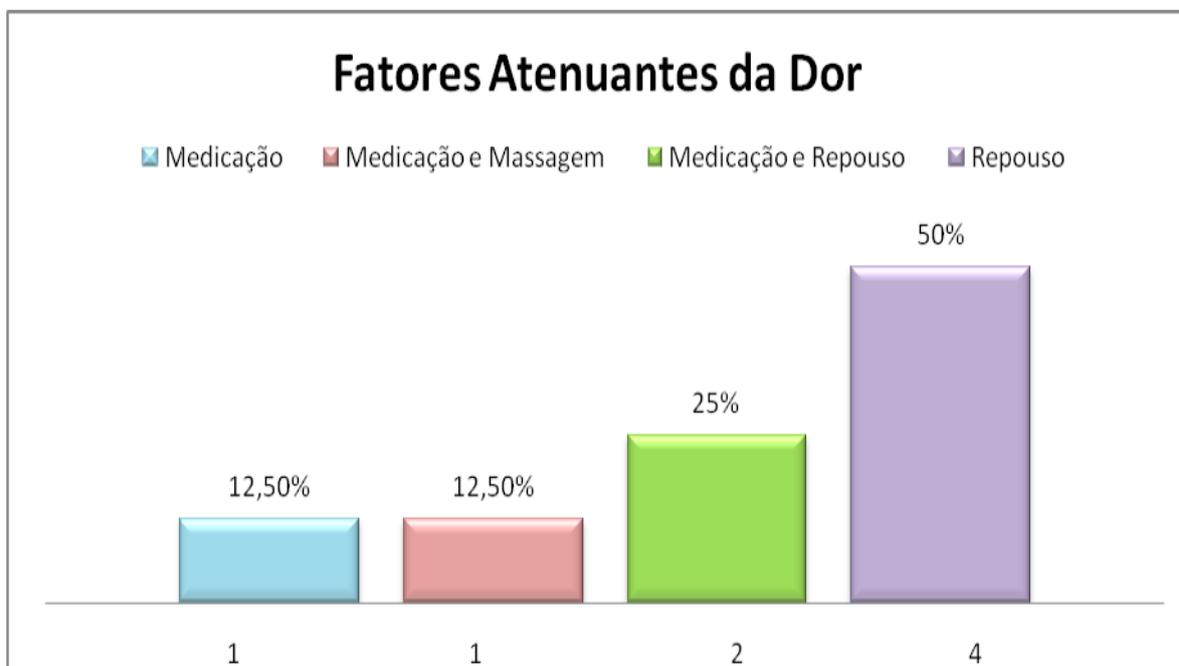
Segundo Silva e Thuler (2008) a ausência da avaliação adequada, cujos parâmetros: identificação do local, frequência e intensidade da dor pode gerar controle inadequado da dor e conseqüentemente negligência no cuidado ao paciente.

Porém, de acordo com uma pesquisa realizada com profissionais da equipe multiprofissional do setor de onco-hematologia de um Hospital Escola de São Paulo, os profissionais encontraram dificuldades na avaliação da dor, pois para eles, os instrumentos avaliativos da dor não envolvem os aspectos subjetivos desses pacientes (MENOSSE; LIMA, 2004), pois, muitas vezes a dor para os adolescentes pode ser causada não unicamente pela doença, ou pelo tumor em si, mas pela ausência dos seus familiares, das amigadas, pelas diversas internações hospitalares, e até mesmo, por se sentirem inferiores aos adolescentes que não apresentam esse diagnóstico, resultando mais em uma “dor total”. Por isso, muitos profissionais acham mais importante o contato e convívio com o adolescente do que o uso de instrumentos avaliativos da dor, pois a partir desse convívio é que eles saberão identificar de qual tipo de dor se trata.

Mesmo diante desta realidade, percebe-se a necessidade da implementação de instrumentos que avaliem a intensidade da dor desses adolescentes, pois, como já relatado no decorrer deste trabalho, os instrumentos e/ou métodos de avaliação da dor são de suma importância para a atuação do profissional diante do alívio desse sintoma. Percebe-se, então, que a utilização destes instrumentos facilita e uniformiza o tratamento adequado, com vistas ao controle adequado da dor.

Vale ressaltar que, durante a pesquisa, foi utilizada como instrumento de avaliação da dor a Escala de Faces, adaptada justamente para o público alvo, o qual facilitou bastante a compreensão dos adolescentes no tocante à intensidade da dor.

Gráfico 11 – Distribuição dos adolescentes de acordo com os fatores atenuantes da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo o Gráfico 11, quatro (50%) dos oito adolescentes responderam que o repouso é o fator que mais alivia a dor; dois (25%) responderam que tanto o uso da medicação como o repouso são fatores atenuantes da dor; um (12,5%) dos adolescentes relataram que apenas o uso da medicação minimiza a dor; e um (12,5%) relatou tanto o uso da medicação como a realização da massagem como fatores que controlam a dor.

A dor também pode estar associada ao medo, a ansiedade e ao estresse. Por isso, existem diversas técnicas não farmacológicas que ajudam a diminuir a dor, reduzindo a ansiedade e aumentando a efetividade dos analgésicos. Dentre essas técnicas, uma das mais indicadas é o repouso, pois favorece o relaxamento corporal e aumenta a eficácia dos próprios analgésicos, quando utilizados.

Nesse sentido, o repouso também foi um método descrito pela metade dos participantes da pesquisa como sendo o fator primordial para atenuar a dor. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), o repouso é uma das modalidades de tratamento não farmacológico e é eficaz no controle dos episódios algícos.

Menossi e Lima (2004) relatam, em sua pesquisa, que o tratamento mais utilizado para obtenção do alívio e controle da dor em adolescentes, é o uso da

terapêutica farmacológica. Tal achado corrobora com os resultados desta pesquisa, onde quatro (50%) dos participantes da pesquisa respondem que o uso dos medicamentos são a melhor opção para aliviar a dor, mesmo fazendo associação com outro método não farmacológico, tais como massagem e repouso.

Gráfico 12 – Distribuição dos adolescentes de acordo com os fatores agravantes da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande/PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

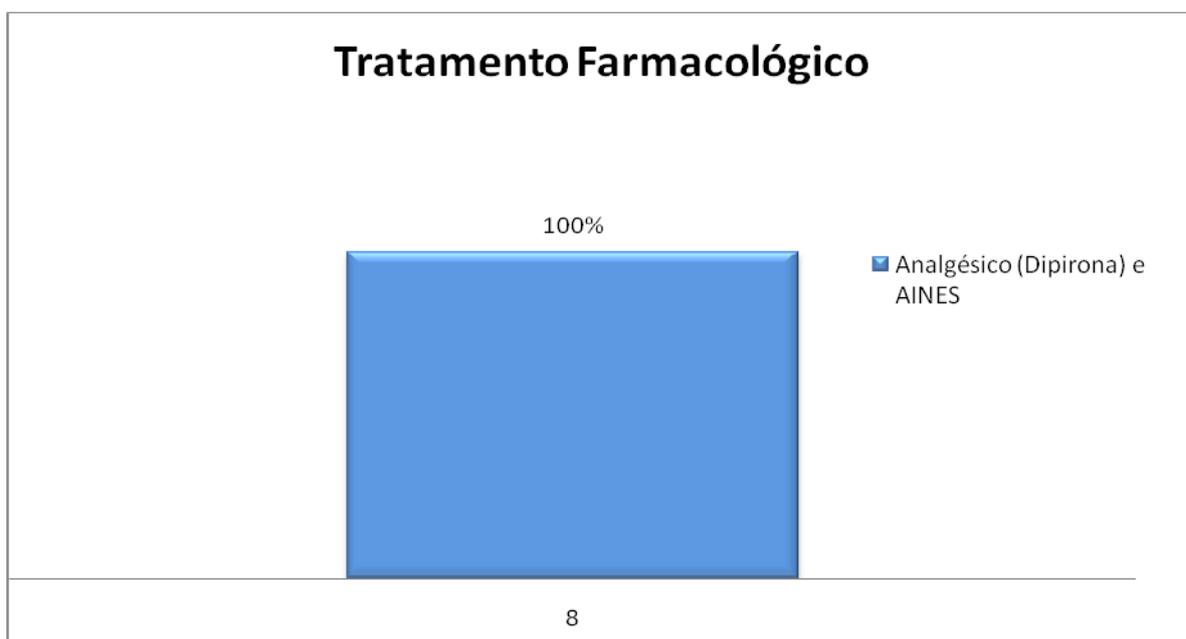
Em relação aos fatores agravantes da dor, de acordo com o Gráfico 12, todos os oito adolescentes (100%) participantes da pesquisa relataram o esforço físico como sendo um fator agravante para a causa da dor.

Como a maioria dos adolescentes apresenta dores osteomusculares, a prática de exercícios físicos aumentam a incidência da dor, impossibilitando-os, muitas vezes, de realizar pequenos esforços físicos. O que pode ser confirmado através dos resultados do Gráfico 12.

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

A verificação dos cuidados dispensados pela equipe de enfermagem no controle da dor também foram apresentados através dos seguintes quadros: tratamento farmacológico, tratamento não farmacológico e, satisfação dos adolescentes frente aos cuidados de enfermagem.

Gráfico 13 – Distribuição dos adolescentes de acordo com o tratamento farmacológico. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto ao uso do tratamento farmacológico os oito adolescentes (100%) participantes da pesquisa faziam uso de analgésico não opiáceo (Dipirona) e Antiinflamatórios Não Esteroidais (AINES), de acordo com análise de seus respectivos prontuários, como mostra o Gráfico 13. Porém, este resultado se faz controverso quando comparado à intensidade da dor, pois, como mostra o Gráfico 10, apenas três dos adolescentes entrevistados avaliaram a dor como sendo moderada, e os outros cinco entrevistados avaliaram a dor como sendo intensa.

De acordo com a Escada Analgésica da Dor, proposta pela Organização Mundial da Saúde, os analgésicos não opióides são utilizados para pacientes que referem dor leve. No caso dos participantes da pesquisa, houve incongruência com o tratamento

farmacológico prescrito e a intensidade da dor ressaltada (moderada a intensa). De acordo com a Escada Analgésica da Dor, deveriam ser administrados opióides fracos e fortes, respectivamente, no entanto eram administrados analgésicos não opióides, tais como a dipirona, prescrito nos prontuários dos adolescentes. Dessa forma, observa-se que a equipe multidisciplinar negligencia o cuidado no que se refere à avaliação e tratamento da dor oncológica.

O tratamento farmacológico é o método de tratamento mais eficaz e utilizado no tratamento da dor em adolescentes com câncer. A escolha dos medicamentos analgésicos no alívio da dor deve ser utilizada através da avaliação da dor. Quando o adolescente relata apresentar dores mais leves faz-se necessário utilizar analgésicos não opioides, conforme o relato da dor for aumentando é necessário utilizar outras medicações, como mostra a Escada Analgésica da Dor, introduzindo opiáceos fracos e potentes, no entanto a utilização de drogas adjuvantes junto aos analgésicos ajuda a controlar e aliviar as dores mais intensas.

Segundo a Unidade de Cuidados (2009) os analgésicos não opiáceos, como a dipirona e paracetamol, podem ser ou não administrados associados aos AINES, os quais devem ser usados em pacientes que relatem dor leve. Quando a dor persiste e é classificada como moderada, é necessário administrar opioides fracos, tais como tramadol ou codeína, porém, quando a dor é classificada como intensa faz-se necessário iniciar a infusão de opioides fortes, tais como morfina, oxicodona, meperidina e, caso necessário, acrescenta-se drogas adjuvantes. Tais achados são contrários ao resultado desta pesquisa, que mostra que os participantes da pesquisa fazem uso de dipirona associado aos AINES, mesmo quando relatam dor intensa.

Gráfico 14 – Distribuição dos adolescentes de acordo com o tratamento não farmacológico Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A massagem e/ou massoterapia foi a principal resposta dos adolescentes participantes da pesquisa (100%), ao serem questionados sobre a utilização de métodos não farmacológicos durante o tratamento, como é mostrado no Gráfico 14,

Quanto ao uso da massagem e/ou massaterapia como método de tratamento não farmacológico, uma pesquisa realizada com crianças e adolescentes com doença hematológica, mostrou que dos 15 entrevistados, oito (53,3%) relataram fazer uso da massagem como medida de controle e alívio da dor, corroborando com o resultado desta pesquisa, que faz menção ao uso da massagem como meio de aliviar e diminuir a dor.

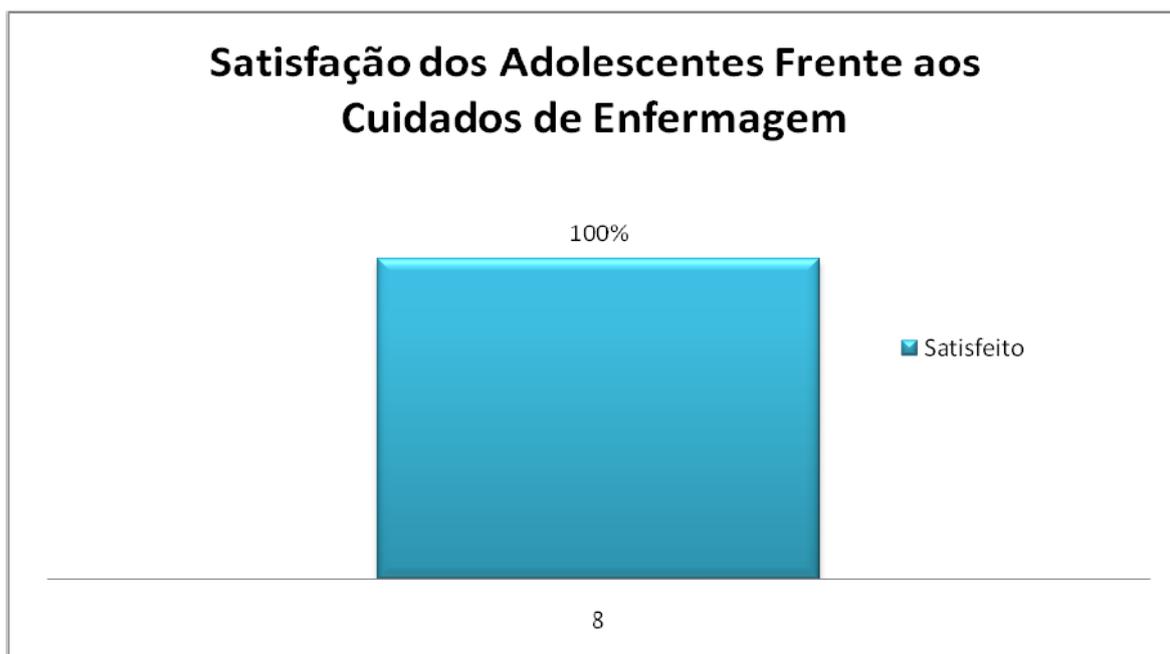
De acordo com Post-White J. et al. (2011) o uso de terapias complementares, como exemplo, a massagem, estão sendo cada vez mais utilizados na diminuição dos sintomas do câncer, por meio de um estudo prospectivo, a massagem terapêutica foi eficaz na diminuição das dores em pacientes oncológicos.

A realização da massagem tem como intuito o alívio da dor e do stress. A mesma é utilizada tanto para promover o relaxamento, melhorar a circulação linfática, restabelecer o tônus muscular e melhorar sua amplitude de movimentos como para ajudar na recuperação de certas lesões. Porém, faz-se necessário estender uma atenção especial quando a mesma é usada com o objetivo de aliviar a dor oncológica em adolescentes, como por exemplo, não massagear locais onde foram realizadas radiações, ter o cuidado

quanto à pressão realizada sobre a pele pelas chances de poder desenvolver hemorragias quando existem quadros de trombocitopenia, bem como respeitar o pudor e a imagem do adolescente, diminuindo assim, a exposição do mesmo, procurando massagear locais menos invasivos (MOTA, 2011).

De acordo com a literatura pertinente, o uso de medidas terapêuticas no alívio e controle da dor estão cada vez mais presentes nos tratamentos não farmacológicos, apresentando ótimos resultados, inclusive quando relacionados à dor oncológica, porém, estas medidas não substituem a terapêutica farmacológica; ambos devem estar inter-relacionados nos cuidados quanto a dor oncológica.

Gráfico 15 – Distribuição dos adolescentes de acordo com a satisfação frente aos cuidados de enfermagem. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Todos os adolescentes (100%) responderam que estavam satisfeitos com os cuidados recebidos pela equipe de enfermagem do referido hospital. Esse resultado mostra que os profissionais de saúde estão atuando cada vez mais no cuidado humanizado aos adolescentes com câncer.

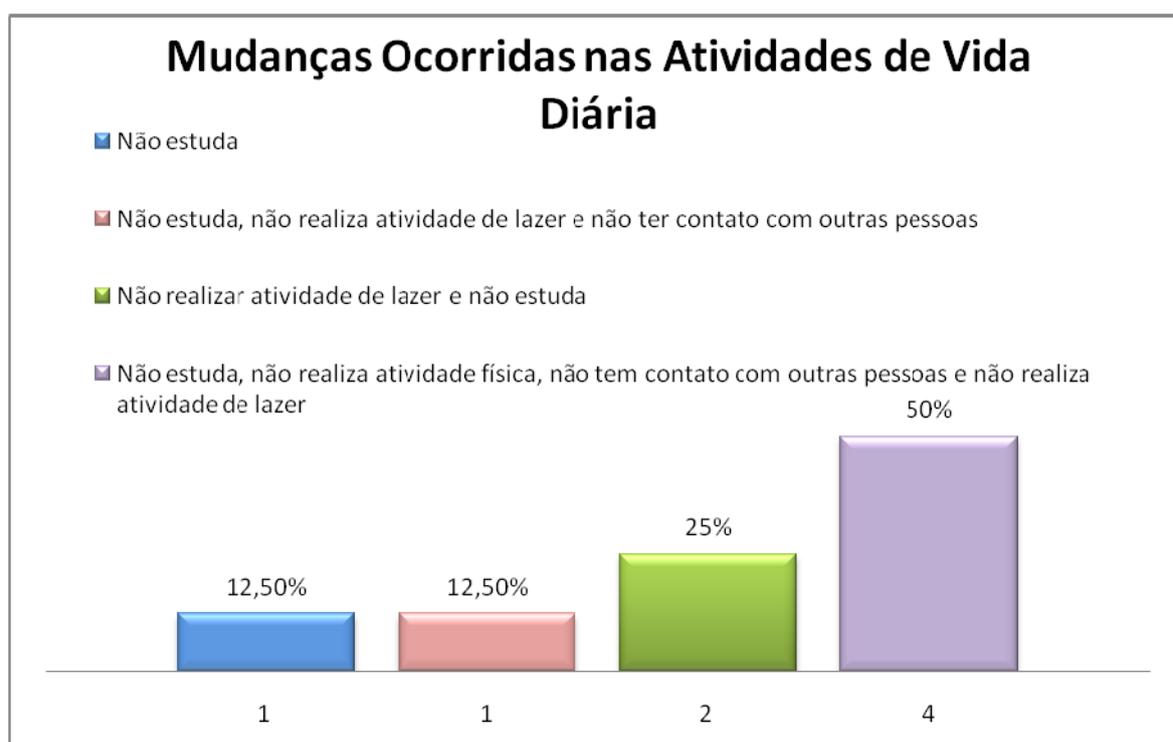
Embora que o manejo da dor seja negligenciado pela equipe multidisciplinar no hospital, locus desta pesquisa, os participantes da pesquisa ressaltaram que estavam satisfeitos com os cuidados de enfermagem. É pertinente ressaltar que o cuidado de

enfermagem vai além do simples contato intra-hospitalar, ou da realização de técnicas e procedimentos. Cuidar do adolescente com câncer implica em conhecer não só sobre a patologia, mas saber lidar com as emoções, angústias e medos que permeiam o paciente com ou sem possibilidades terapêuticas de cura, sabendo ouvir e tentando compreender a dor do outro. Aqui, vale ressaltar, que esta ‘dor’ vai além da dor física, trata-se, portanto, da ‘dor total’.

4.5 Modificações ocorridas nas atividades da vida diária depois do aparecimento da dor oncológica e o significado da dor para os mesmos

Quanto às modificações ocorridas nas atividades da vida diária dos adolescentes os quadros a seguir mostram os resultados obtidos nesta pesquisa, abrangendo mais dois aspectos: significado da dor de acordo com a percepção e entendimento dos adolescentes participantes da pesquisa e, mudanças ocorridas nas atividades de vida diária destes.

Gráfico 16– Distribuição dos adolescentes de acordo com as mudanças ocorridas nas atividades da vida diária depois da dor. Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O Gráfico 16 mostra que em relação as mudanças ocorridas nas atividades de vida diária após os adolescentes sentirem dores e terem como diagnóstico médico a neoplasia, quatro (50%) disseram que deixaram de estudar, de realizar atividades físicas, deixaram e/ou diminuíram o contato com outras pessoas, devido à diminuição da imunidade, e deixaram de realizar atividades de lazer; dois (25%) disseram que deixaram de realizar atividade de lazer e de estudar; um (12,5%) disse que deixou de estudar, de realizar atividade de lazer e diminuiu e/ou deixou de ter contato com outras pessoas, devido a sua imunidade estar comprometida; e um (12,5%) disse que apenas deixou de estudar.

Diante desses dados, percebe-se que os adolescentes apresentam várias mudanças nas atividades da vida diária, no entanto o absenteísmo escolar foi predominante. Este fato está relacionado ao tratamento do câncer ser realizado no âmbito hospitalar, o que leva ao adolescente se afastar das atividades cotidianas. No entanto, vale ressaltar que é direito de todo adolescente ter condições que viabilizem o seu estudo, e é em conjunto com a família que a escola desempenhe um papel de suma importância na identidade pessoal e social do adolescente.

Pesquisa realizada com familiares de crianças e adolescentes com câncer no Ambulatório de Oncopediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) (ORTIZ; LIMA, 2007), verificou que dentre as mudanças que os adolescentes sofrem, a separação do convívio familiar e do contato com a comunidade são outros tipos de mudanças ocorridas na vida diária. Tais achados corroboram com os dados desta pesquisa.

Sobre esta premissa, o estatuto da Criança e do Adolescente (1990, p. 1) a partir do seu 3º artigo legitima que

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

É no âmbito escolar que a criança e/ou adolescente encontra um espaço físico para desenvolver sua capacidade de aprender bem como encontrar estímulos que testem suas habilidades, proporcionando um melhor desenvolvimento intelectual, motor,

sensitivo e social. Por outro lado, fora do âmbito escolar essas oportunidades diminuem a interação social, podendo muitas vezes, desenvolver nelas um sentimento de inferioridade (PATERLINI, BOEMER, 2008).

Além de deixarem de estudar, os adolescentes participantes da pesquisa também relataram que deixaram de brincar, de sair e se divertir, ou seja, deixaram de ter momentos de lazer, o que também é muito importante na construção e desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente.

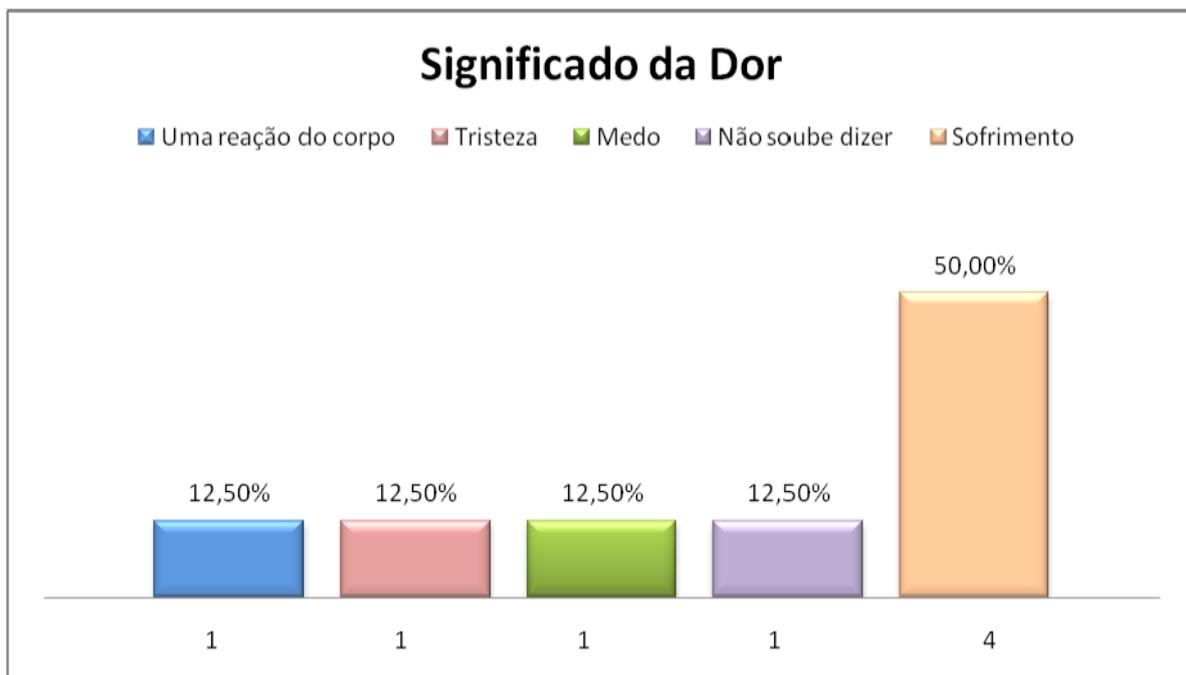
Nesse sentido, se faz mister ressaltar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990, p.1) em seu 4º artigo preconiza que

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Diante deste resultado e do que traz o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), faz-se necessário assegurarmos tais direitos, mesmo que seja no âmbito hospitalar, através de um ensino especialmente voltado para esses adolescentes e que crie-se um espaços onde elas possam desenvolver suas atividades sem causar nenhum risco a sua saúde.

Como já foi exposto, este estudo revelou que os adolescentes apresentam mudanças na vida diária, em decorrência das neoplasias malignas, pois precisam estar internos para tratamento oncológico ou porque necessitam de acompanhamento clínico constante em decorrência de piora do quadro clínico e/ou da imunossupressão. Diante deste fato, se faz necessário que a equipe multidisciplinar precisa desenvolver habilidades humano-interativas, a fim de compreendê-los como seres singulares e proporcionar atividades que venham favorecer a melhora clínica e, conseqüentemente, alta hospitalar.

Gráfico 17 – Distribuição dos adolescentes de acordo com o significado da dor.
Hospital Universitário Alcides Carneiro – Campina Grande – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com o Gráfico 17, quatro (50%) dos adolescentes definiram a dor como sendo um sofrimento vivenciado por eles; um (12,5%) definiu a dor como sendo uma reação do corpo diante de uma determinada patologia; um (12,5%) descreveu a dor como sendo um sentimento de tristeza; e um (12,5%) não soube descrever um significado para a dor.

Conforme já relatado, a dor pode estar associada não somente a alguma lesão tecidual, mas também ao sentimento de tristeza, medo e incerteza. Esta pesquisa confirma esses dados, pois a maioria dos adolescentes relacionou a dor como sendo um sentimento de tristeza, sofrimento e medo. Infere-se que tal percepção dá-se pela própria convivência com a doença, com o sintoma ‘dor’ por ser considerado o mais devastador, pelos métodos invasivos e dolorosos realizados no âmbito hospitalar.

Nesse sentido, se faz imprescindível que o enfermeiro dedique-se e preste cuidados humanizados, proporcionando qualidade no atendimento, dispoendo uma melhor forma em saber lidar com os sentimentos e emoções dos adolescentes com ou sem possibilidades terapêuticas de cura.

O câncer pediátrico é caracterizado por diversas experiências que causam estresse, o mesmo é cercado por momentos cheios de sofrimento, tanto para o adolescente como para sua família. Por muitas vezes envolve tratamentos prolongados,

gerando cuidados e necessidades de mudanças, o adolescente e seus familiares acabam vivenciando, muitas vezes, momentos de depressão, isolamento, inferioridade e desajustamento, podendo muitas vezes, desenvolver riscos de problemas psiquiátricos e sofrimento espiritual (NASCIMENTO et al, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer infantil apesar de raro tem tido uma incidência significativa em todo o mundo, principalmente no sexo masculino, mas também no sexo feminino. Dentre as neoplasias infantis, a leucemia é a mais prevalente nessa faixa etária, e mesmo que ainda não se tenha uma causa específica para o câncer infantil é necessário que o mundo abrace essa causa e ajude cada vez mais a combatê-lo.

São nítidas as mudanças e transformações que os adolescentes diagnosticados com câncer sofrem desde o diagnóstico até a cura. Tal diagnóstico muda completamente a vida do adolescente, desde o convívio escolar até a interação com seus familiares, amigos e sociedade, além de haver certa limitação quanto aos momentos vividos de lazer, quando comparado aos adolescentes que não possuem esse diagnóstico médico.

Apesar da amostra exígua, este estudo revelou que a maioria dos adolescentes atendidos era do sexo masculino e a neoplasia mais prevalente foi a leucemia.

No tocante às características da dor, os participantes da pesquisa revelaram que sentiam dores moderadas a intensas, no entanto, os dados coletados a partir da leitura dos prontuários mostraram que a equipe multidisciplinar não utilizava nenhum instrumento para avaliação da dor e que o tratamento farmacológico utilizado para controle dos episódios álgicos era a associação de dipirona com antiinflamatórios não esteroidais, o que diverge das recomendações propostas pela Escada Analgésica da Dor, que preconiza que para dores moderadas e fortes, lança-se o uso de opioides fracos e fortes, a exemplo da codeína e morfina, respectivamente. No que se refere ao tratamento não farmacológico, o mais enfatizado pelos adolescentes foi a massoterapia.

Os aspectos agravantes e atenuantes da dor ressaltados pelos participantes da pesquisa foram o esforço físico, o repouso e o medicamento, respectivamente.

Um ponto crucial a ser lembrado foi que a maioria dos adolescentes percebe a dor como um sintoma que traz tristeza, sofrimento e medo. Nesse sentido, se faz mister enfatizar que apesar do manejo da dor ser negligenciado pelos profissionais de saúde do referido hospital, os adolescentes enfatizaram que estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem.

A avaliação e registro da intensidade da dor devem ser realizados pelos profissionais de saúde de forma contínua, assim como é realizado no manejo dos sinais vitais, tendo como enfoque a prestação de um cuidado mais humanizado e eficaz para o adolescente.

Além disso, é de suma importância que os profissionais que atuam diretamente com cuidados voltados aos adolescentes, avaliem e controlem a dor oncológica e que implementem, em suas respectivas instituições, métodos avaliativos da dor, pois tal ação facilita na atuação do alívio e controle da dor, auxiliando os cuidados que devem ser prestados a estes adolescentes para minimizar e/ou diminuir tal sintoma.

REFERÊNCIAS

ANDERS, J.C.; SOUZA, A.I.J. Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer: desafios e possibilidades. **Cien Cuid Saúde** – v. 8, n.1, p. 131-37, 2009. Disponível em: <http://<eduemajs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7788/4419>>. Acesso em 17 ago 2013.

ANDRADE, S. et al. Avaliação de um instrumento para classificação de pacientes pediátricos oncológicos. **Rev Esc Enferm USP** – v. 46, n 4, p. 816-21, 2012. Disponível em: > <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/05.pdf><. Acesso em 02 abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: http://<www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf<. Acesso em 20 jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: http://<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf<. Acesso em 25 jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer, uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro, RJ 2008. Disponível em: http://<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf<. Acesso em 01 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. / Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: http://<www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/livro_ronald_internet.pdf<. Acesso em 01 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/ Coordenação Geral de Sistemas de Informação – **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais**. 2010. Disponível em: http://<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Oncologia_2010.pdf<. Acesso em 28 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ SUS. Secretaria de Atenção á saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. 2010. Disponível em: http://<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf<. Acesso em 02 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf<. Acesso em 28 jun 2013.

BRASIL. **Ministério da Educação**, 2014. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hualcide.pdf><. Acesso em 24 mar 2014.

CARVALHO, M.M.J. A dor do adoecer e do morrer. **Boletim Academia Paulista de Psicologia** – v.77, n.2, p. 322-328, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v29n2/v29n2a09.pdf><. Acesso em 05 jul 2013.

CASTRO, E.H.B. A experiência do câncer infantil: repercussões familiares, pessoais e sociais. **Revista Mal-estar e Subjetividade** – v.10, n.3, p. 971-994, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n3/13.pdf><. Acesso em 28 jun 2013.

CASTRO, H. C.; RIBEIRO, K. C. B.; BRUNIERA, P.. Osteossarcoma: experiência do Serviço de Oncologia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Rev Bras Ortop.** – v. 43, nº 4, p.108-15, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v43n4/a02v43n4.pdf><. Acesso em 31 mar 2014.

COSTA, C. A. et al. Dor oncológica. **Revista Portuguesa de Pneumologi** – v. 13, nº 6, p. 855-867, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/pne/v13n6/v13n6a07.pdf><. Acesso em 01 abr 2014.

COUTO, A. C. et al. Tendência de mortalidade por leucemia infantil num período de 25 anos. **J Pediatr** – v. 86, nº 5, p. 405-410, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v28n4/a06v28n4.pdf><. Acesso em 31 mar 2014.

FERREIRA, B.E.S.; GARCIA, A. Aspectos da amizade de adolescentes portadores de diabetes e câncer. **Estudos de Psicologia** – v.25, n.2, p. 293-301, 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/53/1/a13v25n2.pdf><. Acesso em 20 jun 2013.

FREITAS, C.C., VIEIRA, P.R. TORRES, G.V.B., PEREIRA, C.R.A. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor** – v.10, n.1, p. 56-62, 2009. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/f36792_eda1d2afd4f4bcc82d7d9de0e19e6700.pdf<. Acesso em 17 ago 2013.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOVINDAN, R. **Washington Manual de Oncologia**. Editora Guanabara Koogan, 2004.

GRANDE, U. F. C. G. **RESOLUÇÃO Nº 02/2006**. Disponível em <http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/orgaos_suplementares/hu/documentos/regimento_huac.pdf>. Acesso em 24 mar 2014.

IAMIN, S. R. S.; ZAGONEL, I. P. S. Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. ISSN 0103-7013 **Psicol. Argum.** – v. 29, n. 67, p. 427-435, 2011. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=5788&dd99=view>. Acesso em 24 nov 2013.

IKEUTI, P. S.; Borim, L. N. B.; Luporini, R. L. Dor óssea e sua relação na apresentação inicial da leucemia linfóide aguda. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** – v. 28, nº 1, p. 45-48, 2006. Disponível em: ><http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v28n1/v28n1a11.pdf><. Acesso em 03 abr 2014.

MASCARENHAS, C.H.M.; SANTOS, L.S. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia crônica. **J Health Sci Inst.** – v. 29, n.3, p. 205-8, 2011. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_julset/V29_n3_2011_p205-208.pdf<. Acesso em 30 jun 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENDONÇA, M. B.. Análise de processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em onco-hematologia pediátrica. **Universidade de Brasília Instituto de Psicologia** [dissertação] 2007. Disponível em >http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3017/1/2007_MarianaBarreiraMendonca.PDF<. Acesso em 30 jun 2013.

MENOSSE, M. J.; LIMA, R. A. G. A DOR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM CÂNCER: dimensões de seu cuidar. **Rev Brs Enferm** – v. 57, nº 2, p. 178-82, 2004. Disponível em: ><http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a09v57n2.pdf><. Acesso em 30 out 2013.

MOREIRA, G. M. S.. A criança com câncer vivenciando a reinserção escolar: estratégia de atuação de um psicólogo. **Universidade de São Paulo – FFCLRP** [dissertação], 2002. Disponível em: ><http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-27082004-145234/pt-br.php><. Acesso em 04 abr 2014

MORETE, M. C.; MINSON, F. P.. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev Dor** – v. 11, nº 1, p. 74-80, 2010. Disponível em: ><http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf><. Acesso em 02 abr 2014.

MOTA, A. A. S. C. **A massagem no alívio da dor na criança com patologia oncológica**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto [dissertação], 2011.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. G. F. Intervenção Psicológica Lúdica para o Enfrentamento da Hospitalização em Crianças com Câncer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** – v. 26, n.º. 3, p. 445-454, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a07v26n3.pdf>. Acesso em 04 abr 2014.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul Enferm** – v. 23, n.º 3, p. 437-40, 2010. Disponível em: ><http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a21.pdf><. Acesso em 20 mar 2014.

NETO, O. A. et al. **DOR: princípios e práticas**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

OLIVEIRA, J.B.A. Barreiras (infundadas) no tratamento da dor intensa. **Prática hospitalar** – v.10, n.55, 2008. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2055/pdf/mat%2011.pdf><. Acesso em 28 jun 2013.

ORTIZ, M. C. A.; LIMA, R. A. G. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** – v. 15, n.º 3, 2007. Disponível em: > http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a08.pdf<. Acesso em 31 mar 2014.

PALIATIVOS, A. N. C. **Manual de cuidados paliativos** / Editora: Diagraphic – Rio de Janeiro, 2009.

PATERLINI, A. C. C. R.; BOEMER, M. R. A reinserção escolar na área de oncologia infantil – avanços & perspectivas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] – v. 10, n.º 4, p. 1152-8, 2008. Disponível em: > <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a28.htm><. Acesso em 04 abr 2014.

PEREIRA, D. T. S. **Dor em oncologia: avaliação e terapêuticas assistenciais em pacientes hospitalizados**. [Monografia], 2013.

PÉREZ, C. J. U. et al. Câncer infantil en el Área Metropolitana de Bucaramanga, Colombia, 2003-2007. **Med Unab** – v. 14, n.º 2, p. 86-93, 2011. Disponível em: ><http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=1383&path%5B%5D=1466>. Acesso em 05 abr 2014.

PORTAL INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home><. Acesso em 11 jun 2013.

POST-WHITE J, et al. Therapeutic massage and healing touch improvesymptoms in cancer. **Integr Cancer Ther.** – v. 2, nº 4, p. 332-44, 2003. Disponível em: ><http://ict.sagepub.com/content/2/4/332.short>< acesso em 04 abr 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2013.

REIS, R. S; SANTOS, M. O; THULER, L. C. S.. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia** – v. 53, nº 1, p. 5-15, 2007. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/artigo1.pdf. Acesso em 04 abr 2014.

REPÚBLICA, P. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 17 ago 2013.

SANTOS, F.S. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas.** São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SÁ, K. et al. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Rev Saúde Pública** – v. 43, nº 4, p.622-30, 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n4/205.pdf>. Acesso em 04 abr 2014.

SILVA, T. O'H.N.; SILVA, V.R.; MARTINEZ, M.R; GRADIM, C.V.C. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. enferm.** – v.19, n.3, p. 359-63, 201. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a03.pdf><. Acesso em 17 ago 2013.

SOUZA, S.R.; OLIVEIRA, I.C.S. Entre desafios e possibilidades: estratégias para ensinar a cuidar em enfermagem do adolescente com câncer. Relato de experiência. **Rev Esc Enferm** – v.41, n.3, p 508-12, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/23.pdf><. Acesso em 01 jul 2013.

STUMM, E.V.F.; LEITE, M.T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enferm.** – v.13, n.1, p. 75-82, 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/11955/8436><. Acesso em 28 jun 2013.

TOSTES, M. A. et al. Avaliação de dor em crianças e adolescentes portadores de doença falciforme. **Rev. Ciênc. Méd.** – v. 17, nº 3-6, p. 141-147, 2008. Disponível em: > <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/751> Acesso em 02 abr 2014.

UNIC – Unidade de Cuidados. **Manual de Cuidados paliativos em pacientes com câncer.** 1º Edição. Editora UNATI – RJ, 2009. Disponível em: ><http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf>. Acesso em 05 abr 2014.

VERA, A. M. et al. Análisis de la mortalidad por leucemia aguda pediátrica en el Instituto Nacional de Cancerología. **Biomédica** – v. 32, nº 3, p. 355-64, 2012. Disponível em:

><http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/691/1549>< Acesso em 04 abr 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa intitulada **“DOR ONCOLÓGICA: perfil clínico e percepção de adolescentes com câncer”**, cujo objetivo é investigar a percepção dos adolescentes com câncer sobre a dor e identificar os cuidados que os mesmos recebem para diminuir esse sintoma tão perturbador, está sendo desenvolvida pela aluna Jessica Mayara da Silva Oliveira do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof^ª. Ms. Glenda Agra.

Para a realização desta pesquisa a participação do (a) seu (sua) filho (a) é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de autorizá-lo (a) a participar da mesma. Informamos que será garantido o anonimato, bem como assegurada a privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade do (a) seu (sua) filho (a) participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

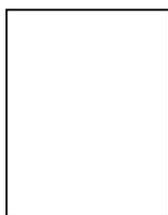
Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) filho do (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. Salientamos que a pesquisa não apresentará riscos maiores ao seu filho, exceto o desconforto de responder às questões formuladas, consideradas como risco mínimo. Ressaltamos ainda que não há previsão de outros riscos.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, autorizo o (a) meu filho participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, 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 pelas pesquisadoras.

Campina Grande, ____/____/____



Participante do estudo

Pesquisadora participante

Pesquisador Responsável: Glenda Agra

UFCG: Endereço: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: 3372-1900.

Endereço residencial: Ministro José Américo de Almeida, SN – Novo Retiro – Cuité/PB
CEP: 58175-000
Fone: 9924-9499

Pesquisador colaborador: Jessica Mayara da Silva Oliveira

Endereço: Ulisses Pereira, nº 77, Bairro São Vicente Cuité/PB CEP: 58175-000
Fone: 9635-8457

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**APÊNDICE B -
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

PRONTUÁRIO

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

a) Tipo de câncer: _____

Classificação do tumor: () Metastático () *In situ*

Etiologia da dor: () Nociceptiva () Neuropática

b) Tratamento farmacológico:

() Anti-inflamatórios : Qual(is): _____

() Opióides fracos : Qual(is): _____

() Opióides fortes : Qual(is): _____

() Cirurgia paliativa: Qual: _____

c) Tratamento não farmacológico

Especificar: _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

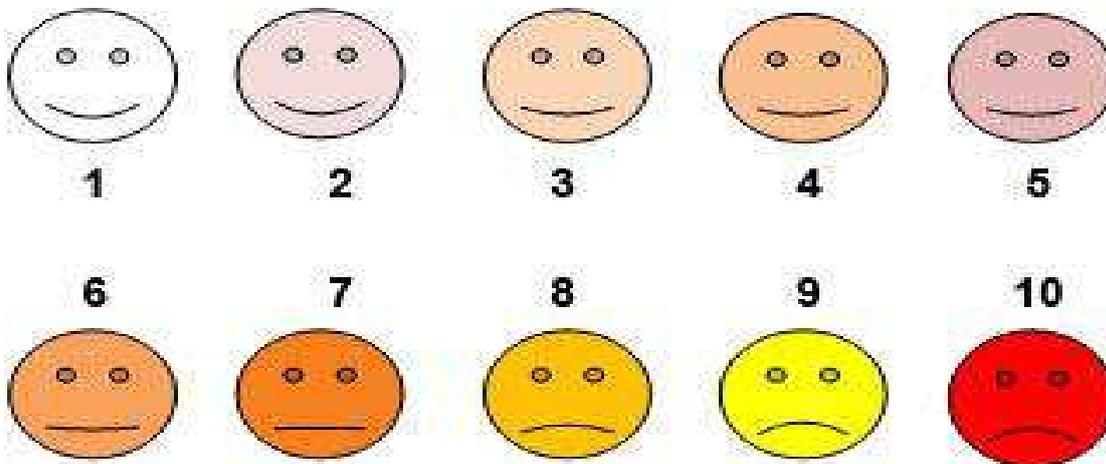
01. Para você, o que significa dor?

02. Fale o que mudou em sua vida depois que você começou a sentir dores e/ou depois que você soube que estava com câncer.

03. Fale sobre os fatores que melhoram a sua dor.

04. Fale sobre os fatores que pioram a sua dor.

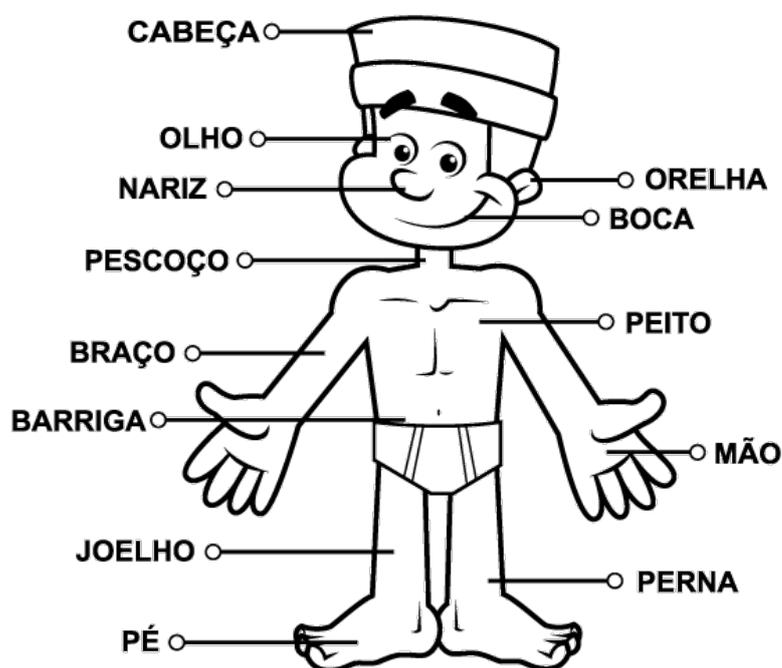
05. Circule a imagem que representa a sua dor:



FONTE: Google acadêmico, 2013.

06. Localização de maior dor:

Marque com um x, na figura abaixo, onde você sente a dor.



FONTE: Google acadêmico, 2013

07. Duração da dor: Sua dor tem duração de:

- () Menos de 1 dia
- () 2 dias
- () 3 dias
- () Uma semana
- () > uma semana

08. Qual o horário que você sente mais dor:

- () Manhã
- () Tarde
- () Noite
- () Independente

09. Fale o que você faz quando está com dor.
10. Fale o que os profissionais fazem quando você está com dor.
11. Você fica satisfeito com os cuidados que recebe? Fale sobre isso.

ANEXOS

ANEXO A -



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR ONCOLÓGICA: perfil clínico e percepção do adolescente com câncer

Pesquisador: Glenda Agra

Área Temática:

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e da Saúde

Versão: 1

CAAE: 21145313.4.0000.5182

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 513.800

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

A dor é uma sensação ou experiência emocional brusca, que está diretamente ligada com o dano tecidual real ou potencial. Independente da dor, seja aguda ou crônica, contínua ou intermitente, de baixa, média ou alta intensidade, deve-se avaliá-la e tratá-la adequadamente. Dentre as causas da dor, as provocadas por neoplasias malignas é a que mais traz sofrimento ao paciente, principalmente se não for tratada e prevenida corretamente. Além da dor supracitada, existe também a dor total, que tem como definição a influência de diferentes dimensões da vida sobre a dor e ao impacto da dor sobre a vida. Além de conviver com a dor física, existe também a dor mental, que está relacionada com as mudanças de humor, sentimentos de perda de controle sobre a própria vida; a dor social, marcada pelo isolamento dos amigos e muitas vezes dos familiares, por causa da doença, e a dor espiritual, quando há perda do significado e sentido da vida. O objetivo desta pesquisa é investigar a percepção do adolescente com câncer sobre a dor oncológica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a percepção da dor oncológico pelos adolescentes com câncer atendidos em um hospital público de Campina Grande-PB

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

Continuação do Parecer: 513.800

Objetivo Secundário: Identificar os cuidados paliativos realizados para minimização da dor em adolescentes com câncer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Salientamos que a pesquisa não apresentará riscos maiores ao paciente, exceto o desconforto de responder as questões formuladas, consideradas como risco mínimo. Ressaltamos ainda não há previsão de outros riscos.

Benefícios: O presente trabalho apresenta grande relevância, pois contribuirá para a pesquisa científica no que se refere à avaliação da percepção da dor oncológica dos pacientes com neoplasias, na perspectiva de alertar a comunidade científica, sobre a importância da preparação acadêmica para esse processo, e posteriormente, para o cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa, que se realizará em um hospital público do município de Campina Grande/PB. O universo será constituído por adolescentes com câncer atendidos no referido hospital. O instrumento para coleta de dados será uma entrevista semiestruturada baseada nos objetivos da pesquisa. Ao serem convidados a participarem da pesquisa, os pais dos participantes, assim como os próprios adolescentes serão informados de que o objetivo do estudo é: investigar qual é a percepção dos adolescentes diagnosticados com câncer, sobre a dor oncológica e quais são os cuidados que os mesmos recebem para diminuir esse sintoma. Serão garantidos aos participantes o sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa mediante a participação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido no ato da entrevista.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios Inclusão: Serão incluídos alguns critérios de inclusão: Participantes da pesquisa sejam tenham idade entre 12 e 18 anos; que possuam o diagnóstico médico de neoplasia; que apresentem quadro de dor; que estejam internos no HUAC no momento da coleta dos dados; que apresentem condições cognitivas e físicas para responder às perguntas e que desejem participar da pesquisa.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n	Bairro: São José
CEP: 58.107-670	Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523
UF: PB	Município: CAMPINA GRANDE
E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br	



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

Continuação do Parecer: 513.800

Critério de exclusão: adolescentes com atendimento ambulatorial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Certidão do Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité-PB;
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Direcionado aos responsáveis dos adolescentes);
Folha de rosto;
Termo de autorização da diretoria do HUAC;
Projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os critérios propostos na pesquisa se acosta a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que norteia pesquisas envolvendo seres humanos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que o protocolo de Pesquisa atende às exigências previstas nas normas que norteiam a pesquisa com seres humanos, o parecer foi aprovado Ad Referendum. Coordenação Pro Tempore do CEP/HUAC.

CAMPINA GRANDE, 22 de Janeiro de 2014

Assinado por:

**Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)**

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n	Bairro: São José
CEP: 58.107-670	Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523
UF: PB	Município: CAMPINA GRANDE
E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br	

ANEXO B -



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

Título da Pesquisa: DOR ONCOLÓGICA: perfil clínico e percepção do adolescente com câncer

Pesquisador: Glenda Agra

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da UFCG

Versão: 1

CAAE: 21145313.4.0000.5182

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 066946/2013

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

UF: PB

Telefone: (83)2101-5545

CEP: 58.107-670

Município: CAMPINA GRANDE

Fax: (83)2101-5545

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br