

DOR: IMPACTOS E ALTERAÇÕES NA VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

João Evangelista da Costa¹; Clélia Albino Simpson²; Mônica Gisele Costa Pinheiro³; Deyla Moura Ramos Isoldi⁴; Ana Elza Oliveira de Mendonça⁵

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: hevan33@oi.com.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: cleliasimpson@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: monicapinheiro@live.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: deylinha@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: a.elza@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: avaliar impactos e alterações na rotina e relações familiares causados pela dor em pacientes idosos com doença oncológica atendidos ambulatorialmente em um serviço público de Natal/RN. Método: pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, fundamentada na história oral de vida. Participaram do estudo cinco pacientes acompanhados ambulatorialmente no NHH. Os critérios de inclusão foram estar em acompanhamento pela equipe assistencial; em tratamento oncológico no período do estudo e ter 60 anos de idade ou mais. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo. Resultados: os achados evidenciam que a dor acarretou sentimento de tristeza e isolamento, modificando a vida dos idosos e familiares. Conclusão: o câncer e a dor produziram impactos e alterações físicas e psicológicas no grupo estudado, afetando consideravelmente suas vidas. O sucesso para o tratamento da dor depende da atuação de profissionais que possam fazer a identificação completa das queixas, selecionando estratégias e avaliá-las.

Palavras-chave: Dor, Neoplasias, Qualidade de vida, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate impacts and changes in routine and family relationships caused by pain in elderly patients with oncological diseases outpatient basis in a public service of Natal/RN. Method: exploratory, descriptive research with a qualitative approach, based on the oral history of life. The study enrolled five patients as outpatients followed at NHH. Inclusion criteria were being followed up by the treatment team; in cancer treatment during the study period and have 60 years of age or older. Data were analyzed from the content analysis. Results: The findings show that the pain caused feelings of sadness and isolation, changing the lives of the elderly and their families. Conclusion: cancer and the pain produced impacts and physical and psychological changes in the study group, significantly affecting their lives. The success for the treatment of pain depends on the performance of professionals who can do the complete identification of complaints, selecting strategies and evaluate them.

Keywords: Pain, Neoplasms, Quality of life, Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população no Brasil equipara-se a de outros países do mundo, isso ocorre principalmente pela redução da mortalidade e o aumento da expectativa de vida das pessoas. As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ é de que esse segmento da população deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. Para tanto, mudanças no perfil das enfermidades tem contribuído para esse quadro, enquanto que as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morbimortalidade, havendo um aumento de doenças não transmissíveis como as cardiovasculares e o câncer. Com isso o câncer em idosos passa a ocupar um espaço relevante no cenário epidemiológico mundial.²

As causas do câncer são múltiplas, podendo ser internas ou externas ao organismo. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos de vida ou costumes, já as internas são, na maior parte, geneticamente pré-determinadas, e estão vinculadas à capacidade do organismo de se defender ou não dessas agressões.³ Em torno de 80% dos pacientes com alguma doença oncológica sentem algum tipo de dor. Além da dor causada pela própria doença, ela também pode ser decorrente do tratamento como cirurgia, radioterapia e da quimioterapia. Como exemplo pode-se citar os efeitos da radioterapia, que em muitos casos, provoca injúrias agudas e efeitos tardios dos tecidos como ulceração da mucosa, lesões vasculares, atrofia dos tecidos causando muitas dores e sofrimento para o paciente.^{4,5}

A dor pode ser caracterizada como uma sensação ou experiência emocional desagradável, estando associada a um dano tecidual real ou potencial. A dor de classificação aguda tem duração de menos de seis meses, e de classificação crônica ocorre quando persiste além deste período. Nesse sentido, o volume crescente de pessoas com dor crônica representa um problema de saúde pública contemporânea, assim como a demanda por serviços de saúde e recursos tecnológicos para a abordagem das diversas dimensões envolvidas na incapacidade e sofrimento consequentes.⁵

Quando não bem identificada e subtratada a queixa de dor em pacientes idosos oncológicos, acarreta o estresse fisiológico, podendo interferir significativamente no tratamento. Por isso, a atuação do profissional, de modo independente e colaborativo, deve compreender: a identificação completa da queixa álgica, a seleção de estratégias para seu controle e a avaliação da resposta às estratégias utilizadas.⁶

Assim, torna-se primordial reforçar a atuação do enfermeiro e dos demais profissionais da área de saúde deva se sobrepôr a intervenção técnico-tecnológica medicamentosa, visto que o processo de cuidar envolve necessariamente uma relação interpessoal. Nesse contexto, é imperativo considerar que a queixa álgica do paciente oncológico pontua elementos que ocasionam desequilíbrio no tratamento, acarreta mudanças terapêuticas e reflete também no cotidiano do paciente e dos familiares.⁷

Em face dessa constatação, destaca-se que o sucesso para o tratamento da dor depende de uma abordagem multidisciplinar, assim como da atuação de profissionais que pratiquem o cuidado na essência do seu significado. A dor caracterizada como um sinal de sofrimento gera mudanças assistenciais em toda equipe multidisciplinar, bem como na própria organização de saúde, exigindo a elaboração de protocolos de avaliação e manejo da dor crônica e aguda, como também na educação e treinamento contínuo para modificar comportamentos e práticas arraigadas dos profissionais. Dentre estas ferramentas está o uso sistematizado de instrumentos para a mensuração e registro da dor.⁶⁻⁸

A partir desses pressupostos, este estudo justifica-se no sentido de conhecer o impacto que a dor causa na vida do idoso, seja como fator de diagnóstico, ou, secundária à enfermidade. Em função disso, orienta-se pelos seguintes questionamentos: Qual o impacto da queixa álgica para o paciente idoso oncológico? Quais as alterações que a dor pode ocasionar na rotina e nas relações familiares desses pacientes?

Diante disso, o estudo teve como objetivo avaliar o impacto e as alterações na rotina e nas relações familiares causados pela dor, em pacientes idosos com doença oncológica, atendidos ambulatorialmente em um serviço público de Natal/RN.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado no método da história oral de vida. O presente método leva a conhecer a apreensão dos princípios da subjetividade humana através da narrativa.⁹

Para este estudo, os colaboradores foram selecionados através do prontuário de atendimento ambulatorial no Núcleo de Hemoterapia e Hematologia (NHH), serviço que faz parte de referência na área da hemoterapia e hematologia, localizado no município de Natal/RN. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estar em acompanhamento pela equipe assistencial do NHH; queixar-se de dor relacionada ao câncer e ter idade igual ou superior a 60 anos. Como critérios de exclusão: aqueles pacientes que apresentassem déficit de cognição que impedissem sua participação na pesquisa. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012, por meio de uma entrevista semiestruturada. O instrumento foi composto por duas partes: a primeira contemplava os dados sociodemográficos como sexo, ocupação, nível de escolaridade, situação conjugal e dados relacionados ao tipo de neoplasia e localização da queixa algica. A segunda parte apresentava a pergunta: Como foi a descoberta da sua doença e como ficou sua vida?

Enquanto instrumento de coleta de dados, a entrevista, em história oral, utiliza de perguntas abertas possibilitando ao colaborador relatar sua história da melhor maneira para si.¹⁰ Para tanto, durante a entrevista, o papel principal do pesquisador é saber ouvir e estimular a fala do entrevistado. No momento da análise das narrativas é que o pesquisador direciona para uma área temática que, nesse caso, utilizaram-se de recortes das narrativas que focassem a dor e o seu impacto na vida dos colaboradores e familiares.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, sob o número 001/001/2012. Antes de iniciar a coleta de dados, os colaboradores do estudo foram devidamente esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa e, logo após, foram convidados a participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo seguiu as normativas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰, e a Resolução COFEN nº 311/2007, que denota sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹¹. Para garantir o anonimato dos participantes, foram usados pseudônimos como identificadores nos resultados e discussão, os quais aparecem seguidos, em ordem crescente e sequencial, por um algarismo arábico subscrito, conforme exemplificado: Colaborador₁.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos colaboradores, local escolhido previamente pelos mesmos, gravados as narrativas em aparelho MP3. Os dados de caracterização da amostra foram distribuídos em tabelas do Programa *Microsoft Excel 2009*. Os dados qualitativos foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin¹² que se configura em três etapas: pré-análise (Organização do material e sistematização das ideias); descrição analítica (Categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (Tratamento dos dados e interpretações).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro momento, registraram-se os dados sociodemográficos dos colaboradores da pesquisa. Dos cinco participantes, três são femininos e dois masculinos. Quanto à renda familiar, quatro apresentavam renda de um salário mínimo e um com renda superior a este valor. Em relação ao nível de escolaridade, um se autodeclarava não alfabetizado, um com ensino fundamental incompleto e três com ensino médio completo, quanto ao estado civil quatro eram casados e um viúvo.

Em seguida identificou-se o diagnóstico e a localização do câncer. Os dois homens diagnosticados por câncer de próstata, enquanto as mulheres, duas com câncer de útero e uma mieloma múltiplo. Quanto à localização referenciada da dor, dois colaboradores referiram dores na região pélvica, um com dores generalizadas, um com dores nos membros inferiores e um na região lombar.

Uma vez caracterizados os dados, foram delimitados dois eixos temáticos: As queixas algícas como um precursor para o diagnóstico e como consequência do tratamento; Alterações na rotina, perdas e limitações.

As queixas álgicas como um precursor para o diagnóstico oncológico e como consequência do tratamento:

As queixas de dor dos pacientes com câncer são identificadas, na maioria das vezes, pelos próprios pacientes e, em menor grau, pelos profissionais de saúde. Por ser uma enfermidade multifatorial, o câncer apresenta alguns sinais e sintomas que o diferenciam das demais enfermidades como: protuberância persistente em qualquer lugar do corpo, mudanças recentes na coloração ou no formato da pele ou de algum sinal, tosse ou rouquidão persistente, modificações no hábito intestinal, qualquer sangramento anormal pela boca, urina, reto ou pela vagina, perda de peso significativa, falta de ar persistente acompanhada ou não de tosse com escarro sanguinolento são fatores de riscos para um quadro de neoplasia.¹³

A intensidade da dor oncológica pode está diretamente ligado ao crescimento do tumor, pois quanto maior a sua atividade proliferativa e invasiva, maior a ativação dos receptores álgicos.¹⁴ Dessa forma, percebe-se que a queixa álgica compõe a flora oncológica sintomática, fato este, revelado pelas narrativas:

Eu sinto dor aqui no pé da barriga, sinto dor nas pernas, sinto é um bocado de coisa. Às vezes dá uma dor e passa, fico esmorecida, os braços esmorecidos. (Colaborador₁)

Senti uma dor, uma fisgada na coluna e essa dor ela foi crescendo. Mas tudo começou por uma simples dor que ninguém sabia de onde vinha, foi feita uma pesquisa muito grande fui ao médico que [...] chegou à conclusão que era um câncer. (Colaborador₂)

Senti um carocinho com dor no pescoço [...] fui para a consulta, e depois veio o resultado [mieloma] fui para o tratamento de quimioterapia. Na quimioterapia já sabe, o sofrimento é total (Colaborador₃)

[...] aí atacou a dor, corri para o hospital. A dor era aqui, aqui no peito. Daqui da garganta, descendo aqui para as costas. Sinto muita

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

dor, procuro um jeito de andar, de viver [...] sentir esse problema, depois dessas injeções [tratamento quimioterápico]. (Colaborador₄)

No início sentia muita dor no pé da barriga, umas três vezes deram dores fortes. Tive que fazer todos os exames novamente para começar a quimioterapia [...] depois fiz a cirurgia. (Colaborador₅)

As queixas álgicas estiveram presentes como um sintoma em todas as narrativas. O câncer aflora situações de estresse levando a exteriorização de sentimentos negativos, gerando desconforto social e espiritual. O diagnóstico de câncer é considerado uma situação trágica que pode acarretar em mudanças significativas na vida e no futuro das pessoas envolvidas e principalmente no doente.¹⁵ O tratamento também pode contribuir para piora do quadro.

Alterações na rotina, perdas e limitações

A dor causada pelo câncer pode repercutir de diversas formas e afetar a rotina diárias. Os pacientes se deparam com novas rotinas e tarefas que antes não desempenhavam e tem de se adaptarem.¹⁶ Nesse sentido, não só o acometimento oncológico como o avanço da idade leva a limitações nas funções fisiológicas do corpo, tornando os idosos cada vez mais predispostos à dependência para realização de autocuidado, à perda da autonomia e a qualidade de vida, demonstrado nas narrativas abaixo:

Eu trabalhava, deixei de trabalhar [...] Eu estou triste mesmo, porque a gente fica triste. Porque fica doente muito tempo, tem que ficar boa, não é? A gente se sente triste. Depois da doença minha vida mudou. (Colaborador₁)

Fui obrigado a acabar com tudo, porque não tinha condições de me manter no trabalho e cuidar da doença [...] E essa dor ela foi crescendo [...] passei a ter mais dificuldades. (Colaborador₂)

Isso tudo interferiu muito na minha vida, porque a gente fica [...] não tem mais a responsabilidade de dona de casa, tem que entregar as obrigações aos outros. Aí muda muito. (Colaborador₃)

Fazia muita coisa, muito trabalho aqui dentro de casa eu fazia. Hoje não posso! Eu não posso quase nem pegar em nada, é tudo doído, as mãos doídas que faz medo, Ave Maria! (Colaborador₄)

Na minha vida mudou muita coisa, ah, mudou sim [...] Faz um bocado de dias que não vou à igreja [...] As meninas vêm aqui e perguntam quando é que vou voltar. (Colaborador₅)

As narrativas mostram as mudanças nas atividades diárias dos idosos, como também limitações e conseqüentemente a dependência ao ser cuidado por alguém. É visível o prejuízo do doente na vida familiar e social, sendo expresso pelas dificuldades para manter atividades comuns, como trabalhar, caminhar, entre outras práticas. Além de tudo ainda há uma restrição na vida da família, pois o cotidiano passa por uma série de alterações, além de sentimentos como medo (da morte) e ansiedade com o adoecimento.¹⁷ Nesse sentido, o câncer traz repercussões para o idoso oncológico, impondo mudanças, exigindo reorganização social e afetando a dinâmica familiar.

CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos neste estudo, observou-se que o diagnóstico de câncer e a dor, resultante desta doença, produziu importantes impactos e alterações físicas e psicológicas no grupo estudado, afetando consideravelmente o cotidiano desses indivíduos e seus familiares.

Nesse contexto, a queixa algica além de ser o precursor para o diagnóstico e conhecimento da neoplasia dos colaboradores da pesquisa, tende a ser um elemento importante para se identificar o quanto a doença pode acarretar impacto negativo na vida dos colaboradores, seja devido à permanência prolongada em ambiente hospitalar, à dependência de fármacos, à constante irritabilidade e à perda da autonomia.

REFERÊNCIAS

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
2. Santos CA, Ribeiro AQ, Rosa COB, Ribeiro RCL. Influência do Gênero e do Tipo de Tratamento nos Parâmetros Nutricionais de Idosos em Oncologia. Rev. Bras. Canc. 2014; 60(2): 143-150. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/08-artigo-influencia-do-genero-e-do-tipo-de-tratamento-nos-parametros-nutricionais-de-idosos-em-oncologia.pdf
3. Montefusco SAR, Bachion MM. Manutenção do lar prejudicada: diagnóstico de enfermagem em familiares de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. Rev Eletr Enf [Internet]. 2011[cited 2014 Sept 10] 13 (2): 182-89. Available from:
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.14201>
4. Correia I. The family caregiver in the face of the sick near death oncological end of life. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 10];5(2spe):399-409. Disponível em:
<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1781/pdf448>
5. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012. [cited 2015 Apr 03], 25, (spe1): pp. 150-154. ISSN 1982-0194. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf
6. Silva FD, Souza AL. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. R Pol Públ [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 12];14(1):85-94. Disponível em:
<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br>
7. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KDOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. Ciência, Cuid e Saúde [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 11]; 9(2): 269–77. Disponível em:
<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8749/6076>
8. Sanchez KOL, Mar N, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. REBEn Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções.

- Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Set 11]; 63(2): 290-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/19.pdf>
9. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: Como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto; 2011.
 10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
 11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Available from:
<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
 12. Bardin L. Análise de Conteúdo. Trad. de Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
 13. França JRFS, Costa SFG, Lopes MEL, Nóbrega MML, França ISX. The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 May/June [cited 2014 Sept 12]; 21(3):780-6. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf>
 14. Silva BT, Santos SSC, Silva MRS, Sousa LD. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. Rev RENE [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 14]; 10(4):118-25. Disponível em:
http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_pdf/v10n4a14.pdf
 15. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Rev enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 14]; 19(2):268-73. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>
 16. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Rev bras enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 16]; 63(6):1035-9. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>
 17. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare enferm [Internet]. 2009 Oct/Dec [cited 2014 Sept 16]; 14(4):667-4. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/articulo/view/16380/10861>



CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade, Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015

