

AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

Rita de Cássia Alves Pereira (1); Raquel Késsia Leite dos Santos (1); Waleska Araújo de Pontes (2); Ivana Maria Fechine (3); Lindomar Farias de Belém (4)

(1) Universidade Estadual da Paraíba – Curso de Enfermagem; e-mail: ritynha_vc@hotmail.com ; (1) Universidade Estadual da Paraíba – Curso de Farmácia; e-mail: raquelkessia@gmail.com ; (2) Universidade Estadual da Paraíba – Curso de Enfermagem; e-mail: waleskaraujopontes@gmail.com ; (3) Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Farmácia; e-mail: ivana.fechine@gmail.com (4) Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Farmácia; e-mail: fariasbelem@hotmail.com

RESUMO: De acordo com o INCA, é estimado uma incidência de 596 mil casos de câncer no ano de 2016. Sabendo que a dor está entre as principais queixas referidas por pacientes acometidos pelo câncer e que ela pode ser completamente aliviada em cerca de 80 a 90% dos pacientes, este estudo teve como objetivo avaliar a dor em pacientes oncológicos internados na clínica oncológica da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), bem como as intervenções empregadas. O Estudo foi de caráter quantitativo, descritivo, de delineamento transversal. A amostra foi formada por pacientes internados na clínica oncológica da FAP, que preenchiam ao critério de inclusão, apresentar dor relacionada ao câncer. Para coleta de dados foi utilizado um formulário elaborado para o estudo contendo dados sócio-demográficos, informações oncológicas, terapia farmacológica empregada, avaliação segundo as três escalas de dor (verbal, analógico visual e numérica) e o questionário McGill (1975). A amostra foi constituída por 24 pacientes, sendo a maioria do gênero masculino. Quanto ao local tumor, houve prevalência o pulmão, próstata, estômago, laringe e fígado. A dor foi classificada, em sua maioria, como externa e contínua, e de acordo com as escalas, foi referido com maior frequência, em cada escala utilizada, os descritores “horível”, “moderada”, e os valores 5 e 10. Em relação as intervenções eram predominantemente medicamentosas. A frequência e intensidade pelo qual este sinal se apresentou, revela a importância de avaliá-lo como os demais, utilizando ferramentas adequadas, visto a subjetividade desta assistência, assim como conscientizar os profissionais sobre sua importância.

Palavras chaves: Dor; Oncologia; Avaliação da dor; Questionário McGill.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, a rápida urbanização, a mudança no estilo de vida e o controle das doenças infectocontagiosas tem modificado o panorama das causas de morbimortalidade, destacando a presença das doenças não transmissíveis, que têm ganhado prioridade na saúde nacional e mundial, e, dentre elas o câncer. (Organização Mundial de Saúde, 2011).

De acordo com estimativa do INCA (2015), em 2016, a incidência de câncer no Brasil será de 596 mil casos. Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.800.

Entre as principais queixas apresentadas pelos pacientes com câncer, a dor é frequentemente observada. Esse sintoma acomete pacientes em todos os estágios da doença, principalmente em estágios avançados, com

prevalência entre 60 e 90%. (BONICA, 1985; BRASIL, 2001, HAUGEN et al,2010, PAI-CE; FERRELL,2011). Essa dor pode estar associada ao tumor primário ou a suas metástases, às terapias anticancerosas e aos métodos de investigação (FOLEY, 1993, PIMENTA; KOIZUME; TEIXEIRA, 1997). Com relação à localização, a maioria desses pacientes relata sentir dor em locais anatomicamente distintos (TWYXCROSS; FAIRFIELD, 1982; PIMENTA; KOIZUME; TEIXEIRA, 1997).

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais ou descritas em termos de tais lesões (MERSKEY, 1979, Fundação Oncocentro de São Paulo, 2008). No entanto, a dor oncológica vai além da lesão, pois caracteriza-se por ser de múltiplas etiologias que se somam e se potencializam, afetando o bem-estar físico, emocional e espiritual. Dessa maneira, ela pode ser definida como uma “dor total” (RIGOTTI; FERREIRA, 2005; THOMAZ, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, das cinco milhões de pessoas que morrem com câncer a cada ano, quatro milhões morrem com dor não controlada. Porém, muito do sofrimento causado pela dor é desnecessário, uma vez que esse sintoma pode ser completamente aliviado em cerca de 80 a

90% dos pacientes. (PIMENTA; KOIZUME; TEIXEIRA, 1997; BRUERA, PORTENOY,2010; BRASIL, 2001; BRASIL, 2002.)

Nesse contexto, a Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), no ano de 2000, publicou uma norma que descreve a dor como quinto sinal vital, buscando enfatizar seu significado e conscientizar os profissionais de saúde sobre sua importância, tanto na avaliação e na mensuração, como no tratamento (SUTTON; PORTER; KEEFE, 2002; SOUZA, 2002; SMELTZER; BARE, 2005). Nessa avaliação deve ser incluso a localização, intensidade, duração, fatores que amenizam ou potencializam essa dor, e a repercussão da dor na vida daquela pessoa. (SUTTON; PORTER; KEEFE, 2002; CALIL; PIMENTA, 2005; MARCIA, 2010 RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Sendo assim, a OMS conjuntamente com a IASP criou instrumentos (escalas) para facilitar a mensuração da dor quanto a sua intensidade tornando possível o estabelecimento de um padrão internacional e a transformação de um sintoma subjetivo em objetivo. Além disso, permite uma melhor orientação da escolha terapêutica, que resultará em maior eficácia analgésica. (BRASIL, 2001; SKROBIK, 2008).

Promover o alívio da dor é um dever de todo profissional e um direito do paciente. (LIMA, 2013). Para tal, exige-se habilidade,

conhecimento e acima de tudo compromisso com o cuidado solidário. (BOTTEGA; FONTANA, 2010). Por conseguinte, proporciona-se o bem-estar para o paciente, familiares, cuidadores e para própria equipe de saúde (MENDES, et al., 2014.).

Considerando que a dor é um sintoma frequente em pacientes oncológicos, e que a sua correta avaliação propicia melhoria na qualidade de vida dos pacientes, foi objetivo deste trabalho a avaliação da dor de pacientes com câncer internados na clínica oncologia da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). Analisou-se também as intervenções empregadas para alívio desse sintoma.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, de delineamento transversal. Sendo a amostra constituída por pacientes hospitalizados na Clínica Oncológica da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), situada no município de Campina Grande, PB. O critério utilizado para a inclusão desses pacientes foi a presença de dor relacionada à doença. Os dados foram coletados a partir de um formulário elaborado para o estudo, contendo identificação, informações sobre o câncer, terapia farmacológica, três escalas de avaliação da dor e o questionário McGill (1975). O estudo teve seu início em outubro de 2015, e continua em andamento. Os dados aqui

apresentados são referentes aos meses de fevereiro, março e abril de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo envolveu 24 pacientes, com idade média de 56,45 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 86 anos. Pouco mais da metade (54,2%, n= 13) eram do sexo masculino (Tabela 1). A prevalência da dor, quanto ao sexo, pode variar de acordo com a ocorrência natural das lesões causais. (SUTTON; PORTER; KEEFE, 2002).

Tabela 1- Caracterização quanto aos dados pessoais dos pacientes hospitalizados na clínica oncológica da FAP - Campina grande, nos meses de fevereiro a abril de 2016.

Características Gerais

Gênero	(%)
Masculino	54,2
Feminino	45,8
Idade	Anos
Média	56,45
Mediana	62
Mínimo	19
Máximo	86
Moda	62 e 45

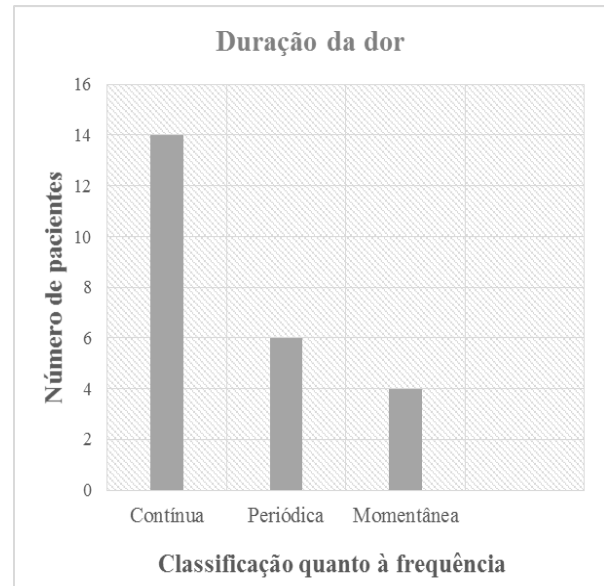
Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao tipo de câncer, houve maior prevalência dos cânceres de pulmão, próstata, estômago, laringe e fígado. O que difere da estimativa realizada pelo INCA (2015) que

refere como principais órgãos afetados a bexiga, cavidade oral, colo de útero, colón e reto, corpo do útero, esôfago, estômago, laringe. Constatou-se também que na maioria dos casos (83,3%, n=20) não havia metástase.

Sabe-se que a dor no câncer difere de acordo com a localização do tumor e das metástases e do estágio de evolução da doença. Sendo assim, alguns tumores são potencialmente causadores de dor intensa como os que envolvem estruturas ósseas, ocasionam distensão das vísceras, como pâncreas e fígado, e os carcinomas de cabeça e pescoço, dentre outros. (FOLEY, 1993; SPIEGEL; BLOOM, 1983).

A localização da dor mais citada pelos pacientes, quase que de forma unânime, foi a externa (95,8%, n=23). Quanto a duração da dor, 58,3% (n=14) relataram dor contínua, desses 28,57% (n=4) mencionaram espontaneamente que após analgesia a sua dor era periódica. Encontra-se também relatos primários de dor periódica e momentânea como mostra a figura 1.

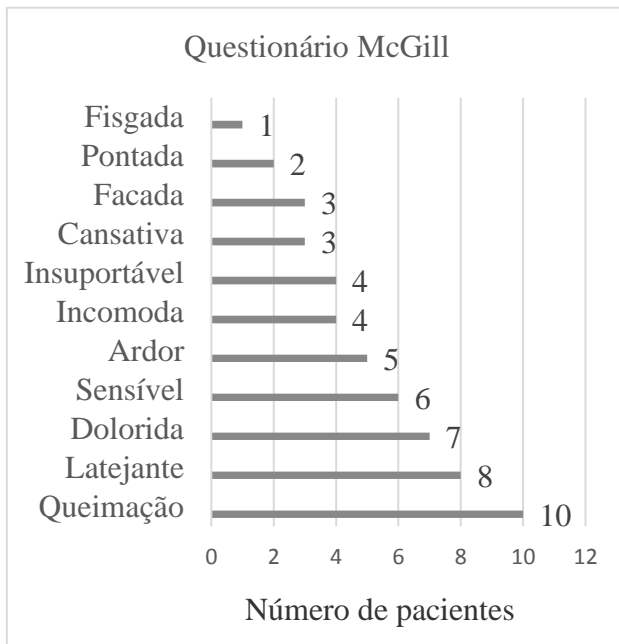


Fonte: dados da pesquisa.

Figura 1- Número de casos, de acordo com a classificação da dor em relação a sua duração.

Quando realizado o questionário McGill, as palavras “queimação”, “latejante”, “dolorida”, “sensível”, “ardor”, “incomoda”, “insuportável”, “cansativa”, “facada”, “pontada” e “fisgada”, foram as mais referidas, como mostra a figura 2. Portanto, os (100%, n=24) pacientes qualificam sua dor de forma emocional, e também de forma avaliativa (62,5%, n=15) e sensitiva (58,3%, n=14).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva et al (2011), prevalecendo descritores emocionais, porém o segundo mais mencionado foi de caráter sensitivo. Já o estudo de Costa e Chaves (2012) realizado com pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia, relata que o maior número de descritores determinou o componente sensitivo como prevalente, diferindo do encontrado em nossa pesquisa.



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 2 – Resultados após aplicação do questionário McGill com pacientes hospitalizados na clínica oncológica da FAP - Campina Grande, nos meses de fevereiro a abril de 2016.

Devido ao fato da dor ser uma experiência subjetiva, instrumentos físicos normalmente utilizados para avaliar peso, temperatura, pressão sanguínea, altura e pulso, não podem mensurá-la. Por este motivo, utilizou-se três escalas para avaliar a intensidade da dor que os pacientes relataram sentir. A primeira escala empregada foi de categoria verbal (Escala 1), na qual, os pacientes caracterizaram sua dor em “leve”, “desconfortável”, “agonizante”, “horrível” e “lacerante”. A segunda escala utilizada foi a analógica visual (Escala 2). Nesse instrumento, os extremos representam “sem dor” e “pior dor possível”, sendo intercalados por “leve”, “moderada”, “grave” e “muito grave, dispostos em uma linha, por

meio da qual paciente localizava a intensidade da sua dor. E uma última, de categoria numérica (Escala 3), com o intervalo de zero a dez. (BOTTEGA E FONTANA, 2010). Essas escalas servem de subsídio para o profissional na escolha de uma adequada intervenção (FORTUNATO, 2013).

No que diz respeito a Escala 1, temos a prevalência da caracterização da dor como horrível (33,3%, n= 8), seguida de desconfortável (25% n=6), agonizante (20,8%, n=5) e por fim “leve” e “lacerante” (cada um, 8,3%, n=2). Os resultados obtidos na Escala 2 foram os seguintes, 33,3% dos pacientes (n=8) enunciam dor “moderada”, 25% (n=6) “pior dor possível”, 20,8% (n=5) dor “leve”, 12,5% (n=3) dor “grave”, 8,3% (n=2) dor “muito grave”. Por fim, na Escala 3 tivemos os valores “5” e “10” como mais frequentes, sendo cada um deles escolhidos por 5 pacientes (20,8%), subseqüente, 16,6%, (n=4) dos pacientes avaliaram numericamente sua dor com 8. Os números 2,7,9 foram escolhidos por 8,3%(n=2) e os menos frequentes foram 3,4,6(cada um, 4,1%, n=1).

Percebe-se, a partir, da tabela 2 e dos resultados supracitados, uma discordância da caracterização da dor entre as escalas, o que também ocorreu com os idosos no estudo de Ciena, et al. (2008), realizado no Paraná. Como explicação para isso encontramos dois principais fatores. O primeiro deles é que ape-

sar da escala ser o instrumento mais confiável na mensuração da dor, ela apresenta limitações, pois esse sintoma é subjetivo (LORENÇATTO et al., 2007). O segundo fator é o entendimento da escala por parte do entrevistado, o que ocasiona a recusa a responder o questionamento, como ocorreu com o paciente 11 (tabela 2), ou até mesmo a resposta inadequada.

Tabela 2- Avaliação da dor através das escalas.

Pacientes	Escala 1	Escala 2	Escala 3
1	Desconfortável	Grave	9
2	Agonizante	Moderada	8
3	Leve	Leve	6
4	Horrível	Pior dor possível	9,5
5	Desconfortável	Moderada	2
6	Horrível	Pior dor possível	10
7	Desconfortável	Moderada	7
8	Horrível	Muito grave	10
9	Agonizante	Moderada	7
11	-	Moderada	7
12	Lacerante	Pior dor possível	10
13	Agonizante	Moderada	8
14	Horrível	Pior dor possível	10
15	Lacerante	Pior dor possível	10

Pacientes	Escala 1	Escala 2	Escala 3
16	Horrível	Pior dor possível	10
17	Desconfortável	Leve	2
18	Agonizante	Grave	5
19	Desconfortável	Leve	5
20	Agonizante	Leve	5
21	Horrível	Grave	5
22	Desconfortável	Moderada	4
23	Desconfortável	Moderada	5
24	Horrível	Muito grave	10

Fonte: dados da pesquisa.

A dor é considerada um sinal vital e tão quanto os outros, deve ser avaliada no ambiente clínico. A partir dos resultados dessa avaliação, deve-se implementar o tratamento ou terapêutica adequada ao relato do paciente (SOUZA, 2002).

Dos tratamentos utilizados no combate da dor, o de maior frequência foi a terapia farmacológica (n=23), em alguns casos associada a outras intervenções como a fisioterapia (n=6), mudança de decúbito (n=4), troca de curativo (n=2) e outros.

A utilização de farmacoterapia para o controle da dor deve obedecer à escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para cada degrau da escada (dor leve, moderada e dor intensa) há um esquema terapêutico que prevê a utilização de analgésicos, opioides ou não, e adjuvantes que podem ser

antidepressivos, ansiolíticos, corticosteroides, anticonvulsivantes, entre outros. (OMS,1996; BRASIL,2002).

Quando interrogados sobre a avaliação da dor, 100% dos pacientes mencionaram que não foram submetidos a nenhum tipo de avaliação por escalas ou pelo Questionário McGill. 62,5% (n=15) afirmaram que apenas foram questionados sobre a presença da dor e a sua localização. Sabendo que a dor quando não avaliada e descrita, não é tratada de forma eficaz, uma vez que é por meio desse instrumento que se verifica a etiologia da dor e norteia-se as ações (FORTUNATO, et al., 2013, PESSINI E BERTACHINI, 2004), percebe-se a importância da avaliação da dor para o bem-estar do paciente e a garantia dos seus direitos.

Do total dos pacientes avaliados por essa pesquisa, 4 foram a óbito, 3 foram transferidos para a UTI do hospital e 17 receberam alta. Desses, alguns retornaram ao hospital motivados pela reincidência da dor.

CONCLUSÃO

Visto que a dor é uma experiência complexa e pessoal, a sua avaliação de forma correta exige do profissional humanização no cuidado, além de maximizar a atenção que este deve prestar ao paciente para analisá-la. Seu entendimento resultará em ações, que levarão ao paciente conforto e melhores con-

dições para o enfrentamento da doença base (câncer).

O presente estudo descreveu a dor em pacientes oncológicos quanto localização, duração, características, intensidade e tratamento aplicado, expondo através de seus dados uma falha na atenção direcionada a este sinal e o efeito positivo que esta assistência ocasionaria no bem-estar do paciente.

Desse modo, esse estudo, visa conscientizar profissionais de saúde e população no geral sobre a importância da avaliação da dor, podendo suscitar novas discussões sobre a essa temática.

AGRADECIMENTOS

À pró-reitoria de extensão da Universidade Estadual da Paraíba e à Fundação Assistencial da Paraíba.

REFERÊNCIAS

BONICA, J. J. Treatment of Cancer Pain: Status and Future Needs. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F. **Advances in Pain Research and Therapy**. New York, Proceedings of the 4th World Congress on Pain; 1985; 589-615.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital

geral¹. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-290, abr./Jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** - Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/15_manual_dor.pdf>. Acesso em: 26 abril 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa de Câncer no Brasil, 2016.** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

BRUERA, E. D.; PORTENOY, R. K. (editors). **Cancer pain, assessment and management**– 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. M. Intensidade da dor e adequação da analgesia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 13, p.692-9, 2005.

CIENA, A. P. et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 201-212, jul./dez. 2008.

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

FOLEY, K. M. Supportive care and the quality of life of cancer patient. In: DeVITTA, V.T. et al. **Cancer: principles & practice of oncology**. 4. ed. Philadelphia, Lippincott, v.64, p.2417-48, 1993.

FORTUNATO, J. G. S., et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.110-117, 2013.

Fundação Oncocentro de São Paulo [homepage na Internet]. São Paulo (SP): Fundação Oncocentro de São Paulo; 2008. Disponível em: <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/>>.

HAUGEN, D. F. et al. Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Assessment and classification of cancer breakthrough

pain: a systematic literature review. **Pain**, v.149, n.3, p. 476-482, 2010.

LIMA, A. D. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um Hospital Escola do Nordeste do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.267-271, Out./dez. 2013.

LORENÇATTO, Carolina. et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.53, n.5, p. 433-438, 2007.

MENDES, T.R., et al. Ocorrência da dor em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Acta paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, 2014.

MERSKEY, H. Pain terms. International Association for the Study of Pain. **Pain**, v.6, p.249-252, 1979.

Organización Mundial de la Salud. **Alivio del dolor en el cáncer**. Ginebra: OMS; 1996. p. 64.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2004

RIGOTTI, A. M.; FERREIRA, M. A. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq. Ciência Saúde**, 2005.

SILVA, T. O. N. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 359-63, jul./set., 2011.

SKROBIK, Y. Pain may be inevitable; inadequate management is not. **Crit Care**, v.12, n.2, p. 142, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.10, p.446-7, 2002

SPIEGEL, D.; BLOOM, J.R. Pain in metastatic breast cancer. **Cancer**, v.52, n.2, p.341-5, 1983.

SUTTON, L. M.; PORTER, L. S.; KEEFE, F. J. Cancer pain at the end of life: a biopsychosocial perspective. **Pain**, v.99, p.5-10, 2002.

PAICE J. A.; FERRELL, B. The management of cancer pain. **CA Cancer J Clin**, v. 61, n. 3, p. 157-82, 2011.

PIMENTA, C. A. M.; KOIZUME, M. S.;
TEIXEIRA, M. J. Dor no doente com câncer:
características e controle. **Rev Bras Cance-
rol**, v. 43, p.21-44, 1997.

THOMAZ, A. Dor oncológica: conceitualiza-
ção e tratamento farmacológico. **Onco&**.
P.24-29, agost. /set. 2010

TWYLCROSS, R. G., FAIRFIELD, S. Pain in
far advanced cancer. **Pain**, v.14, p.303-10,
1982.

WHO. World Health Organization. **Global
status report on noncommunicable diseases
2010**. Genebra, 2011. Disponível em: <
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 29/04/2016