

O PROCESSO DE DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS – VISÃO ATUALIZADA DA ENFERMAGEM

THE PAIN PROCESS ON PATIENTS ONCOLOGY - UPDATED VIEW OF NURSING

BRUNO HENRIQUE SOUZA IZIDÓRIO¹, ELCIANA DE OLIVEIRA EMERICK COELHO², FLÁVIA DOS SANTOS LUGÃO DE SOUZA^{3*}, WIVIANE SILVA XAVIER⁴

1. Acadêmico de Enfermagem, Faculdade do Futuro; 2. Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO, pós-graduação em Saúde da Família e auditoria pela Faculdade do Futuro, Graduação em Enfermagem pela faculdade do Futuro professora da Faculdade do Futuro; 3. Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), pós-graduação em enfermagem cardiológica pela Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), professora da Faculdade do Futuro; 4. Acadêmica de Enfermagem, Faculdade do Futuro.

* Rua David Gonçalves de Oliveira, N° 68, Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36.900-000. Email: flavia.l.s@terra.com.br

Recebido em 12/07/2017. Aceito para publicação em 31/07/2017

RESUMO

Evidenciamos nesse trabalho o “processo da dor sofrida por pacientes em fase terminal oncológica”, dando ênfase na terapêutica medicamentosa e no verbalizar do cliente. Para a realização do estudo analisamos diversas literaturas, artigos, revistas eletrônicas e conteúdo na internet. Desenvolvemos vários tópicos e identificamos um ponto crítico que é o avanço da farmacologia que conta sempre múltiplas possibilidades de se tratar a dor, e a enfermagem sempre estará atuando de forma concisa na ajuda a esse paciente. Concluímos que a enfermagem é o ponto chave no processo vivido pelo paciente, o olhar crítico será por vezes o melhor método, pois sua dor é subjetiva e intransferível.

PALAVRAS-CHAVE: Dor do câncer; relações enfermeiro-paciente; analgésicos; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

We demonstrated in this work the "pain process suffered by patients in end-stage cancer," with emphasis on drug therapy and the client verbalize. Promoted - if several studies in the literature, articles, electronic journals and content on the Internet. We come to the critical point, that with the advancement of pharmacology there will always be multiple possibilities to treat this pain, and that nursing is always acting concisely in helping this patient. Nursing and client are key points in the process experienced by the patient; the critical gaze will sometimes be the best method, because your pain is subjective and non-transferable.

KEYWORDS: Cancer Pain; Nurse-Patient Relations; Analgesics; Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

A dor é uma forma de reação do ser, algo que vai desde aspectos físicos, sociais e de modo grosseiro e até mesmo espiritual. É uma forma de o corpo humano dizer que algo não está funcionando adequadamente.

Em se tratando de pacientes oncológicos em fases terminais, essa dor é evidenciada de modo que os tornam incapazes de se sentirem bem.

A dor está associada a fatores que interferem no corpo de alguma forma, desse modo, seu controle passa a ser referido quanto à precisão e a exigência. Esse controle parte do pressuposto de que se deve avaliar e investigar fatores psicossociais predisponentes que estão trazendo impacto diretamente ou indiretamente ao paciente¹.

Segundo a OMS, a analgesia nem sempre é de perfeito preparo, mas geralmente é de intenso alívio. O seu uso está diretamente ligado a proporção de dor sentida e indagada pelo paciente em questão. Ao se ter a possibilidade do uso dessa analgesia, deve-se analisar o caso criteriosamente a fim de observar a dosagem e o quanto essa dose será proveitosa para o paciente.

Cerca de 25% dos pacientes portadores de câncer, segundo o INCA (dados de 2016)¹, morrem com dores severas e não aliviadas. Isso se deve ao fato do pouco profissionalismo e às vezes também pelo fato de que o paciente não consegue encontrar uma maneira precisa de falar o quanto dolorido está. Dessa forma cabe a equipe de enfermagem saber lidar com esses gestos, mesmo que muito singulares, pois uma simples palavra ou um simples olhar pode ser o diferencial para que se possa tratar esse paciente.

A equipe de enfermagem lida com situações de cuidado o tempo todo. Desse modo, seu papel é trazer benefícios mesmo que momentâneos ao paciente. O uso da farmacologia pode ser diversas vezes necessário, porém se não houver primeiramente competência pelo profissional ali atuante, tal procedimento pode ser por vezes nulo. A capacitação profissional é algo que implica conhecimento e busca incessante pelo saber. Mas de tudo, a capacitação tem que ser mesclada com o cuidado, a atenção e o carinho que se dá ao paciente, pois este pode estar necessitando mais desse cuidado do que da medicação propriamente dita. Cabe ao profissional enfermeiro saber diferenciar

um momento do outro.

Porém, o paciente não fica somente dependente da farmacologia. É nesse sentido que se é inserida a enfermagem, atuando de modo que o cliente se sinta acolhido e ao mesmo tempo grato pelo trabalho que está sendo realizado.

O enfermeiro e sua inter-relação com o paciente correspondem a uma ação essencial, que dá significado ao conforto, pois o ouvir, ver e sentir vão além da capacidade tecnológica, sendo que estes atos somados à prática reflexiva concretizam e iluminam a beleza da prática de enfermagem.

A experiência dor é dinâmica, e o enfermeiro precisa compreender esse fato e cooperar com os outros membros da equipe de saúde e com o paciente para poder controlar a dor, pois também é responsável pelo gerenciamento do seu tratamento.

Diversos pontos dentro desta temática serão observados, a fim de, demonstrar qual o fator primordial na relação entre dor e paciente; nesse processo, há de observar que, talvez a forma mais adequada seja por vezes o seu pensamento naquele devido momento e a maneira com que interage com o paciente.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Os autores, Marconi e Lakatos (2011)² “descrevem a metodologia científica como sendo um conjunto de abordagens e técnicas utilizado para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de maneira sistemática”. Oliveira (2005 apud Gomes e Brum, 2012)³ acrescenta ainda que a metodologia engloba todos os passos necessários para a construção de um trabalho científico, “surgindo desde a escolha do procedimento para se obter os dados, passando pela identificação do método, técnicas, materiais, instrumento de pesquisa e definição das amostras”.

As características metodológicas deste estudo são de abordagem qualitativa, descritiva e de revisão bibliográfica.

A abordagem qualitativa distingue leis e teorias apresentadas do ponto de vista e suas características facilitam descrever a complexidade do problema e analisa a interação entre variáveis, ajudando a compreender e classificar determinados processos sociais³.

Na pesquisa descritiva se “observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”⁴. Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Nesse tipo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador, que deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece

ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional⁵.

Revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos. Revisão bibliográfica tem dois propósitos: a construção de uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa².

Foi realizado um levantamento sobre o assunto de interesse nas bases eletrônicas SCIELO, LILACS, BVS, BIREME e também busca manual na Biblioteca Prof.^a Ivonne Ribeiro de Almeida da Faculdade do Futuro-Manhuaçu-MG.

Para a inclusão dos temas na revisão de literatura foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos de revistas e capítulos de livros publicados em português; num coorte temporal entre 2006 a 2016 que possuíam maior afinidade com o tema ou continham os descritores: Dor do Câncer; Relações Enfermeiro-Paciente; Analgésicos; Cuidados de Enfermagem.

Foi realizada uma leitura dinâmica nos artigos e capítulos de livros selecionados, verificando a viabilidade e, articulando os conhecimentos abordados em todos os estudos analisados. Após, foram elaborados os objetivos para nortear o estudo.

O desenvolvimento foi construído a partir das informações obtidas através dos estudos, o que proporcionou um relato do paciente oncológico, estágios psicológicos da doença, dor oncológica, o processo da dor, a classificação e tratamento da dor. Por fim, chegamos à conclusão, sintetizando as informações obtidas com a pesquisa de revisão literária.

Justificativa

Ao se falar de cuidado deve-se levar em conta que para o mesmo ocorrer se faz necessário um processo interativo onde o profissional cuidador, no caso o enfermeiro, aplique além de sua habilidade técnica, conhecimentos, intuição e, sobretudo, muita sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado. Nesta perspectiva cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas também, mostrar na relação profissional/cliente, interesse, compaixão, afetividade, consideração que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, e torná-lo satisfeito com o seu viver⁶.

Os estudos evidenciam que a dor, quando não aliviada, limita o indivíduo nas atividades de vida diária, altera o apetite, o padrão de sono, a deambulação, a movimentação, o humor, o lazer, as atividades profissionais, sociais e familiares. Nos doentes com câncer a dor pode desencadear frustração,

processo depressivo, isolamento social e familiar, exacerbação do medo e da dor. A dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores em todas as dimensões: física, psicológica, social e espiritual⁷.

O câncer é um dos fatores de maior incidência de morte ou lesão que afetam as pessoas hoje em dia, sendo este um problema de saúde pública, é com bom senso que a equipe multiprofissional tenta de todas as formas tratar o problema, porém quando este avança, o paciente passa a sofrer com dores, e tentamos por meio desse artigo tirar algumas dúvidas, de modo geral mostrar a importância do correto tratamento para esse paciente.

O processo de adoecimento pelo câncer afeta indubitavelmente as famílias que vivenciam o cotidiano do tratamento de maneira intensa, passando, inclusive, por modificações e reorganizações em sua estrutura para suprir as demandas do parente em acompanhamento. O enfermeiro precisa saber quando ocorre a dor e como ela afeta o doente, para poder ajudá-lo. Para isso é necessário utilizar técnicas de comunicação, as quais envolvem, entre outros aspectos, o respeito pela individualidade do doente, o estabelecimento de uma relação empática, o desejo de sentir o mundo desse indivíduo como se fosse nosso, ter conhecimento da utilização dos medicamentos utilizados para o controle da dor e suas particularidades, e, finalmente, saber escutar e questionar com perguntas simples, e diretas, no sentido de ajudar a compreender a sua dor.

Relevância

O estudo traz informações importantes tanto para os profissionais de saúde que buscarem lê-lo quanto para outros profissionais e também para a população que se interessa por essa área. Servirá como fonte de pesquisa para acadêmicos que buscam conhecer todo esse processo na área da oncologia além também de ser um material rico em observações que podem ser trabalhadas em sala de aula.

O enfermeiro é quem geralmente está próximo nos momentos difíceis e da dor física, é quem o paciente e a família buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos. Assim este profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia, com os temores e principalmente com a dor que podem surgir em diversas situações que envolvem esse cuidar. Assim, considera-se este estudo significativo para compreender a vivência deste profissional no processo da dor ao paciente oncológico.

3. DESENVOLVIMENTO

O paciente oncológico:

Para introduzirmos o assunto, é necessário primeiramente dar um leve pronunciamento sobre câncer. “Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento

desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas”¹.

O câncer é um grupo de doenças com morbidade e mortalidade elevadas e prevalência crescente em nosso meio. No Brasil e no Estado de São Paulo, o câncer é a terceira causa mais frequente de morte nos dois sexos e a segunda no sexo feminino. Nos próximos 30 anos, o aumento do número de casos de câncer será de 20% nos países desenvolvidos e de 100% nos países em desenvolvimento¹.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2016 serão válidas também para o ano de 2017 e apontam a ocorrência de aproximadamente 596.070 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, desses 49% (205.960) em mulheres e 51% (214.350) em homens, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem contar os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 420.310 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, mama, colo retal, colo do útero, e de pulmão para o sexo feminino, e os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, colo retal e estômago para o sexo masculino⁸.

Estágios psicológicos da doença:

Pacientes que recebem diagnóstico de câncer, segundo Kublerand Ross (inclusive abordado em seu livro “Sobre a morte e o morrer” de 1969, mas altamente relacionado em periódicos e pesquisas sobre o tema)⁹ apresentam trajetórias semelhantes, ao passarem por cinco estágios psicológicos diferentes perante a aproximação da morte:

1ª fase: negação e isolamento

O doente, quando confrontado com a notícia de que tinha uma doença potencialmente mortal, reage negando a própria verdade que lhe tinha sido comunicado. Kübler-Ross constatou que o doente entra num estado de choque inicial e, logo de seguida, verbalizava a impossibilidade do acontecido.

2ª fase: raiva

Após um período inicial em que a negação está presente no discurso e ação do doente, este poderá enveredar por sentimentos de raiva e cólera, questionando-se intrinsecamente: “por que eu?”. Esta fase é bastante difícil, tanto para a família, como para os profissionais de saúde. Para Kübler-Ross há que promover a tolerância perante as reações de raiva do doente.

3ª fase: Negociação

Esta fase é a menos conhecida, mas muito

importante para o doente durante um curto período de tempo. Nesta etapa, o doente abandona as reações de raiva e adota a estratégia de negociar mais tempo de vida, prometendo normalmente a entidades divinas mudanças de comportamento.

4ª fase: depressão

Há dois tipos de depressão que merecem atuações diferentes por parte dos profissionais de saúde evidenciando a equipe de enfermagem e da própria família: O doente poderá estar com uma depressão reativa porque simplesmente está preocupado com os cuidados aos filhos pequenos que estão em casa, a quem não pode ajudar por se encontrar hospitalizado. Noutras ocasiões, o doente poderá encontrar-se numa depressão preparatória, com esta reação, o doente está a preparar-se para o seu fim.

5ª fase: aceitação

É um “baixar das armas”, uma rendição do doente perante a iminência da morte. Para os autores, muitos doentes, quando ajudados, alcançarão esta fase, apresentando uma necessidade de acompanhamento em que a comunicação verbal é quase nula. É visto após as cinco fases citadas que o paciente começa a sentir o peso da dor assim que o diagnóstico é descoberto. Ele se habilita a todas as fases, porém a maior dor já é sentida no momento em que a doença o domina, já na fase de aceitação.

Assim, após o trauma do diagnóstico e as manifestações advindas do tratamento, dentre elas a dor, a hospitalização é um contexto importante a ser considerado e enfrentado pelo paciente e família, que antes sequer imaginavam o tamanho real do contexto no qual estavam imergindo¹⁰.

Dor oncológica:

Dor oncológica não é um diagnóstico, e, portanto, não constitui uma síndrome propriamente. Na verdade, a dor é resultante da soma, sinergismo ou combinação de múltiplas possíveis causas de dor do paciente com câncer. Essa dor não evolui necessariamente de modo paralelo a doença neoplásica que a originou¹¹.

A dor é percebida como um estressor para todos os envolvidos no cuidado: equipe, família e paciente. Existe a necessidade de o enfermeiro compreender que o sofrimento do paciente oncológico provocado pela dor e os efeitos do tratamento interferem em vários aspectos e são compartilhados por ele e sua família com a equipe de saúde. Além disso, compete aos profissionais ajudá-los na busca de estratégias de enfrentamento dessas situações de forma efetiva. A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com as características individuais como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos. A dor do câncer pode ser devida ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de investigação; em alguns pacientes pode, também, não estar relacionada à neoplasia¹².

O sofrimento dos doentes é produto da interação da percepção aversiva (dor) com a incapacidade física, isolamento social e familiar, preocupações financeiras e medo da mutilação e da morte⁷. Apenas uma terapêutica abrangente, que leve em consideração dores de etiologias muito diversas, será capaz de abordar a dor oncológica de maneira eficaz. É preciso estabelecer diagnósticos exatos, o que exige conhecimento e muita dedicação por parte do profissional¹¹.

O adequado preparo de enfermeiros é estratégia fundamental para o controle da dor e sintomas prevalentes em pacientes com câncer avançado sob cuidados paliativos. Os enfermeiros são dos profissionais que mais frequentemente avaliam a dor. Avaliam a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais. Colaboram na reorganização do esquema analgésico e propõem estratégias não farmacológicas. Auxiliam no ajuste de atitudes e expectativas sobre os tratamentos, preparam os doentes e treinam cuidadores para a alta hospitalar¹³ (INCA, 2015).

O processo da dor:

O conceito de dor segundo a OMS, (ATUALIZADO 2016)¹⁴, “Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”, ou seja, a dor é uma experiência individual. Dessa forma, basta presumir ou pensar que vai doer, para doer de fato.

A dor é classificada como o quinto sinal vital e seu controle é um direito humano. Deve-se dar importância máxima aos conhecimentos estratégicos para controle da dor, isso se dá primeiramente pelo médico que se encontra responsável¹⁵.

A dor, sintoma mais estudado em todas as faixas etárias, ainda representa um grande desafio para a maioria dos médicos e enfermeiros, podendo chegar à opiofobia, talvez pelo treinamento pouco eficaz ou ausente durante sua formação acadêmica¹⁶.

A avaliação também deve envolver os componentes sensoriais da dor, porém deve-se ter em mente que o indivíduo que vivencia a dor é indagado sobre a situação dessa dor, enfatizando padrão, localização, intensidade e natureza, bem como o grau de alívio obtido pela terapia. Devido à subjetividade do sintoma o auto relato será fundamental nesse processo de avaliação. O padrão da dor é avaliado pelo uso de palavras que descrevem o seu ritmo¹⁷.

Segundo a American Cancer Society (2016)¹⁸ a dor pode ser classificada em aguda ou crônica:

Dor aguda: pode relacionar-se com a fase inicial da doença oncológica ou manifestar-se episodicamente com a progressão do câncer ou, ainda, ser decorrente das intervenções terapêuticas ou diagnósticas, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e exames.

Dor crônica: frequentemente está associada à progressão da doença ou, ainda, pode ser consequência também do tratamento empregado. Este tipo de dor é normalmente causa de prolongada incapacidade de trabalho, convivência social e familiar e de

modificações nas atividades físicas, no sono, no apetite e na vida afetiva.

Tais dores segundo pesquisas realizadas pelo Hospital de Câncer de Ribeirão Preto no início ano de 2015 podem ocasionar transtornos psicológicos, dificuldades emocionais (muito por conta do esforço criado para se manter firme), raramente pode-se ocorrer perda de memória e de concentração, mas já houve casos, além claro de fadiga, cansaço excessivo, sudorese, dispnéia mesmo que leve, pode levar raramente a problemas pulmonares e alterações na sua função.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) (ATUALIZADO 2016)¹⁴, temos algumas formas de se avaliar um processo doloroso seguindo escalas criadas para auxiliar nesse momento. Que são as Escalas unidimensionais para avaliação da dor:

Escala de avaliação numérica (mais usadas: 0 a 10 e 0 a 4). No caso do uso da escala de 0 a 10, sempre explicar ao paciente que “0” é nenhuma dor e “10” o máximo da dor, a dor mais intensa de todas.

Escala analógica visual: nenhuma dor - dor severa.

Escala de Faces (base na escala de Wong Baker).

Escala verbal (“nenhuma dor”, “dor leve”, “dor moderada”, “dor severa”).

Tem-se um padrão brasileiro através da “régua da dor” que ajuda a determinar o sentido dela e o quanto esta pode ser agravante ao paciente.

O início ao alívio dessa dor, passa pela necessidade de abordar a classificação neurofisiológica da dor, sendo ela baseada em mecanismos desencadeantes: nociceptiva, neuropática e complexa ou mista.

Classificação da dor:

Para Brunner e Suddarth, (2017)¹⁵ geralmente, o paciente descreve essas dores da seguinte forma:

Dor Somática: sensação dolorosa rude, exacerbada ao movimento (dor "incidental"). É aliviada pelo repouso, é bem localizada e variável, conforme a lesão básica. Ex.: dores ósseas, pós-operatórias, dores músculo-esqueléticas, dores artríticas, etc.

Dor Visceral: é provocada por distensão de víscera oca, mal localizada, profunda, opressiva, constrictiva. Frequentemente associa-se a sensações de náuseas, vômitos e sudorese. Muitas vezes há dores locais referidas, como por exemplo, em ombro ou mandíbula relacionadas ao coração, em escápula referente à vesícula biliar, e em dorso, referente ao pâncreas. Ex.: câncer de pâncreas, obstrução intestinal, metástase intraperitoneal, etc.

A dor Neuropática: está relacionada a uma disfunção do sistema nervoso central ou periférico. Persistente ou episódica, aguda ou crônica, pode não estar associada a qualquer lesão detectável. É descrita como queimação, ardor, ferroadas, choques e pode ser acompanhada ou não de parestesia e alodínia (estímulos que não gerariam dor são percebidos como dolorosos). Exemplos: neuralgia pós-herpética e neuropatia periférica pós-quimioterapia.

A dor complexa ou mista: será

percebida/encontrada em pacientes com tumores cujo crescimento provoca inflamação e compressão, originando dor com padrões complexos, exigindo, quase sempre, a associação de drogas para o seu controle.

Tratamento da dor:

Evidenciada essa dor, dá-se entrada nesse controle por meio dos diversos e disponíveis fármacos utilizados no alívio, os chamados opióides associados ou não com outras medicações para aumentar seu poderio de ação e duração. No manejo da dor em oncologia, são implementadas condutas farmacológicas e não farmacológicas, no entanto, os profissionais de enfermagem têm restringido sua prática à administração de analgésicos, sendo descrita pela maioria dos participantes da pesquisa como a conduta mais satisfatória para o alívio da dor¹⁹.

Primeiramente, os opióides são muito parecidos com substâncias naturais (chamados endorfinas), fabricadas pelo organismo para controlar a dor. Alguns funcionam melhor do que outros no alívio da dor severa. Estes medicamentos já foram produzidos a partir da papoula, mas hoje em sua maioria são sintéticos. Os opióides funcionam mediante sua ligação com os receptores de opiáceos, que são altamente concentrados nas áreas do cérebro que controlam a dor e as emoções. Quando opiáceos se ligam a estes receptores, podem aumentar os níveis de dopamina nas áreas de recompensa do cérebro, produzindo um estado de euforia e relaxamento e analgesia. Temos opióides endógenos (produzido por nosso corpo) e opióides exógenos (produzidos fora do nosso corpo). Pensem nas ramificações dos opióides endógenos. Nosso corpo é uma maravilha. Mas, voltando aos opióides exógenos, quando nosso corpo não dá mais conta de produzir sua própria analgesia, precisamos de outra fonte para aliviar a dor²⁰.

Falando de opióides temos a Morfina, sendo esta o ingrediente principal do ópio, foi extraído da resina do ópio em 1803. Morfina é dez vezes mais poderosa que o ópio processado, em termos de quantidade. Celebrado como uma droga milagrosa foi largamente prescrita por médicos na metade dos anos 1800 e hoje é utilizada no tratamento de dor aguda severa, por exemplo, na dor do câncer ou na dor visceral¹⁹.

A heroína, hoje considerada uma droga ilícita, foi sintetizado da morfina em 1874 pela primeira vez pela companhia Bayer da Alemanha, a empresa introduziu heroína para uso médico em 1898. Durante anos, médicos não tinham noção do seu potencial de gerar dependência, mas, até 1903, o abuso de heroína havia atingido níveis alarmantes nos Estados Unidos. Uma lei federal a declarou ilegal em 1924²¹.

Além da Morfina temos ainda a Codeína que é outro componente do ópio, costuma ser prescrita por médicos para o alívio da dor moderada e por supressão da tosse. Tem menos potência analgésica que a morfina e geralmente é ingerido oralmente. Como antitussígeno (remédio de tosse), é encontrado em muitas

preparações líquidas. Para finalizar temos ainda a Oxycodona que é sintetizado de tebaína, um terceiro componente do ópio. Similar à morfina, é prescrita por médicos no controle de dor. Oxycodona é de administração oral²⁰.

Quando o quadro tumoral chegar à sua evolução final, quando o paciente estiver por atingir a fase terminal, é preciso que o raciocínio frio e lógico do profissional de saúde seja sobrepujado pela compaixão, pelo bom senso e pela humildade. Chegará o momento em que a única alternativa que resta é a sedação do paciente, na medida do estritamente necessário, para que este possa sair desta vida de forma digna e em paz. Sedação, aqui, significa reduzir temporariamente, através da ação de medicamentos, a capacidade intelectual do paciente, seu nível de consciência, e sua capacidade de reagir, de raciocinar, de permanecer acordado, de contactar com o meio-ambiente. Negar este último direito a um paciente é desumano¹¹.

A essência da dor pode ser definida como um grito por dignidade de vida, que sempre vai pautar por dois valores: de um lado está a ousadia do conhecimento científico, que inova, que transforma, aperfeiçoa que transforma a vida em mais bela, mais saudável, menos enferma e menos sofrida, outro lado fica a prudência de fazer com que a mesma vida não seja manipulada, não seja descartada, nem "cobaizada"²⁰.

Segundo o INCA, baseado no livro da Brunner e Suddarth, (2017)¹⁵ os opioides (os derivados do ópio e classificados em naturais ou sintéticos, fracos ou fortes, e são antagonizados pela naloxona) são os principais medicamentos utilizados. As doses iniciais devem ser as mais baixas doses com resultados, e os ajustes devem seguir uma progressão, chamada "Titulação de Opioides". Se descontinuados abruptamente, podem gerar abstinência.

Brunner e Suddarth, (2017)¹⁵ classificam os opioides como:

Opioides fracos

Codeína: Opióide natural. Prescrever a cada 4 horas;

Tramadol: Opióide sintético. Deve ser prescrito a cada 6 horas. Tem metabolização hepática, fazendo com que as apresentações orais tenham biodisponibilidade cerca de duas vezes maior que a parenteral.

Opioides fortes

Morfina: Droga mais usada para dor moderada a severa cuja meia-vida é de 2 a 4 horas-prescrita, portanto, a cada 4 horas, qualquer que seja a via, oral ou parenteral (IV ou SC).

Fentanil transdérmico: Opióide sintético de ação semelhante à morfina, administrado por via transdérmica ao longo de 72 horas, traduzindo-se numa posologia confortável especialmente nos casos de disfagia, oclusões gastrointestinais com ou sem sonda nasoenteral e insuficiências renal ou hepática graves.

Oxycodona: Opioides sintético com boa disponibilidade por uso oral e poucos efeitos colaterais, porém de alto custo.

Metadona: Opioides sintético de uso especialmente indicado para dor neuropática e dores severas. Boa biodisponibilidade para uso oral, mas a meia-vida imprevisível impõe sua utilização cuidadosa.

4. DISCUSSÃO

Baseado nas pesquisas realizadas fica evidente que se tratando de câncer, a dor é um dos sintomas frequentes, seja ela relacionada à neoplasia, devido à terapia, métodos de investigação e ao estado psicológico.

Ao se tratar do estado psicológico, o paciente com câncer ao saber do seu diagnóstico tende a diminuir sua autoestima, isso se torna relevante quando este acontecimento se une a outros fatores predisponentes ou não, relacionados ou não, ao câncer. Nesse sentido, evidenciamos a dor como um fator característico da doença, trazendo a ele (a) prejuízos tanto fisicamente, psicologicamente e socialmente.

É plausivo a eficácia com que a farmacologia trouxe na tentativa de qualidade de vida para o paciente, a potência de fármacos que sedam e ao mesmo tempo confortam, aliviando de modo grosseiro "a dor".

Essa dor sentida pelo paciente na maioria das vezes é intensa, e este não tem o porquê de senti-la. Todo paciente tem seu direito reservado que o possibilita ao acesso de fármacos que aliviem sua dor, desde leve, moderada ou intensa.

Em se tratando de fármacos, hoje devido a estudos e diversas pesquisas, temos inúmeras possibilidades para manter a estabilidade física do paciente. Devido a essas possibilidades, há ainda, de certa forma, preconceito por conta da população, que ainda busca entender o que esta acontecendo com esse paciente naquele devido momento.

Cada paciente tem um modo de demonstrar sua dor. Dito isso, cada diagnóstico deverá ser dado de forma individual a fim de ser único e exclusivo para cada um. É de extrema importância que os profissionais cuidadores acreditem na veracidade da informação relatada por cada cliente, pois sua dor é subjetiva e cabe somente a ele julgá-la.

Cada substância utilizada no tratamento da dor tem potências variadas, podendo assim levar ao paciente maior ou menor eficácia. Cabe ao profissional atuante limitar tal uso, a fim de trazer benefícios a ele, promovendo bem-estar momentâneo, de forma que este opióide não se torne uma substância abusiva.

Os pacientes com câncer apresentam vários desconfortos que acarretam impacto emocional adverso entre elas a dor. Desta forma, é necessário incentivar estudos que investiguem estratégias de enfrentamento eficazes à redução da dor e do sofrimento nas diferentes fases da doença.

5. CONCLUSÃO

Considera-se que o domínio técnico-científico

possa contribuir para uma melhor assistência ao paciente com dor. No entanto, referente a esta temática podemos constatar que há relatos de falhas de conhecimento, crenças e atitudes equivocadas, inadequada avaliação e insuficiente registro sobre dor e analgesia.

Hoje, a fim de promover a saúde, e buscando assim melhores condições de vida ao paciente, desde o nascimento até a fase final, a ciência juntamente com suas pesquisas, trouxe muitos avanços, inclusive na área farmacologia, proporcionando assim, maior qualidade e eficácia, fazendo com o que hoje possamos ter uma facilidade maior no acesso a alguns fármacos utilizados para ajudar neste processo.

Fica assim evidente, que mesmo em meio à doença, no qual ainda gera um grande impacto para a sociedade, é possível trata-la, e especificamente falando sobre pacientes em fases terminais, fica claro que por mais intensa que seja a dor, o paciente não deve senti-la.

Sendo assim, é notório que a dor de um paciente, sempre deverá ser analisada com muita cautela e segurança, levando em conta todos os tipos de dor que este poderá estar sofrendo. É importante e essencial o vínculo entre o profissional e o paciente, assim como, o saber entender o paciente, levando em consideração tudo o que ele disser, e nunca o ignorar, buscando sempre estar suprindo as necessidades que este poderá estar apresentando.

Há de se notar que a melhor forma abordada seria o alívio por meio dos opioides. Sua farmacologia entra de forma satisfatória de modo a reduzir os danos do cliente. Por mais evidente que seja, ao dispor da utilização de tais fármacos, nós como enfermeiros precisamos ter o cuidado da quantidade a ser administrada, a ponto de não ser frustrante para o profissional por realizar um ato errôneo, tampouco para o paciente por receber várias e várias doses tornando dependente daquela medicação.

Observa-se neste estudo que é de grande importância proporcionar alívio a paciente mesmo que momentâneo, pois este, além de estar sofrendo com o diagnóstico da doença, ainda tende a sofrer com todo o seu psicológico abalado e o transtorno por estar naquele local.

A disponibilidade da enfermagem em estar presente na maioria do tempo junto ao cliente, faz com que o acompanhamento e o cuidar sejam prioridades, pois a continuação do serviço é que demonstra atenção e respeito a ele. A equipe de enfermagem que está presente na grande parte do tempo, sabe onde e como trabalhar com o paciente pois já conhecem o histórico e o que devem ou não realizar por ele a fim de proporcionar um tratamento adequado e sem maiores riscos a sua vida.

De acordo com os achados desta revisão, fica clara a importância e a necessidade do incremento na produção científica sobre a dor na Enfermagem em Oncologia, que ainda pode ser caracterizada como escassa. Logo, o reconhecimento do contexto de

atuação e da necessidade de aprendizado pode ser considerado um fator positivo e propulsor para esse processo. Esse momento indica que novas investigações em prol do aprimoramento contínuo da prática de enfermagem Oncológica, embasada em princípios científicos precisam ser realizadas, à medida que a profissão busca também incorporar as mudanças paradigmáticas emergentes, diante da nova visão da realidade social.

6. REFERÊNCIAS

- [01] INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tratamento e Cuidados paliativos. Atualizado em 2016. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>
- [02] Marconi M De A, Lakatos EM. Metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2011.
- [03] Oliveira MM de, Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações, e teses. 3ª Ed- Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, apud GOMES. Fernanda Cerqueira Boechat, Brum. Pedro Alberto Souza, Cuidados de enfermagem à gestante portadora do vírus HIV e atenção no puerpério. Manhuaçu, 2012.
- [04] Cervo AL, *et al.* Metodologia Científica, 6ª Ed, São Paulo: Pearson Prentice Hal, 2007.
- [05] Barros AJ, Paes E, Lehfeld NA. De Souza. Fundamentos de Metodologia Científica. 3ª Edição. Editora Pearson, 2007, São Paulo.
- [06] Rigoti MAE, Ferreira AM. Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor. Arquivos de Ciências e Saúde, 2005, jan-març: 12(1): 50-4. Acesso em: 12/11/2016. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>
- [07] Cam PE, Koizumi MS. Analgesia em câncer: crenças e atualização. Rev.Esc Enfermagem, USP 2013; 27(2):309-14.
- [08] Rodrigues A, Bezerra e Oliveira P. Peres. Oncologia para Enfermagem. 1ª Ed. Editora Manole, São Paulo, 2016.
- [09] KÜBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 9. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008
- [10] Motta MGC, Diefenbach GDF. Dimensões da vulnerabilidade para as famílias da criança com dor oncológica em ambiente hospitalar. Esc. Anna Nery vol.17 no.3 Rio de Janeiro July/Aug. 2013.
- [11] Konrad H. Dor clínica – Tratamento de dores crônicas. 1ª edição, 2014. Disponível em: <<http://www.dor.med.br/clinica/onco.htm>>
- [12] Stübe M, Cruz CT, Stumm EMF, Gomes JS, Benetti ERR. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. REME rev. min. enferm; 19(3): 696-703, jul.-set. 2015.
- [13] INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tratamento e Cuidados paliativos. Dados objetivos 2015. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015>>
- [14] OMS – Organização Mundial de Saúde. Dados atualizados de 2016. Disponível em <<http://www.who.int/topics/cancer/en/>>

- [15] Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico – cirúrgico, Volume 2 – 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2017.
- [16] Thomaz A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. 1.ed, artigo 2, 2010. Disponível em http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf
- [17] SBED – Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. 5º sinal vital. Revisado em 2015. Disponível em: <http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65> (Capítulo Brasileiro da Internacional Association for the Study of Pain – IASP, 2009).
- [18] American Cancer Society. Disponível em: <<http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/>>
- [19] Posso MBS, Giaretta VMA, Santanna ALG, Ranzani RCM, Gouvea AL. Percepção dos enfermeiros sobre o tratamento da dor crônica não maligna com opioides. Rev. dor vol.14 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2013.
- [20] Oliveira C. Opióide, fármaco topo da escada de controle da dor. Mundo sem dor. V. 01, 2013. Disponível em: <http://www.mundosemdor.com.br/opioide-farmaco-controle-da-dor/>
- [21] Nogueira MF, Lima JP, Henriques MERM, Freire RMH, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Dor: identificando os métodos de avaliação e descrevendo o cuidado de enfermagem. Revbrasenferm, 2014.