



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MONIQUE ELLEN DE SOUSA E SILVA

**DOR ONCOLÓGICA: AVALIAÇÃO E MANEJO CLÍNICO REALIZADOS POR
ENFERMEIROS**

CUITÉ/PB

2015

MONIQUE ELLEN DE SOUSA E SILVA

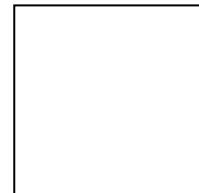
**DOR ONCOLÓGICA: AVALIAÇÃO E MANEJO CLÍNICO REALIZADOS POR
ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem
do Centro de Educação e Saúde (CES), Universidade
Federal de Campina Grande (UFCG) em cumprimento
as exigências legais para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Professora orientadora: Msc. Glenda Agra

CUITÉ/PB

2015



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

S725d Sousa e Silva, Monique Ellen de.

Dor oncológica: avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros. / Monique Ellen de Sousa e Silva. – Cuité: CES, 2015.

70 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Enfermagem oncológica. 2. Cuidados paliativos. 3. Dor.
4. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU 616-083:616-006

MONIQUE ELLEN DE SOUSA E SILVA

DOR ONCOLÓGICA: AVALIAÇÃO E MANEJO CLÍNICO REALIZADO POR ENFERMEIROS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde (CES), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) em cumprimento as exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 31/03/2015
BANCA EXAMINADORA

Glenda

Profa. Ms. Glenda Agra - Orientadora - UFCG_CES_UAENFE
Orientadora

Alana Tamar O. de Sousa

Profa. Ms. Alana Tamar- Membro - UFCG_CES_UAENFE
Examinadora

Lidiane Lima de Andrade

Profa. Ms. Lidiane Lima de Andrade - Membro- UFCG_CES_UAENFE
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho e tudo que vivenciei para chegar até aqui, a minha irmã Talita Mikaele, que permanece mais viva que nunca em meu pensamento, e de alguma forma, me deu forças para eu enfrentar tudo e permanecer lutando. Serás sempre meu maior exemplo, e também meu maior motivo para tentar trazer, novamente, o brilho ao olhar dos nossos pais. Sei que o amor que tenho por você ultrapassa todas as barreiras, inclusive a morte. Queria muito que você estivesse fisicamente aqui, mas como não sou eu quem ditto as regras, só me resta aceitar que estás em um lugar, onde só pessoas de luz podem chegar. E que tua luz esteja acesa dentro do meu coração de maneira a reavivar sempre a assimilação de tudo o que Deus proporcionou a nossa família, como algo que ainda terá sentido, como uma pergunta que algum dia terá explicação. Fica bem, meu anjo, eu te amo!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** em primeiro lugar, pela vida, pela saúde e por nunca ter permitido que a dificuldade fosse maior que o meu sonho.

À minha irmã **Talita Mikaele**, que (*in memoriam*), foi meu maior motivo para ultrapassar os obstáculos e fez com que minhas lágrimas de saudade e tristeza, se transformassem em impulso para lutar dia após dia.

À minha mãe, **Elineide**, por ser essa rocha, que na dificuldade de expressar os sentimentos, por muitas vezes, me mostrou com duras palavras, o quanto é necessário manter o foco e não desistir dos objetivos. À Meu pai, **Maurício**, de quem me orgulho imensamente por toda sua luta, e por ter me ensinado o quanto é importante, ter caráter e contentamento para com o que Deus coloca em nosso caminho. À meu irmão **Guilherme**, a quem sempre vou defender e aconselhar e hoje dou meu muito obrigada, por tudo que precisou abrir mão em função da minha permanência fora de casa. Vocês três são o meu tesouro aqui na terra. Eu jamais vou conseguir expressar com palavras a gratidão por tudo o que fizeram por mim, por tudo que abdicaram para que eu pudesse me manter nos estudos. Amo vocês!

Aos meus padrinhos e pais do coração Vô **Deda** e Vó **Marlete**, com quem divido os méritos dessa conquista, e agradeço por todo carinho e credibilidade que depositaram em mim. Dar-lhes amor e orgulho, é o mínimo que posso fazer, diante da imensidão de afeto que recebo de vocês nas atitudes do dia a dia.

Ao meu esposo e amigo **Nailton Farias**, por estar do meu lado em todos os momentos, e me ajudado a permanecer em equilíbrio nesse final de curso, onde os obstáculos parecem ser cada vez maiores. Que Deus abençoe o nosso amor, e nos conceda a graça de fazermos um ao outro feliz considerando a vivência de cada dia como uma vitória.

À minha orientadora, **Glenda Agra**, que mediante os obstáculos que surgiram na elaboração do trabalho, escutou meus anseios, me deu estímulo para persistir na busca de mais conhecimentos, e me possibilitou através de suas considerações, uma constante evolução não só científica e intelectual, mas como ser humano.

À banca examinadora Prof^ª. **Alana Tamar** e Prof^ª. **Lidiane Lima**, por terem aceitado

participar da minha banca, e também pelas contribuições que sem dúvida alguma, só engrandecem a esta pesquisa.

Aos demais professores da Universidade Federal de Campina Grande campus Cuité, que serão para sempre minha maior referência de dedicação e responsabilidade para com a profissão escolhida.

Aos meus amigos **Arthur, Edvalcília, Eliziane, Luângela Carla, Rayza e Thayane**, com quem compartilhei momentos inesquecíveis de tristeza, felicidade, angústia e dificuldade que permearam esses cinco anos. Pessoas que jamais esquecerei, não por termos sido colegas de faculdade, mas pelo elo de cumplicidade e união que de alguma forma conseguimos construir.

As minhas companheiras da Residência Universitária, em especial a **Edmara Mendes**, que na extrema dificuldade que ali enfrentamos, permaneceu do meu lado, no momento que mais precisei. Ali, me deparei com uma realidade cruel, no início as lágrimas escorriam dos meus olhos, pois estava com muitas pessoas ao meu redor, e mesmo assim era como se estivesse sozinha. Mas que se fez necessário, para que eu valorizasse as coisas essenciais da vida, pois a maior riqueza do ser humano não está nos recursos materiais, mas no caráter, na educação e na fé em Deus.

À Fundação assistencial da Paraíba, por ter autorizado o desenvolvimento desta pesquisa. Aos enfermeiros da Fundação assistencial da Paraíba, pela educação com que me receberam, e pelas palavras essenciais que possibilitaram construir todo o resultado desta pesquisa.

À enfermeira **Clarissa Ferreira**, com quem aprendo todos os dias, e tem sido um exemplo de profissional, demonstrando extrema compreensão e amizade, frente a minha ausência em prol da condução do Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente, de forma positiva e até mesmo negativa me deram impulso para que eu chegasse até aqui, e obtivesse uma formação profissional de qualidade.

RESUMO

SILVA, M. E. S. **DOR ONCOLÓGICA:** Avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité- PB. 2015.

A dor é uma percepção de etiologia biológica, mas com interpretação subjetiva e individual, ou seja, cada pessoa reage de forma diferente à dor vivenciada. No âmbito dos cuidados paliativos, a dor é compreendida como o 5º sinal vital e abrange no seu constructo, avaliação, registro e manejo clínico de forma eficiente. Quando trata-se de pacientes em terminalidade, o alívio da dor é norteado na perspectiva da Dor Total, cujo alívio do sofrimento destina-se à promoção de conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, trazendo-lhe, dessa forma, dignidade. Nesse sentido, o enfermeiro exerce papel importantíssimo na assistência ao paciente que vivencia a terminalidade, tendo em vista que é o membro da equipe multiprofissional que permanece por mais tempo em contato com o mesmo. Assim, deve ter competência técnica e científica para prestar uma assistência holística e de qualidade. Esta pesquisa objetivou Investigar as formas de avaliação e o manejo clínico da dor oncológica realizados por enfermeiros. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizada em novembro e dezembro de 2014 com enfermeiros assistenciais de um hospital filantrópico que atende pacientes com doença oncológica avançada no município de Campina Grande na Paraíba. Para construção das categorias temáticas, foi utilizada a Técnica de Análise do Conteúdo, proposta por Bardin. Nesta perspectiva, foram construídas cinco categorias temáticas: “Compreendendo os cuidados paliativos”; Cuidando de pacientes com dor oncológica”; “Cuidado atento com conhecimento e responsabilidade”; “Modalidades de avaliação da dor” e “Cuidados paliativos para o alívio da dor”. Constatou-se que os participantes da pesquisa conhecem os métodos sistemáticos de avaliação da dor, mas não utilizam em decorrência do acúmulo de outras atividades administrativas realizadas. No que concerne ao manejo clínico, os enfermeiros participantes da pesquisa conhecem e executam algumas modalidades terapêuticas utilizadas nos cuidados paliativos. Dessa forma, vislumbra-se a necessidade da Educação Continuada ser ofertada aos enfermeiros, para que os cuidados paliativos de enfermagem, sejam efetivamente direcionados ao atendimento das necessidades do paciente em sua totalidade, e subsidiados por métodos cientificamente comprovados, que permitam uma maior segurança e respaldo legal na assistência prestada.

Palavras- chave: Cuidados Paliativos. Dor. Enfermagem Oncológica. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, M.E.S. **PAIN ONCOLOGIC:** Assessment and clinical management conducted by nurses. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) Centre for Education and Health, Federal University of Campina Grande. Cuité- PB. 2015.

Pain is a perception of biological etiology, but with subjective interpretation and individual, that is, each person reacts differently to the experienced pain. In the context of palliative care, pain is understood as the 5th vital sign and includes within its construct evaluation, registration and clinical management efficiently. When it comes to terminal patients, pain relief is guided from the perspective of total pain, relief of suffering which is intended to promote physical comfort, psychological and spiritual patient, bringing him thus dignity. The nurse plays important role in assisting the patient experiences the terminally, considering that is the member of the multidisciplinary team that stays longer in contact with it. So, should have technical and scientific expertise to provide a holistic and quality care. This research aimed to understand the process of evaluation and management of patients with cancer pain conducted by nurses. This is an exploratory study, qualitative, held in November and December 2014 with nurses of a philanthropic hospital that serves patients with advanced cancer in the large meadow municipality in Paraíba. Construction of the themes, the content analysis technique was used, proposed by Bardin. In this perspective, five thematic categories were constructed: "Understanding palliative care"; Caring for patients with cancer pain "; "Keeping careful with knowledge and responsibility"; "Pain assessment arrangements" and "palliative care for pain relief" .Constatou is that research participants know the systematic methods of pain assessment, but not used due to other administrative activities. with respect to clinical management, participants of the research nurses know and perform some therapeutic modalities used in palliative care. Thus, we conjecture about the need for continuing education be offered to nurses, to the Nursing Palliative Care, are effectively targeted to meet the patient's needs as a whole, and subsidized by scientifically proven methods, enabling greater security and legal support in care delivery.

Key words: Palliative Care. Pain. Oncology Nursing. Care Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

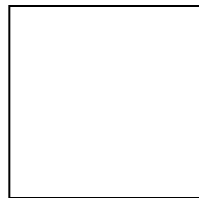
Figura 1- Escala Visual Numérica.....	20
Figura 2- Escala Visual Analógica.....	21
Figura 3- Escala de Faces de Dor.....	21
Figura 4- Escada Analgésica da Dor.....	22
Figura 5- Questionário de McGill.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela1- Dados Sociodemográficos e profissionais dos participantes da pesquisa, Campina Grande-PB, 2014	31
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Aspectos históricos e Classificação da dor.....	17
2.2 Fisiologia e Fisiopatologia da dor.....	18
2.3 Conceituação, etiologia, avaliação e controle da Dor Oncológica.....	20
2.5 Cuidados de Enfermagem no Controle da dor oncológica.....	26
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
3.1 Tipo de pesquisa.....	27
3.2 Local da pesquisa.....	28
3.3 População, amostra, critérios de inclusão e exclusão.....	28
3.4 Coleta de dados, instrumento da Pesquisa e Considerações Éticas.....	29
3.7 Análise dos dados.....	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
Categoria temática I- Compreendendo os cuidados paliativos.....	34
Categoria Temática II - Cuidando de pacientes com dor oncológica.....	36
Subcategoria I – Cuidado desgastante.....	36
Subcategoria II – Cuidado humanizado, com conhecimento e responsabilidade.....	40
Categoria Temática III – Modalidades de avaliação da dor.....	42
Subcategoria I – Expressão emocional do paciente.....	42
Subcategoria II – Verbalização da dor.....	43
Categoria Temática IV – A dor não é avaliada.....	46
Categoria temática V – Modalidades terapêuticas para o alívio da dor.....	49
Subcategoria I – Tratamento farmacológico.....	49
Subcategoria II- Tratamento Cirúrgico.....	51
Subcategoria III – Cuidados paliativos de Enfermagem.....	52



Subcategoria IV - Tratamento não farmacológico.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.....	66
ANEXOS.....	67
ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP.....	69

1. INTRODUÇÃO

A palavra câncer vem do grego *karkínos* e significa caranguejo e foi utilizado pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que a afecção já comprometia o homem há mais de três mil anos antes de Cristo. Corresponde a um conjunto de mais de 100 doenças de localização e aspectos biológicos diversificados, que têm em comum o crescimento desordenado, rápido e incontrolável de células que invadem os tecidos e órgãos, e que por este motivo é denominado maligno (BRASIL, 2012).

Tumor ou neoplasia é o crescimento desordenado acrescido do acúmulo de células, que pode ocorrer de forma maligna ou benigna. Neoplasias malignas são caracterizadas por um crescimento autônomo, ilimitado e irreversível que culmina por deteriorar funções corpóreas; já as neoplasias benignas caracterizam-se por crescimento reversível de uma massa localizada e autolimitada de células que se multiplicam vagarosamente e assemelham-se ao seu tecido original. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes (BRASIL, 2012).

Esta é uma doença que se transforma através da mutação genética do DNA celular, produzindo uma célula anormal, que começa a se desenvolver de maneira atípica, com características invasivas, infiltrando-se nos tecidos, nos vasos sanguíneos e linfáticos. Quando o processo ocorre através da disseminação para outras partes do corpo, denomina-se metástase (SLMELTZER; BARE, 2012).

O câncer, constitui um problema de Saúde Pública mundial, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. No Brasil é evidenciada uma transformação de uma situação em que predominava a mortalidade, para outra na qual a morbidade é dominante, (BRASIL, 2012).

As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) demonstram cerca de 576.580 mil casos de câncer em 2014, quantitativo válido também para 2015. As estatísticas mostram que no Brasil, os tumores mais frequentes para o sexo masculino são o de pele não melanoma, próstata,

estômago, traqueia brônquios e pulmão e cavidade oral. Em mulheres predominam os cânceres de mama, colo uterino, cólon e reto. São 99.06 casos de câncer no Nordeste estimados para 2014 e 2015, sendo 47.520 nos homens e 51.540 em mulheres. As evidências quantitativas mostram que a demanda por cuidados será crescente nos próximos anos (BRASIL, 2014).

Os dados estatísticos do estado da Paraíba evidenciam que há previsão de 7.620 novos casos de câncer em 2014/2015 para todo estado. Sendo 180 casos de leucemia, 80 de colo de útero, 60 de pele melanoma e 2.070 de pele não melanoma (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento da afecção, em sua forma maligna traz uma gama de manifestações clínicas, locais e/ou distais. Localmente, os sintomas e sinais provocados pelo tumor são próprios do órgão ou sistema acometido. E distal, destacam-se a fadiga, náuseas, constipação, alteração cognitiva e dor, uma experiência pessoal única, com difícil descrição e que tem sua intensidade influenciada por fatores como ansiedade, medo, depressão e raiva (BRASIL, 2012).

A dor é uma experiência ou sensação subjetiva emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial (BRASIL, 2012). É o problema mais comum que leva os pacientes a procurar os profissionais de saúde (IASP, 2010). Cecily Saunders aprimora a conceituação da percepção dolorosa como Dor Total que enfatiza a dor como constituída por vários componentes: físico, mental, social e espiritual (KRAYCHETE et al., 2011).

A experiência dolorosa pode classificar-se de acordo com o mecanismo fisiopatológico tais como: nociceptiva, neuropática e simpaticomimética. Os tipos padronizados de dor são: nociceptiva, neuropática, aguda e crônica, cuja dor oncológica se insere mediante sua estreita relação com o processo neoplásico (BRASIL, 2012).

A dor oncológica está relacionada ao processo de desenvolvimento do câncer no organismo, tem início e duração variáveis, pode ser contínua ou intermitente, apresentar-se desde formas moderadas até as severas e traz sintomas comumente associados, tais como ansiedade e sofrimento. De todos os sintomas sentidos pelos pacientes oncológicos, a dor é o mais temido, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado à doença mesmo quando comparado a expectativa da morte (RANGEL; TELLES, 2012).

No que se refere aos dados estatísticos de pacientes oncológicos com dor, 5 milhões de pessoas experimentam a dor, diariamente, devido ao câncer; 25% morrem sob dor intensa; cerca

de 4,3 milhões morrem a cada ano com controle inadequado da dor; um terço dos pacientes em tratamento e dois terços dos pacientes com doença avançada referem ter dor e 5% a 10% dos pacientes referem dor independente de seu câncer ou do tratamento realizado. No entanto, é possível controlar a dor em cerca de 90% dos pacientes oncológicos. Contudo, a maioria das equipes de saúde apresentam um déficit de conhecimento sobre avaliação e manejo clínico deste sintoma. Infere-se que este fato esteja relacionado à ausência de educação continuada nos serviços, assim como a incapacidade em assistir ao paciente oncológico nas dimensões física, psíquica, social e espiritual ou até mesmo o desinteresse intelectual pela farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos recomendados pela OMS (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

O controle efetivo da dor oncológica exige uma equipe multidisciplinar, com protocolos específicos, onde a utilização de medicação oral de acordo com a Escada Analgésica proposta pela OMS pode proporcionar alívio da dor em 90% dos pacientes, reservando a utilização de tratamentos intervencionistas para situações especiais (RANGEL; TELLES, 2012). Nesse sentido, os cuidados paliativos são a melhor modalidade terapêutica para os pacientes oncológicos que vivenciam dores crônicas.

Os cuidados paliativos perfazem uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças que ameaçam à vida, seja por meio da prevenção, ou do alívio do sofrimento, possibilitados por identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, espiritual e psicossocial (RANGEL; TELLES, 2012).

O profissional de enfermagem como agente promotor de vínculo e conhecedor das especificidades que envolvem a experiência nociceptiva e neuropática do paciente em cuidados paliativos e respaldado legalmente mediante a Resolução de seu exercício profissional por meio da Lei nº 7.498/86 tem como atribuição privativa, a prescrição de cuidados de enfermagem, além de participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. Sendo assim, a equipe de enfermagem tem papel primordial na avaliação e detecção precoce do evento doloroso, seja prevenindo, ou intervindo na tentativa de minimizar a dor e o sofrimento daqueles que o sentem.

Desse modo, a Sistematização da Assistência em Enfermagem no tratamento da dor oncológica como instrumento de direcionamento e avaliação do correto impacto da dor permite de maneira adequada o planejamento e execução de ações voltadas às reais necessidades do paciente. A complexidade desta assistência requer abordagem multidisciplinar, visto que o adoecimento atinge dimensões biopsicossociais e espirituais. Dessa forma, faz-se necessário que a equipe paliativista seja formada por profissionais de diversas áreas, para atingir todas as dimensões. Considerando a enfermagem parte desta equipe, cabe a estes profissionais estabelecer uma relação de ajuda com o paciente e sua família, por meio da comunicação efetiva, controle dos sintomas, medidas para alívio do sofrimento e apoio aos familiares frente à morte (COSTA et al., 2010).

A inquietação para o desenvolvimento deste estudo surgiu mediante a relevância da temática contextualizada e trazendo a tona o papel primordial do enfermeiro como promotor de vínculo, cuidado e atenção vislumbrada sob a ótica dos cuidados paliativos; além de uma experiência pessoal frente ao acompanhamento de uma ente querida com doença oncológica avançada em cuidados paliativos e sobretudo pela escassez de pesquisas qualitativas indexadas nacionais envolvendo esta temática.

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

Diante da problemática suscitada, emergiu o seguinte questionamento: Como os enfermeiros avaliam e cuidam dos pacientes que apresentam dor oncológica?

Investigar as formas de avaliação e o manejo clínico da dor oncológica realizados por enfermeiros permeia o objetivo geral desta pesquisa.

Os objetivos específicos são: Investigar o conhecimento de enfermeiros sobre cuidados paliativos; Descrever as formas de avaliação da dor oncológica que enfermeiros realizam junto a pacientes com câncer avançado; Identificar as modalidades terapêuticas utilizadas por enfermeiros a fim de minimizar o episódio algico

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos históricos e classificação da dor

A palavra dor tem origem do latim *poena* e significa castigo. Desde a antiguidade, é alvo de preocupações humanas, uma vez que a mesma era atribuída em tempos remotos a castigo de deuses, reflexo de pecados ou desejo de adversários, onde existia a crença de que o desejo de um inimigo seria a causa do surgimento da dor na pessoa que a vivencia, a exemplo de povos da Índia e antigo Egito. Hipócrates enfatizou a dor, como descontrolada entre os humores. Já Platão difundiu o pressuposto de que a dor além de ter uma origem periférica, ou seja, nas lesões ocorridas ao longo do corpo, perfaz também a experiência emocional da alma (SAÇA et al., 2010).

Diefenbach, (2011) descreve fatos importantes no histórico da dor, afirmando que Harvey por volta de 1578, após descobrir o sistema de circulação sanguínea, levantou a hipótese de que a dor se recanalizava no coração. Já Von Frey e Erb no final do século XIX deram origem à teoria de que as terminações nervosas são responsáveis pelo início da propagação do impulso doloroso. Goldscheider, veio a reforçar esta tese em 1894, ressaltando que a medula espinhal é responsável pelo mecanismo de propagação da percepção dolorosa. Já em 1943, Livingston fez uma descrição onde a origem da estimulação periférica seria pautada na lesão tecidual, que atuariam as fibras nervosas, concentradas nos neurônios da medula espinhal e após decodificação, são transmitidos ao cérebro.

Na década de 90, exime destaque a medicina paliativa, com a criação de sociedades médicas relacionadas ao estudo da dor, dentre elas, podem-se citar: a Associação Internacional para o Estudo de Dor (*International Association for the Study of Pain*) IASP, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), além da criação de revistas especializadas que passaram a ser editadas e publicadas com ênfase em dor (SAÇA et al., 2010).

Desde então, inúmeros conceitos foram criados, mas o que engloba a fidedignidade deste mecanismo, retrata a dor como sensação a qual a pessoa vivencia uma experiência de

desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos. Pacientes que vivenciam o câncer vislumbram, na maioria das vezes, a dor aguda ou crônica.

A dor aguda é associada a uma lesão tecidual, e geralmente cessa após a cura e tem respostas neurovegetativas, tais como taquicardia e agitação. Já a manifestação da dor crônica está relacionada ao desenvolvimento de várias patologias, dentre as quais o câncer, quando se refere ao processo cancerígeno, manifesta-se geralmente durante a evolução do tumor, desenvolvimento da metástase, tratamento oncológico, e, persiste por mais de três meses, de forma contínua ou intermitente e não há reflexos neurovegetativos, apenas modificações osteoarticulares, neurológicas e psíquicas (KRAYCHETE et al.,2011).

Entre as classificações da dor, vale ressaltar a definição e subdivisão da dor nociceptiva e neuropática. A dor nociceptiva classifica-se em visceral em decorrência de lesão de vísceras pélvicas abdominais ou torácicas, além de órgãos inervados pelo sistema neurovegetativo, cuja dor pode ser referida à distância do sítio vegetativo, e somática, que é subscrita como reflexo da ação inflamatória da pele, tecido celular subcutâneo, músculos, fáscias, tendões e ossos. A dor neuropática está associada ao estímulo somatossensorial anormal de qualquer elemento do sistema nervoso central ou periférico, a exemplo de nervos periféricos, raízes e dermatomos, geralmente é descrita como queimação ou formigamento. Já a dor idiopática ou psicogênica é rara em pacientes com câncer e tem etiologia psíquica. A dor mista é evidenciada quando dois ou mais tipos de dor coexistem. Destaca-se, ainda, que pode ocorrer episódios de dor incidental (Breakthrough Pain) onde há um aumento da intensidade dolorosa em adição a dor de base, de forma limitada cronológica, onde o fator de precipitação é identificável, e fornece subsídio para uma distinção onde a precipitação por um ato voluntário como caminhar faz parte do subgrupo volitivo, já um ato involuntário como tossir perfaz a dor incidental não volitivo (KRAYCHETE et al.,2011).

2.2 Fisiologia e fisiopatologia da dor

Seja qual for a lesão tecidual, independente da etiologia, a dor sempre precede a uma reação inflamatória. Isso resulta na liberação de mediadores químicos, tais como bradicinina,

histamina e prostaglandinas, que excitam as terminações nervosas livres presentes no sistema nervoso periférico (SNP). O impulso elétrico é conduzido através das fibras nervosas à medula espinhal e encaminhado para a região do tronco cerebral, tálamo, estruturas do sistema límbico e áreas corticais. No tálamo, a informação dolorosa é projetada em estruturas do sistema límbico e cortical. Nas conexões efetuadas entre o impulso doloroso com estruturas do sistema límbico são atribuídas à dor, o caráter emocional de sofrimento e desconforto (OLIVEIRA; TRINDADE, 2013).

A atuação conjunta desses sistemas resulta no aspecto multidimensional do processo doloroso e respostas decorrentes. Há que se considerar que o sistema nociceptivo tem sua atividade modulada pelo sistema supressor da dor que é composto por elementos neuronais da medula espinhal, tronco encefálico, tálamo, estruturas subcorticais, córtex cerebral e SNP. A ativação do sistema supressor da dor aumenta a síntese de neurotransmissores encefalinas e serotoninas, que por meio de tratos descendentes são projetados na substância cinzenta da medula espinhal e de tratos ascendentes para estruturas encefálicas exercendo atividade inibitória sobre os componentes do sistema nociceptivo. O sistema supressor de dor é continuamente ativado por estímulos que alcançam o sistema nervoso central (SNC) durante a vida diária normal e também é ativado pela dor e por aspectos emocionais e cognitivos ainda não completamente conhecidos (OLIVEIRA; TRINDADE, 2013).

O mecanismo de evolução é específico para cada tipo de dor: na dor nociceptiva, que compreende a dor somática e visceral, há estimulação química ou física de terminações nervosas normais; a dor neuropática resulta de alguma injúria anormal, de forma parcial ou total de estruturas sensíveis do sistema nervoso central ou periférico; a dor idiopática tem mecanismo de ordem psíquica, e pode ser diferenciada em aguda e crônica. A forma aguda apresenta início súbito e resposta neurovegetativa de ordem simpática e a forma crônica caracteriza-se por um prolongamento da dor aguda, onde estimulações nociceptivas repetidas levam a uma variedade de modificações no SNC (Sistema nervoso central) (KRAYCHETE et al.,2011).

2.3 Conceituação, etiologia, avaliação e controle da dor oncológica

O sofrimento doloroso vivenciado por pacientes oncológicos, tem função de alerta a danos no organismo, e pode ser conceituada como fenômeno multidimensional e subjetivo, onde os aspectos fisiológicos, emocionais, sociais e espirituais perfazem a representação de fatores influentes na expressão e na vivência da nocicepção (NASCIMENTO et al., 2011).

A etiologia da dor vivenciada por pacientes oncológicos pode estar relacionada ao tumor, prevalente em 80% dos casos constatados quando há invasão direta de osso, sistema nervoso, vísceras, vasos, músculos e mucosas; associada ao tratamento antitumoral, em 20% dos casos, e dor não relacionada ao câncer, com prevalência, em média, de 10% (KRAYCHETE et al., 2011).

A dor vivenciada por pacientes com câncer em estado avançado foi descrita por Cicely Mary Strode Saunders como Dor Total, pois ultrapassa a percepção física, alcançando o ser humano na dimensão social, psíquica e espiritual. Cicely disseminou uma nova maneira de cuidar dos pacientes que vivenciavam a proximidade com a morte, difundindo a ideia de que tais cuidados devem compreender todas as necessidades do paciente (dentro dos limites possíveis), contemplando-o como um ser integral, esses cuidados foram denominados cuidados paliativos (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2012).

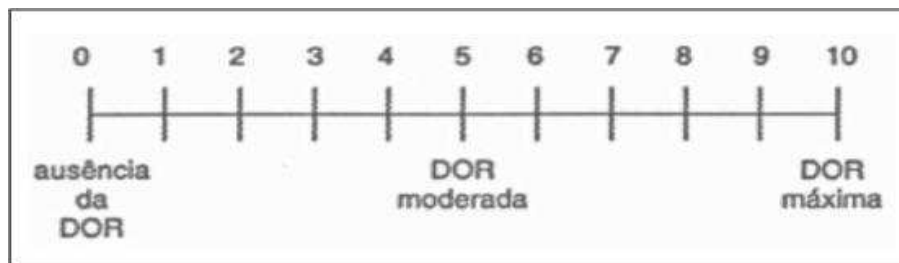
A avaliação da dor oncológica perfaz um caminho multiprofissional e sistematizado para compreender a intensidade, localização, frequência e padrão de evolução e suas características atenuantes e agravantes. Isso abrange exame físico, história da doença, sinais e sintomas e condutas terapêuticas (SLMELTZER; BARE, 2012).

Nesse sentido o enfermeiro é um dos profissionais que permanece mais tempo com o paciente e em seu bojo científico, por meio do exame físico apresenta técnicas propedêuticas específicas (inspeção, palpação, percussão e ausculta) que associadas ao registro de dados do estado clínico do paciente, objetivam avaliar e tratar, eficazmente, os sintomas apresentados por este. O registro adequado envolve o diagnóstico etiológico, prescrição terapêutica e avaliação da eficácia medicamentosa obtida. Vale salientar que a comunicação entre a equipe é um fator essencial para o manejo ágil e efetivo da queixa algica (SILVA et al., 2013).

A avaliação da dor oncológica deve ser realizada no atendimento ambulatorial, internação e no domicílio. Existem diversas escalas que podem servir de subsídio para estimar a intensidade da dor: Escala Visual Numérica (EVN), Escala Visual Analógica, Escala de Faces, questionário de McGill, entre outras. Para obter dados acerca dos aspectos envolvidos na percepção dolorosa, o instrumento de avaliação deve ser escolhido de forma a abranger a visão holística do assistido (KRAYCHETE et al.,2011).

A Escala Visual Numérica tem como objetivo mensurar a intensidade da dor, em um contexto clínico, com registro numérico, sem necessidade de haver o contato visual, em que o paciente deve estar consciente e referir uma dor quantificada entre zero e dez, sendo o zero “nenhuma dor” e dez “dor máxima imaginável” (FORTUNATO et al., 2013). Abaixo, a figura 1 demonstra a Escada Visual Numérica.

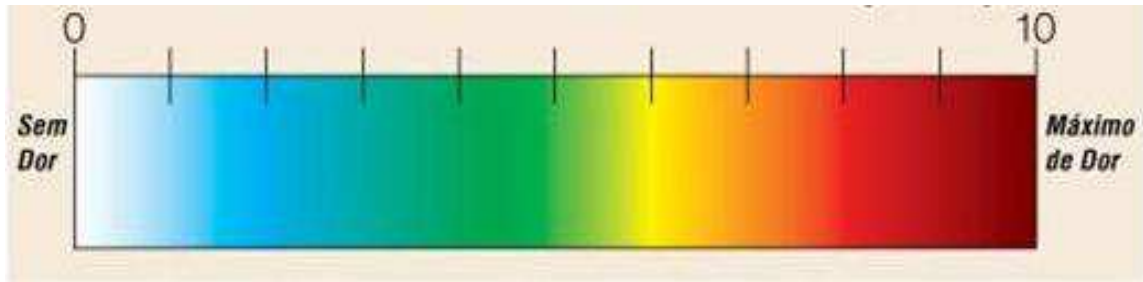
Figura 1: Escada Visual Numérica



FONTE: Google imagens,2014

Outra escala a ser explanada é a Escala Visual Analógica, que assemelha-se a numérica, porém existe nesta, a obrigatoriedade em haver o contato visual, entre o paciente e a escala, e este deve sinalizar ao avaliador, o grau de sua dor. É importante explicar ao paciente que uma extremidade indica “sem dor” e a outra indica “dor máxima” (FORTUNATO et al., 2013). Segue a figura 2, que destaca o desenho da Escada Visual Analógica.

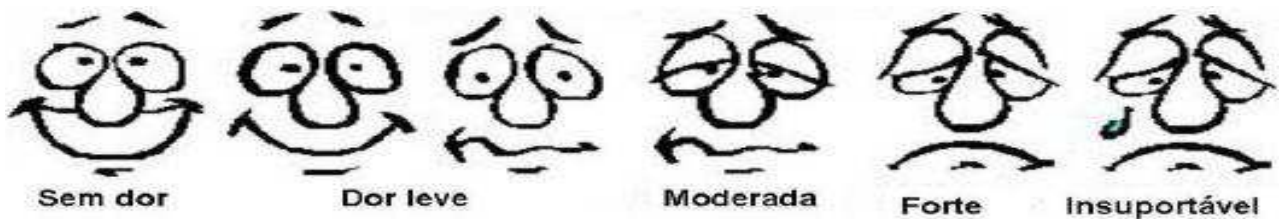
Figura 2: Escala Visual Analógica



FONTE: Google imagens, 2014

Já a Escala de Faces de Dor, que está representada na figura 3 logo abaixo, caracteriza-se em descritores visuais, através de expressões faciais que refletem a intensidade dolorosa. É solicitado ao paciente que observe e indique qual dos descritores traduz a dor que está sentindo. Varia de zero a cinco, onde o zero significa “sem dor” e o cinco indica “dor insuportável” (FORTUNATO et al., 2013).

Figura 3: Escala de Faces de Dor

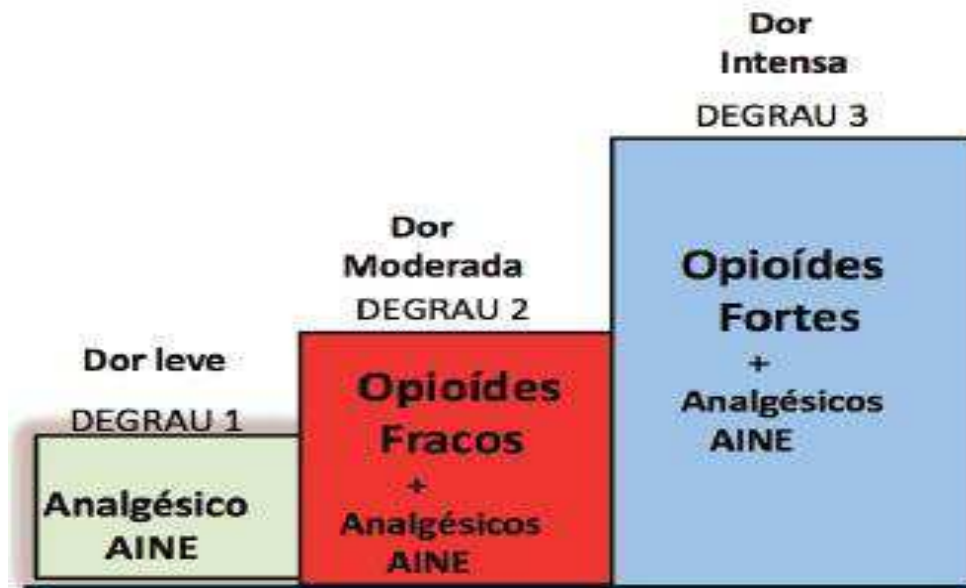


FONTE: Google imagens, 2014

No âmbito dos cuidados paliativos, as intervenções da equipe de enfermagem para o manejo adequado da dor, devem respeitar os princípios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde que criou a “Escada Analgésica da Dor”. Esta escada é formada por três degraus, que orientam a terapia medicamentosa baseada na intensidade da dor verbalizada/ indicada pelo paciente. A dor leve é categorizada no primeiro degrau, e é preconizado o uso de medicamentos não opióides como paracetamol e aspirina. Na dor moderada, inserida no segundo degrau, é indicado o uso de opióides fracos como codeína associado a analgésicos não opióides se necessário; mediante dor severa, orienta-se a terapia do terceiro degrau, baseada em opióides

fortes como morfina associada ou não a analgésicos opióides, se necessário. Sempre que possível; escolher o analgésico de acordo com a intensidade da dor; priorizar a via oral; administrar medicamentos em regime de horário fixo, realizar avaliação dos efeitos colaterais em relação a analgesia e utilizar intervenções anestésicas e neurocirúrgicas em casos de dor refratária a tratamento farmacológico (COSTA et al., 2010). Logo abaixo, a figura 4 representa a Escada Analgésica da Dor preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

Figura 4: Escada Analgésica da Dor



FONTE: Google imagens, 2014

Em 1996 foi adaptada à língua portuguesa, uma ferramenta preponderante para a avaliação da dor, o questionário de McGill, que se refere a uma investigação da dor integrada ao componente história da doença, formado por 78 palavras-chave, dispostas em 4 grupos e 20 subgrupos. Os grupos referem-se aos seguintes componentes da dor: sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10), afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) e avaliativo (subgrupo 16). Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Assim, cada descritor corresponde um número que indica a sua intensidade. A partir deste questionário, pode-se chegar ao número de descritores escolhidos e ao índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde às palavras que o paciente selecionou para explicar a sua dor. O maior valor possível é 20, pois o

paciente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido pela soma dos valores de intensidade dos descritores escolhidos (MARTINES; GRASSI; MARQUES, 2011).

Este instrumento fornece informações sobre as diferentes percepções dos vários domínios que integram a dor, uma vez que, a percepção desse sintoma está relacionada aos aspectos sensoriais, afetivos, motivacionais e não somente à intensidade. Assim, permite avaliar adequadamente as diferentes qualidades da dor, facilitando a compreensão desse sintoma pela equipe paliativista, o que pode permitir a elaboração de um programa de tratamento específico, voltado ao atendimento das necessidades biopsicossociais do paciente e sua família (BIASI., et al 2011). Segue abaixo, a figura 5 representando o Questionário de McGill adaptado à língua portuguesa .

Figura 5: Questionário de McGill

McGill Pain Questionnaire – Português

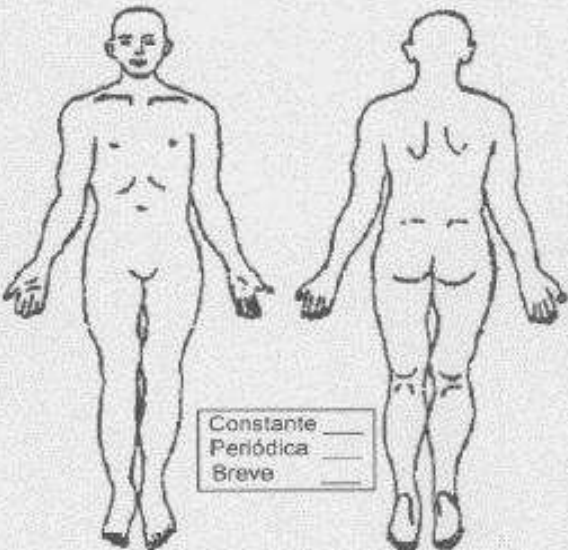
Nome _____ Data _____ Hora _____

Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____

Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3

IAvD: S Af Av M(S) M(AfAv) M(T) PRI(T)

(1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

1	Espasmódica		11	Carisativa	Intensidade Atual de Dor (IAD) _____ Comentários: _____  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Constante _____ Periódica _____ Breve _____ </div>
	Tremor			Exaustiva	
	Pulsátil		12	Enjoativa	
	Latejante			Sufocante	
	Martelante		13	Amedrontadora	
2	Crescente			Apavorante	
	Repentina			Aterrorizante	
	Provocada		14	Castigante	
3	Picada			Debilitante	
	Aguilhada			Cruel	
	Perfurante			Perversa	
	Punhalada			Mortal	
	Lancinante		15	Desgraçada	
4	Aguda			Enlouquecedora	
	Cortante		16	Incômoda	
	Dilacerante			Perturbadora	
5	Beliscante			Desconforto	
	Pressionante			Intensa	
	Pinçante			Insuportável	
	Cãibra		17	Difusa	
	Esmagamento			Irradiante	
6	Fisgada			Penetrante	
	Puxão			Que transpassa	
	Distensão		18	Aperto	
7	Quente			Dormente	
	Queimação			Estirante	
	Escaldante			Esmagadora	
	Queimadura			Demolidora	
8	Formigamento		19	Fresca	
	Cocalra			Fria	
	Ardência			Congelante	
	Ferroadada		20	Importunante	
9	Insensibilidade			Nauseante	
	Sensibilidade			Angustiante	
	Que Machuca			Desagradável	
	Dolorida			Torturante	
	Forte			IAD	
10	Suave		0	Sem dor	
	Tensão		1	Leve	
	Esfoiante		2	Desconfortante	
	Rompimento		3	Angustiante	
			4	Horrível	
			5	Excruciante	

Sintomas que Acompanham:	Sono:	Ingestão de alimentos:
náusea _____	Bom _____	Boa _____
Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____
Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____
Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____
Constipação _____		Comentários: _____
Diarréia _____		
Comentários: _____	Atividades:	Comentários: _____
	Boa _____	
	Alguma _____	
	Pouca _____	
	Nenhuma _____	

FONTE: Google imagens, 2014

2.4 Cuidados de enfermagem no controle da dor oncológica

Ofertar um cuidado diferenciado competente e qualificado diante da magnitude do processo de terminalidade de um paciente oncológico é um desafio para todos os profissionais envolvidos na dimensão dos cuidados paliativos. Uma vez que unir conhecimento científico e habilidades assistenciais são metas para a construção de um plano de cuidados embasados na palição, com vistas a aliviar os sinais e sintomas, promovendo deste modo, dignidade ao paciente em terminalidade com dor oncológica.

Nesse sentido, cuidados paliativos de enfermagem voltados para o paciente com doença oncológica avançada estão direcionados a investigar o início e duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes, atenuantes e agravantes do quadro doloroso; a determinar o impacto da dor sobre o sono, apetite, cognição e atividade de lazer; atuar na administração correta e eficaz dos fármacos prescritos; oferecer conforto e segurança ao paciente e oferta-se sempre que necessário e possível o apoio emocional (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar a existência de medidas não farmacológicas para alívio da dor, as mesmas não substituem a terapêutica medicamentosa, mas se ofertadas de forma concomitante, amenizam o sofrimento causado. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são subdivididos em: físicos, mecânicos e cognitivo comportamentais. São métodos físicos, a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS), a manipulação de calor e frio e a acupuntura; como estratégias mecânicas pode-se citar a massagem e a atividade física e para pacientes com limitações físicas ou lesões que limitem a efetivação da atividade física, um recurso disponível é a Ioga; Nos métodos cognitivos, o relaxamento, a distração dirigida respiração profunda, grupos educativos, reforçamento positivo, biofeedback e ensaio comportamental (GRANER; COSTA; ROLIM, 2010).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que segundo Minayo et al. (2007) responde a questões muito particulares. Esta autora preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Dessa forma, as investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente encadeadas. Como prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica.

Ainda nessa perspectiva, Minayo et al. (2007) assinala que na área da saúde a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Contemplando a historicidade da pesquisa social, Minayo et al. (2007) acrescenta:

Do ponto de vista antropológico, pode-se dizer que sempre existiu a preocupação do homem com o conhecimento da realidade. As tribos primitivas, por meio dos mitos, já tentavam explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte, o lugar dos indivíduos na organização social com seus mecanismos de poder, controle, convivência e reprodução do conjunto da existência social (MINAYO et al., 2007, p.14).

Em relação ao aspecto qualitativo, entende-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos

das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO et al., 2007).

3. 2 Local da pesquisa

O cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi em um hospital filantrópico do município de Campina Grande no estado da Paraíba, que atende pacientes com afecções oncológicas.

3. 3 População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

Segundo Gil (2010), a população engloba informações sobre do universo que será estudado. Nesta óptica, a população compilada para este estudo foi alicerçado por 26 enfermeiros assistenciais de um hospital filantrópico do município de Campina Grande no estado da Paraíba.

Ainda na concepção de Gil (2010), amostra é uma porção, criteriosamente selecionada da população; é um subconjunto do universo. Seu tamanho se refere à quantidade de pessoas que irá participar do estudo. Nesse sentido, fizeram parte da amostra enfermeiros assistenciais responsáveis pelo cuidado ao paciente oncológico.

Os critérios de inclusão para seleção da população foram: enfermeiros que atuassem diretamente no cuidado ao paciente oncológico; que estivesse exercendo atividades laborais no momento da coleta dos dados e com, no mínimo, um ano de experiência profissional na área.

Os critérios de exclusão para a seleção da amostra foram: enfermeiros que não se encontravam em atividade laboral no serviço no período da coleta de dados (férias, licença maternidade, licença saúde, afastamento).

Assim, obteve-se uma amostra de 18 profissionais. Este número é justificado pela saturação dos dados.

3. 4 Coleta de dados, instrumento da pesquisa e considerações éticas

A coleta de dados é vista como uma etapa importantíssima, entretanto não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, visto que os dados coletados futuramente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim realizada a discussão dos resultados da pesquisa. (ANDRADE, 2006). Nessa magnitude, o período de realização da coleta de dados foi novembro e dezembro de 2014.

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Nessa perspectiva, o instrumento desta pesquisa foi um roteiro semiestruturado para nortear uma entrevista, que por sua vez, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação ‘face a face’ e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2010).

Vale ressaltar que a entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada para coletar dados a partir de um conjunto de questões previamente definidas pelo pesquisador, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sugerido. Este tipo de entrevista produz uma melhor amostra da população, obtém um direcionamento maior referente à temática e permite obter respostas espontâneas determinadas pelos significados pessoais de suas atitudes e comportamentos (BONI; QUARESMA, 2005).

Desta forma, a pesquisadora utilizou um formulário semiestruturado, composto por dados de identificação dos participantes da pesquisa e perguntas subjetivas que visam atender aos objetivos do estudo, (Apêndice B). Trata-se de questionamentos pré-elaborados que foram conduzidos ao longo da entrevista sem estabelecer uma sequência lógica nas questões, por não tratar de um questionário fechado.

Após o convite para participar da pesquisa, e concordância em fazer parte do estudo, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo. O sigilo, e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Também foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. A pesquisa realizou-se após a anuência da diretora do hospital selecionado, onde os participantes da pesquisa estavam exercendo suas atividades laborais e, autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata da reformulação do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007).

Para que não houvesse identificação do participante, os discursos receberam códigos alfanuméricos (E1 ao E18), em que “E” significa “enfermeiro”, acrescido do número da entrevista. Assim, “E1” representa o primeiro enfermeiro entrevistado.

3. 5 Análise dos dados

Para analisar os dados foi adotada uma abordagem qualitativa sob uma base indutiva, visando a identificação das concepções, crenças, motivações e atitudes dos participantes. O método empregado foi a Análise de Conteúdo Temática considerada a mais apropriada para as investigações na área da saúde (MINAYO et al., 2007).

Capelle, Melo e Gonçalves (2011) ressaltam que a Análise do Conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o propósito de efetuar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens.

De acordo com Bardin (2004), a Análise de Conteúdo na modalidade temática é compreendida por três etapas: 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).

De acordo com Minayo et al. (2007), 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.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa

Tabela 1. Dados Sociodemográficos e profissionais dos participantes da pesquisa, Campina Grande-PB, 2014.

Sexo	N	%
Feminino	17	94,4
Masculino	01	5,5
Idade		
18-28	06	33,4
29-39	08	55,5
40-50	02	11,1
Tempo de formação profissional		
1 a 5 anos	07	38,2
6 a 10 anos	09	50
Mais de 10 anos	02	11,1
Tempo de experiência na área de oncologia		
1 a 5 anos	12	66,6
6 a 10 anos	05	28
Mais de 10 anos	01	5,5
Pós-graduação		
Especialização	15	83,3
Mestrado	-	-
Doutorado	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

Nos dados apresentados na tabela 1 foram explanados os resultados gerais de identificação referentes ao sexo, idade, tempo de formação profissional, tempo de atuação na área de oncologia, e titulação acadêmica dos enfermeiros participantes da pesquisa. Obtendo-se uma amostra de 18 enfermeiros, sendo 17 do sexo feminino, o que equivale a 94,4% e apenas um do sexo masculino 5,5% o que remete aos aspectos históricos da Enfermagem, segundo Camello (2013) é desde os primórdios uma profissão predominantemente feminina; A idade variou entre 25 e 42 anos sendo 33,4% da amostra com faixa etária de 18 a 28 anos, 55,5% de 29 a 39 anos, e 11,1% com 40 a 50 anos 11%. O tempo de formação profissional variou de 1 a 16 anos, assim, 38,2 tinham de 1 a 5 anos, 50% 6 a 10 anos, e 11,1% mais de dez anos. O tempo de experiência na área de oncologia teve oscilação entre um e 10 anos, dessa forma 66,6% tinham de 1 a 5 anos, 28% de 6 a 10 anos e 5,5% estavam a mais de 10 anos a exercer sua função na área. Quando indagadas quanto à titulação, 15 dos enfermeiros referiram possuir especialização, o que corresponde a 85%, uma estava cursando a pós-graduação e os demais, referiram possuir apenas a graduação, o que equivale a 17%.

A maioria dos enfermeiros da amostra tem menos de 10 anos de formação profissional, estão há mais de 5 anos em atuação na área. e grande parte deles relataram ser especialistas. O arcabouço de formação dos mesmos assim como o tempo de experiência na área tem influência direta na qualidade da avaliação, na escolha do método mais adequado, assim como manejo clínico ofertado a pacientes com dor oncológica, tendo em vista, a particularidade do aspecto subjetivo da dor e os diversos fatores associados ao seu controle.

APRESENTANDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Categoria Temática I- Compreendendo os Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são as ações ativas e totais ofertadas a pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, cujos objetivos são o alívio da dor e de sintomas, proporcionando, deste modo, conforto físico, psicológico, social e espiritual; além destes, os cuidados paliativos abrangem conforto ao paciente e à família durante o processo de morte e morrer e no luto (FREITAS; PEREIRA, 2013).

Nessa perspectiva, os participantes da pesquisa explanaram sua percepção acerca dos cuidados paliativos, que estão destacados nas falas abaixo:

Consiste na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva o alívio[...] da dor e demais sintomas. E1

Oferecer cuidado e atenção dentro de uma vivência de diagnóstico sem possibilidades de cura. E18

Ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida tanto dos pacientes como [...] dos familiares...E2

Ofertar uma atenção voltada à promoção do conforto, baseada na maior particularidade que esses pacientes enfrentam: o diagnóstico de “morte”. E11

Nos relatos dos participantes, foram destacados os principais aspectos que envolvem a base dos cuidados paliativos: aspecto multidisciplinar e a atuação voltada à promoção do conforto, melhoria da qualidade de vida, tendo em vista o diagnóstico de doença sem possibilidades terapêuticas de cura, assim como o envolvimento da família no enfrentamento da nova condição. Nesse sentido, observa-se que os enfermeiros realmente compreendem o sentido lato do termo cuidado paliativo.

Outro ponto crucial revelado pelos enfermeiros foi o alívio da dor; este sintoma tem sido considerado por vários autores como o mais excruciante entre os demais, uma vez que o episódio algíco interfere em vários aspectos da vida do paciente. Nesta perspectiva, vale ressaltar que para

Carvalho, Nóbrega e Cunha (2015), intervir no processo de dor é uma tarefa multidisciplinar, onde o paciente deve ser cuidado de forma holística e a relação cuidador/ paciente deve ser estabelecida com base na transparência e confiança, uma vez que a exposição crônica relacionada à dor pode levar o paciente a expressar-se, de formas cada vez mais difíceis de interpretar, assim a comunicação entre os profissionais, ocasiona em uma análise da condição do paciente em todas as dimensões, o que facilita a eficácia nas ações de promoção de alívio do sofrimento.

Outro aspecto referenciado pelos enfermeiros participantes da pesquisa foi inserir a família como unidade de cuidado, assim como está na definição dos cuidados paliativos, uma vez que o núcleo familiar exerce influência na condição de saúde da pessoa que vivencia a terminalidade, tendo em vista que acompanha todas as mudanças ocasionadas pelo processo de adoecimento. Todos que convivem com o paciente são impactados de alguma forma (física, social, psicológica e espiritual) com o desenvolvimento da doença e com os sintomas que vêm atrelados a ela (DIEFENBACH, 2011).

Como mostra Silva et al. (2014), confortar a família durante o luto também é uma das ações a serem implementadas pelo enfermeiro. Integralidade com vistas a valorização do atendimento de todas as necessidades da pessoa que enfrenta o diagnóstico de finitude e seus familiares, quando confrontados ao luto é um dos aspectos fundamentais na atenção paliativa, e o trabalho em equipe, centraliza-se na qualidade de vida durante o processo de terminalidade, uma vez que a família acompanha todas as etapas do processo, necessitando de auxílio e diálogo, para que, o processo de morte e morrer seja assimilado como um fato natural da vida de todo ser humano.

Outro aspecto mencionado pelos participantes da pesquisa foi a intervenção para melhorar o conforto, o bem estar e a melhoria de qualidade de vida do paciente e da família, nas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Nesse sentido, faz-se necessário auxiliá-los na assimilação, e acomodação física e psíquica de um novo estado de saúde e as suas consequências (MARINHO, 2013).

Estudos realizados com enfermeiros destacam que os mesmos compreenderam o significado de cuidados paliativos e destacam o conforto como prioridade da assistência paliativa. O conforto destacado pelos enfermeiros diz respeito às intervenções que trazem bem-estar físico, emocional e espiritual ao paciente e sua família, tais como: Conversar com o paciente e sua

família, proporcionar um ambiente tranquilo, administrar medicações conforme prescrição médica e tendo ciência dos princípios farmacocinéticos e da farmacodinâmica dos fármacos, ofertar técnicas de relaxamento (ALVES et al., 2011).

Categoria Temática II - Cuidando de pacientes com dor oncológica

A dor é um tocante abstrato e interpretado de forma única. Quando relacionada a pacientes com doença oncológica avançada em cuidados paliativos é denominada ‘Dor total’, cuja abrangência atinge as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, ou seja, é a dor que abrange a pessoa em sua totalidade. O termo ‘Dor Total’ foi criado na Inglaterra por Cicely Saunders na década de 70, enfermeira e médica, que insatisfeita com os cuidados dispensados a pacientes em estado terminal da época, fundou a instituição *Saint Christopher’s Hospice*, que proporcionava um novo modelo de assistência a pacientes onde a cura não poderia mais ser alcançada, denominada cuidados paliativos (MARINHO, 2013).

Nesta perspectiva, o enfermeiro é o membro da equipe de cuidados paliativos que além de permanecer mais tempo junto ao paciente, é um dos profissionais que tem a competência legal de cuidar do paciente, no sentido lato da palavra, ou seja, o cuidar não se estabelece por ser um ato somente técnico, mas sobretudo um ato sensível junto ao paciente com dor oncológica. Por este motivo, o enfermeiro apresenta capacidade de entender às características da Dor Total no sentido de perceber e intervir frente às condições físicas e psicológicas do ser afetado (BIASI et al., 2011).

Subcategoria I – Cuidado desgastante

Na premissa de cuidado como filosofia profissional, os integrantes da pesquisa se referiram que cuidar de um paciente com dor oncológica é:

É desgastante tanto para o profissional quanto para o paciente, pois existe o estresse emocional de você saber que aquela pessoa está sofrendo. E1

É de cortar o coração! Tem casos que a medicação demora a fazer efeito e você é obrigada a ficar vendo o sofrimento deles. E2

É triste [...] é doloroso! A gente tenta, mas dependendo do estágio da doença, é complicado tratar [...] tem pacientes que tem que sedar e mesmo assim não resolve. E3

Dói nele, e mesmo eles não sabendo, dói na gente também. E7

É muito desgastante [...]sei que não só pra mim, como também para o paciente e sua família. A gente sofre junto com eles. E8

O mais difícil [...]é a gente cuidar sabendo que não tem esperança de cura. E13

Dentre os sinais e sintomas que o paciente com câncer apresenta, a dor é a de maior prevalência e afeta significativamente a qualidade de vida do paciente e do profissional de enfermagem envolvido no cuidado. O alívio do desconforto e sofrimento é uma das prioridades e também um grande desafio no dia a dia do enfermeiro que trabalha com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, principalmente nas unidades de cuidados paliativos, uma vez que a dor total transcende a dor física (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010; MENDES et al., 2011).

Nesse sentido, os participantes da pesquisa mencionaram que cuidar de pacientes sem possibilidades de cura envolvia um desgaste emocional intenso, pois muitas vezes, eram obrigados a visualizar o sofrimento do paciente, haja vista que por se tratar de doença em estágio avançado, as medicações demoram a fazer o efeito desejado.

Corroborando com a perspectiva de cuidado como competência requerida ao profissional de enfermagem, e estando o enfermeiro, a todo momento, muito próximo às particularidades do paciente com dor oncológica; parece ser o membro da equipe multiprofissional que demanda cuidados técnicos específicos e que não rechaça o fator emocional presente no ato técnico. Este aspecto foi evidenciado nas falas presentes dos enfermeiros desta pesquisa, quando mencionaram que ao cuidar do paciente com dor, o sofrimento se estendia a eles, ou seja, o sofrimento permeia a relação paciente-profissional.

Nesta perspectiva, Reis et al. (2014) revelam que é a proximidade do enfermeiro com o paciente, desde o diagnóstico até a fase terminal da doença, mobiliza no profissional de

enfermagem inúmeras percepções e sentimentos diante do paciente, tais como pesar, dor, sofrimento e angústia.

O sentimento de sofrimento que atinge o profissional de enfermagem parece estar relacionado ao fator empático envolvido na relação paciente-enfermeiro, uma vez que a empatia no enfermeiro é um sentimento marcante, pois reflete a compaixão e solicitude com o paciente na situação de terminalidade e sofrimento decorrente da doença. Essa empatia é responsável pela sensibilidade requerida para a oferta efetiva de um cuidado que transcenda o âmbito físico, chegando a amenizar o sofrimento do paciente e sua família em todas as dimensões.

Diante disso, vale ressaltar, que Almeida, Sales e Marcon (2014), enfatizam que quem cuida precisa ter empatia para com o ser que está sendo cuidado, projetando-se para a situação existencial deste no instante vivido, pois o cuidado só ocorre quando há manifestações de solicitude.

Um estudo do tipo grupo focal realizado com enfermeiros que cuidavam de pessoas com doença oncológica avançada verificou que os sentimentos de compaixão, solidariedade, amor ao próximo estavam presentes nas falas dos participantes daquela pesquisa corroborando com as falas dos enfermeiros deste estudo (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014).

Subcategoria II – Cuidado humanizado, com conhecimento e responsabilidade

O cuidado, por si só, é humano e se concretiza na atuação do profissional de enfermagem pelo uso do conhecimento intuitivo, que utiliza sentidos, percepções, emoções, e também o conhecimento científico para intervir de forma eficiente diante do sofrimento do outro. A assistência, nessa concepção, atende o ser humano na sua integralidade através da união entre cuidado intuitivo e científico (BUENO; BENEDET; SALUM, 2012).

Nessa concepção de cuidado, sensibilidade e características humanísticas em prol do alívio do desconforto do outro foram os aspectos de maior destaque nas falas dos enfermeiros que participaram da pesquisa, quando se referiram ao cuidado a pacientes com dor oncológica, com paciência, dedicação e humanização, como destacam as falas abaixo:

É cada vez mais tentar ser humanizada. É muito difícil, mas é preciso prestar uma assistência de qualidade e respeito à vida humana diante da imensidão de fragilidades de cada paciente. E5

Requer muito cuidado, paciência e dedicação [...] precisamos olhar pra ele como se fosse a pessoa que mais amamos nesse mundo. E7

A gente tem que cuidar se colocando no lugar deles, porque pode acontecer com qualquer um... E15

Confirmando os pilares do cuidado humanizado ao paciente com dor oncológica, os participantes demonstraram que a sensibilidade, paciência, dedicação e respeito são a essência da assistência paliativa.

A reflexão acerca do papel do enfermeiro como um intermediador no processo de enfrentamento do paciente em sua nova condição de saúde (que na maioria das vezes é permeada por dor, medo e ansiedade), conduz o profissional a ser sensibilizado em incorporar em sua filosofia de trabalho as premissas que envolvem a humanização para auxiliar o paciente a lidar com dor (ROMANEK; AVELAR, 2012).

Segundo Fernandes et al. (2013), o cuidado vislumbrado sob uma perspectiva de terminalidade da vida, exige da equipe um olhar atento e cauteloso, uma relação de afetividade que se configura numa atitude de responsabilidade, atenção, preocupação e envolvimento, onde as ações são direcionadas às necessidades e limitações.

A dor e o sofrimento não são questões simplesmente técnicas, pois são aspectos que também precisam ser enfrentados em dimensões, psíquica, social e espiritual. Assim, é essencial para os enfermeiros que o cuidado humanizado seja algo que transcenda uma assistência técnica, ou seja, que se aproxime do âmbito espiritual e psicológico do paciente (FREITAS; PEREIRA, 2013).

O cuidado, como objeto de trabalho da Enfermagem, envolve sentimentos e formas humanizadas de cuidar. Neste aspecto, o sofrimento tem difícil enfrentamento na humanidade, por gerar desconforto, inquietação e até revolta. Diante disso, dificuldades são emanadas na relação paciente-enfermeiro durante o episódio álgico, gerando limitações ao cuidador frente à

fragilidade do paciente, tornando-se assim, um desafio para o enfermeiro em oferecer dignidade ao ser debilitado (CAMELLO, 2013).

O cuidado humanização, é um aspecto marcante da assistência de enfermagem, principalmente em cuidados paliativos, uma vez que o apoio deve ultrapassar a técnica e abranger atitudes de confiança, amor e compaixão, buscando aliviar o sofrimento da pessoa e lhe proporcionar dignidade (BUENO; BENEDET; SALUM, 2012).

Assim, Araújo, Silva e Bonfim (2010) destacam que, se deparando com o câncer, o ser humano passa por completa mudança. E revela que por meio da assistência humanizada, é possível ver a pessoa como um ser que sofre, mas que não perdeu sua essência. Por isso a assistência de enfermagem para pacientes com câncer deve ser pautada em cuidado pleno, encorajador e comprometido em auxiliar à adaptação às novas condições de vida.

Na efetuação do cuidado, a equipe de enfermagem deve ter conhecimento, habilidades e atitudes responsáveis no controle e alívio da dor. Para isso, manter um relacionamento harmonioso entre profissional/paciente/familiar através da comunicação, apoio emocional e comportamental ao paciente e à família são condições imprescindíveis a uma assistência de qualidade (BIASI et al., 2011).

Nesse sentido, os relatos que emergiram à luz dos pressupostos do cuidado baseado no conhecimento científico para atitudes responsáveis foram:

É um trabalho dedicado, pois eles se encontram debilitados e com várias queixas e as dores, na grande maioria, são crônicas e só tem alívio com analgésicos fortes. E4

É um cuidar que requer muita atenção [...] eles geralmente têm muitas queixas, a gente tenta aliviar as que estão causando mais desconforto, tem vezes que é necessário sedar. E10

É uma situação de muito desconforto, o paciente tá sofrendo, a família cobra muito, a gente se sente muito pressionada. E11

Precisa ter um conhecimento científico bem vasto [...] para atender às necessidades prioritárias para a aliviá-lo. E12

É saber que não existe mais cura e tentar usar todo o conhecimento e a experiência a favor do alívio desse paciente. E14

É uma forma de cuidar, onde o trabalho em conjunto precisa estar presente. Mas a gente tem que estar 24 horas por dia, ou seja, somos nós que acompanhamos de perto tudo o que está acontecendo. E16

É um trabalho que exige acima de tudo dedicação e responsabilidade para ofertar os cuidados certos e necessários, porque eles já estão sofrendo tanto[...] então, qualquer deslize pode causar um dano grave aquela pessoa que já está com tão pouco tempo de vida. E18

Os participantes da pesquisa enfatizam que à assistência ao paciente com dor oncológica deve unificar o saber científico ao saber humanitário, ressaltando que para a efetuação do mesmo é necessário conhecimento, dedicação, atenção e responsabilidade para direcionar as ações ao alívio dos sintomas de maior incômodo e promover dignidade ao paciente que enfrenta a impossibilidade de cura.

O cuidado ao paciente com dor é, visto como um direito humano básico, principalmente quando se trata de pacientes onde a cura não constitui mais o foco do tratamento e, remete não apenas a uma questão clínica, mas também a um pressuposto de conhecimento científico, ética e responsabilidade que envolve todos os profissionais de saúde (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Segundo Souza et al. (2013), a aplicabilidade responsável do conhecimento científico pela equipe de enfermagem é imprescindível para a qualidade do cuidado. A aquisição de conhecimento é condição necessária para a modificação da crença, para que o cuidado ofertado não seja baseado em opinião pessoal, mas em arcabouços sólidos e cientificamente comprovados.

A equipe multidisciplinar é formada de profissionais capacitados para captar e identificar as queixas do paciente e sua família; interpretar sinais de emergência; reconhecer dores expressadas de diferentes formas; considerar que as metas são curtas e que a intenção não é prolongar a morte e sim aliviar o sofrimento (CARVALHO; NÓBREGA; CUNHA, 2015).

Na reflexão de Freitas e Pereira (2013), cuidar de um paciente com dor oncológica, requer preparo técnico e psicológico da equipe. Pois, atender à Dor Total de um paciente em momentos de finitude, requer equilíbrio e dedicação, para auxiliar paciente e família a enfrentar e assimilar a morte como um processo natural de todo ser humano.

Trazer à tona que o conhecimento científico deve embasar as ações de enfermagem é um ato de responsabilidade, pois o enfermeiro está em contato direto com o paciente e propicia ações intimamente ligadas ao alívio do sofrimento.

Estudos comprovam que o uso do conhecimento científico é primordial na assistência de Enfermagem em cuidados paliativos como evidenciado por Souza e Valadares (2011), que descrevem o cuidado ao cliente com câncer, com ênfase no enfrentamento das diferentes etapas do processo de cuidar, exigindo da equipe de enfermagem, conhecimento científico e habilidades no tocante ao reconhecimento de sinais e/ou sintomas subjetivos próprios destes clientes para direcionar as ações com efetividade no alívio do sofrimento.

Categoria Temática III – Modalidades de avaliação da dor

Avaliar a dor com eficácia faz parte da formação do enfermeiro e remete uma função que deve ser efetuada pelo mesmo. A avaliação da dor é basilar para compreender a intensidade, a localização, o padrão de evolução e suas características de maneira que interprete a expressão da subjetividade singular a cada ser humano (BIASI et al., 2011).

Na concepção de Silva et al. (2014), compreender a diferença entre avaliar e mensurar a dor é essencial, pois avaliação vai além da medição implica em descobrir a natureza e significado da experiência dolorosa em todas as dimensões que envolvem a totalidade da pessoa; já mensuração remete a quantificação da percepção algica.

Para uma quantificação adequada, é necessário aplicar o método apropriado à condição e ao tipo de dor vivenciada pelo paciente. Existem vários métodos de avaliação e mensuração da dor, entre elas existem escalas (visual analógica, numérica e de faces) e o questionário de McGill. Também podem ser consideradas para a avaliação, a expressão facial e a verbalização do paciente sobre a percepção algica (MAGALHÃES, et al., 2011; SILVA, et al., 2014; MORETE; MINSON, 2013).

No intuito de esclarecer as formas de avaliação da dor, os enfermeiros participantes da pesquisa relataram que os principais métodos de avaliação empregados por eles na instituição

lócus da pesquisa são: a expressão da emoção através da face e a verbalização, ou seja, as queixas álgicas.

Subcategoria I – Expressão emocional do paciente

No tocante à avaliação da dor, existem vários elementos a se observar, mas a expressão facial é o item que tem maior contribuição, tendo em vista que pode ser avaliada, sobretudo em pacientes com dificuldade de comunicação (FORTUNATO et al., 2011).

Assim, os entrevistados reconhecem a importância de observar a resposta emocional e comportamental da dor oncológica nos pacientes, como demonstrado nos fragmentos das falas que seguem.

Verifica-se a categoria emocional E1

Através do humor do paciente[...]agitação E4

Inspeção, olhar clínico no paciente E5

Eu observo muito a expressão facial, a presença de gemidos E6

A mais usada aqui é a observação da face E8

A dor é muito difícil de avaliar[...] tem a observação da face... E10

Se ele está agitado, com aparência de cansado... E13

Os enfermeiros deste estudo enfatizaram que uma das modalidades de avaliação que utilizam na instituição, lócus da pesquisa, é por meio da expressão emocional do paciente, tais como: humor, agitação, gemência e fadiga.

Como a equipe de enfermagem tem a responsabilidade de estar presente na maioria dos momentos do cuidado, se faz mister o reconhecimento dos sinais não verbais que o paciente emite durante a sua permanência no hospital, principalmente nos pacientes com déficit de comunicação. Nesse sentido, uma observação criteriosa da comunicação não verbal é primordial entre paciente e enfermeiro, pois o profissional necessita compreender e compartilhar a mensagem emitida, para intervir de forma adequada e efetiva (SOUZA et al., 2013).

Existem várias formas de comunicação não verbal que o paciente expressa suas reações comportamentais e emocionais, entre elas, as mais específicas para os episódios álgicos são o choro, a agitação, a gemência e a expressão facial de apatia; todas elas estão associadas a fatores fisiopatológicos da dor (BIASI et al., 2011).

É importante interpretar o fenômeno doloroso não só na dimensão física, mas também nos seus aspectos emocionais, sociais e espirituais. A comunicação não verbal é essencial no cuidado ao paciente que não responde mais ao tratamento curativo, pois valoriza a compreensão dos sentimentos, desconfianças e aflições e o entendimento de gestos e expressões, peculiares de quem está enfrentando o processo de morte (FERNANDES et al., 2013).

Considerar a expressão das emoções do paciente como modalidade de avaliação da dor, se faz preponderante para direcionar os cuidados de enfermagem ao atendimento de uma necessidade que ultrapassa a dor física; abrange também o sofrimento do paciente em sua totalidade. Dessa forma, Souza et al. (2014) explanam a relevância da comunicação não verbal, enfatizado que a interpretação dos gestos, expressões faciais e posturas, através da comunicação não verbal é um aspecto desafiador no cuidado ofertado a clientes com dor, mas é de grande relevância pois potencializa a difusão de mensagens e auxilia na compreensão dos sentimentos vivenciados para intervir de maneira pontual no alívio do sofrimento.

Subcategoria II – Verbalização da dor

A queixa álgica é outra modalidade de avaliar a dor. Nesse sentido, se faz necessário caracterizar a experiência dolorosa nos domínios físicos, psíquicos, sociais e espirituais, a fim compreender as repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental da pessoa, de modo que a investigação seja voltada a despertar os aspectos subjetivos da dor (SILVA et al., 2014).

Desse modo, os participantes da pesquisa afirmaram que, durante a anamnese e exame físico, investigam as queixas de dor como forma avaliativa da mesma.

Geralmente, eu pergunto sobre o início da dor, local, tipo, duração, fatores que aumentam e que melhoram. E2

Aqui, com relação a dor, é relativo. Vai de acordo com as queixas do paciente. E3

Tocar com base no que ele referir, para perceber onde está a dor E5

Eu pergunto as queixas do paciente E6

Aqui a gente observa muito se ele tá com gemido, usa a inspeção, palpação e as queixas E9

Escutar o que o paciente se queixa E10

Método, aqui, não tem! Porque cada paciente reage de um jeito ao que está sentindo, mas eu tento investigar, como essa dor começa, o que faz ela desaparecer e se vem acompanhada de mais algum sintoma E15

Ouvimos o que ele sente, investigando pela anamnese. E17

Partindo do pressuposto de que a queixa do paciente, geralmente, direciona o profissional a uma melhor averiguação do processo doloroso, os participantes da pesquisa questionam sobre as queixas de dor, por meio da comunicação, anamnese e exame físico, com a finalidade de avaliar e, por fim, planejar melhores ações mitigadoras da dor.

A comunicação, ou seja, ouvir e interagir com o paciente é extremamente relevante na relação terapêutica com equipe/paciente, uma vez que objetiva proporcionar confiança, para que se possa alcançar uma relação de ajuda efetiva, na qual o paciente e sua família possam se expressar. Comunicar-se com o paciente, facilita ainda, a superação do entrave da subjetividade que permeia a mensuração da dor (FERNANDES et al., 2013).

Dialogar com o paciente que vivencia um processo doloroso é de suma importância na atuação do enfermeiro em cuidados paliativos, pois trás a expressão dos sentimentos através da fala como modalidade de avaliação da dor. Oliveira e Trindade (2013) ressaltam que a comunicação, seja verbal ou não verbal é fundamental para intermediar as relações humanas e consentir sustentabilidade a autonomia da pessoa. Portanto, traduz-se como um elemento diagnóstico e terapêutico, capaz de identificar demandas assistenciais de acolhimento terapêutico, proporcionando a formação de vínculo com os pacientes que vivenciam a terminalidade.

Por meio da anamnese, é realizada uma investigação acerca da situação clínica do paciente, apreendendo dados através da entrevista, observação, resultados de provas diagnósticas, revisão de prontuário e a colaboração de outros profissionais. Atentar para os detalhes revelados

pelo paciente acerca de sua situação clínica e suas queixas possibilitam ao enfermeiro, a efetuação do Diagnóstico de Enfermagem, planejamento da assistência e monitorização da evolução do paciente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2014).

Ouvir o paciente concretiza-se em uma modalidade de avaliação da dor para enfermeiros, e possibilita o estabelecimento de vínculo e confiança na assistência prestada. Dessa forma, Waterkemper e Reibeinitz, (2010) em um estudo sobre a percepção de enfermeiras acerca da avaliação da dor em cuidados paliativos concluíram, que a medida mais exata da avaliação dor do cliente, é o seu auto-relato.

O exame físico é uma etapa primordial para o planejamento do cuidado de enfermagem, onde os sinais detectados podem sugerir problemas no processo de saúde e doença, principalmente em pacientes com dor, e a detecção efetiva dos sinais deve direcionar o profissional a promover intervenções que aliviem o sofrimento da Dor Total em seu aspecto físico, psíquico, social e espiritual. Em Santos, Veiga e Andrade (2014) é pontuado que o exame físico deve ser realizado de maneira sistematizada, no sentido céfalo-podálico através de uma avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo utilizando as técnicas propedêuticas inspeção, palpação, percussão e ausculta.

A palpação é um dos métodos propedêuticos utilizados para, detectar fenômenos dolorosos mediante a expressão de alguma queixa ou presença de massas tumorais (que geralmente, fazem compressão sobre a região nervosa, gerando dor neuropática). Outro aspecto relacionado à palpação é a presença dos reflexos, que podem levar o enfermeiro a inferir a localização do fenômeno doloroso (SOUZA et al., 2013; SILVA et al., 2014).

Categoria Temática IV - A dor não é avaliada

Conforme a Organização Mundial de Saúde (1986), a dor é um sintoma frequente nos pacientes oncológicos e seu alívio é mandatório; para isso, se faz mister, recursos humanos qualificados para avaliação e terapêuticas eficazes. Nesta perspectiva, um dos profissionais mais indicados para tal ação é o enfermeiro, visto que sua formação generalista e holística vem

assumindo papel valioso na promoção do alívio a pessoa que vivencia a experiência dolorosa suas consequências (ROMANEK; AVELAR, 2012).

A dor tem sido considerada pela OMS como o 5º sinal vital e este aspecto revela a importância de avaliar e realizar intervenções específicas frente ao incômodo e sofrimento vivenciados pelos pacientes com câncer.

Para a avaliação adequada da dor como 5º sinal vital em pacientes em processo de terminalidade, é importante que a equipe de enfermagem selecione um método apropriado que considere tanto o tipo de dor como a condição clínica do paciente. A mesma deve ser avaliada e registrada, para que os achados sejam normatizados e usados como base para as ações de todos os profissionais da equipe multiprofissional (MAGALHÃES et al., 2013).

As escalas devem subsidiar o enfermeiro para que identifique as alterações presentes no paciente e use a intervenção adequada. Isso implica no fato de que o profissional deve estar bem treinado, a fim de saber aplicar a escala e interpretá-la, pois, muito mais do que apontar a alteração presente, este tipo de instrumento deve nortear as ações, objetivando sempre a melhora da condição do paciente (FORTUNATO et al., 2013).

Com base no pressuposto de que o uso de escalas específicas norteia uma assistência bem mais direcionada e baseada em dados que transcendem a subjetividade da dor, e também recomendadas pela OMS para avaliar a dor como 5º sinal vital, foi demonstrado pelos participantes da pesquisa que a avaliação da dor na instituição não é baseada em métodos sistematizados, mas sim restrita à observação da face e escuta clínica das queixas do paciente, apesar de terem ciência das escalas existentes como mostrado a seguir.

Existem as escalas, mas não dá tempo de avaliar a dor, porque são dois setores pra gente dar conta E1

O método de avaliação aqui, na verdade, a gente não usa E3

Dentre os métodos que existem, a gente não tem tempo de aplicar.E10

Existe vários métodos visuais[...] onde o paciente fala o que tá sentindo[...] para que as ações sejam mais precisas[...] sendo que a enfermagem também é responsável pela parte burocrática, então, muitas vezes, a gente não tem tempo de aplicar.E11

É muito difícil avaliar, porque cada um sente de uma maneira, é um sentimento muito subjetivo. E16

Sabe-se que o enfermeiro acumula várias funções dentro de uma instituição hospitalar, tendo em vista seu caráter de liderança. No entanto, os enfermeiros participantes da pesquisa referiram que os cargos administrativos por eles exercidos ocupam maior tempo (uma vez que realizam funções de planejamento, organização, direção e controle), tornando a função assistencial, secundária. Desse modo, os enfermeiros deste estudo revelaram que conhecem os métodos sistemáticos de avaliação da dor, contudo, não os utilizam em detrimento do tempo que é veiculado para as outras funções.

Urge destacar que o trabalho do enfermeiro na área de cuidados paliativos é permeado de instabilidade, imediatismo e necessidade de enfrentamento de situações emergenciais, tanto pelas exigências, quanto pela diversidade das funções desempenhadas. Estas questões são fortalecidas quando se revelam aspectos organizacionais, como sobrecarga de trabalho e recompensa insuficiente. Este fato pode influenciar no desempenho das atividades laborais, e por consequência, na qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA; TRINDADE, 2013).

É imperioso ressaltar também que o déficit quantitativo de profissionais de enfermagem resulta em sobrecarga de trabalho e comprometimento da qualidade da assistência prestada. Essa problemática coloca em risco a segurança do paciente e impossibilita a excelência no cuidado, pois o enfermeiro passa muito tempo tentando corrigir os problemas administrativos, o que pode comprometer o cuidado ao paciente na sua integralidade (MAGALHÃES et al., 2011)

A maioria dos profissionais de enfermagem ainda possui dupla jornada de trabalho, como resultado da baixa remuneração e da minimização do valor social atribuído à enfermagem no Brasil, fato este que repercute negativamente na assistência prestada (SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

A não avaliação da dor entre os enfermeiros é um fato preocupante, pois a percepção dolorosa deve ser priorizada como o 5º sinal vital, e em cuidados paliativos, o foco deve ser voltado ao alívio da Dor Total, intervindo nas consequências refletidas no estado emocional, social, físico e espiritual do paciente. Assim, Nascimento et al. (2010), através de um estudo desenvolvido com enfermeiros verificaram que a subjetividade que envolve a dor é um obstáculo para a avaliação, assim como a falta de tempo devido o acúmulo de funções desempenhadas pelo

enfermeiro, que vão desde aspectos de liderança, planejamento, avaliação, controle, resolução de problemas de cunho administrativo e também a parte assistencial.

Categoria temática V – Modalidades terapêuticas para o alívio da dor

As intervenções para o controle da dor nos cuidados paliativos compreendem, basicamente, o uso de medidas farmacológicas, físicas e cognitivo-comportamentais. É desejável o uso de intervenções múltiplas que possibilitem melhor resposta analgésica, visto que a possibilidade de interferirem, simultaneamente, na geração do impulso nociceptivo e neuropático nos processos de transmissão e interpretação do fenômeno doloroso e na estimulação do sistema supressor da dor.

Subcategoria I – Tratamento farmacológico

O sucesso da terapêutica analgésica planejada depende de alguns aspectos da monitorização da dor em todos os patamares: equipe multiprofissional treinada, avaliação da dor com métodos sistemáticos, tratamento farmacológico compatível com o nível de intensidade da dor verbalizada pelo paciente e (re) avaliação da dor

A Escada Analgésica da Dor foi criada em 1986 pela Organização Mundial de Saúde e é caracterizada por ser uma das etapas envolvidas no tratamento da dor; tomando como base a intensidade da dor, o uso de analgésicos não opioides, opioides fracos e fortes e intervenções mais invasivas, como a neurólise (RANGEL; TELLES, 2012; MARINHO, 2013).

O suporte farmacológico deve compor o principal eixo de tratamento a pacientes com dor oncológica, e em caráter complementar, as medidas não farmacológicas. Portanto, os enfermeiros participantes da pesquisa destacaram que a medicalização constitui meta principal na assistência por eles prestada na instituição, como descrito a seguir:

A dor, aqui, é tratada através de medicações prescritas pelo médico como analgésicos potentes. E1

Para pacientes que estão com dor leve a moderada usa-se analgésicos e anti-inflamatórios; para pacientes com dor moderada usamos o Tramadol; e os que não obtiveram controle usamos Morfina ou Fentanil. E2

Analgesia e em muitos casos, sedação. E3

Usamos a terapia medicamentosa[...]que aliviam a dor. E4

Analgésico e anti-inflamatório prescrito pelo médico E5

A dor, nessa instituição, é tratada com base no que os médicos prescrevem, só que varia de acordo com a dor do paciente[...] às vezes, só com analgésico resolve, mas em outros têm que administrar morfina[...]E8

Analgésicos, sedação. E10

Administrar medicação na hora certa. E11

Uso de analgésicos, opióides e sedativos. E12

Utilizam-se analgésicos, anti-inflamatórios e analgésicos combinados e em último caso a morfina. E14

Os enfermeiros participantes da pesquisa enfatizaram que analgésicos não opióides, opióides fracos e fortes, assim como sedativos eram os medicamentos mais utilizados para os pacientes com doença oncológica avançada na instituição lócus da pesquisa.

Percebe-se, dessa maneira, que os mesmos compreendem as bases norteadoras da Escada Analgésica da Dor proposta pela OMS. Contudo, houve uma incongruência desta categoria – “Tratamento Farmacológico” – com a categoria “A dor não é avaliada”, na qual os enfermeiros revelaram que não utilizavam nenhuma escala de avaliação da dor, por falta de tempo, em decorrência das atribuições administrativas por eles acumuladas.

Todavia, fica evidente nas falas supracitadas, que a dor é tratada conforme avaliada. Infere-se, então, que a avaliação da dor, nesta instituição, é realizada somente pelo médico assistente.

É imperioso ressaltar, que as falas também destacam o conhecimento dos enfermeiros frente aos procedimentos cirúrgicos utilizados pelos médicos quando o tratamento farmacológico com opioides fortes não tem sucesso.

O manejo clínico da dor é um aspecto desafiador para a equipe de enfermagem, pois fazem parte da função assistencial: programar os horários de administração, preparação e

administração de medicamentos. Portanto, é de responsabilidade do enfermeiro conhecer as particularidades farmacêuticas dos medicamentos que o mesmo prepara e administra (MAGALHÃES et al., 2011).

Nesse sentido, os analgésicos não opioides e opioides citados pelos enfermeiros são recomendados pela OMS, e pela Escada Analgésica da Dor. Portanto, infere-se que os enfermeiros compreendem os aspectos avaliativos e terapêuticos da dor.

A preconização da terapia farmacológica baseada na Escada Analgésica da Dor, para pacientes com dor oncológica é primordial, ao alívio da dor. Nesse sentido, um estudo desenvolvido por Rabelo e Borella (2013), acerca da terapia farmacológica a ser ofertada no caso de pacientes em processo de dor, câncer e cuidados paliativos evidencia que o enfermeiro é o profissional mais indicado para avaliar e intervir na dor, tendo em vista que permanece por todo tempo em contato com o paciente.

Urge salientar que documentar de forma objetiva e obter sucesso no alívio da dor, a Escada Analgésica da Dor deve ser usada, pois é o instrumento que possibilita a escolha do fármaco mais adequado para a intensidade da dor vivenciada pelo paciente.

Subcategoria II - Tratamento cirúrgico

A intervenção cirúrgica também deve ser considerada quando se refere a dor em pacientes com câncer, sempre que o alívio com opioides fortes como previsto na Escada Analgésica da Dor preconizada pela OMS não obtiver eficácia.

Cerca de 10% dos pacientes podem se beneficiar com tratamentos cirúrgicos como parte de um tratamento multimodal para controle da dor. Recomendado quando o paciente não tem sua dor controlada com medicação oral ou injetável, estudos têm indicado que procedimentos invasivos como bloqueio neurolítico do plexo celíaco e hipogástrico pode ser considerado como adjuvante no tratamento direcionado ao alívio da dor (RANGEL; TELLES, 2012).

Dessa forma os enfermeiros participantes da pesquisa reconhecem a existência de procedimentos cirúrgicos para o alívio da dor, como evidenciado nas falas a seguir:

*Em alguns casos existem procedimentos cirúrgicos [neurólise]. E4
Eu sei que também existe o tratamento cirúrgico para a dor. E5
tratamento cirúrgico.E10*

É imperioso ressaltar que as falas destacam o conhecimento dos enfermeiros frente aos procedimentos cirúrgicos utilizados pelos médicos quando o tratamento farmacológico com opióides fortes não tem sucesso.

A intervenção cirúrgica, em alguns casos, é necessária para o alívio da dor, e conseqüentemente para melhorar a qualidade de vida do paciente. Biasi et al. (2011) E Souza e Valadares, (2014) confirmam essa afirmação, discorrendo que existem várias modalidades de tratamento ao paciente com câncer, que vão desde a quimioterapia, radioterapia e também a cirurgia, que é utilizada para retirada do tumor pois a compressão de órgãos pelo tumor, geralmente reflete em percepção algica, o que trás grande incômodo ao paciente.

O bloqueio ou neurólise de plexos nervosos é uma intervenção cirúrgica que tem se mostrado segundo Mendes et al. (2011) um recurso terapêutico eficaz no controle da dor. Envolve a administração de anestésicos locais, esteroides ou neurodestruição central de plexos viscerais, ou de nervos periféricos e músculos no bloqueio da percepção dolorosa.

Subcategoria III – Cuidados paliativos de enfermagem

Especificamente nos cuidados paliativos, o Conselho Internacional de Enfermagem afirma que uma pronta avaliação, identificação e gestão da dor e das necessidades físicas, psicológicas, espirituais e culturais podem diminuir o sofrimento e melhorar, de fato, a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos e de seus familiares.

Inserido na equipe multidisciplinar, é papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado (MARINHO, 2013; ANDRADE et al., 2014).

Os participantes da pesquisa denominaram os seguintes cuidados paliativos de enfermagem voltados ao paciente com dor:

Oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte. E1

Para cuidar de paciente com dor oncológica é preciso conhecer, saber o que necessita e como podemos ajudá-lo nesse processo. Os cuidados gerais da enfermagem são: banho no leito, realização de curativo, realização de mudança de decúbito, prevenção de escaras, cuidado com a administração de dietas principalmente as enterais, higiene corporal e bucal, ajudar a deambular. E2

Administrar medicação, seguir o horário prescrito ou na maioria das vezes antecipar o horário. Além dos cuidados com ele, precisamos inserir a família no processo. E3

São utilizadas medicações endovenosas quando o paciente está internado e quando ele tem alta usamos um esquema terapêutico através de medicações para ver como o paciente responde ao tratamento E4

Instalar oxigenoterapia; terapia medicamentosa; mudança de decúbito E5

O principal é a medicação no horário certo ou antes, dependendo do grau de intensidade. E6

Os cuidados de enfermagem são muitos, aliás é a enfermagem que vai cuidar do paciente 24 horas por dia. Dando banho no leito, medicando, fazer curativo, instalar O2, chamar o médico nas intercorrências, conversar, escutar. E7

Conversar com o paciente; administrar medicação no horário correto. E8

Cuidar dele para que tenha o máximo de conforto dentro de sua condição, conversar. E9

Fazer um exame físico voltado para a descoberta das características da dor, medicação, promover conforto. E10

O emocional, espiritual e físico precisam estar em harmonia, nós tentamos promover essa harmonia dentro do hospital. E11

Trazer formas de aliviar a dor e outros fatores que estiverem causando desconforto. E13

Trocar de decúbito, trocar curativo, conversar, administrar medicamento na hora certa. E15

No cuidado com pessoas que estão com dor oncológica, é necessário ter conhecimento e auxiliar no enfrentamento do paciente a essa dor. E16

Ouvir as queixas, promover o alívio delas e administrar os medicamentos. E18

Afim de confirmar que a equipe de enfermagem atua diretamente na promoção do conforto nos aspectos físicos, emocionais, sociais e em cuidados paliativos, os participantes da pesquisa destacaram as atribuições técnicas e sobretudo humanísticas realizadas pela equipe de enfermagem na instituição lócus da pesquisa junto aos pacientes que vivenciam a terminalidade.

Considerando que cuidar pressupõe preocupação, responsabilidade e envolvimento com o paciente para aliviar seu sofrimento no momento que precede a morte (FREITAS; PEREIRA, 2013), a Enfermagem tem buscado contextualizar suas ações, para que possam adaptar-se a qualquer pessoa e circunstância, tendo como objetivo final proporcionar conforto nas várias dimensões da pessoa e no contexto em que se encontra, usando para isto, os recursos disponíveis e respaldados na ética profissional como: cuidado às questões de higiene, conforto, mudança de decúbito, prevenção de complicações, oferta de diálogo, assim como trazer equilíbrio ao paciente em sua totalidade (SILVA et al., 2014).

Outra responsabilidade do profissional de enfermagem é a administração de terapêutica medicamentosa e nutricional e tem como objetivo proporcionar alívio da dor e aporte calórico necessários para melhoria da qualidade de vida durante o processo de terminalidade. É da competência do enfermeiro cumprir, ou fazer cumprir com regularidade a sua prescrição, para que esta produza o maior efeito. É importante que o enfermeiro explique à família e ao paciente a ação, a dosagem, o horário da administração e possíveis efeitos secundários dos medicamentos e dietas (MARINHO, 2013).

Subcategoria IV - Tratamento não farmacológico

Para Marinho (2013), o uso de técnicas não farmacológicas deve permear a complementariedade do tratamento, pois não atua na causa da dor, mas contribuem para diminuir o sofrimento por ela causada.

O destaque do âmbito não farmacológico no cuidado a pacientes com dor oncológica, advém do conhecimento dos participantes da pesquisa sobre as várias modalidades terapêuticas ofertadas ao paciente com dor oncológica em cuidados paliativos, tanto relacionadas ao

arcabouço técnico-científico da enfermagem como correlacionadas à prática de outras categorias profissionais.

Apoio psicológico[...]muitas vezes, uma simples conversa pode tirar o foco do paciente daquela agonia que ele está passando. E5

Musicoterapia e técnicas de relaxamento. E6

Fisioterapia, psicologia. E7

Apoio psicológico, fisioterapia E11

Confirmando que as modalidades de tratamento ao paciente com dor oncológica existem no cunho medicamentoso, e também no eixo não farmacológico, foram evidenciados o apoio psicológico, realização de fisioterapia, musicoterapia e técnicas de relaxamento como componentes disponíveis para a promoção do alívio do paciente e sua família que vivencia o processo de morte/morrer.

Para Marinho (2013), o enfermeiro deve sempre que possível lançar mão de medidas alternativas para o manejo da dor, dentre as quais as técnicas de relaxamento e distração, bem como buscar o engajamento multiprofissional com psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta, no intuito de unir forças em prol do melhoramento da qualidade dos incertos dias que restam ao paciente.

Outro aspecto que é imperioso destacar é a utilização da musicoterapia como estratégia de cuidado, implementada junto ao paciente e unidade familiar. A música é o recurso terapêutico, ativador do processo expressivo e interativo, das narrativas e da dialogicidade, estruturado no processo de cuidar do enfermeiro na construção de um ambiente de reconstituição física, emocional e social para um melhor enfrentamento da doença e sua repercussão (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014).

Vale ressaltar que o adequado controle da dor ocorra em 70% a 90% dos casos utilizando-se métodos simples. No entanto, o insatisfatório alívio está exaustivamente registrado na literatura por razões como subestimação da ocorrência da dor nessa população, imprecisa avaliação do quadro algico, resultando em inadequada determinação dos fatores etiológicos e mantenedores; insuficiente conhecimento sobre métodos e analgésicos adequados para o alívio da queixa e subestimação da importância dos aspectos envolvidos na experiência dolorosa e dos aspectos cognitivos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor oncológica é a percepção algica vivenciada por pacientes com câncer e definida como Dor Total por Cecily Sauders, pois abrange a totalidade da pessoa. Por ser de etiologia biológica, mas com interpretação subjetiva, foi preconizada como 5º sinal vital pela OMS, onde o registro, avaliação e manejo clínico devem ser utilizados com base para interpretar a intensidade do desconforto causado.

Dessa forma, o enfermeiro exerce papel primordial na assistência direcionada a esses pacientes, tendo em vista que é o profissional que por mais tempo permanece em contato com o paciente e é o membro da equipe multiprofissional mais adequado para reconhecer sinais e sintomas relacionados à dor, assim como avaliar o episódio algico e prestar os cuidados. Por isso, deve ter conhecimento técnico-científico adequado, a fim de promover uma assistência holística e de qualidade, que promova o alívio do sofrimento do paciente e sua família nas dimensões física, psicológica, espiritual e social.

Contudo, os enfermeiros se deparam com entraves na implementação da avaliação da dor na instituição lócus da pesquisa, devido ao acúmulo de funções administrativas que reduz o tempo disponível para as habilidades assistenciais. Além deste aspecto, os enfermeiros destacaram a ausência do uso de protocolos para subsidiar a avaliação e o manejo clínico da dor. Nesse sentido, é imprescindível que o profissional de enfermagem adote métodos sistematizados, para que a avaliação e manejo clínico da dor oncológica sejam concretizados de maneira a aliviar efetivamente o sofrimento dos pacientes com a impossibilidade terapêutica de cura.

Apesar de não utilizarem métodos sistemáticos para avaliação da dor, os enfermeiros lançam mão de outras modalidades avaliativas, tais como: expressão emocional, anamnese, queixa algica e exame físico. Quanto ao tratamento, foi pontuado que o âmbito farmacológico constitui o principal pilar do tratamento para a dor, como preconizado pela Escada Analgésica da Dor proposta pela OMS.

Uma limitação encontrada foi a escassez de pesquisas atualizadas que fornecessem dados necessários para a construção de uma discussão comparativa com outras literaturas. No entanto, foi possível constatar que o estudo teve os objetivos alcançados. Esta pesquisa

vem a contribuir, na perspectiva de esclarecer a importância de aprimoramento técnico-científico do profissional de enfermagem no que diz respeito ao cuidado destinado a pacientes com dor oncológica sem possibilidades terapêuticas de cura; bem como o despertar para a adoção de métodos sistemáticos e protocolos que direcionem a avaliação da dor pelo enfermeiro, uma vez que é prerrogativa legal do exercício profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. S. L.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. O existir da Enfermagem cuidando na terminalidade da vida. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n.1 , p. 34- 40, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-02-34.pdf>. Acesso em: 03 jan 2015.

ALVES, E. R. P. et al. A assistência de Enfermagem ao paciente terminal em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, v.5, n.1, p. 3293-93, 2011. Disponível em: < <http://www.revista.univar.edu.br/index.php/...41/pdf> >. Acesso em: 03 jan 2015.

ANDRADE, C.G. et al. Cuidados paliativos ao paciente em fase terminal. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 28, n. 2, p. 126-33, 2014. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br>>. Acesso em: 28 Dez 2014.

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

ARAÚJO, I. M. A.; SILVA, R. M.; BONFIN, I. M. A comunicação da enfermeira na assistência de Enfermagem. **Rev Latinoam Enferm**. v. 18, n.1, p. 07 telas, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pdf>>. Acesso em: 03 Jan 2015.

BIASI, P.T. et al. Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de Enfermagem. **Rev perspectiva, Erechim**. v.35, n.129, p. 157- 66, 2011. Disponível em: <http://uricer.edu.br/new/sitepdfs/perspectiva/192_163.pdf > Acesso: 04 Jan 2015.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais**. Revista Eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC, Santa Catarina, v.2,n.1, p.68-80, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2004

BRASIL. Ministério da saúde. **Cuidados Paliativos oncológicos – Controle da dor**. Brasília. Ministério da Saúde , 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativas 2015: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 03 mar 2015.

BUENO, L. X.; BENEDET, S.A.; SALUM, N. Vivência dos profissionais de Enfermagem frente a dor: uma estratégia de humanização do cuidado. **Rev Gaúc. Enferm.** v.3, n. 3, p. 999-12, 2012. Disponível em: <<http://www.gestaosaude.unb.br/v3n3pdf>>. Acesso em: 04 jan 2015.

CAMELLO, M. L. **A ética do cuidado no atendimento do paciente com dor**. 2013. 64 f. Dissertação (Mestrado em filosofia), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, da Universidade de Caxias do Sul.

CAPPELLE, M.C.A; MELO, M.C.O.L; GONÇALVES, C. A. **Análise de conteúdo e análise do discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais e agroindustriais**. Minas Gerais, v.5, n.2, p.2011.

CARVALHO, M. W. A.; NÓBREGA, M.M.L.; CUNHA, N.C.R. Diagnósticos de Enfermagem para pacientes com dor oncológica baseados na cipe. **Rev Enferm UFPE**. v. 9 (supl. 1), p.253-60, 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/pdf>> . Acesso em: 10 fev 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009 de 15 de agosto de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, dez. 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> .Acesso: 16 mar 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311/07 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev.2007. Disponível em:<<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 16 març. 2014.

COSTA, W.A. et al. Terapia farmacológica para o controle da dor do câncer. **FIEP Bulletin**. v. 80, n.2, p.74-80, 2010.Disponível em: <www.unifill.br/.../502_838_publicig.pdf>. Acesso em: 20 dez 2014.

DIEFENBACH, G.D.F. **Dor em Oncologia: Percepção da Família da Criança Hospitalizada**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado),Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federaldo Rio Grande do Sul.

FERNANDES, F.A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Rev Ciênc S.Col** . v. 18, n.9, p.2589-96, 2013. <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a13.pdf>> .Acesso em: 20 fev.2015.

FORTUNATO, J.G.S. et al. Escalas de Dor no Paciente Crítico: Uma Revisão integrativa. **Rev HUPE**. v. 12, n.3, p. 110-17, 2013. Disponível em:<http://www.revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426>. Acesso em: 23 jan 2015.

FREITAS, O. N; PEREIRA, M.V.G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde**. v.37, n.4, p. 450-57, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A10.pdf>. Acesso em: 18 jan 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRANER, K.N; COSTA, A.L.J; ROLIM, G. S. Dor em oncologia: Intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas Psicol**. v. 18, n.2, p. 345-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpsicol/v18n9/v18n2a10.pdf>> . Acesso em: 10 mar 2015.

IASP. International Association for the study of Pain (Associação Internacional para Estudo da Dor). 2010. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org.br>> . Acesso em 08 mar 2015.

KRAYCHETE, D. et al. Dor oncológica em Cuidados Paliativos: avaliação e tratamento. In: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e controle dos sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 37, p.375-86.

MAGALHAES, P. A. P. et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Rev Dor**.v.12, n.3, p. 221-25, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a05.pdf>> Acesso em: 27 fev 2015.

MARINHO, L.A.G. **A gestão da dor em cuidados paliativos: saberes e práticas dos enfermeiros**. Instituto Politécnico de Viana do Castelo/ Escola Superior de Saúde. Dissertação (Mestrado em cuidados paliativos), 2013. 89 f. Instituto politécnico de Viana do castelo, Escola Superior de Saúde

MARTINEZ, J.E.,GRASSI D.C., MARQUES L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**. V.51, n.4, p. 299-308, 2011.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>>Acesso em: 28 jan 2014.

MARTINEZ, J.E., GRASSI D.C., MARQUES L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.51, n.4, p. 299-308, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>> Acesso em: 28 jan 2014.

MENDES, R. F. et al. Significados e possibilidades que tecem a gerência em enfermagem – o compromisso com a assistência. **R.Enferm.Cen. O. Mint** v. 1, n. 2, p.176-189, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/67/138>>. Acesso em: 02 fev 2014.

MORETE, M.C; MINSON, F.P Instrumentos para avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. Dor**. v.11, n.1, p.78-80, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/uploads/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>>. Acesso em: 03 jan 2015.

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

NASCIMENTO, L. A. et al. Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 714-20, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10432/10222>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

OLIVEIRA, P. M.; TRINDADE, L. C. T. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. **Rev. Med. Res**.v.15, n.4, p. 298-304, 2013. <<http://www.crpm.org.br/publica~coes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/1515/503>>. Acesso em: 05 fev 2015.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Rev HUPE** . v.11 n.2, p.32-37, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8928/6833>>. Acesso em: 03 jan 2015.

RABELO, M. L; BORELLA, M. L. L . Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. **Rev dor**. vol.14, n.1, pp.58-60, 2013 . Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a14.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2015.

REIS, T. L. C. et al. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. **Rev Aquichan**. v.14, n.4, p.496-508, 2014.. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3010/pdf>>. Acesso: 08 jan. 2015.

ROMANEK, F.A.R.M; AVELAR,M.C.Q. O ensino da dor para os graduandos de enfermagem. **Rev Recien**. v. 2 n. 6, p.21-26, 2012. Disponível em <www.recien.com.br/online/index.php/Recien/articleview/43/83> Acesso em: 03 fev 2015.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 34ª ed .Petrópolis: Vozes, 2007.

SANTOS, F. S. **Discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SANTOS, M.Z; KUSAHARA, D.M; PEDREIRA, M.L.G. **Rev. Esc. enferm. USP**. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para o alívio da dor na criança. V.46,n.5, p.1074-1081, 2012. <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/06.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2015.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.** v.64, n.2, p. 355-58, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>> . Acesso em: 20 jan 2015.

SAÇA, C. S. et al. A dor como 5º sinal vital: Atuação da Equipe de Enfermagem no Hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde. **Revista Dor** v.28, n.1, p.35-41, 2010. <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/a10v28n1>>. Acesso em: 20 Nov 2014

SILVA, A.P, et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de manchester. **Rev Enferm Cient.** v.3, n.1, p. 507-517, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/.../381>>Acesso em: 04 Jan 2015.

SILVA, M. M. et al. Índícios da integralidade do cuidado na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica. **Rev Enferm.** v.16,n.4, p.795-803, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.25700>>. Acesso em: 03 Fev 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**, 10 ed., Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, R.C. S, et al . Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Rev Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, p.55-63, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n3/a07v34n3.pdf>> . Acesso em: 03 jan 2015.

SOUZA, A. S; VALADARES, G. V. Desvelando o saber /fazer sobre diagnósticos de Enfermagem: Experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Rev Bras de Enferm.** v.64, n.5, p.890-897, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a14v6n5.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2015.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.31, n.1, p.84-91, 2010. <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n1/a12v31n1>> Acesso em: 05 jan 2015

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada *“Dor oncológica: avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros”* cujo objetivo é investigar os métodos de avaliação e tratamento prestados a pacientes com câncer por enfermeiros, está sendo desenvolvida por Monique Ellen de Sousa e Silva, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob orientação da Prof^a. Ms. Glenda Agra, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que norteia pesquisas envolvendo seres humanos.

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

Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Comunicamos que as informações cedidas pelo senhor(a) serão guardadas em segredo pelos pesquisadores Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional, somente autorizado pelo senhor(a). Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Vale ressaltar, que essa entrevista será realizada em um local reservado, com a finalidade de garantir sua integridade física e psicológica. Caso o(a) senhor(a) apresente algum desconforto (inibição/constrangimento), o pesquisador suspenderá imediatamente a entrevista e somente retornará após sua autorização.

Esta pesquisa contribuirá para a melhor assistência de enfermagem ao paciente oncológico no que se refere ao controle dos sintomas oriundos da enfermidade, principalmente a dor.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Este documento será elaborado em duas vias, uma ficando com o senhor(a) e a outra fica retida com o pesquisador.

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

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização deste estudo e para finalizar, precisamos que o(a) senhor(a) assine as duas vias no local assinalado e ainda rubrique em todas as páginas desse documento.

Campina Grande, ___/___/2014

Pesquisador colaborador

Pesquisador responsável

Pesquisador Responsável: Glenda Agra

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

Endereço residencial: Rua Nicola Porto, 251 – Manaíra – João Pessoa/PB – CEP58038-120

Fone: 3226-4721 / 9924-9499

Pesquisador colaborador: Monique Ellen

Endereço: Rua Mário Azevedo Buriti, Bairro Antônio Mariz, Residência Universitária CEP_5817500-000 Cuité/PB

Fone: (83) 99138548

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Endereço: Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro

Rua: Carlos Chagas, SN

São José

Campina Grande – Paraíba

CEP 58107-670

Fone: 2101-5545

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

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

Campina Grande, ____/____/2014

Monique Ellen de Sousa e Silva

Pesquisador Colaborador

Glenda Agra

Pesquisadora Responsável

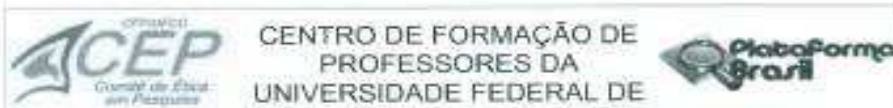
Participante da pesquisa

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Sexo: Feminino () Masculino ()	
Idade:	Tempo de formação profissional:
Tempo de experiência na área de oncologia:	
Pós-graduação: Especialização () Mestrado () Doutorado ()	
QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA:	
FALE O QUE VOCÊ ENTENDE POR CUIDADOS PALIATIVOS _____	
FALE COMO É CUIDAR DE UM PACIENTE COM DOR ONCOLÓGICA? _____ _____	
QUAIS AS FORMAS DE AVALIAÇÃO DA DOR QUE VOCÊ UTILIZA _____	
FALE SOBRE AS MODALIDADES DE TRATAMENTO QUE SÃO PRESTADAS AO PACIENTE COM DOR _____	
FALE SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUE SÃO PRESTADOS AOS PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA _____	

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR ONCOLÓGICA: avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros

Pesquisador: Glenda Ágra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37087514.9.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 829.786

Data da Relatoria: 13/10/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado DOR ONCOLÓGICA: avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros, 37087514.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Glenda Ágra trata de uma avaliação sobre dados oncológicos do ponto de vista dos enfermeiros em um hospital de Campina Grande, PB.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto DOR ONCOLÓGICA: avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros tem por objetivo principal contribuir para um melhoramento da assistência ao paciente com dor oncológica, descrevendo a forma de avaliação, assim como cuidados e alternativas de manejo clínico que podem ser ofertados por enfermeiros na ótica dos cuidados paliativos com vistas em minimizar esta dor.

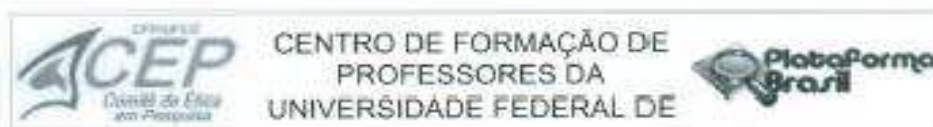
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa DOR ONCOLÓGICA: avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros é bastante relevante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho. Sugiro que os autores incluam, no título do trabalho, o local onde a pesquisa será realizada.

Endereço: Rua Sérgio Moreira da Figueiredo, s/nº
 Bairro: Casas Populares CEP: 56.500-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (81)3532-2075 E-mail: cep@ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 023.168

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Glenda Agra redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto e após as modificações realizadas pelos autores, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto DOR ONCOLÓGICA: avaliação e manejo clínico realizados por enfermeiros, número 37087514.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Glenda Agra.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 13 de Outubro de 2014

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moraes da Figueiredo, 661
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@dfp.ufpb.edu.br