

Pain and dyspnea control in cancer patients of an urgency setting: nursing intervention results

Controle da dor e dispneia de pacientes com câncer no serviço de urgência: resultados da intervenção de enfermagem

Ana Filipa Nunes Ramos¹, Ana Patricia Marques Tavares¹, Susana Maria Sobral Mendonça²

DOI 10.5935/1806-0013.20170033

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: To outline best practices guidelines to control pain and dyspnea of cancer patients in an urgency setting.

CONTENTS: PI[C]O question, with resource to EBSCO (Medline with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), retrospectively from September 2009 to 2014 and guidelines issued by reference entities: Oncology Nursing Society (2011), National Comprehensive Cancer Network (2011; 2014) and Cancer Care Ontario (2010), with a total of 15 articles. The first stage for adequate symptoms control is systematized evaluation. Pharmacological pain control should comply with the modified analgesic ladder of the World Health Organization, including titration, equianalgesia, opioid rotation, administration route, difficult to control painful conditions and adverse effects control. Oxygen therapy and noninvasive ventilation are control modalities of some situations of dyspnea, where the use of diuretics, bronchodilators, steroids, benzodiazepines and strong opioids are effective strategies. Non-pharmacological measures: psycho-emotional support, hypnosis, counseling/training/instruction, therapeutic adherence, music therapy, massage, relaxation techniques, telephone support, functional and respiratory reeducation equally improve health gains.

CONCLUSION: Cancer pain and dyspnea control require comprehensive and multimodal approach. Implications for nursing practice: best practice guidelines developed based on scientific evidence may support clinical decision-making with better quality, safety and effectiveness.

Keywords: Cancer pain, Dyspnea, Nursing interventions, Urgency service.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Delimitar linhas orientadoras de boa prática no controle da dor e dispneia, de pacientes com doença oncológica em serviço de urgência.

CONTEÚDO: Pergunta PI[C]O, com recurso à EBSCO (Medline with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), retrospectivamente de setembro de 2009 até 2014 e guidelines emanadas por entidades de referência: *Oncology Nursing Society* (2011), *National Comprehensive Cancer Network* (2011; 2014) e *Cancer Care Ontario* (2010), dos quais resultou um total de 15 artigos. A primeira etapa para um controle adequado de sintomas é uma apreciação sistematizada. O tratamento farmacológico da dor deve-se reger pela escada analgésica modificada da Organização Mundial da Saúde, com inclusão da titulação, equianalgesia, rotatividade de opioides, vias de administração, condições dolorosas de difícil tratamento e controle de efeitos adversos. A oxigenoterapia e ventilação não invasiva são modalidades de controle de algumas situações de dispneia, onde a utilização de diuréticos, broncodilatadores, corticoides, benzodiazepínicos e opioides fortes são estratégias eficazes. As medidas não farmacológicas: apoio psicoemocional, hipnose, aconselhamento/treino/instrução, adesão terapêutica, musicoterapia, massagem, técnicas de relaxamento, apoio telefónico, reeducação funcional e respiratória aumentam igualmente os ganhos em saúde.

CONCLUSÃO: O controle da dor oncológica e dispneia exigem uma abordagem compreensiva e multimodal. Implicações para a prática de Enfermagem: linhas orientadoras de boa prática, desenvolvidas com base na evidência científica podem suportar uma tomada de decisão clínica com maior qualidade, segurança e efetividade

Descritores: Dispneia, Dor oncológica, Intervenções de enfermagem, Serviço de urgência.

INTRODUÇÃO

Globalmente, todos os anos surgirão mais 14 milhões de novos casos de pessoas com câncer e a expectativa é que triplique em 2030, como resultado também da sobrevivência¹. Os sobreviventes continuam a experimentar significativas limitações, comparativamente com todos aqueles sem história de câncer². A presença de sintomas persiste permanentemente, derivada dos efeitos adversos diretos da neoplasia, do tratamento, da exacerbação e/ou do surgimento de novos, associados à recidiva ou segundo câncer³.

1. Centro Hospitalar Médio Tejo, Departamento de Enfermagem, Abrantes, Portugal.

2. Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

Apresentado em 30 de outubro de 2016.

Aceito para publicação em 27 de março de 2017.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Av. Maria de Lourdes de Mello Castro - Ap. 118

2304-909 Abrantes, Portugal.

E-mail: ramos.anafilipa@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

O hospital, particularmente, o serviço de urgência, continua a ser um dos sistemas de suporte mais utilizado⁴. Os sintomas têm sido estudados separadamente, todavia investigações recentes suportam a necessidade de uma visão integrativa. A dor, a dispnéia, a fadiga, o estresse emocional surge em simultâneo e são interdependentes. Desse modo, advém a designação de *cluster* sintomas, quando dois ou mais sintomas apresentam uma inter-relação entre si, tendo em conta que podem partilhar a mesma etiologia e produzir efeito cumulativo no funcionamento da pessoa⁵. A dor assume particular ênfase ao ser um item presente em todas as múltiplas escalas de avaliação de sintomas, bem como é o motivo mais frequente de recurso ao serviço de urgência, assim como a evidência sugere que também predomina um inadequado controle analgésico nesse contexto⁶. A incidência da dor no início do trajeto da doença está estimada em 50% e é incrementada para aproximadamente 75% em estágios avançados, o que significa que o sobrevivente não a vivencia apenas como resultado imediato do tratamento⁵. Numa fase avançada da doença a dispnéia é um dos sintomas que assume particular relevância, surge frequentemente associada à dor (cerca de 45%), representado um *cluster* sintomas indutor de maior ansiedade e fadiga responsável pela procura de cuidados de saúde, pelo que é fundamental um sério investimento no seu controle³⁻⁶. Nesse sentido, pretende-se enunciar quais as linhas orientadoras de boa prática de enfermagem no controle da dor e dispnéia, de paciente com doença oncológica, no serviço de urgência.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Como ponto de partida foi formulada a seguinte questão de partida, em formato PI[C]O: Quais as linhas orientadoras de boa prática (Intervention) no controle da dor e dispnéia (Outcomes) em pa-

cientes com doença oncológica (Population) no serviço de urgência (*Setting*)? A base de dados eletrônica utilizada incidiu sobre a EBSCO (Medline with Full TEXT, CINAHL, Plus with Full Text, British Nursing Index), onde os descritores foram pesquisados com a seguinte ordem: [*guideline OR practice guideline OR evidence based practice OR randomized controlled trial*] AND [*symptoms control OR dyspnea OR tachypnea OR cheyne-stokes respiration OR respiratory sounds OR chronic pain OR cancer pain OR breakthrough pain*] AND [*oncology nursing OR emergency care OR acute care OR palliative care*]. Os descritores foram procurados, retrospectivamente de setembro de 2009 até 2014, resultando em um total de 12 artigos. Nos critérios de inclusão englobam-se ainda as *guidelines* emanadas por entidades de referência na problemática: *Oncology Nursing Society* (2011), *National Comprehensive Cancer Network* (2014) e *Cancer Care Ontario* (2010). Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos em ambas as bases de dados (n=3), idade inferior a 18 anos e com data anterior a 2009. No total, obteve-se um total de 15 artigos, como se esquematiza na figura 1.

Optou-se por seguir os critérios aprovados pela *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ), expressos em *National Guideline Clearinghouse*, com foco igualmente na oncologia⁷. Paralelamente, atende ao raciocínio do *National Comprehensive Cancer Network*⁸, em que para uma segura e consistente aplicação nos contextos clínicos, somente são aceitáveis níveis de evidência considerados de elevada qualidade, ou seja, até 2^a, discriminados na tabela 1.

RESULTADOS

Primeiramente, apresentam-se os resultados referentes à dor oncológica, subdivididos em avaliação inicial, tratamento farmacológico e

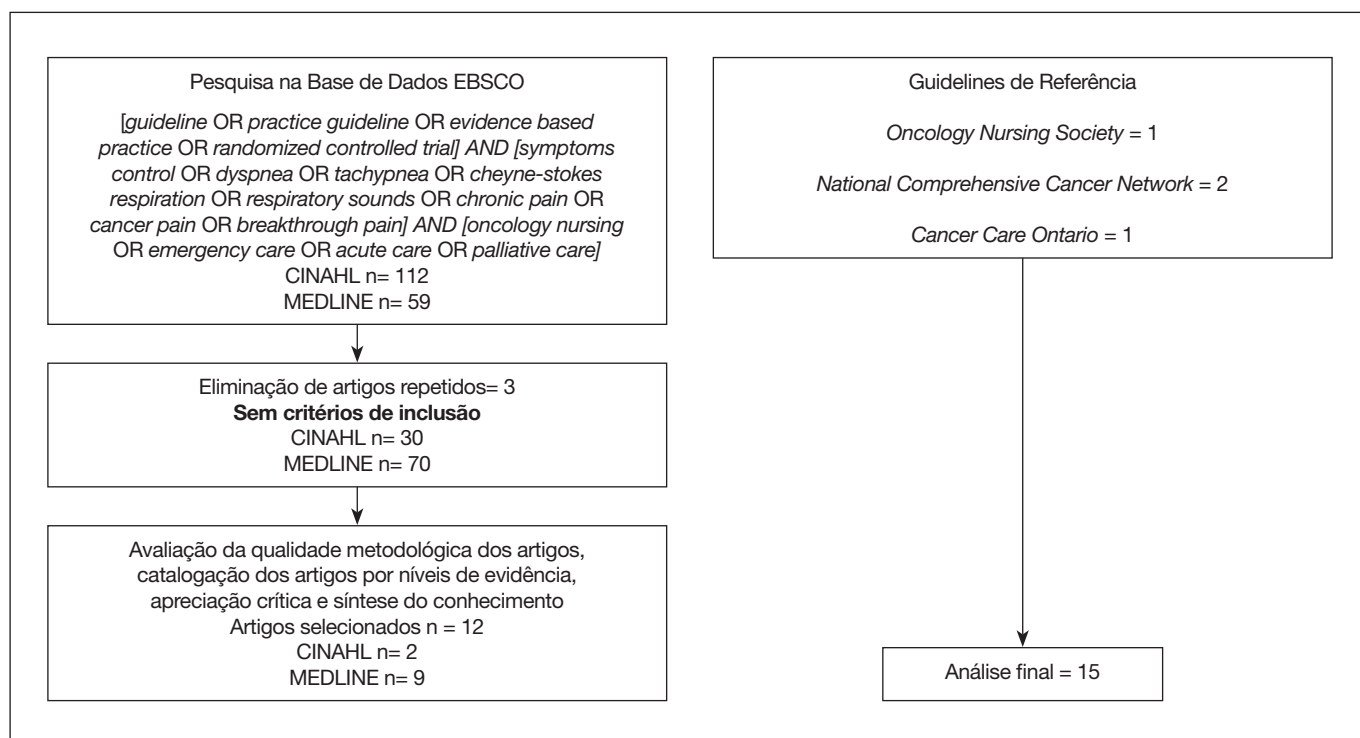


Figura 1. Processo de pesquisa e seleção de artigos, no período de 2009/01/01 a 2014/10/09

Tabela 1. Níveis de evidência adaptados⁷

Níveis	Tipos de Evidências
1 ^a	Evidência de alta qualidade, obtida a partir de meta-análises, revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (RCT)
1b	Evidência obtida a partir de pelo menos um RCT
2 ^a	Evidência obtida a partir de estudos de caso-controle de alta qualidade ou de coorte, com um risco muito baixo de viés e uma grande probabilidade de relação causal
2b	Evidência obtida a partir de pelo menos outro tipo de estudo bem desenhado quase-experimental
3	Evidência obtida a partir de estudos não experimentais bem desenhados, como estudos de correlação ou estudos de caso
4	Evidência obtida a partir da opinião de especialistas ou de Identidades reconhecidas/ autoridades respeitáveis

não farmacológico, vias de administração e controle de efeitos adversos, onde se inserem também as recomendações encontradas quanto à formação dos enfermeiros, conforme demonstra a tabela 2.

Paralelamente, no que concerne ao controle da dispneia, a boa prática inicia-se, de igual modo, em uma apreciação inicial estruturada, que permite averiguar a necessidade de realização de

oxigenoterapia ou ventilação não invasiva, assim como quais as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais adequadas, como se explicita na tabela 3.

Deste modo, é possível inferir que, apesar de a dor oncológica e dispneia apresentarem uma estreita relação, exigem uma abordagem específica e diferenciada, com potencial sinérgico.

Tabela 2. Linhas orientadoras de boa prática no controle da dor, da pessoa com doença oncológica

	Utilizar instrumentos de autoavaliação	<ul style="list-style-type: none"> Escala das faces Revista Escala de faces de Wong-Baker Escala de avaliação numérica Escala qualitativa Escala de avaliação de sintomas de Edmonton Inventário resumido da dor
	Utilizar instrumentos de heteroavaliação	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da dor na demência avançada Escala do observador Versão portuguesa da escala da dor <i>Behavioral Pain Scale</i>
Apreciação da dor oncológica	Avaliar as características da dor oncológica	<ul style="list-style-type: none"> Intensidade Frequência Tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista) Localização e/ou presença de irradiação Duração da dor e padrão de dor (contínua/ fim de dose/ irruptiva) Fatores de alívio e de exacerbação Resposta ao esquema analgésico atual e de resgate Existência de outros sintomas associados Interferência nas atividades de vida diárias
	Avaliar estado psicoemocional	<ul style="list-style-type: none"> Grau de preocupação com a doença Grau de ansiedade Diagnóstico prévio de depressão e/ou distúrbios de personalidade Presença de ideação suicida Presença de preocupações espirituais
		Averiguar a existência de outras comorbidades e/ou comportamentos aditivos
		Averiguar realização de tratamentos oncológicos prévios ou atuais
		Realizar análise compreensiva da etiologia da dor oncológica com resultados analíticos e de imagem
	Dor leve (WHO step I – EAN 1-3)	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol (dose máx: 4g/dia) AINES: ibuprofeno (dose máx: 3200mg) e ceterolaco (15-30mg EV 6/6h) no máximo durante 5dias Inibidores da bomba de prótons ou bloqueadores dos receptores de H₂ no tratamento com AINES. Descontinuar AINES, se função hepática aumentar 1,5 do limite normal
Tratamento farmacológico da dor oncológica	Dor leve a moderada (WHO step II – EAN 4-6)	<ul style="list-style-type: none"> Considerar opioides fracos: codeína (≤360mg/dia) ou tramadol (≤400mg/dia: 100mg 4x/dia) PO Se controle inadequado, optar por opioides fortes em pequenas doses: morfina (≤30mg/dia), oxycodona (≤20mg/dia) e hidromorfona (≤4mg/dia)
	Dor moderada a intensa (WHO step III – EAN 7-10)	<ul style="list-style-type: none"> Dor intensa e instável recomenda-se fórmulas de rápida absorção Analgésicos não opioides devem ser utilizados simultaneamente com os opioides na dor contínua A dose regular de opioides fortes pode ser aumentada em pessoas que com dor contínua (dose sem teto) O fentanil ou a buprenorfina transdérmicos são alternativas na incapacidade de deglutição ou insuficiência renal de grau 4 ou 5 O tapentadol é um analgésico de ação central, aconselhado na dor neuropática, com uma dose inicial de 50-100mg PO, com uma dose máxima de 500mg/dia, de administração 12/12h

Continua...

Tabela 2. Linhas orientadoras de boa prática no controle da dor, da pessoa com doença oncológica – continuação

	<p>Técnicas invasivas estão recomendadas na dor intensa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) referenciada a zonas de inervação de plexos nervosos; 2) sem resposta à rotatividade de opioides; 3) com necessidade de administração de grandes doses de opioides; 4) efeitos adversos significativos pelos métodos convencionais <p>Desaconselhada nas coagulopatias, imunossupressão e expectativa de vida inferior a 6 meses</p> <p>A via espinhal (peridural e subaracnóidea) permite o bloqueio no neuroeixo. Na via peridural é apenas necessário 20-40% da dose sistêmica para a equianalgesia. Na via subaracnóidea deve-se utilizar 10% da dose sistêmica de opioides</p> <p>A eficácia da administração local de agentes anestésicos é superior à utilização da via subcutânea</p> <p>A morfina e os anestésicos locais, como a bupivacaína, são os mais recomendados</p> <p>Na dor visceral está recomendada a utilização de bloqueio do sistema simpático</p>
Dor moderada a intensa refratária (WHO step IV – EAN 7-10)	
Titulação	<p>Realizada com um suplemento de opioide forte (equivalente a 10-15% da dose total habitual) do mesmo fármaco, mas sempre de rápida ação</p> <p>Via oral ou endovenosa</p> <p>Via endovenosa está indicada na necessidade de rápido controle da dor</p> <p>A metadona, tem uma meia-vida variável, pelo que se recomenda a sua titulação durante 5-7 dias</p>
Rotatividade de opioides	<p>No cálculo da equianalgesia deve ser contabilizada a dose total de opioides realizada nas 24h</p> <p>Considerar quando não se consegue um balanço satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos</p> <p>Começar com uma dose mais baixa do que a calculada pelas tabelas de equianalgesia</p> <p>Iniciar apenas opioides transdérmicos na dor razoavelmente controlada</p> <p>Os antidepressivos e anticonvulsivantes são considerados adjuvantes de primeira linha</p> <p>Na dor neuropática neurálgica lancinante (tipo choque) sob opioides recomenda-se a inclusão de anticonvulsivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) carbamazepina (100mg 2x/dia até máximo de 400mg/dia) atenção somente em dor na região da cabeça até 1200 mg/dia 2) gabapentina (100 a 300mg em dose única à noite para limitar a sedação, pode ser titulada até um máximo de 900mg-3600/dia repartida em 2 ou 3 tomadas) 3) pregabalina (iniciar com uma dose de 50mg 3x/dia e aumentar para 100mg, até um máximo de 600mg) <p>Antidepressivos tricíclicos (amitriplina) devem ser iniciados em baixas doses 10-25mg/dia até 75mg (devem ser titulados em 1 ou 2 semanas para minimizar efeitos secundários: sedação, xerostomia e urgência urinária)</p> <p>Associar dexametasona na dor neuropática visceral e óssea, em situações de agudização (4 a 8mg 2 a 3x/dia)</p> <p>A cetamina em doses baixas pode produzir analgesia e modular a sensibilização central, a hiperalgesia e a tolerância aos opioides</p>
Tratamento farmacológico da dor oncológica	
Dor neuropática	
Dor visceral (Oclusão Intestinal Maligna)	<p>Octreotídeo por via subcutânea ou venosa (0.1 a 0.2mg de 8/8h ou 12/12h) para reduzir as secreções gastrintestinais</p> <p>Butilscopamida e os corticoides podem ser utilizados em associação, com pausa alimentar e eventual intubação gástrica para descompressão</p>
Dor breakthrough	<p>Ocorre quando a dor basal está relativamente controlada</p> <p>Atinge um máximo aos 5 minutos, com uma curta duração (entre 30-60min), que ocorre 3-4 vezes/ dia</p> <p>Se surge no término da meia-vida do opioide, não se deve antecipar a próxima tomada, mas aumentar a dose do opioide regular de longa duração e/ ou reduzir o intervalo entre as doses</p> <p>Se o estímulo desencadeante está identificado, recomenda-se implementar uma dose profilática de resgate (10-20% da dose diária habitual de rápida absorção), antes desse estímulo</p> <p>A necessidade de fazer frequentes doses de resgate significa que o esquema de administração regular deverá ser alterado</p> <p>Os opioides fortes são aconselhados no tratamento de 1.ª linha</p> <p>A titulação de opioides, a introdução de adjuvantes e as tomadas sempre a horas regulares são medidas importantes no controle</p> <p>Para terapêutica de resgate recomenda-se opioides com início de ação rápida</p> <p>Utilizar o mesmo opioide de ação rápida e mantê-lo nas fórmulas de ação prolongada</p> <p>Morfina EV comparativamente ao fentanil transmucoso tem uma eficácia superior aos 15 minutos. Aos 30 minutos não existe diferença estatística significativa</p> <p>Não existe dose equinalgésica para o fentanil transmucoso, pelo que se deverá começar com baixas doses e ser cuidadosamente titulado</p>
Vias de administração	<p>Selecionar, preferencialmente, a via de administração oral, reduz a incidência de efeitos adversos</p> <p>Via subcutânea é simples e eficaz para a administração de morfina, sendo a primeira escolha quando via oral ou transdérmica não estão disponíveis</p> <p>A via endovenosa pode ser considerada quando a subcutânea está contraindicada: anasarca, distúrbios na coagulação, hipoperfusão periférica, necessidade de infusão de volumes ou doses elevadas)</p>

Continua...

Tabela 2. Linhas orientadoras de boa prática no controle da dor, da pessoa com doença oncológica – continuação

Tratamento farmacológico da dor oncológica	Controle de efeitos adversos	Obstipação	Introduzir laxantes durante a administração de opioides Obstipação persistente recomenda-se a combinação de laxantes, com diferentes modos de atuação Enemas de limpeza ou microclisteres, em último caso e em situações isoladas Na obstipação grave recomenda-se a exclusão de oclusão intestinal Na obstipação crônica recomenda-se a rotação de opioides Incentivo a dieta rica em fibras, ingestão hídrica adequada e exercício físico moderado
		Náuseas e vômitos	Metoclopramida (10-15mg PO 3x/ d) ou haloperidol (0.5-1mg PO de 6-8h) com atenção à ocorrência de discinesia na utilização prolongada Identificar a etiologia das náuseas (doença do SNC, quimioterapia, radioterapia e hipercalemia) Na náusea/vômitos persistentes considerar a administração de antagonistas da serotonina, como o ondansetron ou granisetron A utilização de dexametasona pode ser considerada e de olanzapina 2,5-5mg, sobretudo nas situações de oclusão intestinal
		Sobredose/sonolência/prostração	Na insuficiência renal grau 4/ 5 (índice de filtração glomerular < 30mL/min) administração de doses mais baixas de opioides, seguida de uma cuidadosa titulação Efeitos adversos da quimioterapia, inibidores da angiogênese: trombocitopenia, coagulopatia, toxicidade renal, hepática e cardiovascular pode ser potenciada com AINES em simultâneo Aporte hídrico adequado para evitar a acumulação de metabolitos séricos, responsáveis pela sonolência e falência renal
		Depressão respiratória	Monitorizar fatores de risco Administração de naloxona (0.4mg/1mL) em 10mL de solução fisiológica e administrar 1-2mL todos os 30-60seg. Pode existir necessidade de repetição, dado que a meia-vida dos opioides é superior à naloxona (30-60minutos)
Tratamento não farmacológico da dor oncológica		Individualização dos cuidados de enfermagem Inclusão da pessoa significativa no plano terapêutico Apoio psicoemocional Aconselhamento/ educação para a autogestão da saúde/ educação para a saúde Follow-up telefônico Linha telefônica de apoio Boletim informativo, com esquema analgésico incluído Técnicas de relaxamento e imagem guiada Hipnose Estimulação elétrica nervosa transcutânea Massagem terapêutica, aplicação de calor/ quente Musicoterapia Enfermeiro como gestor de caso na adesão terapêutica	
Formação em dor oncológica		Prática baseada na evidência: integração de linhas orientadoras de boa prática Auditoria e <i>feedback</i> das práticas no controle da dor oncológica	

AINES = anti-inflamatórios não esteroides; EAN = escala de avaliação numérica

Tabela 3. Linhas orientadoras de boa prática no controle da dispneia, da pessoa com doença oncológica

Apreciação da dispneia	Utilizar o acrônimo O, P, Q, R, S, T, U e V	<i>Onset</i> : Começo, frequência e duração <i>Provoking/ Palliating</i> : fatores de alívio e exacerbação <i>Quality</i> : descrição <i>Regional/ Radiation</i> : existência de associação com outros sintomas <i>Severity</i> : intensidade <i>Treatment</i> : regime terapêutico, eficácia e efeitos adversos <i>Understanding</i> : compreender a etiologia atribuída <i>Values</i> : objetivo no controle da dispneia
		Avaliar o estado psicoemocional Avaliar a existência de outras comorbidades Utilizar instrumentos de avaliação, que incluam a dispneia: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, Escala de ansiedade e depressão clínica (HADS), Índice de Dispneia Modificado (MDI) Despistar as causas da dispneia subtratadas, que exijam pericardiocentese, pelurodese, toracocentese, broncofibroscopia, suporte transfusional ou antibioterapia
Oxigenoterapia e ventilação não invasiva		Na dispneia refratária, não se recomenda a administração de oxigenoterapia, com gasimetria arterial sem hipoxemia ou com SpO ₂ > 90% Nas situações de hipoxemia, associada a hemoglobina < 10g/L, doença pulmonar obstrutiva crônica ou hábitos tabágicos exacerbados pode se recorrer à administração de oxigênio, preferencialmente, por óculos nasais até 2L/min A utilização temporária de ventilação não invasiva (CPAP e BiPAP) pode estar indicada no alívio de condições graves reversíveis

Continua...

Tabela 3. Linhas orientadoras de boa prática no controle da dispnéia, da pessoa com doença oncológica – continuação

A utilização de broncodilatadores e/ou diuréticos na estase pulmonar	
Estratégias farmacológicas	<p>Dispneia ligeira (ESAS 1-3)</p> <p>Opioides, com uma titulação cuidadosa</p> <p>Sem opioides prévios</p> <p>5mg morfina de rápida ação PO 4 em 4h, com 2,5mg de resgate se após 2h existir dispnéia refratária</p>
	<p>Com opioides prévios</p> <p>Aumentar 25% da dose habitual (considerar últimas 24h)</p> <p>Resgate com 10% da dose total de opioides realizados nas últimas 24h, mantendo a mesma via e dose. Na via oral pode ser repetida de 2 em 2h e na via SC de 1 em 1h</p>
	<p>Dispneia moderada (ESAS 4-6)</p> <p>3mg de morfina SC de 4 em 4h, com 1,5mg de resgate se após 1h existir dispnéia refratária</p> <p>As benzodiazepinas podem ser consideradas no controle da ansiedade</p> <p>Na DPOC pode se beneficiar da utilização durante 5 dias de dexametasona (8mg/dia) ou prednisolona (50mg/dia)</p> <p>Sem DPOC pode se beneficiar da utilização de corticoides durante 5 dias para estimular o apetite ou controlar a dor</p> <p>Dispneia acompanhada de ansiedade, náuseas ou agitação pode justificar a utilização de clorpromazina 7,5-25mg PO de 6/6h ou 8/8h</p>
Estratégias não farmacológicas	<p>Dispneia grave (ESAS 7-10)</p> <p>Sem opioides prévios</p> <p>Administração SC ou EV de 2,5mg de opioide forte. Se bem tolerada, pode se repetir a dose após 30 minutos</p>
	<p>Com opioides prévios</p> <p>Administração de <i>bolus</i> de 10% da dose total de opioides nas últimas 24h, após realizar a equianalgesia de PO para SC ou EV. Se a dispnéia persistir a dose pode ser aumentada para 25%</p> <p>Controle e dissociação dos tempos respiratórios</p> <p>Treino da tosse eficaz assistida</p> <p>Posicionamento para reduzir o trabalho respiratório</p> <p>Aplicação de frio facial, para estimular o nervo trigêmeo</p> <p>Considerar a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis</p> <p>Apoio psicoemocional</p> <p>Gestão da ansiedade da pessoa/ cuidador/ família, com exploração do significado da dispnéia para a pessoa, doença e expectativa de vida</p> <p>Exercícios de relaxamento e visualização</p> <p>Considerar ajuste de hábitos nutricionais e hídricos</p> <p>Educação para a autogestão do regime terapêutico</p> <p>Referenciação para outros serviços/ profissionais de saúde: unidade da dor, reabilitação funcional e respiratória, cuidados paliativos, saúde mental e psiquiátrica</p>

DISCUSSÃO

A apreciação da dor é considerada a primeira etapa para um controle eficaz da dor, que inclui instrumentos de auto e heteroavaliação que possibilitam uma dimensão mais mensurável, onde o discurso da pessoa é o *gold standard* na colheita de dados. As características da dor, a sua influência no estado psicoemocional, nas atividades de vida diária, a existência de outras comorbidades e/ou comportamentos aditivos, a realização de tratamentos oncológicos prévios ou atuais, os dados analíticos e de imagem relacionados com a etiologia da dor são aspectos considerados fundamentais em uma análise compreensiva da pessoa com dor oncológica⁸⁻¹¹.

São vários estudos que propõem a seleção de um regime analgésico para a gestão da dor oncológica baseado na intensidade, descrita na escada analgésica modificada da OMS, que frisa a via oral como a preferencial, esquemas regulares de prescrição e hora fixa para controle da dor. As doses de resgate devem ser adicionadas em episódios de dor intensa, que se manifestem apesar das doses regulares. As diretrizes salientam a importância de abordar o estresse psicossocial, a intervenção paliativa e as estratégias não farmacológicas, sendo estes últimos os aspectos menos valorizados nos artigos encontrados^{9,10,12}. Ripamonti et al.⁹ alertam para existência de estudos aleatorizados controlados (RCT) que revelam que a morfina em baixas doses na

dor ligeira a moderada é mais eficaz e tem menos efeitos adversos, quando comparada com a utilização de tramadol.

Os opioides possuem diferentes propriedades farmacocinéticas, como a velocidade em atravessar a barreira biológica, a difusão passiva e ativa, sendo ainda sujeitos ao polimorfismo genético do indivíduo. O sucesso da rotatividade está aproximadamente calculado em mais de 50%¹⁴, pelo que é considerada uma técnica útil no controle da dor, que deve atender aos princípios de dose equianalgésica^{10,11,13}. As dores neuropáticas, ósseas, viscerais e *breakthrough* são condições de difícil controle, onde está recomendada a associação de adjuvantes^{8-10,13}. A dor *breakthrough* possui prevalência oscilante entre 19 e 95%, com impacto significativo na qualidade de vida, sendo uma condição dolorosa de difícil controle. Paralelamente, é reconhecida a importância de enfermeiros especialistas em oncologia para incrementar o sucesso das intervenções farmacológicas, nomeadamente por meio de uma bateria de perguntas para estabelecer a diferenciação entre a dor *breakthrough* e dor basal não controlada, na apreciação inicial^{8,11}.

No controle de efeitos adversos, o risco de depressão respiratória induzida por opioides é o mais temido pelos profissionais de saúde. Jarzyna et al.¹⁵ recomendam regular vigilância do estado de consciência da pessoa, atendendo aos fatores de risco individuais, iatrogênicos e fármaco-sinérgicos. Os distúrbios gastrintestinais são os efeitos adversos mais frequentes e exigem uma abordagem multimodal^{8,9}.

No que se refere às estratégias não farmacológicas, os cuidados de enfermagem centrados na pessoa, que privilegiem a individualização e inclusão de pessoa significativa, aumentam os resultados em saúde. Intervenções direcionadas para o aconselhamento, educação para a autogestão, treino/ instrução, *follow-up* telefônico, educação para a saúde e gestão de caso, com interligação com outros profissionais de saúde e serviços de saúde incrementam a adesão terapêutica e satisfação com os cuidados^{8,9,11,12,15}. A massagem terapêutica, aplicação de quente e/ou frio, posicionamento, hipnose, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e musicoterapia são consideradas medidas que potencializam o regime farmacológico^{8,12}.

No que concerne à dor oncológica, a implementação de auditoria e devolução de *feedback* de registros escritos, em um grupo de 46 enfermeiras, possibilitou aumentar a notificação de efeitos secundários (2-83%), uso de instrumentos de mensuração da dor (22-75%) e a utilização de estratégias de educação/treino para o autocuidado, incluindo cuidadores (0-47%)¹⁶.

Na avaliação da dispneia, a literatura sugere a utilização do acrônimo O, P, Q, R, S, T, U e V¹⁷. Relativamente aos instrumentos a incluir na sua apreciação, recomenda-se a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton System Assessment Scale*), HADS, Índice de Dispneia Modificado (MDI) e a validação para a realidade portuguesa da *Numerical Rating Scale (NRS) for breathlessness, Modified Borg e Chronic Respiratory Questionnaire*¹⁷. A etiologia da dispneia deve ser cuidadosamente investigada, para determinar a necessidade de outras técnicas complementares para o seu alívio¹⁸.

LeBlanc e Abernethy¹⁹ desenvolveram um estudo com 239 pessoas com dispneia refratária, em cuidados paliativos, com PaO₂>55mmHg, PCO₂<50mmHg e hemoglobina≥10g/L sobre as vantagens de administrar ou não administrar oxigênio, durante 7 dias, concluindo que não existe diferença estatisticamente significativa. Os efeitos adversos aumentaram no grupo submetido a oxigenoterapia, nomeadamente a xerostomia, irritação da mucosa nasal e epistaxis. A utilização de ventilação não invasiva em situações reversíveis, oxigenoterapia nas situações de hipoxemia, broncodilatadores, corticoides, benzodiazepínicos, clorpromazina e diuréticos são medidas de controle, com eficácia testada¹⁷⁻²⁰.

No controle da dispneia a utilização de opioides fortes é uma medida a considerar, em que a dose recomendada varia de acordo com a intensidade e esquema analgésico prévio, com ou sem opioides¹⁷. Não se encontra recomendada na literatura a administração de opioides ou de outro tipo de fármacos por nebulização, no tratamento da dispneia^{18,20}. As estratégias não farmacológicas vocacionadas para reabilitação funcional e respiratória, aplicação de frio, adoção de estilos de vida saudáveis, educação para a auto-gestão / aconselhamento, apoio psicoemocional e exercícios de relaxamento/ visualização no controle da ansiedade e a referência para outros profissionais de saúde/ serviços permitem um melhor controle da dispneia¹⁷⁻²¹.

CONCLUSÃO

A eficácia do regime farmacológico e/ou controle de efeitos adversos pode ser potencializada pela utilização, em simultâneo, de técnicas não farmacológicas, que contribuem para a redução da intensidade da dor

basal e controle das exacerbações, aumentam o conforto, bem-estar, reduzem o nível de ansiedade, dor e dispneia, que são resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem²². Concomitantemente, a manifestação de um sintoma raramente ocorre de forma isolada, pelo que tanto a avaliação, como o tratamento demandam uma abordagem compreensiva e multimodal. Dado que a combinação de dois ou mais sintomas vivenciados em simultâneo, pode conduzir a níveis elevados de estresse, que quando subvalorizados ou subtratados, predis põem ao surgimento do *burden symptoms*. Nesse sentido, a literatura recomenda a existência de linhas orientadoras de boa prática para o controle sintomático, desenvolvidas com base na evidência científica, para uma tomada de decisão mais sustentada, onde o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática^{11,12}.

REFERÊNCIAS

1. World health Organization. Global battle against cancer won't be won with treatment alone effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crises. London: International Agency of Research on Cancer. 2014
2. Zucca AC, Boyes AW, Linden W, Girgis A. All's well that ends well? Quality of life and physical symptoms clusters in long-term cancer survivors across cancer types. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(4):720-31.
3. Brant JM, Beck S, Dudley WN, Cobb, P, Pepper G, Miaskowski C. Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2011;31(1):67-77.
4. Massa E. Análise da necessidade de recurso ao serviço de urgência de doentes oncológicos em cuidados paliativos. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Mestrado Integrado em Medicina. Lisboa. 2010
5. Cleeland C, Sloan J. Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(6):1077-85.
6. Bharkta HC, Marco CA. Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *J Emerg Med*. 2014;46(4):456-64.
7. Heidenreich A, Bastian P, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, et al. Guidelines on prostate cancer. Netherlands: Eur Assoc Urol. 2013.
8. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain. Washington: National Comprehensive Cancer Network. 2014
9. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2012;23(Suppl7):vii139-54.
10. Yamaguchi T, Shima Y, Morita T, Hosoya M, Matoba M. Clinical guidelines for pharmacological management of cancer pain: the Japanese Society of Palliative Medicine recommendations. *Jpn J Clin Oncol*. 2013;43(9):896-909.
11. Wengström Y, Geerling J, Rustoen T. European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(2):127-31.
12. Vallerand AH, Musto S, Polomano RC. Nursing's role in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15(4):250-62.
13. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*. 2012;13(2):58-68.
14. Dale O, Moksnes K, Kaasa S. European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliat Med*. 2010;25(5):494-503.
15. Jarzyna D, Jungquist CR, Pasero C, Willens JS, Nisbet A, Oakes L, et al. American Society For Pain Management Nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(3):118-45.
16. Choi M, Kim HS, Chung SK, Ahn MJ, Yoo JY, Park OS, et al. Evidence-based practice for pain management for cancer patients in the acute care setting. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(1):60-9.
17. Raymond V, Bak K, Kiteley C, Martelli-Reid L, Poling M, Cameron A, et al. Symptom management guide-to-practice: dyspnea. Canada: Cancer Care Ontario. 2010.
18. National Comprehensive Cancer Network. NCCN guidelines palliative care. Washington: National Comprehensive Cancer Network. 2011
19. LeBlanc T, Abernethy A. Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*. 2014;12(7):989-92.
20. Oncology Nursing Society. Putting evidence into practice: Dyspnea. Pittsburgh: Oncology Nursing Society. 2012.
21. Farquhar MC, Prevost AT, McCrone P, Higginson IJ, Gray J, Brafman-Kennedy B, et al. Study protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*. 2011;12:130.
22. Doran D. Preface. In Doran D. (eds). Nursing-sensitive outcomes: state of the science. (pp. vii-ix). Sudbury, MA: Jones and Bartlett. 2003.