

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Centro de Educação e Saúde

Unidade Acadêmica de Saúde

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Flávia da Nóbrega Barbosa

**DOR ONCOLÓGICA E CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa da
literatura**

Cuité/PB, 2013

Flávia da Nóbrega Barbosa

**DOR ONCOLÓGICA E CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa da
literatura**

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, 2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B238d Barbosa, Flávia da Nóbrega.

Dor oncológica e cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura. / Flávia da Nóbrega Barbosa. – Cuité: CES, 2013.

59 fl.

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

Orientadora: Me. Glenda Agra.

1. Oncologia - dor. 2. Dor oncológica. 3. Cuidados paliativos – oncologia. I. Título.

CDU

616-006

Flávia da Nóbrega Barbosa

**DOR ONCOLÓGICA E CUIDADOS PALIATIVOS: uma revisão integrativa da
literatura**

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.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Msc. Glenda Agra

Curso de Enfermagem – UAS/CES/UFCG
Orientadora

Prof^ª Msc. Lidiane Lima Andrade

Curso de Enfermagem – UAS/CES/UFCG
Membro interno

Prof^º Msc. Bernadete de Lourdes André Gouveia

Curso de Enfermagem UAS/CES/UFCG
Membro interno

Cuité/PB, 2013

À Deus, pai de infinita misericórdia que em ato de bondade me dotou o dom do não conformismo e desejo incansável pela ciência, espero conseguir ser digna de tal missão que me incumbistes. E a minha mãe, que não só me deu a vida, me deu à luz. **DEDICO.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me conceder a sabedoria necessária para seguir o caminho da ciência.

Aos meus **familiares** que ficaram com a pior parte e mesmo assim não reclamaram, pautar todos os agradecimentos seria injusto, mas vocês mais do que ninguém sabem o quanto fizeram e passaram por mim durante esses anos de graduação.

A minha orientadora **Glenda Agra**, pelo trabalho primoroso que executou. Serei sempre grata pela forma que me acolheu, sabendo puxar as rédeas de uma sonhadora para ela não se perder em suas pernas, me dando espaço e incentivo para fazer o que eu gosto.

A **banca examinadora** pelas importantes contribuições para este estudo.

Aos **amigos de curso**, durante cinco anos vocês foram a minha família longe de casa. Aceitaram-me da forma que sou e me acolheram. O amor que sinto por vocês se tornou necessário para a minha vida. Que a nossa união permaneça mesmo na distância.

Às minhas **colegas de orientação** pelo companheirismo durante esses momentos de ansiedade que antecederam a produção do TCC.

Aos meus amigos de forma geral e em especial a **Ricardo** pelo apoio moral e científico e **Heloisa** e **Mayara** por manterem as portas e braços sempre abertos para mim.

A **Universidade Federal de Campina Grande**, por me dar os subsídios físico e docente imprescindível para a minha formação acadêmica. E por me ensinar a ser perseverante diante às adversidades.

Por último e não menos importante, aos meus **pacientes** durante todo o curso, que de bom grado confiaram suas vidas aos meus cuidados, a vocês todo o meu respeito e admiração.

*“Ao cuidar de você no momento final da vida,
quero que você sinta que me importo pelo fato de
você ser você, que me importo até o último
momento de sua vida e,
faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não
somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas
também para você viver até o dia de sua morte.”*

Cicely Saunders

RESUMO

BARBOSA, Flávia Nóbrega. **Dor oncológica e cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2013, 60p.

A dor oncológica é uma vivência desagradável de caráter individual e subjetivo que afeta o paciente e é responsável por alterações físicas, psíquicas e sociais aos pacientes. É necessário estar atento para as implicações da dor e observar em qual aspecto esta afeta a vida do paciente. Dessa forma, o conhecimento da equipe de saúde acerca das medidas de avaliação da dor bem como sobre as terapêuticas para o controle algico são imprescindíveis para um tratamento que vise o paciente de forma holística e atenda às suas necessidades. O objetivo deste estudo foi caracterizar a produção científica de periódicos *online* acerca da dor oncológica e cuidados paliativos, no período de 2002 a 2012. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados SciELO e LILACS, fazendo uso dos descritores “dor oncológica” e “cuidados paliativos”. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para selecionar os artigos: textos em português e na íntegra, que versassem sobre dor oncológica e cuidados paliativos, no período de 2002 a 2012, sem acesso mediante pagamento. Os artigos com textos incompletos, em língua estrangeira e com acesso restrito fizeram parte dos critérios de exclusão. A técnica de análise do conteúdo temática foi utilizada para analisar o material empírico. O estudo é constituído por uma amostra de 25 artigos completos, divulgados em língua portuguesa e disponibilizados na base de dados citadas anteriormente. Os resultados mostraram que o ano de 2011 foi que apresentou o maior quantitativo de artigos publicados (20%) e a revisão de literatura foi o tipo de publicação mais presente na amostra (40%). A área de formação dos autores mais presente nos artigos foi igualmente enfermagem e medicina (36%). A partir da análise do material surgiram três categorias: “**Avaliação da dor oncológica**”; “**Intervenções biológicas no tratamento da dor oncológica**” e “**Intervenções psicoterapêuticas no tratamento da dor oncológica**”. Conclui-se que a temática tem importante significância para a equipe de saúde. Tendo em vista o valor de se compreender a finitude da vida e suas repercussões para o paciente, é necessário que essas pesquisas continuem e que os profissionais tenham acesso aos meios de mensuração da dor bem como as terapêuticas disponíveis, a fim de minimizar a dor e proporcionar melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Dor oncológica. Cuidados paliativos. Avaliação da dor.

ABSTRACT

BARBOSA, Flávia Nóbrega. **Cancer pain and palliative care: an integrative literature review.** Work of Course Completion (Bachelor of Nursing) – Center for Education and Health. University of Campina Grande. Cuité – PB, 2013, 60p.

Cancer pain is an unpleasant experience of individual and subjective that affects the patient and is responsible for changes in physical, psychological and social benefits to patients. You must be aware of the implications of pain and observe in which this aspect affects the patient's life. With this in mind, health care practitioners' knowledge about how to measure pain as well as the treatment to control it are of major importance to a holistic treatment aiming both the patient and their needs. The goal of this research was to characterize scientific *online* publication in cancer pain and palliative care between 2002 and 2012. It's an integrative literature review of *Biblioteca Virtual em Saúde* content in SciELO and LILACS databases, using “*dor oncológica*” and “*cuidados paliativos*” as search keywords. The inclusion criteria used to select publications were: access-free full articles about cancer pain, written in portuguese and published between 2002 and 2012. As a result, incomplete articles, published in any other language with restricted access composed the exclusion criteria. Thematic content analysis methods were used for analysing collected publications. This research analysed a sample of 25 full articles, written in portuguese and available at one of the databases above. Results show that the majority of articles (20%) were published in 2011 as well as the most frequent publication kind (40%) were literature review. The distribution of authors' formation is equal in medicine and nursing (36% each). Also from the analysis, the selected articles can be divided in three categories: “*Evaluation of pain cancer*”, “*biologic interventions in the treatment of cancer pain*” and “*psychotherapeutic interventions in the treatment of cancer pain*”. The thematic is significantly important to the health care professionals. Once knowing the value of understanding finiteness of life and its impact on the patient, it is necessary to keep carrying on such kind of research and to make means of measure and treat cancer pain available to professionals, in order to minimize cancer pain and increase the quality of patients' life.

Keywords: Cancer pain. Palliative care. Pain assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

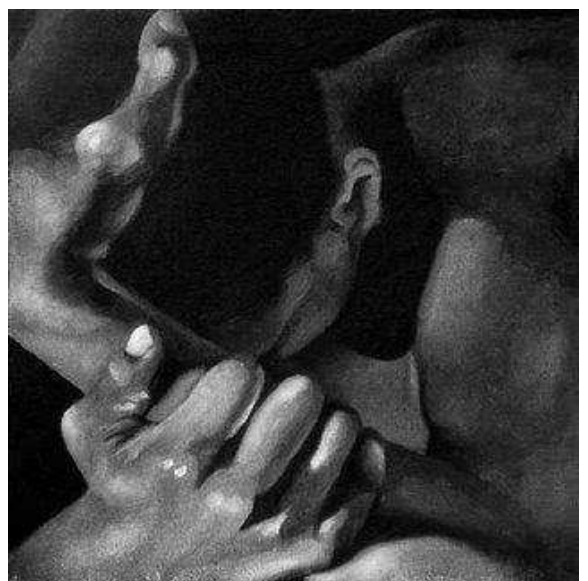
FIGURA 1	- Escala Visual da Dor.....	19
FIGURA 2	- Escala Numérica da Dor.....	19
FIGURA 3	- Questionário de McGill – Avaliação do padrão da dor.....	20
FIGURA 4	- Escada Analgésica da Dor.....	22

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

GRÁFICO 1	- Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa referente ao ano de publicação.....	29
GRÁFICO 2	- Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto as modalidades de estudo.....	30
GRÁFICO 3	- Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto à formação profissional dos autores.....	31
QUADRO I	- Distribuição dos artigos da categoria I – Avaliação da dor oncológica - segundo o título e trechos das publicações selecionadas para o estudo.....	32
QUADRO II	- Distribuição dos artigos da categoria II – Intervenções biológicas no tratamento da dor oncológica - segundo o título e trechos das publicações selecionadas para o estudo.....	34
QUADRO III	- Distribuição dos artigos da categoria II – Intervenções psicoterápicas no tratamento da dor oncológica - segundo o título e trechos das publicações selecionadas para o estudo.....	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
3.1 Tipo de pesquisa.....	26
3.2 Local da pesquisa.....	26
3.3 População e Amostra.....	26
3.4 Coleta de dados.....	26
3.5 Análise de dados.....	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE.....	55
APÊNDICE A– Instrumento para coleta de dados.....	56



FONTE: Google imagens, 2013

1 INTRODUÇÃO

O câncer é conhecido há pelo menos 3 mil anos antes de Cristo, o que comprova que é uma doença antiga. O seu nome tem origem da palavra grega *Karkínos* que significa caranguejo e remete a aparência das células cancerosas. O crescimento das células cancerígenas é desordenado, pois em vez de morrerem continuam a crescer e formar mais células atípicas (BRASIL, 2012).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima cerca de 520 mil novos casos da doença para 2012 e 2013. Em 2011, estudos apresentados por esse órgão apontaram sete localizações de câncer que entraram no *ranking* dos tumores mais frequentes do País, destacando-se a bexiga, o útero, o ovário, a tireoide (nas mulheres), o sistema nervoso central, o linfoma não Hodgkin, e a laringe (nos homens). Tais estudos revelam, ainda, que os tipos de câncer mais incidentes nas regiões brasileiras são de pele não melanoma, próstata, mama e pulmão (BRASIL, 2009).

A mortalidade por câncer no Brasil mostrou que são 13,7% de todos os óbitos no país, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório, que atinge o percentual de 27,9. Em seguida observam-se as causas externas com 12,4%. Este perfil de modalidade apresenta variantes entre homens e mulheres. No caso da mortalidade masculina, as neoplasias aparecem em terceiro lugar com 12,8% e as causas externas ocupam o segundo lugar com 18,0%. Já nas mulheres, as neoplasias surgem em segundo lugar com 15,1% e as causas mal definidas em terceiro com 13,0% (BRASIL, 2006).

O aparecimento e crescimento dos casos de câncer fazem aumentar a busca por explicações sobre a sua origem e isso se reflete nos incentivos de estudo sobre o tema. Com os estudos, foi possível identificar e diferenciar padrões de ocorrência do câncer entre países. Porém, isso não é suficiente para o entendimento das causas sobre determinados indivíduos adoecerem em detrimento de outros. Atualmente, se compreende que o surgimento do câncer não possui apenas um fator desencadeante e sim um conjunto de agentes (BRASIL, 2006).

Um tumor torna-se detectável aos métodos diagnósticos quando o mesmo alcança 1 cm de diâmetro e apresenta cerca de 10⁹ células. Para que o tumor alcance esse tamanho, acredita-se ser necessário alguns anos. Devido a esse problema de detecção, algumas vezes, antes mesmo de ser descoberto o câncer, já se inicia o processo de metastatização. Essa disseminação do câncer é um processo complexo e que ainda não foi completamente

entendido, mas pode ser dividido em cinco fases: invasão e infiltração por células neoplásicas em tecidos subjacentes; células tumorais liberadas na circulação sanguínea, em êmbolos ou de forma isolada; sobrevivência na circulação sanguínea das células tumorais; fixação nos capilares de órgãos distantes; derramamento dos vasos sanguíneos ou linfáticos desenvolvimento de células neoplásicas propagadas (BRASIL, 2008).

É imperativo ressaltar que os dados acima realçados soam como impacto para a equipe de Enfermagem em cuidados paliativos, pois, no paciente oncológico, há probabilidade de agravos que causam dor, no final da vida, em decorrência do avanço da doença, da compressão do tumor, ou como efeito tardio do tratamento radioterápico (FIRMINO, 2005; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

A dor crônica é a segunda causa de procura por assistência médica e é a responsável por parte do sofrimento físico e psicológico, diminuindo assim, a qualidade de vida. Como a resposta à dor é individual, cada pessoa deve ter o tratamento focado nas suas necessidades e essa abordagem deve ser realizada de forma holística. Em algumas situações, o controle da dor pode não ser alcançado, mas ao menos a moderação das complicações deve ser almejada (SILVA; PAZOS, 2005).

A dor oncológica é considerada uma das piores que se conhecem por ser contínua, crescente, de grande intensidade e acompanhada de uma reação emocional aversiva e intensa. A dor provoca muito sofrimento, uma vez que a intensidade poderá ser aumentada por outros fatores, como a depressão, a ansiedade, a debilidade física e a insônia, que irão, desta forma, contribuir para o seu agravamento (GONÇALVES; FARIAS; PRADO, 2007).

Assim, uma vez que a dor é um dos sintomas principais que é abordado pela equipe de cuidados paliativos, torna-se fundamental fazer uma avaliação, isto é, caracterizar a dor em todos os seus aspectos (LEAL et al., 2007). Todavia, assistimos, ainda hoje, a uma desvalorização dessa avaliação, o que pressupõe uma dificuldade no tratamento da mesma (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Perante o sofrimento que o câncer e a dor oncológica causam ao paciente e observando o número reduzido de trabalhos sobre cuidados paliativos voltados à temática, percebeu-se a necessidade de realizar um estudo em que se buscasse um maior aprofundamento sobre a percepção do paciente com ferida neoplásica sobre a dor.

Nessa perspectiva, o cuidado paliativo configura-se como a melhor proposta de assistência ao paciente, pois visa cuidar de pessoas com patologias que não respondem mais ao tratamento curativo e se caracteriza por preconizar uma postura ativa frente ao controle dos

sinais e dos sintomas inerentes à fase avançada da doença, que se tornou impossível de curar. O objetivo dos cuidados paliativos é diminuir, o máximo possível, o sofrimento físico e psicológico e promover uma qualidade de vida possível para o paciente e sua família (SILVA; HORTALE, 2006).

Considerando a Enfermagem como um membro ativo e integrante da equipe de cuidados paliativos, cabe aos profissionais dessa área desenvolver competências e habilidades que lhes permitam conhecer e identificar características da dor da doença oncológica e implementar cuidados específicos relacionados a ela. Nesse sentido, deixar o paciente confortável e com o mínimo de dor aceitável é um desafio constante para o enfermeiro.

Nesta perspectiva, vale ressaltar a questão norteadora da pesquisa: qual a caracterização da produção científica de periódicos *online* acerca da dor oncológica e cuidados paliativos? Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi caracterizar a produção científica de periódicos *online* acerca da dor oncológica e cuidados paliativos.



FONTE: Google imagens, 2013

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Câncer é o nome oferecido a um grupo de mais de 130 doenças que têm em comum o desenvolvimento irregular de células e que tendem a invadir órgãos e tecidos vizinhos. O câncer foi encontrado em múmias egípcias, o que comprova que essa doença aflige o homem há mais de três mil anos antes de Cristo e que não é um mal dos novos tempos. A palavra câncer deriva do grego *Karkínos* que significa caranguejo e foi empregada a primeira vez pelo pai da medicina, Hipócrates (BRASIL, 2012).

O câncer é originado, na maioria das vezes, por mutação ou ativação anormal dos genes celulares que controlam o crescimento e a mitose celular. Isso ocorre porque alguma célula recém-formada é portadora de características mutantes expressivas. No entanto, a possibilidade do acontecimento de mutações pode ser alargada quando a pessoa está sujeita a certos fatores químicos, físicos ou biológicos (GUYTON; HALL, 2006).

As células neoplásicas e as normais se dividem com maior rapidez quando os volumes teciduais ou tumorais são menores. Essa atividade leva a um crescimento em grande ritmo com curtos tempos de duplicação em tumores de menor volume. A parte proliferativa do câncer decresce à medida que ele cresce, elevando seu tempo de duplicação em tempos distintos. Com isso, três atenções técnicas procedem desta ciência sobre essa cinética celular:

- Quanto menor o tumor, maior a parte proliferativa, logo mais afetados serão os tratamentos quimioterápico e radioterápico;
- Quanto antes iniciar o tratamento quimioterápico ou radioterápico após a extirpação cirúrgica do tumor mais eficaz será, devido ao maior número de células em fase proliferativa;
- Os tecidos inalterados que mostram alta fração de crescimento são os que sentem a ação da quimioterapia e radioterapia, e é neles que se concentram os efeitos colaterais agudos do tratamento, como as náuseas, vômitos, alopecia, dentre outros (BRASIL, 2008).

Existem três diferenças principais entre células normais e células cancerosas, são elas: a célula cancerosa não respeita os limites de crescimento celular, pois não necessita de fatores de crescimento como as células normais; as células cancerosas não são aderentes entre si como as células normais, por esse motivo, tendem a se veicular pelos tecidos, entrar na circulação e a serem transportadas pelo corpo; alguns cânceres possuem a capacidade de criar vasos sanguíneos (angiogênese), e isso garante os fatores necessários para o seu crescimento. O câncer compete com os tecidos normais pelo aporte de nutrientes. Como as células cancerosas se proliferam indefinidamente, com o tempo exigirão toda a nutrição para si. Dessa forma, os tecidos normais sofrerão morte nutricional (GUYTON; HALL, 2006).

O contato com fatores de risco e a elevação da perspectiva de vida são fatores que levam a maior incidência de doenças crônicas como o câncer. Só no ano de 2004 o Brasil registrou 141 mil óbitos por câncer. Sendo as principais causas de morte por câncer em indivíduos do sexo masculino: pulmão, próstata e estômago e nas mulheres foram os cânceres de mama, pulmão e intestino. O câncer de pele não-melanoma é o mais incidente no Brasil, acompanhado pelo câncer de mama feminina, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e colo de útero (BRASIL, 2008).

A especialidade de oncologia exige alta complexidade em assistência sobre todo o processo terapêutico, também requer dos profissionais de enfermagem exímia habilidade e avaliação das necessidades individuais dos pacientes. Essa área insere os profissionais em contato direto com situações de dor e luto, além de outras experiências de perda, como mutilações, efeitos colaterais do tratamento que afetam tanto o aspecto físico quanto o psicológico e geram desesperança tanto nos pacientes quanto nos que estão a sua volta. Essas situações atribuem aos profissionais a obrigação de encarar os problemas e buscar soluções para o bem-estar do trinômio paciente-família-profissional (BRASIL, 2008).

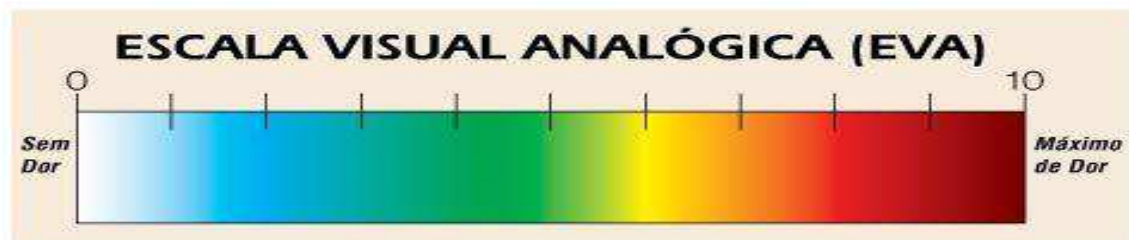
De acordo com a *Internacional Association for the study of Pain* (IASP), a dor pode ser conceituada como experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais ou descrita em termos de tal dano. Levando-se em consideração os aspectos emocionais e culturais, a experiência da dor pode ser avaliada como o maior objeto do sofrimento humano, o que torna difícil para outras pessoas dimensionar que não sejam aquelas portadoras do sofrimento (OLIVEIRA, 2008).

Segundo Cicely Saunders, a “dor total” é composta por vários fatores: físico, mental, social e espiritual. Esse julgamento mostra o valor das dimensões do sofrimento humano e que o alívio da dor não é obtido sem dar atenção a essas áreas (BRASIL, 2001). Quando a dor do câncer prossegue ou piora, causa no paciente um sentimento de desesperança, pois temem que não valha à pena seguir uma vida sentindo tão fortes dores (COSTA; CHAVES, 2012).

Os pacientes com câncer assumem a dor como parte principal no tratamento, pois influencia o controle de outros sinais como a depressão, a ansiedade, a insônia, entre outros. Também é o sintoma que mais causa angústia nos pacientes e familiares. E mesmo com o controle da dor basal, vários pacientes referem dor intermitente e intensa. A dor episódica compõe um elemento heterogêneo e repetido nas ocorrências de câncer avançado e isso afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes (SIMÕES, 2011).

A dor experimentada pelo paciente pode ter como razão: o próprio câncer; fatores relacionados ao câncer; associada ao tratamento antitumoral e desordens concomitantes. A dor oncológica pode ser completamente aliviada em 80% a 90% dos pacientes. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é indispensável verificar o grau de dor no paciente para revelar a sua intensidade. Nesse caso, pode-se usar a escala visual, verbal ou numérica como parâmetros para a avaliação da dor, sendo a escala visual a mais utilizada dessas. Os resultados vão depender, obviamente, da cognição do paciente (BRASIL, 2001). Abaixo, nas Figuras 1 e 2 seguem as imagens da Escala Visual Analógica da Dor e da Escala Numérica da Dor, ambas, empregadas para mensurar a dor.

Figura 1-Escala Visual Analógica da Dor



Fonte: Felipe Senger, 2012

Figura 2-Escala Numérica da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NULA		MÍNIMA		MODERADA				INTENSA		

Fonte: Scielo, 2012

Existe também o questionário de dor de McGill, descrito na Figura 3. Trata-se de um instrumento multidimensional que afere a dor em termos qualitativos, que foi, originalmente, escrito no ano de 1975 na Universidade de McGill por Melzack em Montreal no Canadá. Tal questionário avalia a localização da dor, comportamento temporal, os motivos de alívio e agravamento e intensidade da dor, realizada através de vários descritores verbais que distinguem a experiência da dor. Essa escala julga a dor como uma manifestação de propriedades sensoriais, afetivas e cognitivas (SILVA, et al., 2011).

Figura 3-Questionário de avaliação do padrão da dor McGill (MPQ)

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

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

Fonte: Dores crônicas – o blog da dor crônica, 2012

No paciente oncológico, a dor incapacita-o causando danos orgânicos, emocionais, sociais e comportamentais. É importante perceber a dor como consequências desses fatores e não separadamente, pois o objetivo do tratamento é a regeneração completa e não apenas de sintomas fechados. Tendo isso em vista, observa-se a importância da avaliação do profissional acerca da percepção da dor para a correta escolha do tratamento e do cuidado. Para isso é necessário que os pacientes relatem aos profissionais a alteração no seu quadro algico para receberem um tratamento eficaz. E para que isso ocorra os próprios pacientes precisam compreender qual a influência da dor na sua vida e saúde (SILVA; ZAGO, 2001).

Todas as pessoas quando questionadas sabem verbalizar o que é dor, mas geralmente não conseguem explicar como a sentem. Por isso, a dor é considerada o quinto sinal vital e necessita ser avaliada e registrada como os outros sinais vitais. Para isso, os instrumentos de mensuração da dor servem como aparato cujo objetivo principal é esclarecer aos profissionais da saúde sobre a intensidade da dor desses pacientes. No entanto, deve-se valorizar as respostas não-verbais expressadas pelos pacientes no que refere à dor intensa, tais como: inquietação, alteração na expressão facial, sudorese, palidez, posicionamento protetor, alteração dos sinais vitais, entre outros. É importante compreender a forma como o cliente

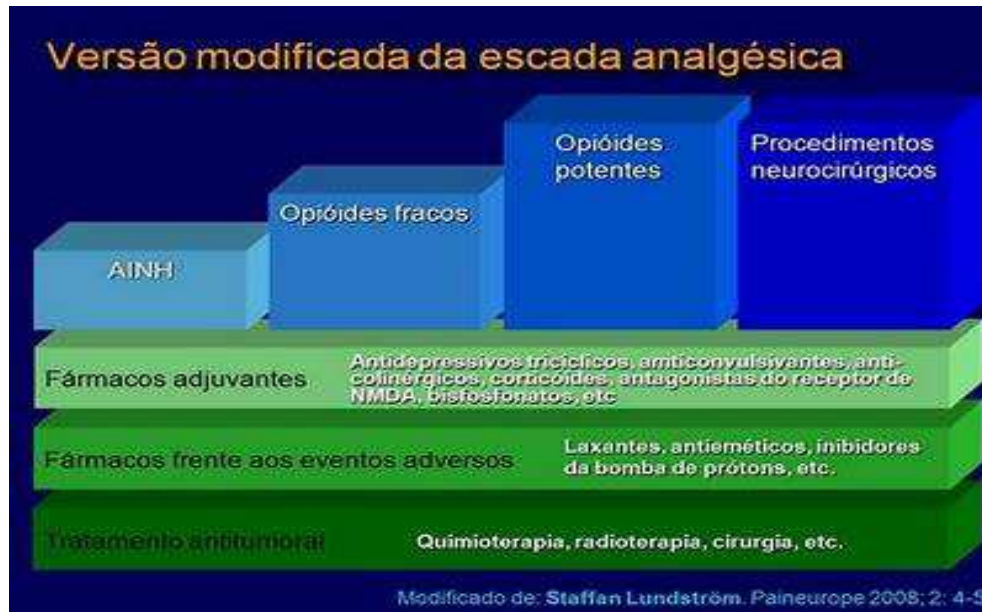
expressa a dor, pois em alguns casos o mesmo pode se encontrar em estado de inconsciência e não conseguir relatar verbalmente suas queixas (PEDROSO; CELICH, 2006).

De acordo com o Primeiro Consenso Nacional de Dor Oncológica, os analgésicos opioides são a base da terapêutica da dor oncológica (SALAMONDE et al., 2006). No entanto, o tratamento dos pacientes com ferida oncológica deve abranger os sintomas psicossociais e não somente os físicos, pois as feridas causam grande estigma na vida do paciente. A radioterapia e a quimioterapia são os tratamentos de escolha para as feridas tumorais, pois diminuem o tamanho do tumor e os sintomas. A radioterapia extingue as células cancerígenas e diminui a extensão da lesão, o exsudato e a hemorragia, porém pode causar lesões na pele. Já a quimioterapia, diminui a dor e os sintomas, mas pode causar sangramento (POLETTI et al., 2002).

Em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de um método eficaz pode-se aliviar a dor em até 80% dos pacientes com câncer. Este procedimento é dividido em seis princípios: 1. pela boca, pois a via oral é sempre a escolha para a administração de medicamentos; 2. pelo relógio, a medicação deve ser ministrada em períodos determinados de tempo; 3. pela escada, de acordo com a Escada Analgésica da Dor de três degraus da OMS para administração de medicamentos que guiam a seqüência do uso de drogas; 4. para o indivíduo, a escolha do analgésico e a dose devem ser feitas de acordo com as características individuais de cada paciente, visto que a dor é subjetiva; 5. uso de adjuvantes, para elevar o alívio da dor, para prevenir efeitos adversos das drogas, para o domínio de outros sintomas; 6. atenção aos detalhes, dar instruções ao paciente e seus cuidadores e tirar dúvidas sobre o tratamento e a doença (BRASIL, 2001).

A seguir, a Figura 4 ilustra a Escada Analgésica da Dor desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde.

Figura 4 – Escada Analgésica da Dor



FONTE: Em busca da risada perfeita, 2012

A dor deve ser tratada com uma escala de acordo com o aumento progressivo de sua potência. Inicia-se com os analgésicos não-opioides, incluindo os antipiréticos (dipirona e paracetamol), os antiinflamatórios não-hormonais (AINHs) e coxibes (outra categoria de antiinflamatórios) para a dor leve. Para a dor moderada, utilizam-se os opioides fracos e para a dor severa usam-se os opioides fortes, como a morfina. Essas drogas podem ser associadas a medicamentos adjuvantes que fornecem alívio da dor e minimizam os efeitos indesejáveis, tornando o tratamento com menos risco de toxicidade (ANCP, 2009).

Mesmo com o avanço da ciência e evoluções terapêuticas, alguns pacientes se encontram fora de possibilidades de cura. Nesses casos, o tratamento indicado é o paliativo, que tem como filosofia a melhora na qualidade de vida e são empregados a pacientes cujas patologias se encontram em estágio avançado, irreversível e que não respondem ao tratamento. Percebe-se também que o cuidado paliativo não deve apenas ser empregado na finitude da vida, mas sempre que o paciente precisar de cuidado integral e efetivo, durante todo o decorrer da doença e se estende aos seus familiares e amigos no processo do luto. O cuidado paliativo foi idealizado para o tratamento de doentes com câncer avançado e o foco na qualidade de vida é ponto fundamental. Pode-se ressaltar a importância desse cuidado aos pacientes portadores de feridas neoplásicas, visando à influência negativa psicológica e social dessa lesão na vida do indivíduo (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Os objetivos dos cuidados paliativos são: alívio da dor e outros sintomas que causem sofrimento; cuidar do paciente tendo em vista os aspectos físicos, psicológicos e sociais; objetivar os cuidados que compreendam as formas de se evitar e tratar as complicações clínicas; propor aos pacientes o auxílio necessário para uma sobrevivência de qualidade; dar suporte a família durante a doença e na fase do luto; respeitar a morte como parte integrante da vida, sem adiantá-la ou atrasá-la (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, vale ressaltar que na década de 90, a Organização Mundial de Saúde, recomendou a utilização de cuidados paliativos como parte dos tratamentos indicados no programa de prevenção e controle do câncer (BRASIL, 2008).

De acordo com a OMS, todos os pacientes com doenças graves, progressivas e fora de possibilidades de cura devem receber cuidados paliativos a partir do diagnóstico da patologia. Os cuidados paliativos devem ser ofertados em ambiente que proporcione conforto para o paciente, tendo em vista que deve primar pela qualidade de vida. A equipe multidisciplinar deve fazer um plano de cuidados que atenda ao paciente e a família, especialmente sobre os cuidados que devem empregar ao paciente e ao ambiente em que convive. Para a realização dessas atividades é necessário que os profissionais estejam em constante capacitação para desenvolver habilidade no cuidado ao paciente terminal (BRASIL, 2012).

Para a equipe de enfermagem, o cuidado paliativo já está inerente ao seu trabalho cotidiano, mesmo que os profissionais não percebam dessa forma. O enfermeiro trabalha no sentido de dar apoio emocional, ouvir as queixas do paciente, oferecer uma mão amiga nas horas necessárias, servir de elo entre o paciente e seus familiares e com o restante da equipe de saúde, dar a certeza aos pacientes de que eles não estarão sozinhos no momento da morte e prestar apoio à família na fase do luto. Por estar tão próximo ao paciente, muitas vezes o enfermeiro é o primeiro profissional a perceber alguma alteração que possa estar acontecendo em seu quadro clínico, ou mesmo mudanças de caráter psicológico (GARNIZE, 2011).

É importante observar que os profissionais que estão em contato com pacientes expostos a dores, tanto crônicas quanto agudas, devem ter uma percepção aumentada para sintomas psíquicos relacionados ao sofrimento. Pois é muito comum que estes apresentem alterações emocionais decorrentes do processo patológico. Com essa avaliação correta e a descoberta precoce dos sintomas psíquicos, podem ser fundamentais para uma boa adesão no tratamento, salientando que os sintomas são apresentados em 30 a 50% dos pacientes com dor. Essa também é uma atividade inerente aos cuidados paliativos (JUVER, 2008).

Vale ressaltar que o profissional da enfermagem deve cuidar do paciente pautado nos princípios da beneficência, não maleficência, justiça, fidelidade, veracidade, confidencialidade e autonomia. O comprometimento com a vida humana vai desde a concepção até o fim da vida que ocorre com a ausência da atividade cerebral. E mesmo com a terminalidade da vida, resta o cuidado com os que ficaram, sejam eles cuidadores, familiares ou entes queridos (BRASIL, 2008).

É impreterível para a enfermagem facultar cuidado e educação para os pacientes oncológicos e seus familiares. Isso torna o enfermeiro o profissional mais habilitado para dar o apoio e orientação às pessoas na experiência da doença, tratamento e reabilitação, atividades essas que irão afetar em primeiro grau a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2008).



FONTE: Google imagens, 2013

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura alusiva à produção do conhecimento sobre a dor oncológica e cuidados paliativos. A revisão integrativa da literatura é um dos meios de pesquisa usados na Prática Baseada em Evidências que consente a inclusão das ênfases na prática clínica. Tal método possui a finalidade de agrupar e concentrar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, favorecendo o aprofundamento do conhecimento do tema em questão (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI; 2009).

3.2 Local da pesquisa

O cenário da pesquisa foi realizado na base de dados SciELO e LILACS na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

3.3 População e amostra

Segundo Gil (2008), a população abrange dados sobre o universo a ser estudado. Então, quando escolhemos uma população entendemos que a mesma seja uma representação do universo como um todo.

Nesta perspectiva, a população estabelecida para o estudo foi composta por 42 artigos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde através das seguintes palavras-chave: “dor oncológica” e “cuidados paliativos”. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: textos sobre dor oncológica e cuidados paliativos, no período de 2002 a 2012, textos em português, na íntegra e sem acesso a pagamento. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: textos incompletos, em língua estrangeira e com acesso restrito. Dessa forma, foram selecionados artigos que respondessem a seguinte questão norteadora: Qual a caracterização da produção científica acerca da dor oncológica e de cuidados paliativos no âmbito da saúde, em periódicos *online* no período de 2002 a 2012? Nesta perspectiva, a amostra da pesquisa foi composta por 25 artigos.

3.4 Coleta de dados

Como o objetivo da coleta de dados é facilitar o adiantamento da pesquisa, a mesma deve ser realizada de forma planejada e coesa (ANDRADE, 2006). A coleta de dados é parte fundamental da pesquisa, visto que através dela foram obtidos os subsídios necessários para o desenvolvimento do estudo, bem como para a análise dos resultados e conseqüentemente a sua discussão.

A coleta de dados foi realizada na base de dados SciELO e LILACS na Biblioteca Virtual em Saúde nos meses de novembro e dezembro de 2012 e janeiro de 2013, através de um questionário com perguntas relacionadas ao objetivo da pesquisa (APÊNDICE A).

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados fez-se através da literatura pertinente. O método empregado foi a Análise de Conteúdo Temática (MINAYO et al., 2007).

São três as etapas desse processo de análise: pré-análise (organização do material e sistematização das idéias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações).

A análise temática desdobra-se em três etapas: 1) A pré-análise: que inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise; 2) A exploração do material: consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhem-se as regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas e a partir daí realizam-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico do estudo (MINAYO et al., 2007).



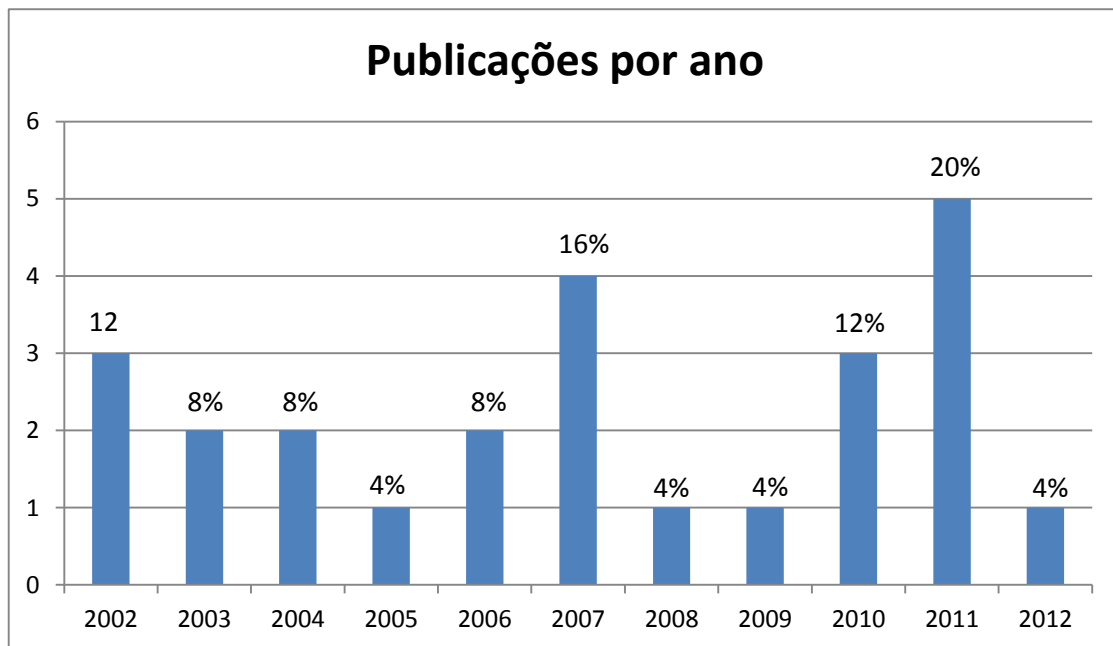
FONTE: Google imagens, 2013

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreender a temática investigada, o material empírico obtido através dos estudos inseridos na investigação proposta foi agrupado e em seguida apresentado por meio de representação gráfica, destacando-se ano de publicação, modalidades de publicação, área de conhecimento e formação dos pesquisadores e enfoques contemplados pelos autores do material analisado.

A amostra do estudo foi constituída por 25 publicações de textos completos difundidos no idioma português, disponibilizados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Gráfico 1: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa referente ao ano de publicação

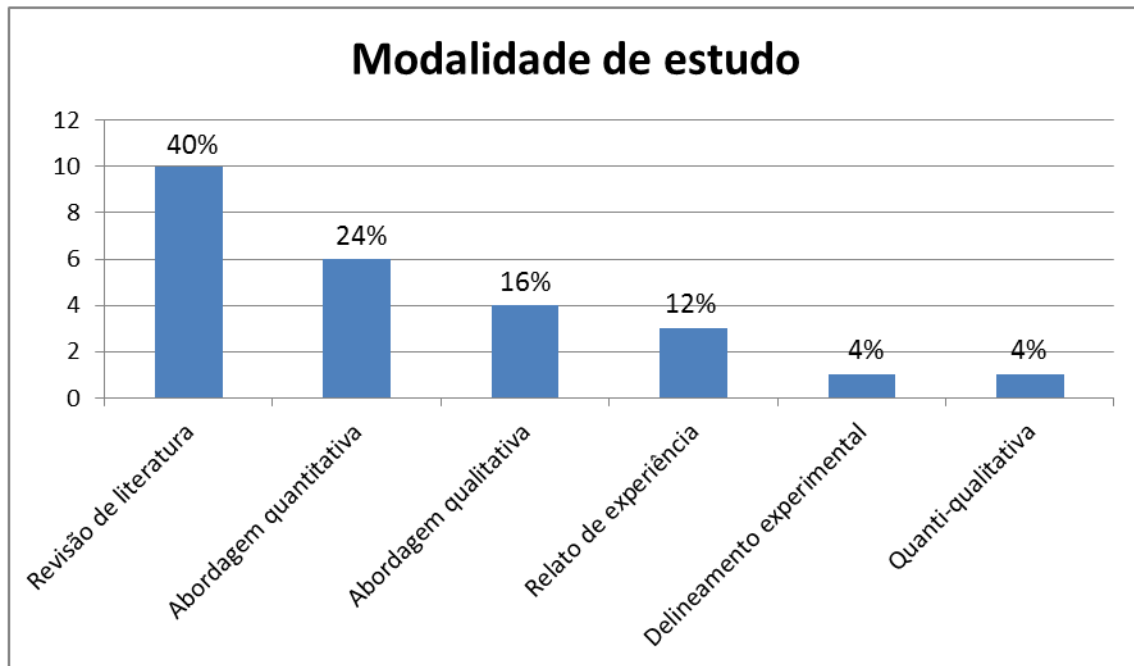


Fonte: Material empírico, 2013

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 1, podemos observar que em todos os anos avaliados houve artigos publicados. Percebe-se que no ano de 2002 houve a publicação de três artigos, o que significa uma porcentagem de 12% do total da amostra, bem como dois (8%) artigos publicados em 2003, número esse que se repete no seguinte ano de 2004 (8%), seguidos de um (4%) em 2005, dois (8%) em 2006 e quatro artigos (16%) no ano de 2007; nos anos de 2008 e 2009 houve a publicação de um artigo respectivamente (4%), três (12%) em 2010; em 2011 foram publicados cinco artigos (20%) representando o ano com maior número de publicações sobre o tema e no ano de 2012 foi encontrado apenas um artigo

(4%). É preocupante perceber que no último ano da pesquisa apenas um artigo foi publicado sobre o tema, isso vem a deixar ainda mais claro a importância de incentivos para os acadêmicos e profissionais da saúde se dedicarem mais sobre a dor oncológica e os cuidados paliativos, suas repercussões para os pacientes e familiares e novas técnicas terapêuticas.

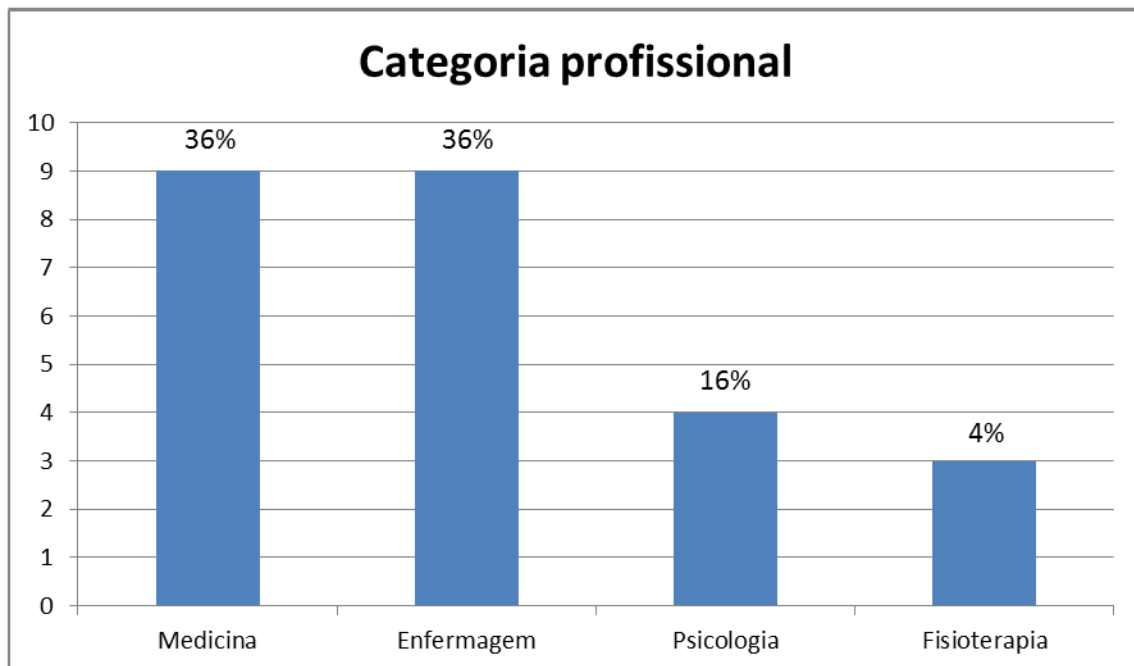
Gráfico 2: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto às modalidades de estudo



Fonte: Material empírico, 2013

Como mostra os resultados do Gráfico 2, observou-se que os estudos de revisão de literatura apresentam um maior quantitativo com 10 (40%) artigos, os de abordagem qualitativa somam quatro (16%), aqueles com abordagem quantitativa apresentam seis (24%), 3 (12%), os relatos de experiência, os com delineamento experimental e as pesquisas quanti-qualitativas apresentaram, respectivamente, um (4%) artigo. Esta perspectiva aponta para o aumento da busca pelo conhecimento científico sobre a temática, mas ao mesmo tempo fica clara a falta de pesquisas sobre novos tratamentos e terapêuticas alternativas para o alívio da dor e nos mostra a importância do incentivo ao estudo sobre a dor oncológica e cuidados paliativos desde a graduação dos profissionais da saúde.

Gráfico 3: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto à formação profissional dos autores



Fonte: Material empírico, 2013

Com o exposto no Gráfico 3, verifica-se que o quantitativo de publicações de medicina e enfermagem se equivalem, totalizando cada um nove (36%) artigos, respectivamente; as publicações de fisioterapia apresentaram três (12%) artigos e psicologia, quatro (16%) publicações sobre o tema em estudo. As categorias profissionais de medicina e enfermagem apresentaram o maior quantitativo de artigos publicados sobre o tema. Isso se deve ao fato de que são esses os profissionais que mais estão em contato com os pacientes. E também nos chama atenção ao reduzido número de publicações dos outros profissionais, ressalta ainda a importância da busca de conhecimento sobre a temática para a realização de um atendimento mais eficaz. Faz-se importante percebermos a gravidade da falta de publicações dos profissionais farmacêuticos, visto que estes profissionais são os de maior conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa dos pacientes oncológicos.

Mediante a análise qualitativa do material empírico, surgiram as seguintes categorias: **CATEGORIA I:** *Avaliação da dor oncológica*; **CATEGORIA II:** *Intervenções biológicas no tratamento da dor oncológica*; **CATEGORIA III:** *Intervenções psicoterapêuticas no tratamento da dor oncológica*. Nos Quadros abaixo serão mostrados as abordagens temáticas analisadas nesta pesquisa integrativa.

Quadro I: Distribuição dos artigos da categoria I – Avaliação da dor oncológica - segundo o título e trechos das publicações selecionadas para o estudo.

TÍTULO	CATEGORIA I: Avaliação da dor oncológica
LAÇOS E NÓS: A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE COM CÂNCER E DOR CRÔNICA(MICELI, 2009)	<i>O tratamento eficaz começa pela boa qualidade da comunicação entre médico e paciente, e dela depende. O cuidado é um processo no qual os envolvidos se conhecem, se reconhecem e constroem possibilidades de ação. Para tanto, é preciso que conversem, que versem com o outro sua capacidade de pensar e se expressar, que é muito mais do que falar e escutar.</i>
DIALOGANDO COM ENFERMEIRAS SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR ONCOLÓGICA DO PACIENTE SOB CUIDADOS PALIATIVOS (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI, 2010)	<i>As enfermeiras destacam que há necessidade de construir uma sistematização da avaliação da dor para que o enfermeiro possa reforçar a importância do seu controle, fundamentar a prática, possibilitar o registro de informações e a educação continuada.</i>
AVALIAÇÃO BIOMECÂNICA FUNCIONAL EM PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DOR DA FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA (ARAÚJO et al., 2010)	<i>Um modelo de avaliação biomecânica funcional nos pacientes com dor crônica musculoesquelética, baseado na investigação e estudo do desempenho biomecânico e o que pode comprometê-lo. Apresenta aplicabilidade e sensibilidade para detectar alterações no desempenho das tarefas funcionais nos pacientes com dor crônica oncológica, pois exibiram correlações estatisticamente significativas e homogeneidade na amostra estudada. Tais como: A movimentação foi relatada como fator agravante da dor e ao deitar era aliviada em 62% dos pacientes. A intensidade da dor pela EAV no grupo estudado foi de $4,52 \pm 2$. O alívio da dor foi o principal efeito positivo em 68% dos indivíduos.</i>
AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS(SILVA et al., 2011)	<i>O estudo mostrou a importância dos profissionais de saúde saberem avaliar a dor por meio da utilização de instrumentos adequados, permitindo realizar intervenções que atendam às reais necessidades dos pacientes.</i>

Fonte: Material empírico, 2013

A **CATEGORIA I: Avaliação da dor oncológica**, apresentada no Quadro 1, destaca a importância do conhecimento de medidas de mensuração da dor e a importância de pô-las em prática para um tratamento adequado e diminuição da dor do cliente. Esses estudos afirmam que a melhor forma de compreender o paciente é entendendo qual a intensidade da dor.

Segundo Miceli (2009) é necessário conhecer o paciente em seu contexto social, os sintomas e a doença para a realização de um tratamento eficaz. Diante da singularidade das pessoas, as mesmas devem ser tratadas de formas distintas para atender as necessidades. Para

tanto, é necessário tratar o paciente e não a dor de forma isolada, então é imperativo estender o tratamento a todos os sistemas que com ele interagem.

A ausência de alívio da dor do câncer traz graves sequelas como prejuízo funcional, imobilidade, isolamento social, perturbação emocional e espiritual. A cuidadosa avaliação, completa e sistemática da dor oncológica é fundamental para a identificação da origem, bem como para a busca da terapêutica adequada (GARCIA, 2009).

Observa-se quão indispensável é tecer uma sistematização da avaliação da dor para o enfermeiro, com o intuito de se permitir parâmetros, reforçar o valor do domínio da dor, constituir a mensuração da dor, aumentar a credibilidade no trabalho, basear a prática, permitir o registro dos dados e a educação continuada. A capacidade de falar sobre seu método na avaliação da dor permitiu elevar a noção da dor e leva a uma reflexão sobre a prática (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI, 2010).

O profissional da enfermagem, no âmbito dos cuidados paliativos, deve considerar o paciente com um ser único, complexo e multidimensional. Para tornar o cuidado integral e humanizado, é necessário que ocorra uma boa comunicação, seja-verbal ou não verbal, entre o paciente e a equipe. E que os profissionais estejam sempre aptos para escutar e estar atentos aos detalhes que possam indicar uma necessidade não relatada pelo paciente (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Oliveira (2008) revela que toda dor deve ser corretamente avaliada e tratada, não importa que seja aguda ou crônica, de baixa, média ou de alta complexidade. Ressaltando ainda que essa avaliação deve ocorrer em vários aspectos e não apenas no farmacológico, mesmo que essa terapêutica seja a base indispensável para o controle eficaz.

O sofrimento está constantemente associado a doenças avançadas, neste caso, enfatizando a dor. O inquérito acerca da crise algica deve ser integral em pacientes com dor neoplásica e estabelecido de maneira eficaz, observando a identificação das áreas de dor e, incluindo os aspectos psicossociais que aumentam a inaptidão funcional (ARAÚJO et al., 2010).

Existem vários obstáculos para um tratamento adequado da dor, seja a adesão à terapêutica; a resistência à prescrição de opioides e a crença de que a dor é inevitável. Essas observações são cotidianas na prática hospitalar e se não forem executadas irão comprometer ainda mais a qualidade da assistência prestada aos pacientes com dor (LEÃO, 2010).

A dor é classificada como quinto sinal vital, o que mostra a importância da conscientização dos profissionais da saúde sobre sua seriedade, tanto no julgamento e medida,

como no cuidado. Ainda na atualidade, levando-se em consideração a evolução da tecnologia nos serviços de saúde e nas drogas, percebe-se que a dor não é avaliada da maneira correta em pacientes oncológicos, como consequência, o tratamento não é adequado. O que se percebe em pacientes oncológicos é que a dor, geralmente, não é classificada com êxito. Observa-se também, a necessidade da avaliação da dor não só no sentido da intensidade algica, mas sim a qualidade sensorial da dor, ou seja, como o paciente percebe a dor. A extensão afetiva abrange a forma como o paciente sente a dor, já a classe avaliativa, a forma como o paciente manifesta a vivência da dor (SILVA et al., 2011).

Com o advento de técnicas atualizadas, tais como as escalas de mensuração da dor, bem como a escada analgésica da dor da Organização Mundial da Saúde (OMS), a farmacologia disponível e a terapêutica dos cuidados paliativos, não é aceitável que existam pacientes em crises algicas sem tratamento (OLIVEIRA, 2008).

Quadro II: Distribuição dos artigos da categoria II – Intervenções biológicas no tratamento da dor oncológica - segundo o título e trechos das publicações selecionadas para o estudo.

TÍTULO	CATEGORIA II: Intervenções biológicas no tratamento da dor oncológica
MULHER MASTECTOMIZADA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: UM ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS NA PERSPECTIVA DO MODELO ADAPTATIVO DE ROY (MELO et al., 2002)	<i>A mulher portadora de câncer de mama vivencia conflitos psicológicos e distúrbios emocionais antes do início do tratamento. Dessa forma, algumas intervenções podem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento, minimizando a dor e elevando a auto-estima, como exemplo: incentivar o uso diário de hidratantes ou óleos na pele; encorajar o contato com a família; incentivar uma dieta adequada; entre outras.</i>
SUPORTE DE TERAPIA INTENSIVA NO PACIENTE ONCOLÓGICO (SAPOLNIK, 2003)	<i>O suporte de terapia intensiva na criança com câncer é fundamental para a sua recuperação. Mesmo quando o prognóstico está definido, as terapêuticas podem ser direcionadas ao alívio do sofrimento e à melhora da qualidade de vida.</i>
ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA CORDOTOMIA CERVICAL PERCUTÂNEA PARA CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA (IKSILARA, 2003)	<i>A enfermagem tem importância fundamental no acompanhamento desses pacientes, ouvindo e anotando suas queixas, do pré ao pós-operatório, proporcionando conforto, apoio psicológico e alívio da dor.</i>
MEDICINA PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA: PAPEL DO ANESTESIOLOGISTA NO	<i>Ao concluir esta revisão, fica evidente que o anestesiolegista desempenha um papel de fundamental importância no controle da morbidade cirúrgica oncológica. O conhecimento da fisiopatologia dos</i>

<p>CONTROLE DA MORBIDADE CIRÚRGICA (NETTO, 2004)</p>	<p><i>processos mórbidos no pós-operatório, particularmente nas grandes ressecções em cirurgia oncológica, com grande repercussão na homeostasia, é imperioso para adoção de medidas preventivas e terapêuticas.</i></p>
<p>ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM CÂNCER: A FASE DA QUIMIOTERAPIA INTRATECAL (LE MOS; LIMA; MELLO, 2004)</p>	<p><i>Quanto às implicações para a enfermagem, identificou-se que a informação é vital para crianças/adolescentes com câncer, pois ela poderá minimizar incertezas e sentimentos negativos, levando-os a colaborar e a participar do tratamento.</i></p>
<p>RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NO CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA: REVISÃO DA LITERATURA (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005)</p>	<p><i>Os recursos mais citados como coadjuvantes no controle desse tipo de dor são estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), termoterapia, crioterapia, massagem terapêutica e cinesioterapia, além da orientação específica aos pacientes, cuidadores e familiares. A associação dos recursos fisioterapêuticos com o tratamento farmacológico pode ser de grande valia para o paciente com dor oncológica.</i></p>
<p>MIELOTOMIA PUNCTIFORME NO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA VISCERAL (FRANCISCO et al., 2006)</p>	<p><i>Ratificamos a existência de uma via, localizada na linha média da coluna dorsal, relacionada com a dor visceral em humanos, cuja ablação está relacionada à melhora da dor abdominal visceral de origem oncológica.</i></p>
<p>ANÁLISE CLÍNICA E TERAPÊUTICA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO NO ANO DE 2003 (SALAMONDE et al., 2006)</p>	<p><i>A analgesia controlada pelo paciente utilizando a metadona mostrou-se segura e eficaz pela não-ocorrência de efeitos colaterais significativos. O conhecimento clínico e farmacológico do anesthesiologista na equipe multiprofissional proporcionou melhor atendimento para o alívio dos sintomas dos pacientes e humanização no período final de vida.</i></p>
<p>AValiação DA S(+) CETAMINA POR VIA ORAL ASSOCIADA À MORFINA NO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA (ISHIZUKA et al., 2007)</p>	<p><i>Não foi observado aumento do efeito analgésico com 10 mg de S (+) cetamina, administrada a cada oito horas por via oral associada à morfina no tratamento da dor oncológica.</i></p>
<p>ADESÃO DE MULHERES MASTECTOMIZADAS AO INÍCIO PRECOCE DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO (GUTYÉRREZ et al., 2007)</p>	<p><i>Faz-se necessário um melhor controle da dor pós-operatória e reforço das orientações para incrementar a adesão das pacientes ao programa de reabilitação.</i></p>

<p>USO DE CANABINOIDES NA DOR CRÔNICA E EM CUIDADOS PALIATIVOS (BONFÁ; VINAGRE; FIGUEIREDO, 2008)</p>	<p><i>O delta-9-tetrahidrocanabinol (Δ^9-THC) puro e seus análogos apresentam aplicabilidade clínica, demonstrando benefícios. O desenvolvimento das substâncias sintéticas puras, buscando a atenuação de efeitos psicoativos indesejáveis aponta para perspectivas favoráveis a sua utilização no futuro.</i></p>
<p>RECURSOS ELEKTROTERTAPÊUTICOS NO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA (FERREIRA; CAVENAGHI; MARINO, 2010)</p>	<p><i>A estimulação elétrica pode trazer inúmeros benefícios quando indicada no controle da dor oncológica, pois, com a redução da dor, o paciente aumenta o seu nível de função e atividade, pode participar de programas de exercícios físicos e melhorar a sua qualidade de vida. Os recursos eletroterapêuticos têm sido cada vez mais empregados por profissionais da saúde no alívio e/ou controle da dor oncológica.</i></p>
<p>NEURÓLISE DE PLEXO CELÍACO POR VIA ANTERIOR GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: RELATO DE CASO (RIZZO; VENTURA; CASTRO, 2011)</p>	<p><i>A neurólise via anterior do plexo celiaco guiado com tomografia computadorizada é uma técnica segura e efetiva para alívio da dor abdominal em câncer, assim como é bem aceita e tolerada por essa população e também de fácil execução.</i></p>
<p>DOR IATROGÊNICA EM ONCOLOGIA E SUA PREVENÇÃO (INFANTE, 2011)</p>	<p><i>É essencial refletir sobre a importância do cuidar como parte fundamental do paciente e não apenas tratar e curar a doença, pois a mecanização da saúde pode minimizar a comunicação e agravar o sofrimento.</i></p>
<p>A DOR IRRUPTIVA NA DOENÇA ONCOLÓGICA AVANÇADA (SIMÕES, 2011)</p>	<p><i>Quando se consegue observar nos pacientes, pessoas com realidades individuais, em vez de casos clínicos, talvez se consiga perceber que tem-se que ir mais além da medicação analgésica. Porque os medicamentos podem tratar a dor, mas não curam todas as dores. A pior de todas é a dor da alma, a dor dos afetos ou a dor da falta dos afetos, e essa se trata com disponibilidade, empatia, carinho, humor e profissionalismo.</i></p>
<p>PROCEDIMENTOS INTERVENCIÓNISTAS PARA O MANEJO DA DOR NO CÂNCER (MINSON et al., 2012)</p>	<p><i>Existem duas categorias principais de procedimentos minimamente invasivos para o controle das dores oncológicas: as técnicas neuroablativas e as não ablativas. Nas neuroablativas, o sistema nervoso não é preservado, sendo realizadas interrupções das vias nociceptivas, seja por meios cirúrgicos, químicos ou térmicos. Nas neuromoduladoras ou não ablativas, o sistema nervoso é preservado.</i></p>

FONTE: Dados empíricos da pesquisa, 2013.

A **CATEGORIA II**: *Intervenção biológica no tratamento da dor oncológica*, considera os estudos que abordam as intervenções como foco principal no cuidado ao paciente com dor proveniente do câncer.

O conceito de dor total envolve vários elementos, como: a luta contra a doença em si e seus tratamentos, problemas emocionais, e a modificação dos planos de vida que deixam de ser em longo prazo e passam a focar no presente. A dor é um sintoma presente em quase todos os pacientes oncológicos. Em estudo realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, observou-se que entre 93 pacientes avaliados, a dor se apresentou em 85 destes. Alguns pacientes afirmaram sentir mais de um tipo de dor. Neste sentido, é necessário o conhecimento e a correta utilização da escala analgésica da dor e dos medicamentos específicos para o seu controle eficaz (SALAMONDE et al., 2006).

Um dos métodos mais eficazes utilizados para diminuir a dor oncológica é através de fármacos por via oral, e se esse tratamento for efetuado de forma correta, leva a um resultado satisfatório na maioria dos pacientes. Os opioides são os analgésicos de primeira linha no tratamento da dor oncológica, porém, com o uso crônico e eventos de exposição aguda, observa-se a ocorrência de tolerância, precisando, dessa forma, de maiores doses para alcançar o efeito desejado. A cetamina foi muito utilizada como anestésico, mas seus efeitos psicomiméticos foram um fator limitante ao seu uso em larga escala e o emprego clínico se tornou cada vez mais restrito. Na década de 90 descobriu-se sua propriedade de bloquear a sensibilização central por estímulos nociceptivos, com o benefício de diminuir os efeitos colaterais. Com isso, ressurgiu o interesse pelo uso desse fármaco, observando novas possibilidades na terapêutica da dor crônica, como a dor oncológica (ISHIZUKA et al., 2007).

Uma atitude importante e eficaz no tratamento da dor oncológica é o uso combinado de medicamentos com o objetivo de obter analgesia aditiva ou potencializar a droga já em uso com doses menores, e assim ter um reduzido número de efeitos indesejáveis. Algumas medicações adjuvantes, normalmente, são utilizadas junto aos opioides, como exemplo os antidepressivos tricíclicos e os anticonvulsivantes. Também é útil a utilização de associada de corticosteroides (LEMONICA, 2008).

Nesse sentido, é indicado realizar a Rotação de Opioides (RO) quando acontece ausência da eficácia ou presença de efeitos colaterais importantes ou intolerantes ao paciente. A RO também é responsável pela abertura da janela terapêutica, diminuindo os efeitos adversos, incluindo aqueles pelo acúmulo de metabólitos tóxicos (LEMONICA, 2008).

A *Cannabis sativa* (Cs) apresenta longo histórico na medicina, sendo utilizada desde a antiguidade em vários lugares do mundo, é considerada como uma droga com ações terapêuticas de analgesia e sedação, relaxante muscular, anticonvulsivante, estimulante do apetite, antipirético e na desintoxicação pelo álcool e opioides. Na década de 90, por causa de

descobertas sobre receptores canabinoides endógenos que mostravam novos usos terapêuticos, começou a ressurgir o interesse pelo seu aperfeiçoamento. Então, o avanço nas pesquisas químicas e farmacológicas proporcionou o uso dos canabinoides ativos puros. Quando se associa a administração de doses subterapêuticas de morfina e doses baixas de canabinoides, produz-se respeitável potencialização do efeito nociceptivo por causa da ação sinérgica dessas substâncias. Essa administração simultânea aumenta a eficácia e a segurança no controle da dor, inclusive porque os canabinoides não causam depressão respiratória (BONFÁ; VINAGRE; FIGUEIREDO, 2008).

Dor iatrogênica é aquela causada pelos cuidadores da saúde, ou seja, são provocadas pelos cuidados, terapêuticos, de diagnóstico e tratamentos, e frequentemente é associada à noção de doença ou complicação. Todos os detalhes são importantes e formam meios de luta contra a dor causada pelos cuidados. É necessário constituir uma relação de cuidado em que a atenção e o humanismo com o tratamento a outrem atenuem os seus sintomas álgicos. Algumas situações são necessárias para evitar a algia, como a reorganização dos cuidados, a organização e planificação e a escolha do material adequado. É imprescindível testar os materiais e escolher os menos traumatizantes. Técnicas não invasivas são importantes para o alívio da dor e são adjuvantes no seu tratamento, como a massagem, técnicas de respiração, musicoterapia, hipnose entre outras (INFANTE, 2011).

Múltiplos fatores implicam na persistência do quadro álgico e o desconhecimento deste fato manifesta uma sequencia de falhas nas tentativas em descobrir a sua causa, gerando assim, alto custo com exames complementares e tratamentos ineficazes. Por não existir uma única causa, se torna difícil para o profissional cuidar de forma eficiente com dor crônica (CAMARGO; FRIEDRICH; BARROS, 2010).

Segundo Simões (2011), o controle da dor se torna mais difícil devido a elevada incidência de dor irruptiva, que é uma dor inesperada, de grande intensidade e sem mecanismo que a desencadeie. A intensidade e frequência da dor irruptiva influencia a percepção do paciente acerca da dor basal. É importante encontrar um opioide que se adéque às necessidades e que apresente efeito terapêutico de início rápido e curto período de ação. Sempre que possível deve ser usado o mesmo opioide do tratamento da dor basal. Na última década foi desenvolvida uma droga que veio para mudar o tratamento da dor irruptiva e que apresenta o mínimo de efeitos secundários. O *oral transmucose fentanyl citrate* (OTFC) alcança uma analgesia eficaz, pois combina as vantagens da fisiopatologia da mucosa oral

com as físico-químicas do citrato de fentanil. Esse é o único fármaco que se mostrou ser eficaz e seguro na terapêutica da dor irruptiva.

Para um tratamento eficaz, é necessário que a administração dos analgésicos seja realizada em horários regulares fixos, e não apenas quando o paciente queixa-se de dor. Com esses cuidados, o sofrimento e ansiedade dos pacientes são reduzidos, junto com a sensibilização das vias nociceptivas e a quantidade aplicada de analgésicos. Conforme a dor for sendo controlada, o indicado é que a terapêutica de administração de medicamentos para a dor seja “se necessário”, pois diminui a frequência e o risco de ocorrência de novos episódios indesejáveis (FERREIRA; CAPONERO; TEXEIRA, 2008).

Para o controle da dor oncológica existem duas categorias principais de procedimentos minimamente invasivos: as neuroablativas e as não ablativas. Nas neuroablativas são realizadas interrupções das vias nociceptivas por meio cirúrgicos, químicos ou térmicos e o sistema nervoso não é preservado. Nas neuromoduladoras ou não ablativas, ocorre a inibição dinâmica das vias nociceptivas através da administração de opioides e outros fármacos por via espinhal ou técnicas de estimulação e o sistema nervoso é preservado. Alguns fatores como localização, tipo de dor, causa, evolução da doença, aspectos emocionais, tempo de sobrevida bem como a não resposta efetiva a outros tratamentos preconizados pela Escala Analgésica da OMS, são importantes critérios para a utilização de técnicas intervencionistas com o intuito de aumentar a sua eficácia (MINSON et al., 2012).

A dor é subjetiva, difícil de interpretar e descrever, por isso torna-se um sintoma subdiagnosticado e dessa forma subtratado, especialmente em pacientes com câncer. Mesmo que os tratamentos para o câncer sejam eficazes, podem afetar também tecidos saudáveis, levando a alguns efeitos deletérios que podem causar debilidade devido à citotoxicidade. Entre essas debilidades pode-se citar redução na capacidade cardiorrespiratória, assim como outras relacionadas à redução dos níveis de atividade física e nos níveis de dor. A estimulação elétrica é uma alternativa para o alívio da dor desde o Egito antigo e nas últimas décadas vem sendo citada como uma alternativa para o tratamento da dor oncológica. Essa terapêutica não é invasiva e de fácil emprego, pode ser aplicada em jovens adultos e idosos e pode induzir analgesia prolongada. Tem poucas contraindicações e possui baixo custo, também não apresenta efeitos colaterais (FERREIRA; CAVENAGHI; MARINO, 2010).

Nesta perspectiva, o fisioterapeuta cuida de maneira direta com os pacientes oncológicos não apenas no processo de reabilitação, trabalha também na fase paliativa, onde o sintoma mais frequente maior agente de sofrimento é a dor. Como o paciente oncológico

normalmente é mais debilitado, preza-se por procedimentos não-invasivos. Assim, a fisioterapia proporciona várias medidas antiálgicas de tratamento para os pacientes, tais como: a estimulação elétrica nervosa transcutânea, termoterapia, crioterapia, massagem e cinesioterapia (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005).

Quando o tratamento da dor não obtém o resultado desejado, parte-se para o quarto degrau da escada analgésica da OMS, a qual inclui técnicas de intervenção. Essas terapias são medidas imperativas para o alívio da dor em pacientes oncológicos com dor refratária ao tratamento clínico farmacológico padrão, entre algumas modalidades pode-se citar a técnica neurolítica. O bloqueio do plexo celiaco¹ é utilizado para o controle da dor abdominal alta em oncologia e é realizado por via posterior sob fluoroscopia. No tratamento da dor oncológica existem várias técnicas e áreas para realizar o bloqueio neurolítico do sistema nervoso simpático. Esse conhecimento de suma importância para os profissionais da saúde, pois o tratamento intervencionista da dor deve ser utilizado sempre que possível nas terapêuticas de alívio álgico aos pacientes oncológicos (RIZZO; VENTURA; CASTRO, 2011).

De acordo com Soares Netto (2004), as cirurgias oncológicas de grande ressecção, causam respostas locais e sistêmicas de grande importância a ser observado para uma adequada manutenção da homeostasia, esse controle é realizado pelo profissional anestesiologista. Existem vários estudos sobre técnicas anestésicas para verificar a influência na resposta aos grandes estresses na fase perioperatória. Se houver a administração de medicamentos para o controle da dor antes da incisão cirúrgica, a duração e a intensidade da algia pós-operatória são diminuídas. Um paciente sem dor no perioperatório ou com dor diminuída terá reduzidas as complicações pulmonares, cardíacas, metabólicas e uma alta hospitalar precoce.

A dor do pós-operatório pode estar relacionada a uma doença pré-existente, ao processo cirúrgico ou a associação de ambas. Ultimamente, novas técnicas e drogas vêm nascendo com o objetivo de simplificar a segurança e efetividade do manejo da dor e dessa forma reduzir os riscos de efeitos adversos ao paciente. Mesmo com esses avanços, o manejo da dor no pós-operatório continua sendo inadequada. Essa inadequação da terapêutica acarreta ao paciente consequências físicas e emocionais que elevam o índice de morbidade, mortalidade e o tempo de internação hospitalar (KRAYCHETE, 2011).

Vários procedimentos cirúrgicos são realizados nos pacientes com câncer, no entanto a mastectomia é o que tem maior incidência. No Brasil, esperou-se para o ano 2012, 52.680

¹ Plexo celiaco está situado no espaço retro-peritoneal, no abdômen superior ao nível das vértebras T12-L1, anterior aos pilares diafragmáticos, anterior e lateral à aorta abdominal e artérias celiaca e mesentérica superior

casos novos de câncer de mama. Nesse sentido, vale ressaltar que a mastectomia causa inúmeros impactos na vida da mulher, especialmente voltados à auto-estima e se a intervenção for associada à quimioterapia esses aumentam ainda mais em função dos efeitos colaterais, como a alopecia, muitas vezes evoluindo a quadros de medo, depressão, angústia e tristeza. A mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico, geralmente torna-se mais sensível às reações do próprio tratamento, e algumas vezes isso vem a interferir em um resultado eficaz dos próprios estímulos, o que corrobora de forma negativa para sua adesão. (MELO et al., 2002).

Para prevenir as complicações que limitam a amplitude de movimentos de membro superior em pacientes mastectomizadas, utiliza-se a técnica de reabilitação física. A imobilização total do ombro homolateral à cirurgia é a grande responsável pela limitação dos movimentos. Com o intuito de prevenir essa complicação, deve-se adotar um programa de reabilitação funcional o mais precoce possível. Os benefícios dessa prática não se resumem apenas aos aspectos físicos, mas também se estendem para a área psicológica (GUTYÉRREZ et al., 2007).

Segundo Sapolnik (2003), mesmo com os avanços nos tratamentos oncológicos, a quimioterapia e radioterapia ainda provocam uma série de efeitos colaterais e isso acarreta o comprometimento de quase todas as funções do organismo. Devido a essas complicações, o suporte da terapia intensiva pode ser necessário a esses pacientes, especialmente na fase aguda da doença, momento onde ocorre com frequência a síndrome da lise tumoral espontânea². Para auxiliar no equilíbrio do organismo a unidade de terapia intensiva (UTI) pode oferecer recursos mais avançados como: ventilação mecânica, hemodiálise e diálise peritoneal, antibioticoterapia de largo espectro, bem como auxílio em procedimentos que necessitem sedação e analgesia.

A cordotomia cervical é um procedimento neurocirúrgico para alívio da dor e consiste na interrupção do trato espinotalâmico lateral cervical³, no lado ao que a dor é mencionada. Esse procedimento é indicado em pacientes com dor unilateral, de extremidade, incapacitante e resistente ao tratamento medicamentoso e com prognóstico de vida em torno de um ano. Ainda percebe-se a deficiência de conhecimento científico por parte da enfermagem em procedimentos oncológicos que não sejam a quimioterapia, isso deixa clara a importância de

² Maciça destruição de células malignas e a conseqüente liberação de seu conteúdo no espaço extracelular.

³ Responsável pelas informações dolorosas e térmicas.

expandir os horizontes para novos tratamentos que visem à melhoria da qualidade de vida dos pacientes que se encontram em cuidados paliativos. Pois, o conhecimento técnico-científico continua sendo a base para um atendimento de qualidade (IKSILARA, 2003).

A via intratecal é bastante utilizada, pois grande parte dos quimioterápicos não ultrapassa a barreira hematoliquórica, impossibilitando o tratamento e a profilaxia dos tumores do sistema nervoso central, da leucemia meníngea, entre outros. Para sua realização, é necessária uma punção medular para aplicação das drogas diretamente no líquido cerebrospinal com o objetivo de expor o liquor, as meninges e o sistema nervoso central a concentração ativa de antineoplásico. Percebemos que o procedimento intratecal é um dos que mais causam dor, medo, sofrimento, ansiedade e estresse. Dessa forma, é imprescindível informar e fornecer apoio social, pois essas atitudes irão favorecer a auto-estima e auxiliar o enfrentamento da doença e levar a uma vida mais normal (LEMOS; LIMA; MELLO, 2004).

Em pacientes que não suportam ou que não apresentam uma melhora com o tratamento clínico, é imprescindível o uso de meios não farmacológicos para o controle da dor. Todavia, há pouco tempo, foi descoberta uma nova via associada com a dor visceral localizada na coluna dorsal da medula, muito mais interessante para essa modalidade sensorial do que as fibras do trato espinotalâmico. A mielotomia punctiforme é um procedimento que busca a analgesia da dor visceral através de uma incisão limitada à linha média na coluna dorsal da medula (FRANCISCO et al., 2006).

Têm acontecido avanços no reconhecimento da dor e busca por métodos de controle ao longo do tempo. A dor é, atualmente, reconhecida como uma experiência complexa, perceptual e multidimensional. Há que se considerar a intensidade da dor e a magnitude de dos episódios e sua estratégia de controle devem ser individualizadas. Pois, o humor e o relacionamento interpessoal sofrem grandes prejuízos ao paciente que não apresenta controle álgico (CARVALHO; CARVALHO, 2009).

Quadro III: Distribuição dos artigos da categoria II – Intervenções psicoterápicas no tratamento da dor oncológica - segundo o título e trechos das publicações selecionadas para o estudo.

TÍTULO	CATEGORIA III: Intervenções psicoterapêuticas no tratamento da dor oncológica
DOR CRÔNICA E SUBJETIVIDADE EM ONCOLOGIA (MICELI, 2002)	<i>A doença e a dor já não são mais, isoladamente, o alvo do tratamento. Devem-se entrelaçar diversos saberes ampliando o foco de atenção e cuidados para além do paciente, a família que dele cuida e a equipe que dele trata.</i>
INTERVENÇÃO	<i>Concluimos que os pacientes obtiveram uma melhor</i>

<p>PSICOTERAPÊUTICA NA ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA RESSIGNIFICAR A DOR SIMBÓLICA DA MORTE DE PACIENTES TERMINAIS ATRAVÉS DE RELAXAMENTO MENTAL, IMAGENS MENTAIS E ESPIRITUALIDADE (ELIAS; GIGLIO, 2002)</p>	<p><i>qualidade de vida no processo de morrer e uma morte mais serena e digna após serem atendidos através dessa específica intervenção psicoterapêutica: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade.</i></p>
<p>PROGRAMA DE TREINAMENTO SOBRE A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA "RELAXAMENTO, IMAGENS MENTAIS E ESPIRITUALIDADE" (RIME) PARA RE-SIGNIFICAR A DOR ESPIRITUAL DE PACIENTES TERMINAIS (ELIAS et al., 2007)</p>	<p><i>O programa de treinamento proposto mostrou-se eficaz para preparar profissionais de saúde para o uso da intervenção RIME, capacitando-os para o processo de cuidar e prestar assistência espiritual segundo uma perspectiva acadêmica. Os resultados sugeriram que o RIME favoreceu a re-significação da dor espiritual de pacientes terminais.</i></p>
<p>A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NO MANEJO DA DOR E DOS CUIDADOS PALIATIVOS (PERES et al., 2007)</p>	<p><i>É muito importante para a melhora na qualidade de vida de pacientes com dor crônica integrar aspectos da espiritualidade, fé e religiosidade com seu atendimento em diversos aspectos.</i></p>
<p>DOR EM ONCOLOGIA: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA (DIEFENBACH, 2011)</p>	<p><i>Constatou-se que a dor apesar dos muitos estudos que tentam classificá-la, é subjetiva para além de um conceito; na ótica dos familiares é infensa a definições.</i></p>

FONTE: Dados empíricos da pesquisa, 2013.

A **CATEGORIA III: Intervenções psicoterapêuticas no tratamento da dor oncológica**, trata dos artigos que abordam as influências psicoterapêuticas como terapêutica para os pacientes com algia decorrente de câncer.

Segundo Diefenbach (2011), a dor de pacientes acometidos por câncer influencia em toda a família e é capaz de absorver o estado físico e emocional de todos com quem convivem. Percebe-se que a dor física associada à dor psicológica é considerada um dos maiores sofrimentos do gênero humano. Dessa forma, o cuidado com a dor não deve ser visto apenas como um alívio e sim como um direito humano.

De acordo com Miceli (2002), o processo doloroso não é natural, e ausência da dor é direito do paciente, para isso é necessário unir esforços com o intuito de aliviar e controlar a dor, conhecendo-se e adequando periodicamente o tratamento ofertado. Existem seis necessidades universais dos pacientes com dor: conforto, evitação das reações adversas, preservação das atividades funcionais diárias, prevenção da recaída, qualidade de vida satisfatória e confiança renovada. E estas são baseadas nos seis princípios de manejo da dor: respeito ao paciente e à sua dor, saber quando tratar a dor, tratar cedo e agressivamente a dor, tratar as causas subjacentes à dor, tratar os aspectos psicológicos da dor e oferecer abordagem multidisciplinar. Quando se valorizam a auto-imagem corporal, a autoestima e a autonomia do paciente estende-se o foco levando-o a ver além do seu processo algico e sua doença, colaborando com a criação de seus novos limites e possibilidades através de ressignificações e redirecionamentos, marcando os seus recursos adaptativos internos e estimulando o fortalecimento de suas relações interpessoais, sociais, familiares e profissionais. Deve-se ampliar o foco da atenção e cuidados para além do paciente, a família que dele cuida e a equipe que dele trata.

A medicina moderna está em fase de mudança e se encontra na busca por novos meios para a evolução do conhecimento. Com isso novas áreas estão em amplo crescimento, como a biologia molecular, genética, farmacoterapia e acupuntura, bem como está sendo reconhecida a disposição para o estudo da espiritualidade. Pacientes querem ser observados como um todo, nos aspectos físico, emocional, social e espiritual, ou seja, querem ser vistos como uma pessoa e não como uma doença. A psicoterapia baseada na linha transpessoal ou focado na existência pode ajudar ao paciente que busca resolver problemas voltados ao significado e propósito da vida. Algumas intervenções espirituais ou religiosas prevalecem de acordo com a prática religiosa, por exemplo: toque terapêutico, *reiki*, curas em cultos públicos ou encontros com curandeiros (PERES et al., 2007).

Com os pacientes sem possibilidades de cura, encontra-se importante sofrimento psicológico no que se refere aos componentes do conceito de “Dor Total”, ou seja, nos aspectos psíquicos e espirituais. A dor simbólica da morte é a identificação da dor espiritual e psíquica. O objetivo das intervenções psicoterapêuticas para pacientes terminais como o Relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME), é ressignificar a dor simbólica da morte desses pacientes e se encaixa nos objetivos da psicoterapia breve de apoio; recuperação do equilíbrio homeostático que se mostra eficaz no alívio dos sintomas. Devem ser

valorizados os seguintes sintomas básicos: a dor psíquica e a dor espiritual (ELIAS; GIGLIO, 2002).

A intervenção terapêutica conhecida como Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) foi desenvolvida com base nos elementos descritos por pacientes que passaram por uma experiência de quase- morte (EQM). A intervenção da RIME iniciou-se em 1998 com pacientes com câncer em fase terminal e observou-se o sofrimento psicológico e espiritual nesses pacientes. Observando que os pacientes que passaram por EQM tinham diminuído o medo da morte, percebeu a importância de buscar um meio de reduzir tal aflição. Dessa forma, teve a ideia de produzir a visualização dos elementos descritos por esses pacientes que passaram pela EQM a crianças e adolescentes fora de possibilidade de cura, começando assim a desenhar a terapêutica RIME. Dessa forma, percebeu-se que com a intervenção RIME foi possível re-significar a dor espiritual dos pacientes oncológicos, assim, o bom emprego da RIME proporciona melhor qualidade de vida durante o processo de morrer e uma morte mais tranqüila para os pacientes terminais (ELIAS et al., 2007).

Desvalorizar os aspectos psíquicos, espirituais e sociais do paciente é determiná-lo ao sofrimento da dor mal controlada e como consequência diminuir a qualidade de vida. Considera-se esses fatores como potencializadores da dor, ou seja, é possível que em alguns momentos o paciente não apresente analgesia em função de suas angústias, até o momento em que se encontre o motivo desencadeador, a qual interfere na dor de seu corpo (UCHIDA; MACIEL; OKUMURA, 2012).

Os profissionais que se dedicam a tratar pacientes com síndromes álgicas, normalmente se deparam com sintomas psíquicos como parte integrante da doença. Dessa forma, os profissionais mesmo não tendo especialidade em saúde mental, necessitam ter o mínimo conhecimento necessário para a identificação destes sintomas. Esse reconhecimento se torna importante devido a sua interferência direta na eficácia do tratamento e como consequência no prognóstico (JUVER, 2008).

Oliveira Júnior (2009) destaca que por sua natureza, o cuidado apresenta dois significados que se inter-relacionam, por ser uma atitude de atenção e diligência a outrem, ao mesmo tempo em que representa ansiedade e inquietação, pois o cuidador se torna envolvido afetivamente e ligado ao outro. O cuidado surge quando se torna importante para nós. Desta forma, quando cuidamos do paciente, passamos a participar também do seu destino, de suas buscas, sofrimentos e sucessos.



FONTE: Google imagens, 2013

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor, tão antiga quanto à própria humanidade, é uma experiência caracterizada pela complexidade, subjetividade e multidimensionalidade. A palavra "dor" origina-se do latim “*dolor*” e significa uma impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele. A dor é uma experiência pessoal e complexa que envolve vários componentes sensoriais, sociais, emocionais e comportamentais desagradáveis, associada a uma lesão tissular real ou potencial. Dor oncológica é nociceptiva, neuropática ou simpática. Aproximadamente, a dor oncológica é resultante de envolvimento direto do tumor, da invasão ou compressão de tecidos moles e obstrução ou invasão vascular.

A experiência dolorosa no paciente oncológico é descrita como “dor total”, que é a expressão do conceito de que o ser humano é impossível interpretar apenas o aspecto de nocicepção da dor. A dor, nos seres humanos, é um quadro em que além da nocicepção, outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais estão imbricados, de modo indissociável e influem na vivência e expressão de queixa.

Quando o paciente não tem possibilidades de cura, ainda se tem muito que fazer por ele e é nesse contexto que se inserem os cuidados paliativos, que tem como objetivo melhorar a qualidade, aliviar o sofrimento e inseri-lo novamente à comunidade e à sua família.

Apesar do considerável progresso científico e farmacológico, a temática acerca de “cuidados paliativos e dor” requer uma maior disseminação no campo da produção científica, sob o olhar dos profissionais da área de Saúde. Isso foi evidenciado no quântico mínimo de artigos revelados nesta pesquisa.

Quanto aos enfoques contemplados nos estudos, identificaram-se três categorias temáticas: “**Avaliação da dor oncológica**”, “**Intervenções biológicas no tratamento da dor oncológica**” e “**Intervenções psicoterapêuticas no tratamento da dor oncológica**”.

A categoria I, que versa sobre a “**Avaliação da dor oncológica**”, mostrou contribuições relevantes acerca da temática. Os artigos incluídos nesta categoria ressaltaram a importância da comunicação verbal e não verbal entre paciente e equipe multiprofissional como recurso principal para avaliação da dor. Nesse sentido, vale ressaltar que estabelecer o fluxo de comunicação e as ações a serem realizadas após a identificação da dor é importante para a agilidade no manejo da queixa. Nesta perspectiva, sistematizar a avaliação e o registro da dor é fundamental, pois significativa parcela das razões para o inadequado controle da dor está relacionada a não existência de critérios e métodos de avaliação e registro. Os dados de avaliação são a base para o diagnóstico etiológico, prescrição terapêutica e a avaliação da

eficácia obtida. O simples registro de presença ou ausência da dor é insuficiente para a compreensão do quadro doloroso e ajuste da terapia analgésica. Há que se estabelecer a periodicidade, o conteúdo da avaliação e o registro da experiência dolorosa.

A categoria II trata das “**Intervenções biológicas no tratamento da dor oncológica**” e foi a que mais acrescentou em quantitativo para a amostra da pesquisa. Desse modo, podemos observar que no câncer, as intervenções para o controle da dor devem respeitar os princípios estabelecidos pela OMS, que são: tratar preferencialmente a causa da dor oncológica sempre que possível; escolher o analgésico de acordo com a intensidade da dor; utilizar métodos farmacológicos e não farmacológicos, especialmente educação, apoio emocional e meios físicos; priorizar a via oral; administrar medicamentos em regime de horário fixo e, se necessário, fazer avaliações freqüentes para adequar a analgesia e o controle de efeitos colaterais e utilizar intervenções anestésicas e neurocirúrgicas em caso de dor de difícil controle.

A categoria III “**Intervenções psicoterapêuticas no tratamento da dor oncológica**” acrescentou muito valor a este estudo, enfatizando que as intervenções não farmacológicas complementam o tratamento da dor, tais como: apoio emocional, métodos físicos, educacionais e cognitivo-comportamentais. Neste sentido, vale ressaltar que intervenções da espiritualidade, da religiosidade e do relaxamento no tratamento da dor são métodos utilizados em pacientes oncológicos.

O alívio da dor do câncer, na sua forma aguda ou crônica, é um direito do paciente e da família. Dor insuficientemente aliviada, quando isso é possível, pode ser vista como negligência ou imperícia profissional e, certamente, como desumanizante. Os princípios para o tratamento da dor oncológica estão bem estabelecidos, os meios e os métodos necessários para obtenção do alívio da dor estão disseminados e são comprovadamente seguros e eficientes. Cabe aos profissionais serem bem preparados cientificamente, e com adequada base humanitária, ofertar tais recursos aos doentes e suas famílias.

Nesse sentido, é evidente que a intervenção multidisciplinar e interdisciplinar em pacientes oncológicos em cuidados paliativos visa tratar a pessoa como um todo, controlar a dor e os demais sintomas decorrentes da neoplasia, promover sua autonomia e fornecer assistência à família.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos / Manual de cuidados paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009. 320p.

ANDRADE, M. M. Introdução à Metodologia do Trabalho Científico. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 41, n.4, p. 668-674, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

ARAÚJO, V. M. C.; et al. Avaliação biomecânica funcional em pacientes do Ambulatório de Dor da Fundação Centro de Controle de Oncologia. **Rev Dor**. v. 11, n.2, p. 130-135, 2010. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_2/pdf/volume_11_n_2_pags_130_a_135.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BONFÁ, L.; VINAGRE, R. C. O.; FIGUEIREDO, N. V. Uso de Canabinóides na Dor Crônica e em Cuidados Paliativos. **Rev Bras Anesthesiol**. v. 58, n. 3, p 267-279, mai./jun. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n3/10.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001. 124p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>. Acesso em: 28 abr. de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância.-Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação ; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012. 129 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 118 p.

CAMARGO, D. P. C.; FRIEDRICH, M.; BARROS, NEWTON. A importância de um centro multidisciplinar no tratamento das dores de cabeça. **Prática Hospitalar**. ano XII, n. 71, p. 70-72, set./out. 2010.

CARVALHO, M. V. B.; CARVALHO, L. V. B. Reflexões sobre o controle da dor sob a ótica da subjetividade. **Prática hospitalar**. ano XI, n. 64, p. 109-114, jul./ago. 2009.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Rev dor**. v. 13, n. 1, p. 45-49, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n1/a08v13n1.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

CUIDADO PALITIVO/ Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

DIEFENBACH, G. D. F. Dor em oncologia: percepção da família da criança hospitalizada. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/31127>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

ELIAS, A. C. A.; et al. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, p. 60-72, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a09v34s1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J. S. Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.** v. 29, n. 3, p. 116-129, 2002. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n3/pdf/116.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FERREIRA, K. A. S. L.; CAPONERO, R.; TEXEIRA, M. J. Dor induzida por quimioterapia antineoplásica: mecanismos, prevenção e tratamento. **Prática hospitalar**. a. X, n. 57, p. 143-150, mai./jun. 2008.

FERREIRA, L. M.; CAVENAGHI, S.; MARINO, L. H. C. Recursos eletroterapêuticos no tratamento da dor oncológica. **Rev Dor**. v. 11, n. 4, p. 339-342, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_4/pdf/volume_11_n_4_pags_339_a_342.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FIRMINO, F.; Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 4, n. 51, p. 347-359, 2005. Disponível em: <www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2012.

FRANCISCO, A. N.; et al. Mielotomia punctiforme no tratamento da dor oncológica visceral. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 64, n. 2b, p. 446-450, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n2b/a18v642b.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

GARCIA, J. B. S. Dor oncológica refratária: uso de bloqueio neurolítico subaracnóideo. **Prática hospitalar**. ano XI, n. 63, p. 119-120, mai./jun. 2009.

GARNIZE, B. C. Cuidados de conforto a pacientes na terminalidade. 2011. 69 p. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/35954>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, A. P.; FARIA, R. R.M.; PRADO, C. O profissional de enfermagem no cuidado da dor de pacientes oncológicos. **Revista Nursing**. São Paulo, p. 275-279, 2007.

GUTYÉRREZ, M. G. R.; et al. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paul Enferm**. v. 20. n. 3. p. 249-254, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a02v20n3.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

IKSILARA, M. C. Atuação da enfermeira na cordotomia cervical percutânea para controle da dor oncológica. **Rev Bras Enferm**. v. 56, n.2, p. 198-200, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a18v56n2.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

INFANTE, A. C. S. Dor iatrogênica em oncologia e sua prevenção. **Rev Dor**. v. 12, n. 1, p. 54-57, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n1/v12n1a12.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

ISHIZUKA, P.; et al. Avaliação da S(+) Cetamina por Via Oral Associada à Morfina no Tratamento da Dor Oncológica. **Rev Bras de Anestesiol**. v. 57, n. 1, p. 19-31, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n1/03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

JUVER, J. Sintomas ansiosos em pacientes com dor oncológica. **Prática hospitalar**. a. X, nº 56, p. 137-139, mar./abr. 2008.

KRAYCHETE, D. C. Dor aguda persistente. **Prática Hospitalar**. a. XIII, n. 75, p. 49-52, maio/jun. 2011.

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

LEÃO, E. R. Questões cotidianas na luta contra a dor. **Prática hospitalar**. a. XII, n. 70, p. 91-94, jul./ago.

LEMONICA, L. Bases Farmacológicas para o uso clínico de opioides. **Prática hospitalar**. a. X, n. 56, p. 129-135, mar./abr. 2008.

LEMOS, F. A.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 485-493, mai./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MELO, E. M.; et al Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Rev. Bras. Cancerol**. v. 48, n.

1, p. 21-28, jan./fev./mar. 2002. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 3 n. 48, p. 363-373, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo5.pdf>.

Acesso em: 10 jan. 2013.

MICELI, A. V. P. Laços e nós: a comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica. 127 p. 2009 Disponível em:

<http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/miceli_ana.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MINAYO, M. C. S.; et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINSON, F. P.; et al. Procedimentos intervencionistas para o manejo da dor no câncer.

Einstein (São Paulo). v. 10, n. 3, p. 292-295, jul./set. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n3/v10n3a06.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

OLIVEIRA, J. B. A.; Barreiras (infundadas) no tratamento da dor intensa. **Prática hospitalar**. a. X, p. 73-15, jan./fev. 2008.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O. Cuidando do cuidador. **Prática Hospitalar**. a. XI, n. 65, p. 117-119, set./out. 2009.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital , um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 15, n. 2, p. 270-276, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

PERES, M. F. P.; et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, p. 82-87, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

POLETTI, N. A. A.; et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 48, n. 3, p. 411-417, 2002. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/revisao2.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2012.

RIGOTTI, A. M.; FERREIRA, M. A. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arg Ciência Saúde**. v. 12, n. 1, p. 50-54, 2005. Disponível em:

<<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

RIZZO, C. C.; VENTURA, L. M.; CASTRO, L. A. Neurólise de plexo celiaco por via anterior guiada por tomografia computadorizada. Relato de caso. **Rev Dor**. v. 12, n. 4, p. 354-357, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a13v12n4.pdf>>.

Acesso em: 10 jan. 2013.

SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V.; RESENDE, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 4, n. 51, p. 339-346, 2005.

Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao5.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev Bras Hist Ciênc Sociais**. São Paulo, v.1, n.1, p.1-14, jul. 2009.

Disponível em:

<http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2012.

SALAMONDE, G. L. F.; et al. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. **Rev Bras Anesthesiol**. v. 56, n. 6, p. 602-618, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rba/v56n6/04.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

SAPOLNIK, R. Suporte de terapia intensiva no paciente oncológico. **Jornal de Pediatria**. v. 79, p. 231-242, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s2/v79s2a13.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SIMOES, A. S. L. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. **Rev dor**. v. 12, n. 2, p. 166-171, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2012.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**. v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2012.

SILVA, L. D.; PAZOS, A. L. A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 13, n. 3, p. 375-381, 2005. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a13.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2012.

SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev Latino-am Enferm**. v. 9, n. 4, p. 44-49, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11482.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

SILVA, M. C. O. S.; et al. M. Instrumentos de avaliação da dor crônica em idosos e suas implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. v. 1, n.4, p. 560-570, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/120/244>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

SILVA, T. O. N.; et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 19, n. 3, p. 359-363, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SOARES NETTO, J. J. Medicina perioperatória em oncologia: papel do anestesiológico no controle da morbidade cirúrgica. **Rev. Bras. Cancerol**. v. 3, n. 50, p. 261-267, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v03/pdf/REVISAO4.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

UCHIDA, M.; MACIEL, M. G. S.; OKUMURA, A. C. A dor nos cuidados paliativos e a necessidade da interdisciplinaridade. **Prática Hospitalar**. ano XIV, n. 79, p. 62-65, jan./fev. 2012.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 2, p. 334-339, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/26.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

YAMASHITA, C. C., KURASHIMA, A. Y. Feridas em pacientes de cuidados paliativos. In: MATSUBARA, M. G. S. VILLELA, D.; HASHIMOTO, S. Y. REIS, H. C. S.; SACONATO, R. A. DENARDI, U. A. et al. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar, 2012. p. 87-93.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Instrumento para coleta de dados

A. IDENTIFICAÇÃO

Título do artigo:

Título do periódico:

Autor (1)

Nome:

Local de Trabalho

Graduação:

Autor (2)

Nome:

Local de Trabalho

Graduação:

Autor (3)

Nome:

Local de Trabalho

Graduação:

Autor (4)

Nome:

Local de Trabalho

Graduação:

Autor (5)

Nome:

Local de Trabalho

Graduação:

Autor (6)

Nome:

Local de Trabalho

Graduação:

País: _____

Idioma: _____

Ano de publicação: _____

B. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO.

Hospital ()

Universidade ()

Centro de pesquisa ()

Instituição única ()

Pesquisa multicêntrica ()

Outras instituições ()

Não identifica o local ()

C. TIPO DE PUBLICAÇÃO.

Publicação de enfermagem ()

Publicação médica ()

Publicação de outra área da saúde ()

Qual? _____

D. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

1. Tipo de publicação

1.1 Pesquisa

() Abordagem quantitativa

() Delineamento experimental

() Delineamento quase-experimental

() Delineamento não-experimental

() Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa

() Revisão de literatura

() Relato de experiência

() Outras _____

2. Objetivo ou questão de investigação:

3. Amostra

3.1 Seleção

Randômica

Conveniência

Outra _____

3.2 Tamanho (n)

Inicial _____

Final _____

3.3 Características

Idade _____

Sexo: M F

Raça _____

Diagnóstico _____

Tipo de cirurgia _____

3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos
sujeitos _____

4. Tratamento dos dados:

5. Intervenções realizadas

5.1 Variável independente _____

5.2 Variável dependente _____

5.3 Grupo controle: sim não

5.4 Instrumento de medida: sim não

5.5 Duração do estudo _____

5.6 Métodos empregados para mensuração da
intervenção _____

6. Resultados:

7. Análise

7.1 Tratamento estatístico _____

7.2 Nível de significância _____

8. Implicações

8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados?

8.2 Quais são as recomendações dos autores?

9. Nível de evidência

() Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;

() Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;

() Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;

() Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;

() Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;

() Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

E. Avaliação do rigor metodológico

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participante):

Critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados:

Identificação de limitações ou vieses: