

O ALÍVIO DA DOR ONCOLÓGICA: ESTRATÉGIAS CONTADAS POR ADOLESCENTES COM CÂNCER

Amanda de Fatima Portugal Rocha¹, Amanda Mota Pacciulio Sposito², Paula Saud de Bortoli³, Fernanda Machado Silva-Rodrigues⁴, Regina Aparecida Garcia de Lima⁵, Lucila Castanheira Nascimento⁶

¹ Enfermeira. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: amandafatima28@hotmail.com

² Mestre em Ciências. Terapeuta Ocupacional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: amandamps.to@gmail.com

³ Mestre em Ciências. Enfermeira pediátrica do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: pauladebortoli@eerp.usp.br

⁴ Mestre em Ciências. Enfermeira pediátrica do Hospital Infantil Darcy Vargas. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: fmachadosilv@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Pesquisadora CNPq. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: limare@eerp.usp.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Pesquisadora CNPq. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: lucila@eerp.usp.br

RESUMO: Tendo em vista o impacto negativo da dor na qualidade de vida do paciente oncológico, identificar e estimular o uso de estratégias eficazes para minimizar essas sensações dolorosas é de grande relevância para o cuidado. Este estudo objetivou identificar experiências dolorosas de adolescentes com câncer e conhecer suas estratégias para o alívio da dor. Trata-se de um estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove adolescentes com câncer, os quais relataram experiências dolorosas agudas, recorrentes e crônicas, tanto físicas quanto emocionais. Para o alívio dessas dores, descreveram estratégias farmacológicas e não farmacológicas, tais como: distração, presença de familiares, posicionamento no leito, colaboração para realizar procedimentos e manutenção de pensamento positivo. Assim, é essencial que os profissionais de saúde conheçam as evidências disponíveis para o alívio da dor e desenvolvam habilidades para articular esse conhecimento à sua experiência profissional e às estratégias dos próprios pacientes.

DESCRIPTORES: Adolescente. Neoplasias. Dor. Enfermagem pediátrica.

ONCOLOGIC PAIN RELIEF: STRATEGIES TOLD BY ADOLESCENTS WITH CANCER

ABSTRACT: In view of the negative impact of pain on the quality of life of cancer patients, identifying and stimulating the use of effective strategies to minimize these painful feelings is highly relevant for care. The aim of this study was to identify painful experiences of adolescents with cancer and to get to know their strategies for pain relief. This is an exploratory research, using qualitative data analysis. Semistructured interviews were held with nine adolescents with cancer, who reported on acute, recurring and chronic, physical and emotional painful experiences. To relieve these pains, they described pharmacological and non-pharmacological strategies, including: distraction, presence of relatives, bed positioning, cooperation to accomplish procedures and keeping up positive thinking. Therefore, it is essential for health professionals to know available evidence for pain relief and to develop skills to articulate this knowledge with their professional experience and with the patients' own strategies.

DESCRIPTORS: Adolescent. Neoplasms. Pain. Pediatric nursing.

EL ALIVIO DEL DOLOR ONCOLÓGICO: ESTRATEGIAS CONTADAS POR ADOLESCENTES CON CÁNCER

RESUMEN: Ante el impacto negativo del dolor en la calidad de vida del paciente oncológico, identificar y estimular el uso de estrategias eficaces para minimizar esas sensaciones dolorosas es muy relevante para el cuidado. El objetivo de este estudio fue identificar experiencias dolorosas de adolescentes con cáncer y conocer sus estrategias para aliviar el dolor. Estudio exploratorio con análisis cualitativo de los datos. Fueron realizadas entrevistas semiestruturadas con nueve adolescentes con cáncer, que relataron experiencias dolorosas agudas, recurrentes y crónicas, físicas y emocionales. Para aliviar esos dolores, describieron estrategias farmacológicas y no farmacológicas, tales como: distracción; presencia de familiares, posicionamiento en el lecho, colaboración para efectuar procedimientos y mantenimiento de pensamiento positivo. Así, es fundamental que los profesionales de salud conozcan las evidencias disponibles para el alivio del dolor y desarrollen habilidades para articular ese conocimiento a su experiencia profesional, así como estrategias de los propios pacientes

DESCRIPTORES: Adolescente. Neoplasias. Dolor. Enfermería pediátrica.

INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma frequentemente associado ao câncer. A Associação Internacional para o Estudo da Dor refere que a dor é uma experiência sensitiva e emocional, desagradável, que pode estar associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Considera ainda que cada indivíduo utiliza o termo dor e classifica sua intensidade, a partir de suas experiências pessoais.¹

Após analisar a literatura da área, autores² estimaram que a prevalência de dor seja de 9% a 26% para pacientes oncológicos pediátricos ambulatoriais e de 39% a 54% para crianças e adolescentes que se encontram internados para o tratamento. Outro estudo³ reuniu a literatura que aborda sintomas mais comuns em adolescentes com câncer e identificou que as causas da dor nessa população variam ao longo do tempo. No diagnóstico, a dor relaciona-se principalmente ao próprio câncer, mas ao longo do tratamento, a dor passa a ser decorrente da própria terapêutica e procedimentos. Os locais dolorosos mais citados pelos adolescentes foram: cabeça, costas, membros, boca e abdômen.³

Com relação à população pediátrica com câncer, verifica-se que, historicamente, a dor foi ignorada ou precariamente tratada, entretanto, a partir da década passada, as atitudes que promoviam o seu tratamento insuficiente e os padrões da prática clínica se modificaram,⁴ indicando a importância da avaliação para identificação precoce da dor e sua mensuração, bem como tratamento eficaz em cada caso. O fato de não se mensurar corretamente a dor ou de subtratá-la pode causar alterações fisiológicas, limitações na realização de atividades cotidianas dos pacientes, restrições na interação com outros, perdas na qualidade do sono e no processo de aprendizado.⁵

Tendo em vista o impacto negativo da dor na qualidade de vida do paciente oncológico, identificar e estimular o uso de estratégias eficazes para minimizar essas sensações dolorosas é de grande relevância no contexto da assistência⁶ e, sempre que possível, deverá ser tratada de forma preventiva, evitando-se, assim, todo o sofrimento associado a essa condição.⁴

Uma análise da produção científica brasileira acerca do câncer pediátrico, publicada entre os anos de 2000 e 2009, indicou a necessidade de maior número de estudos que investiguem a experiência de adolescentes com câncer,⁷ a qual é permeada, de forma significativa, por vivências dolorosas.⁸ A adolescência abrange um período

de intenso desenvolvimento físico, psicológico e social, durante o qual os adolescentes adquirem maior responsabilidade e autonomia, tornando-se cada vez menos dependentes dos cuidadores.⁹ Considera-se que, devido a essa maior independência, os próprios adolescentes são a melhor fonte de informação acerca das suas experiências dolorosas relacionadas ao adoecimento e tratamento do câncer, bem como das estratégias eficazes para o alívio da sua dor, contribuindo para a excelência do manejo da dor oncológica.

Desta forma, este estudo teve por objetivo identificar as experiências dolorosas de adolescentes em tratamento oncológico e conhecer as estratégias utilizadas por esta clientela para o alívio da dor.

MÉTODO

Estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados, o qual foi realizado em um hospital universitário, de nível terciário, localizado em uma cidade do interior paulista. Foi submetido ao Comitê de Ética ligado à instituição onde foi desenvolvido, em observância à Resolução CNS 196/96,¹⁰ vigente na época, tendo sido aprovado (Protocolo n. 1204/2010).

Como parte da documentação prevista nesta legislação, elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, em linguagem clara e acessível, informou aos sujeitos da pesquisa os objetivos da mesma; os procedimentos de coleta de dados; possíveis constrangimentos ou benefícios; garantia do sigilo e respeito ao desejo de participarem ou não, da pesquisa. Este documento foi lido e discutido com cada um dos participantes do estudo, juntamente com suas mães, anteriormente ao início da coleta de dados. Foi solicitado que todas as mães assinassem o Termo, autorizando a participação do(a) filho(a) na pesquisa, bem como a gravação da entrevista. Além do consentimento das mães, foi colhido o assentimento de todos os adolescentes participantes.

Foram selecionados adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, com diagnóstico de qualquer tipo de neoplasia maligna e que estivessem em tratamento na instituição selecionada para o desenvolvimento da pesquisa há, pelo menos, seis meses ou em recidiva da doença.

Como técnica para a coleta de dados com os adolescentes, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas visando a identificar, na perspectiva dos próprios pacientes, as suas experiências dolorosas

e conhecer as estratégias adotadas para o alívio de sua dor durante o tratamento oncológico. As entrevistas foram realizadas no período de agosto de 2010 a março de 2011, na unidade de internação (no quarto dos participantes) e na sala de espera do ambulatório de onco-hematologia pediátrica da instituição selecionada. Para explorar o objeto de estudo, foi necessário apenas um encontro com cada adolescente. Foi dada a opção aos adolescentes de realizarem as entrevistas com a presença de suas mães, que os acompanhavam no serviço, que foi acatada por alguns participantes.

Buscando-se uma aproximação inicial e evitando abordar diretamente a questão da dor, o que poderia causar desconforto aos participantes, foi elaborada a seguinte questão norteadora: *conte-me como tem sido seu dia a dia desde que você começou o seu tratamento. A partir da interação estabelecida, a entrevistadora aproveitou a oportunidade para explorar os momentos de satisfação e insatisfação que permearam todo o tratamento, entre eles, as vivências dolorosas. Somente então, a dor e as estratégias para seu alívio foram exploradas em profundidade.*

Para complementar a coleta, foram analisados os prontuários clínicos dos adolescentes, a fim de se obter informações detalhadas acerca do diagnóstico, experiências terapêuticas e tempo transcorrido desde o início do tratamento até o momento atual da coleta de dados.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, visando a preservar as falas dos participantes, e submetidas ao processo de análise de conteúdo.¹¹ Desta forma, inicialmente, realizamos a leitura exaustiva do material empírico, identificando palavras, frases e conceitos. Na sequência, procedemos à categorização dos dados, etapa essencial nesse processo, na qual organizamos as informações, tendo como referência os objetivos e os resultados da pesquisa. Na etapa final, realizamos a integração das categorias em temas mais amplos, de modo a representar as experiências dolorosas dos adolescentes e as estratégias, eleitas por eles, para o seu alívio. Na apresentação dos discursos selecionados para ilustrar estes temas, utilizou-se a letra P, ao final dos mesmos, para representar os participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa nove adolescentes, com idades entre 12 e 17 anos, totalizando nove participantes. Destes, seis eram do sexo feminino e três do sexo masculino.

No que diz respeito ao diagnóstico dos adolescentes, encontraram-se: tumores do sistema nervoso central (três), tumores ósseos (três), sarcoma de partes moles (um), linfoma (um) e leucemia (um). O tempo de tratamento variou entre seis e 17 meses. Em relação ao tipo de tratamento, sete participantes já haviam sido submetidos à cirurgia, oito deles realizaram quimioterapia e três, radioterapia.

O processo de análise qualitativa dos dados permitiu a identificação de dois temas, organizados e apresentados da seguinte forma: dor e relato da experiência dolorosa de adolescentes em tratamento oncológico, e o alívio da dor oncológica.

Dor e relato da experiência dolorosa de adolescentes em tratamento oncológico

Nos depoimentos obtidos, todos os participantes apontaram situações dolorosas relacionadas a procedimentos, sendo unânime a atribuição de dor relacionada à punção venosa para administração de medicamentos, quimioterápicos e coleta de exames. Outros referiram, ainda, a dor pós-operatória e provocada pela realização da biópsia, as quais podem ser caracterizadas como dor aguda: *a parte de ficar furando [causa dor]. Ah, pra tomar o remédio sempre fura [a veia] e sempre tem que retirar sangue. Aí, é todo dia uma picada [...]. A pior dor que eu sinto é pra fazer o Zoladex® [medicação], que é na barriga [...]. Mas a pior, pior, pior foi a biópsia que eu fiz! As biópsias são muito... [não encontra palavras para expressar sua dor] (P1, sexo feminino, 17 anos); ah, o pior foi quando eu amputei a minha perna. Ah, quando eu operei doía pra caramba! Até se chovesse doía [...]. Uh! As agulhadas, nossa! As agulhadas doem! (P3, sexo masculino, 16 anos).*

O aumento da ansiedade, medo e preocupação relacionados a procedimentos invasivos frequentes os tornam ainda mais dolorosos, como ilustrado nos discursos a seguir: *nem sempre a dor é muito forte, nem sempre é, mas o psicológico de saber que vai doer, aí acaba doendo mais! [...]. É assim que a gente já fica com medo! (P1, sexo feminino, 17 anos); Ah, eu sinto uma dor assim, às vezes dói pouco, às vezes dói muito. Aí, eu fico preocupada se vai doer muito ou pouco [...]. Às vezes depois do furo, às vezes estoura a veia, aí eu fico com medo que aconteça isso (P5, sexo feminino, 12 anos).*

Outra experiência dolorosa referida pelos participantes foi relacionada ao tratamento quimioterápico e seus efeitos colaterais, dentre os quais, aqueles associados aos frequentes episódios

de vômitos e à gastralgia foram os eventos mais lembrados e expressivos, caracterizando a dor recorrente e crônica: *ah, desde que eu faço o tratamento eu tenho uma dor no estômago* (P4, sexo masculino, 12 anos); *ah, sinto um pouco de dor sim* [referindo-se aos efeitos colaterais da quimioterapia] *no canal inteiro do esôfago, na parte digestiva como um todo* (P9, sexo masculino, 16 anos).

Relatos de dor oncológica diretamente ligada ao tumor foram observados nas descrições de alguns participantes, em especial, ao falarem das dores que antecederam o diagnóstico e início do tratamento: *porque eu não sabia que tava com tumor. Aí eu tinha muita enxaqueca, me doía muito a cabeça e dava ânsia* (P4, sexo masculino, 12 anos).

Alguns adolescentes referiram-se a experiências ainda mais subjetivas de dor, as quais caracterizaram como “dor emocional” ou “dor do coração”, desencadeadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer: *isso é pior* [que as dores físicas]. *Como o cabelo, assim, porque a gente sabe que uma hora a dor [física] vai passar, pode ser daqui a uma hora, duas horas. Só que quando a gente raspa o cabelo, ele começa a cair, você sabe, não vai ser de uma hora pra outra que ele vai nascer. Então* [interrompe sua fala]. *É muito triste, você fica com vergonha, seu emocional vai lá embaixo, você fica com vergonha das outras pessoas rirem de você* (P1, sexo feminino, 17 anos); *a dor que eu mais tenho é no coração, porque eu não queria estar nessa situação, assim do jeito que aconteceu.* (P7, sexo feminino, 13 anos); *Ah, as restrições que o tratamento acaba dando* [caracterizam experiência subjetiva de dor]. *Por exemplo, cá entre nós, um adolescente de 16 anos precisa de contato social [...] necessita, não de uma namorada, mas de uma paquera, uma coisa assim, e o tratamento não permite isso. Não é fácil, não é fácil, digamos assim, você muda de um mundo totalmente livre para um mundo fechado dentro de uma bola de plástico* (P9, sexo masculino, 16 anos).

O alívio da dor oncológica

Os adolescentes descreveram diversas estratégias por eles adotadas para o alívio da dor decorrente do câncer e seu tratamento, as quais podem ser apresentadas em dois grandes grupos: estratégias não farmacológicas e estratégias farmacológicas.

Estratégias não farmacológicas

Dentre as estratégias não farmacológicas, a distração foi a mais citada pelos participantes, os

quais referiram se beneficiarem de conversas e atividades lúdicas, tais como: ouvir música, assistir à televisão, ler, jogar videogame, andar de bicicleta, passear e usar o computador: *ah, a música melhora [a dor] um pouco!* (P3, sexo masculino, 16 anos) [...] *assim, você se entretém um pouco, aí você não fica mais pensando na dor, aí parece que ela desaparece que nem mágica. Aí eu estou sempre escutando música, antes de dormir eu leio um livro, assisto bastante televisão, DVD, então ajuda bastante* (P6, sexo feminino, 12 anos); *bom, eu assisto TV, eu ligo pra alguém, eu durmo, eu procuro conversar com alguém. Eu até li um livro uns tempos atrás que falava isso, que a distração é a melhor coisa que tem pra esquecer e até mesmo pra controlar dores.* (P9, sexo masculino, 16 anos)

A distração, além de definir-se como uma das características intrínsecas do brincar também pode ser uma importante ferramenta auxiliar no enfrentamento de situações dolorosas agudas, como a punção venosa, conforme ilustrado no trecho a seguir: *ah, às vezes eu ponho o Luizinho [leão de pelúcia] assim no meu rosto, às vezes eu olho para a minha mãe, aperto ela e mordo o Luizinho* (P5, sexo feminino, 12 anos).

A presença da família e o afeto de todas as pessoas queridas foram considerados, de forma unânime pelos participantes, como importantes e indispensáveis para amenizar a dor, física ou emocional, e superar esses momentos dolorosos. Alguns apontaram a necessidade da presença apenas da mãe, outros citaram a importância do apoio e afeto de todo o núcleo familiar, de amigos e pessoas queridas: *três pessoas* [são fundamentais para minimizar a dor]: *minha mãe, a minha avó e a minha prima [...]. Eu acho assim que toda mãe é dotada de um dom que acaba aconchegando o filho simplesmente pelo olhar* (P9, sexo masculino, 16 anos); *Tinha uma coisa que me ajudava muito: a minha mãe. Porque sempre que eu preciso dela, ela está comigo, ela nunca me deixou, e se você não está com uma pessoa que ajuda, fica mais difícil* (P7, sexo feminino, 13 anos); *digamos assim [...] nas outras dores emocionais, quando eu ainda namorava, eu procurava uma atenção, um carinho, [...] às vezes um abraço, sabe, um carinho? Pedir um cafuné até dormir, [...] um mimo.* (P9, sexo masculino, 16 anos)

Outras estratégias de alívio adotadas pelos adolescentes deste estudo foram: colaborar com os procedimentos, posicionar-se adequadamente durante estes e manter o pensamento positivo: *ah, geralmente eu fecho a mão, deixo o braço certo e viro de lado, não olho para não ficar estressado mais ainda, porque eu sei que se eu for mexer o braço, me recusar a tomar essa furada, vai ser muito mais difícil e vai doer*

mais (P4, sexo masculino, 12 anos); *Aí eu amolecia o braço e não olhava e tentava pensar em outras coisas* (P8, sexo feminino, 12 anos).

Uma adolescente de 12 anos (P2) complementou que, para amenizar a dor durante este procedimento, pensava positivo: *ah, eu pensava que ia dar tudo certo!*

Os adolescentes indicaram ainda buscar medidas de conforto para amenizar a dor, como por exemplo, tomar banho e deitar-se, ou permanecer em silêncio, buscando um ambiente calmo: *geralmente eu tomava um banho e deitava, e tentava assistir televisão.* (P7, sexo feminino, 13 anos); *ah, desde que eu faço o tratamento eu tenho uma dor no estômago, mas passa rapidinho. Aí, eu fico parado, assim, quietinho, aí passa [...]. Sento num canto, fico parado e fico quieto, fico esperando ela passar* (P4, sexo masculino, 12 anos); *pra dor de cabeça eu fico deitada, procuro dormir um pouco [...]* (P6, sexo feminino, 12 anos).

Por fim, outra medida não farmacológica referida pelos participantes como estratégia de alívio para suas dores foi rezar. Um adolescente de 12 anos (P4) referiu pedir para Jesus alívio no momento da dor e considerou que isso o ajuda a passar a sensação dolorosa mais rapidamente. O diálogo da entrevistadora com uma adolescente de 12 anos (P6) também ilustra o papel da oração no alívio da dor:

Participante: sempre tem que rezar ou um Pai-Nosso ou uma Ave Maria.

Entrevistadora: então você reza e você acha que isso ajuda a diminuir a dor?

Participante: ajuda muito!

Estratégias farmacológicas

Além das intervenções não farmacológicas, para uma terapêutica efetiva, muitas vezes, foi necessário associá-las às farmacológicas. Assim, alguns dos entrevistados, relataram que recorrem à solicitação do medicamento quando a dor está muito intensa. Contudo, eles consideraram que os medicamentos isolados nem sempre aliviavam suas dores: *não, não gosto não, só quando eu tô muito mal que eu peço [o remédio].* (P8, sexo feminino, 12 anos); *geralmente, para as dores mais fortes, quando são muito intensas, eu procuro tomar o remédio e me distrair, porque aí se eu não me distrair, eu fico pensando: o remédio não fez efeito ainda. Aí parece que a dor intensifica* (P9, sexo masculino, 16 anos); *Aí eu ficava preocupada em sentir mais dor e, às vezes, eu ficava pedindo uns remédios para ver se passava a dor. Só que,*

às vezes, não adiantava muito. Então, eles tinham que colocar uns mais fortes (P6, sexo feminino, 12 anos).

Um adolescente de 16 anos (P3), em seu depoimento, revelou que não encontrava meios para aliviar a sua dor: *só quando ela passava mesmo.* Complementou que tomava remédio, mas que mesmo assim não sentia o alívio de sua dor: *é, remédio eu tomava!*

DISCUSSÃO

Cada indivíduo utiliza o termo dor segundo suas experiências traumáticas, contexto sociocultural, tipo de personalidade e história de vida. Portanto, sabe-se que a percepção e resposta à dor não são somente fenômenos neurofisiológicos, baseados exclusivamente na transmissão do estímulo doloroso, mas são também influenciadas pelos pensamentos, emoções e lembranças.¹² Um estudo de revisão de literatura¹³ apontou que crianças e adolescentes submetidos a procedimentos invasivos frequentes, sem que haja a preocupação em minimizar a dor provocada por essas intervenções, podem desenvolver: ansiedade antecipatória; maior sensibilização à dor, devido às mudanças no modo como o sistema nervoso processa os estímulos dolorosos, levando a uma diminuição da eficácia de analgésicos; medo e dificuldade de aceitação de procedimentos posteriores.

Dentre os procedimentos invasivos, a punção venosa é a mais frequentemente citada por pacientes oncológicos pediátricos como causadora de dor, gerando ansiedade e tensão, o que converge com resultados de outros estudos,^{3,5,14} que citam as punções venosas, além da punção lombar e coleta de mielograma,^{3,5} como os principais responsáveis pela dor na população pediátrica em tratamento oncológico.

A via intravenosa é constantemente utilizada para administração de medicamentos e realização de exames diagnósticos e auxiliares em oncologia pediátrica,¹⁵ entretanto, o uso frequente da rede venosa compromete sua integridade. Além disso, muitos quimioterápicos possuem ação vesicante e irritante, deixando as veias ainda mais frágeis e desgastadas.¹⁶ Desta forma, o uso da via periférica para repetidas punções geralmente provoca dor intensa nestes pacientes, justificando a implantação de cateteres venosos de acesso central, que contribuem para minimizar as sensações dolorosas e reduzir o estresse dos pacientes, familiares e equipe de enfermagem.¹⁵

Em relação aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, o vômito e a gastralgia foram os mais citados nos discursos dos adolescentes, assim como em outros dois estudos.^{14,17} Neste sentido, é importante ressaltar que, para os participantes desta pesquisa, o vômito foi associado à dor atribuída ao estômago, diferentemente da náusea, a qual também é um sintoma e que foi relacionada às experiências negativas da internação, porém não caracterizada como dor pelos adolescentes. De forma geral, os entrevistados se referiram à dor de estômago como sendo do tipo crônica.

Tal relação dos episódios eméticos com dores no trato gastrointestinal vai de encontro a dados da literatura que relacionam esses sintomas à terapia com drogas antineoplásicas (náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia) em população de adolescentes.³ Por se prolongarem durante todo o tratamento, os vômitos e a gastralgia interferem de forma negativa na alimentação, podendo levar à recusa de ingestão alimentar pelos pacientes, o que pode ser minimizado pela inclusão, na dieta, de alimentos de escolha do adolescente, respeitando-se as recomendações médicas.¹⁷

A dor, seja ela crônica ou aguda, caracteriza-se por uma natureza multidimensional, e os relatos dos adolescentes se aproximam do conceito de dor total, o qual se refere não apenas à nocicepção da dor (elemento físico), mas também ao sofrimento causado pelas dimensões psíquica, social e espiritual do indivíduo.¹⁸ Avaliar a dor não é uma tarefa fácil, devido à sua subjetividade e multidimensionalidade, o que se torna ainda mais difícil no cuidado à população pediátrica. Entretanto, a avaliação é imprescindível para a qualidade do cuidado, pois a dor não identificada e descrita, não é tratada.¹⁹ Assim, é de fundamental importância a atuação de profissionais que tenham habilidade para articular e compartilhar seus próprios conhecimentos com os demais e, principalmente, sensibilidade para escutar pacientes desta faixa etária, buscando apreender, a partir das diversas formas de expressão, como eles vivenciam as situações dolorosas em suas dimensões físicas, psíquicas e sociais, e quais estratégias de alívio serão mais eficazes em cada caso.

Para atingir o melhor resultado no alívio da dor, faz-se necessária a combinação de estratégias. Observa-se que os depoentes desse estudo recorreram a métodos farmacológicos quando a dor se apresentava de maneira mais intensa. A literatura sugere que, adolescentes podem diminuir a dose e frequência das medicações para alívio da dor, por

conta própria, ou tolerarem dores moderadas e contínuas sem o conhecimento dos pais e profissionais, uma vez que a dor para esses indivíduos pode se relacionar a sentimentos de fraqueza, dependência e constrangimento diante de seus pares.⁵

A combinação de métodos não farmacológicos e farmacológicos, citada pelos participantes, denota as diferentes ações de cada uma dessas modalidades, enquanto a administração de medicação analgésica interfere na dimensão sensorial da dor, as medidas não farmacológicas atuam em outros componentes, tais como o humor, o comportamento e a resposta emocional à situação dolorosa.²⁰

Dentre as estratégias não farmacológicas, a distração foi a mais citada e utilizada pelos entrevistados, talvez pela diversidade de possibilidades ou pelo fácil acesso aos recursos necessários. A distração refere-se à focalização da atenção em outro estímulo que não a dor e tem como uma de suas principais finalidades, auxiliar no manejo da ansiedade que antecede procedimentos potencialmente dolorosos.²¹ É recomendada quando não há tempo suficiente para o preparo de crianças e adolescentes para os procedimentos e envolve uma grande variedade de técnicas, desde as mais simples, como contar (números), cantar, às mais elaboradas, como assistir a um vídeo ou utilizar brincadeiras e jogos.²¹

Com a necessidade de hospitalização das crianças e adolescentes com câncer, os laços afetivos entre pais e filhos, muitas vezes, são estreitados e fortalecidos e, com frequência, o filho doente passa a ser o foco das atenções em decorrência de sua fragilidade causada pelo adoecimento. Com o passar do tempo, a família deixa de ser uma espectadora no hospital e passa a ser um agente participativo dentro da terapêutica estabelecida, além de configurar-se como elemento protetor dos aspectos emocionais, cognitivos e sociais das crianças e adolescentes, trazendo consigo uma nova maneira de cuidar, o chamado cuidado centrado na família.²² Para tal, é imprescindível que o enfermeiro, durante sua prática, reflita sobre o modo como compartilha com os pais o cuidado direcionado a adolescentes com dor, buscando envolvê-los de forma ativa e efetiva no manejo algico. Agindo assim, certamente contribuirá para a construção de experiências positivas e mais confortantes durante a hospitalização, tanto para o indivíduo doente quanto para sua família.²³

A promoção de medidas de conforto é um aspecto inerente e indissociável à profissão do

enfermeiro e, portanto, imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade ao paciente. O conforto promove alívio, consolo e encorajamento para a superação de fenômenos desagradáveis como a dor, proporciona melhor interação enfermeiro-paciente e favorece o estabelecimento de vínculo efetivo entre as partes envolvidas.²⁴ O uso de habilidades interpessoais e de comunicação, como ouvir, refletir e acolher a expressão de sentimentos integra também o processo de conforto. Assim, deve-se buscar uma interação com o paciente, visando a envolvê-lo ativamente em seu processo de cuidado e, ao se tratar da clientela infantojuvenil, essa necessidade não é menos importante, permitindo que eles próprios estabeleçam as medidas de conforto que mais sejam adequadas às suas necessidades, o que contribui para a promoção da saúde dessa clientela.

O papel da espiritualidade e religião também se destaca na busca por promover o conforto dos pacientes.²⁵ Para auxiliar no desenvolvimento de estratégias de alívio de dor, também se faz importante que o enfermeiro, bem como os demais profissionais da equipe de saúde, compreendam a influência da espiritualidade no processo de tratamento de crianças e adolescentes com câncer. É desejável que o enfermeiro conheça as práticas espirituais e fontes de fortalecimento dos pacientes, bem como viabilize acesso aos recursos espirituais dos quais necessitam, encorajando-os e reforçando sua fé.²⁵ O cuidado espiritual é um desafio para os profissionais, os quais devem colocar-se à disposição para ouvir as necessidades das crianças e adolescentes, respeitando suas crenças e valores, reconhecendo a comunicação como uma ferramenta indispensável entre a equipe de saúde, paciente e familiar.²⁶

Para uma terapêutica efetiva da dor, muitas vezes, é necessário associar as intervenções não farmacológicas às farmacológicas, as quais consistem no uso de drogas analgésicas que variam de acordo com a intensidade da dor. No Brasil, na população de crianças e adolescentes, utiliza-se mais frequentemente paracetamol e dipirona para tratamento de dores leves a moderadas; codeína e tramadol para dores moderadas a intensas; morfina, fentanil e metadona para aliviar dores crônicas moderadas e intensas. Há também as drogas adjuvantes, como a dexametasona e amitriptilina, por exemplo, utilizadas para reduzir os níveis de ansiedade, minimizar os efeitos colaterais ou mesmo potencializar a analgesia.²⁷ Nesse sentido, os participantes deste estudo referiram que

somente o uso de analgésicos não é suficiente para aliviar de maneira efetiva suas dores, reforçando a necessidade de práticas complementares para o alívio da dor oncológica em pediatria.

Esta pesquisa apresenta limitações, as quais devem ser consideradas, por exemplo, em relação ao predomínio de participantes do sexo feminino. O gênero pode influenciar a percepção, os escores, as respostas e os mecanismos de enfrentamento das situações de dor vivenciadas pelo adolescente.²⁸ Além do gênero, a manifestação de dor pelo adolescente sofre influências culturais. Em algumas sociedades, os adolescentes do sexo masculino mostraram-se capazes de suportar a dor sem manifestá-la, pois isto poderia denotar fraqueza, enquanto meninas demonstram maior sensibilidade à dor, e por manifestá-la com maior clareza, utilizam-se com maior frequência de recursos não farmacológicos para seu alívio.²⁹

A possibilidade de o adolescente ter se sentido inibido para expressar-se sobre o objeto do estudo, com a presença de sua mãe, mesmo com a opção de decidir ou não pela permanência dela durante a entrevista, pode ser outra limitação desta pesquisa. De acordo com a literatura da área, alguns adolescentes tendem a não reportar suas dores temendo algumas limitações decorrentes da superproteção de seus pais e, além disso, podem ocultá-las ao sentirem que suas participações nas decisões do tratamento estarão ameaçadas.³⁰ Desta forma, talvez os depoimentos dos adolescentes que optaram pela presença de suas mães durante as entrevistas pudessem ter sido mais amplos na ausência delas.

Acrescentamos, também, que um único encontro com cada adolescente pode ser considerado como outra limitação do estudo, levando-se em conta que múltiplas abordagens aos participantes, em diferentes horários e fases do tratamento, poderiam ter ampliado as estratégias de alívio da dor, principalmente as não farmacológicas. Embora essas medidas tenham sido as mais utilizadas e consideradas relevantes pelos participantes, não se pode deixar de mencionar que a dor é de natureza multidimensional¹⁸ e confere a cada indivíduo uma experiência particular, possibilitando, assim, que cada adolescente experimente e adote a melhor estratégia para si.

Assim, os resultados desta pesquisa reforçam que os profissionais que lidam com a avaliação e manejo da dor desta clientela devem considerar a maturidade e a fase do desenvolvimento em que esses pacientes se encontram, a fim de melhor compreender determinados comportamentos,

atitudes e estratégias adotadas pelos adolescentes frente às suas experiências dolorosas.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que os adolescentes relatam, de forma clara, as estratégias consideradas por eles eficazes para o alívio de suas dores. As estratégias não farmacológicas (tais como presença familiar, medidas de conforto, pensamento positivo, prática de rezar, colaboração durante a realização de procedimentos, e distração através do brincar, da música, da leitura, dos jogos e da televisão) são costumeiramente combinadas, pelos participantes, com as medidas farmacológicas, pois consideram que estas últimas, quando isoladas, são pouco resolutivas.

Desta forma, é de fundamental importância que profissionais da saúde conheçam e estimulem as práticas não farmacológicas, bem como desenvolvam habilidades para articular e compartilhar seus próprios conhecimentos com os de seus pacientes e cuidadores, tendo sensibilidade para ouvi-los e disposição para utilizar todas as providências viáveis na busca por alcançar medidas de conforto que apresentem os melhores resultados.

REFERÊNCIAS

1. International Association for Study of Pain - IASP. Classification of chronic pain. 2 ed. 2011 [acesso 2013 Fev 02]. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16283
2. Lu Q, Krull KR, Leisering W, Owen JE, Kawashima T, Tsao JC, et al. Pain in long-term adult survivors of childhood cancers and their siblings: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pain*. 2011 Nov; 152(11):2616-24.
3. Erickson JM, MacPherson CF, Ameringer S, Baggott C, Linder L, Stegenga K. Symptoms and symptom clusters in adolescents receiving cancer treatment: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2013 Jun; 50(6): 847-869.
4. Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011.
5. Ameringer S. Barriers to pain management among adolescents with cancer. *Pain Manag Nurs*. 2010 Dec; 11(4):224-33.
6. Silva MS, Pinto MA, Gomes LMX, Barbosa TLA. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. *Rev Dor*. 2011 Out-Dez; 12(4):314-20.
7. Kohlsdorf M. Aspectos psicossociais no câncer pediátrico: estudo sobre literatura brasileira publicada entre 2000 e 2009. *Psicol Rev*. 2010 Ago;16(2):271-94.
8. Stinson JN, Jibb LA, Nguyen C, Nathan PC, Maloney AM, Dupuis LL, et al. Development and testing of a multidimensional iPhone pain assessment application for adolescents with cancer. *J Med Internet Res*. 2013 Mar; 15(3):e51.
9. Leo RJ, Srinivasan SP, Parekh S. The role of the mental health practitioner in the assessment and treatment of child and adolescent chronic pain. *Child Adolesc Ment Health*. 2011 Fev; 16(1):2-8.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
11. Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Edmonton (AB): Qual Institute Press, 2001.
12. Palombo PAV, Medeiros VCC. Controle da dor aguda no pós-operatório imediato. *Rev Enferm UNISA*. 2001; 1(2):57-61.
13. Barros L. Dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas Psicol*. 2010 Jul-Dez; 18(2):295-306.
14. Pacciulio AM. Estratégias de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2012.
15. Gomes IP. Influência do ambiente na percepção das crianças em quimioterapia ambulatorial [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde; 2011.
16. Ferreira MT, Reis PED, Gomes IP. Antineoplastic chemotherapy extravasations prevent: an integrative review. *Braz J Nurs* [Online]. 2008 [acesso 2012 Nov 01]; 7(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1838>
17. Cicogna EC, Nascimento LC, Lima RAG. Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010 Set-Out; 18(5):869-72.
18. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática Hospitalar*. 2005 Set-Out; 8(41):107-12.
19. Pimenta CAM. Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo (SP): Edições Loyola; 2004.
20. Kwekkeboom KL, Bumpus M, Wanta B, Serlin RC. Oncology nurses' use of nondrug pain interventions

- in practice. *J Pain Symptom Manage.* 2008 Jan; 35(1):83-94.
21. Landier W, Tse AM. Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review. *J Pediatr Nurs.* 2010 Dec; 25(6):566-79.
22. Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2006.
23. Silva LDG, Tacla MTGM, Rossetto EG. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010 Jul-Set; 14(3):519-26.
24. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm.* 2013 Mar-Abr; 66(2):174-9.
25. Nascimento LC, Santos TFM, Oliveira FCS, Pan R, Flória-Santos M, Rocha SMM. Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2013 Jan-Mar [acesso 2013 Dez 05]; 22(1):52-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/07.pdf>
26. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm.* 2009 Jan-Fev; 62(1):100-6.
27. Mencía S, López-Herce J, Freddi N. Analgesia and sedation in children: practical approach for the most frequent situations. *J Pediatr.* 2007 Mai; 83(2 Suppl):S71-82.
28. Neale KL. The fifth vital sign: chronic pain assessment of the adolescent oncology patient. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2012 Jul-Ago; 29(4):185-98.
29. Hechler T, Chalkiadis GA, Hasan C, Kosfelder J, Meyerhoff U, Vocks S, Zernikow B. Sex differences in pain intensity in adolescents suffering from cancer: differences in pain memories?. *J Pain.* 2009 Jun; 10(6):586-93.
30. Amering S. Barriers to pain management among adolescents with cancer. *Pain Manag Nurs.* 2010 Dec; 11(4):224-33.