

assistência

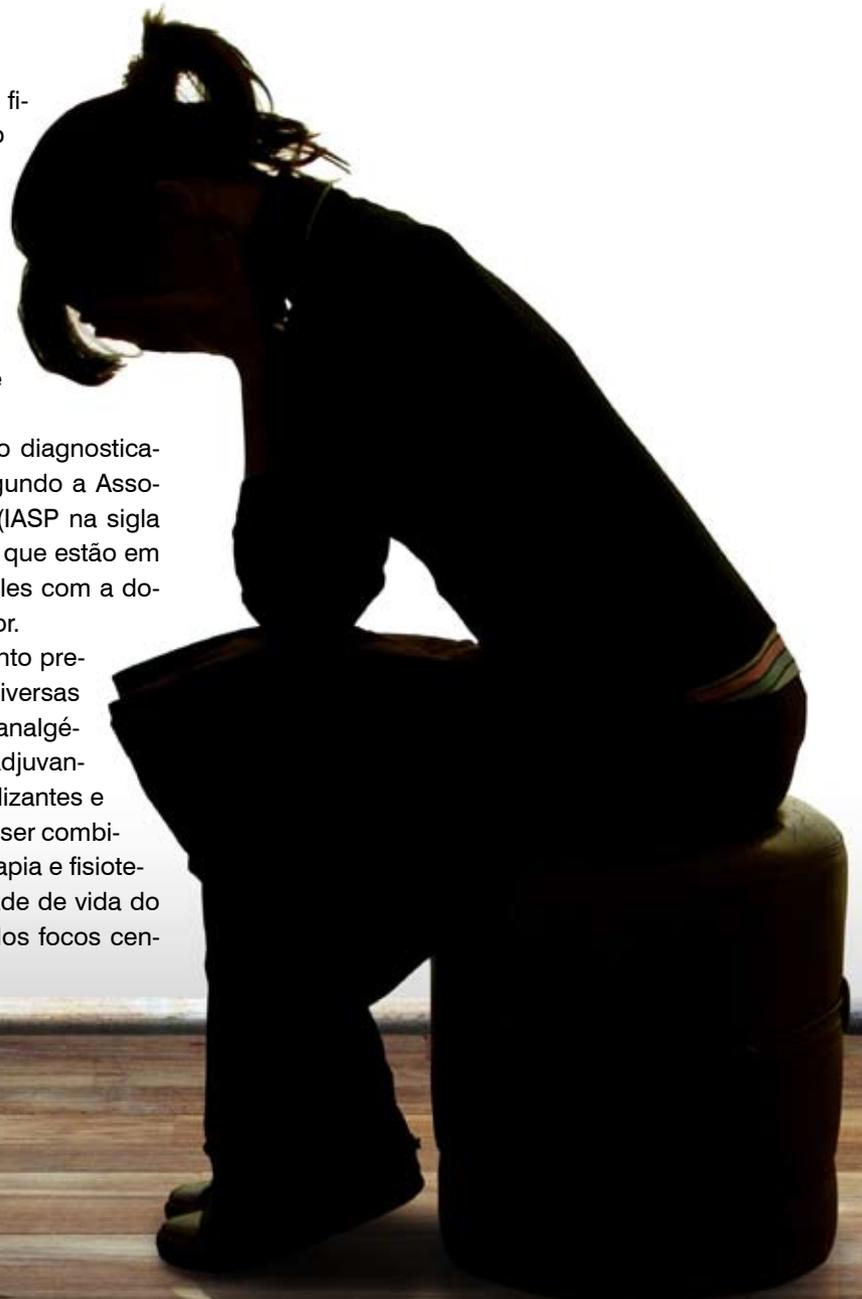
ESTUDO DA DOR ENVOLVE AVANÇOS DA CIÊNCIA, PROFISSIONAIS CADA VEZ MAIS QUALIFICADOS E AINDA MUITOS DESAFIOS

A missão de trazer alívio

“A dor é sempre cruel.” A frase do filósofo Sêneca retrata bem a forma como a dor é percebida em nossa sociedade. Quando se trata de enfrentar doenças graves, como o câncer, é preciso que profissionais, pacientes e famílias entendam o conceito de dor total, que envolve todas as suas dimensões – não só os aspectos físicos, mas os emocionais e psicossociais.

Mais de dez milhões de pessoas são diagnosticadas com neoplasias todos os anos e, segundo a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP na sigla em inglês), cerca de um terço dos adultos que estão em tratamento do câncer e dois terços daqueles com a doença avançada poderão conviver com a dor.

Por ter origens variadas, seu tratamento precisa ser individualizado e pode envolver diversas estratégias terapêuticas, incluindo drogas analgésicas, que aliviam ou suprimem a dor, e adjuvantes, que reforçam sua ação - como tranquilizantes e antidepressivos. Os medicamentos devem ser combinados a medidas de apoio, como psicoterapia e fisioterapia. Com o objetivo de manter a qualidade de vida do paciente, o controle da dor torna-se um dos focos centrais do cuidado em oncologia.



MÚLTIPLAS ABORDAGENS

Um exemplo da ação interdisciplinar nesse campo é desenvolvido no Instituto Nacional de Câncer (INCA), que criou a Clínica de Dor, onde estão reunidos profissionais das áreas de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia e terapia, entre outras. Ismar Cavalcanti, chefe da Clínica, afirma que o papel dos profissionais de saúde que tratam a dor é informar os pacientes e suas famílias. “É fundamental o trabalho de uma equipe multiprofissional treinada e capacitada, que, por meio do uso de ferramentas validadas, avalia a intensidade da dor. Os objetivos são controlar a dor e os efeitos adversos do tratamento, visando ao conforto e à qualidade de vida dos pacientes”, explica.

Flávia Claro da Silva, anestesiológica da Clínica da Dor do INCA, afirma que é possível ter um bom controle da dor oncológica em 80% a 90% dos pacientes. Segundo a especialista, paciente e familiares devem ser vistos como uma unidade de cuidado. “Um risco é a incompreensão. É importante se certificar de que o doente e o familiar entenderam todas as instruções”, indica. O paciente deve estar ciente dos possíveis efeitos colaterais, que podem incluir prisão de ventre, sonolência, náusea e alteração de processos mentais de memória, juízo e raciocínio. E a família precisa estar orientada sobre como proceder nesses casos.

MEDICAMENTOS: ALTERNATIVAS NUMEROSAS

Fisiologicamente, a dor ligada ao câncer pode estar associada ao crescimento do tumor – pela infiltração em áreas inervadas ou compressão de tecidos e nervos, por exemplo. Também se relaciona com procedimentos de radioterapia e de quimioterapia. Há um amplo arsenal de medicamentos para controlar o componente físico da dor oncológica. Para a escolha da alternativa terapêutica, utiliza-se a chamada “escada analgésica” proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A medicação é baseada na intensidade da dor reportada pelo paciente e classificada pelo médico, e pode associar várias drogas analgésicas disponíveis, inclusive substâncias com ação semelhante à do ópio, conhecidas como opioides – classe de medicamentos disponí-

vel no Brasil desde o final da década de 1980 e com uso regulamentado por portaria ministerial.

FOCO NA COMUNICAÇÃO

A psicóloga Ana Valéria Miceli, especialista certificada pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor e coordenadora do curso de especialização em psicologia em oncologia do INCA, destaca a importância do diálogo. “O paciente não coloca as informações objetivamente. O profissional de saúde precisa estar receptivo para ouvir esse relato”, afirma. A comunicação é fundamental para desfazer alguns mitos comuns que podem prejudicar a adesão ao tratamento, como a resistência ao uso de morfina, associada, no imaginário, a um momento final da doença.

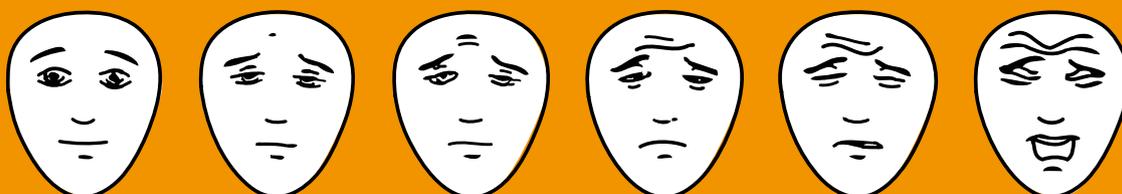
Segundo Ana Valéria, o tempo despendido na consulta é importante para estabelecimento de um laço de confiança. “O paciente vivencia a ambivalência de querer conhecer sua situação de saúde, mas, ao mesmo tempo, sente medo”, afirma. “Ele pode não contar que a dor aumentou, por exemplo, ou ter vergonha de dizer que sente dor em um membro fantasma”, explica, indicando que as soluções dependem do diálogo.

PROCESSOS DE MENSURAÇÃO

Como objetivar a dor, que, por si, nasce subjetiva? A anestesiológica Flávia Claro, em sua tese de mestrado, traduziu e testou duas escalas usadas internacionalmente para a avaliação da intensidade da dor em crianças e adolescentes. As escalas são recursos usados para que os pacientes indiquem como se sentem, apontando para figuras impressas com as quais se identifiquem, para que os profissionais possam avaliar o paciente, com observações sobre expressões e movimentos.

A falta de processos de avaliação do quadro doloroso muitas vezes leva ao controle inadequado. O estudo adaptou a Escala de Faces Revisada (FPS-R5, uma “régua” horizontal com as figuras de seis faces, com a correlação métrica de 0-10, numa escala crescente de dor); e a Flacc (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), uma tabela usada para avaliação de padrões de comportamento antes e depois da administração de analgésicos.

As versões revisadas foram submetidas a especialistas e pré-testadas com 20 pacientes de 7 a 17



Escala FPS-R

TABELA DA ESCALA FLACC			
CATEGORIAS	PONTUAÇÃO: 1	PONTUAÇÃO: 2	PONTUAÇÃO: 3
FACE	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
ATIVIDADE	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para a frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
CHORO	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos, queixa ocasional	Choro contínuo, grito ou soluço, queixa com frequência
CONSOLABILIDADE	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

anos e 22 profissionais do INCA. “Validamos a capacidade das escalas adaptadas em mensurar bem a dor, o que indica que elas são um instrumento confiável para avaliar a dor na realidade do Brasil”, descreve Flávia. Entre os pacientes, 90% compreenderam as escalas apresentadas, percentual que subiu para 100% entre os profissionais de saúde.

EDUCAÇÃO PARA A DOR

Cibele Pimenta, professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, trabalha em dor oncológica há quase 20 anos. Ela ressalta que o sofrimento tem uma série de aspectos, a começar do momento do diagnóstico, no qual o paciente se depara com as ansiedades sobre tudo o que pode acontecer. “O paciente não tem só a dor, ele tem um câncer”, afirma. De acordo com a especialista, existe uma dimensão de educação para a dor – para viver a situação de câncer, o tratamento e os sintomas.

“Educar quer dizer identificar e trabalhar com o paciente e a família o que é crença anterior – os chamados aspectos disfuncionais. Existe um sofrimento envolvido no câncer que não podemos negar, mas cabe, no cuidado da dor, evitar ideias exageradas ou catastróficas”, indica Cibele. “A maioria dos pacientes de câncer hoje têm entre 50 e 60 anos de idade e se lembram de, quando crianças, verem uma determinada realidade das pessoas que, naquela época, tinham um diagnóstico de neoplasia”, descreve. Segundo Cibele, essa memória emocional aciona lembranças trágicas sobre a doença.

CUIDADOS PALIATIVOS

Em pacientes com câncer avançado, a dor é a terceira queixa mais frequente, sendo mais comuns as de fadiga e falta de apetite, segundo Claudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV, unidade de cuidados paliativos do INCA – dedicada à qualidade de vida de pacientes sem possibilidade de cura do tumor. Para a

médica, é fundamental que se avalie o paciente como um todo, incluindo determinantes psicológicos e sociais, como crença, religiosidade, condição econômica e interações familiares. Claudia ressalta que a preocupação em relação à educação permanente dos profissionais de toda a equipe interdisciplinar envolvida no cuidado da dor é fundamental.

Lilian Henneman, anestesiolegista e geriatra da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conta que no cuidado paliativo o paciente é abordado nos vários aspectos da identidade do ser humano, incluindo o cuidado com o luto daqueles que ficam e do próprio paciente, que atravessa um processo de perda da identidade por mudança de características físicas, como emagrecimento, no momento avançado da doença. “O principal foco é a qualidade de vida. É proporcionar ao paciente uma vida ativa e prazerosa o maior tempo possível”, destaca.

APOSTAS E DESAFIOS

No último XVIII Congresso Brasileiro de Cance-rologia (Concan 2009), Cibele Pimenta apresentou um tema provocativo: Estamos tratando a dor adequadamente no Brasil? Ela considera que o tratamento da dor no país teve avanços importantes nos últimos 15 anos, contando com ações do governo, de profissionais de saúde e de entidades científicas. Em 2002, houve avanço do ponto de vista formal, com a criação de uma série de portarias pelo Ministério da Saúde com foco em controle da dor e cuidados paliativos – incluindo iniciativas de padronização de medicamentos adquiridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

“Hoje o país tem os elementos mínimos para um controle da dor adequado, mas ainda falta muito para introduzir de fato a política de controle da dor e de cuidados paliativos no SUS”, avalia. Segundo Cibele, toda a rede do SUS precisa estar pronta para tratar a dor, dos centros especializados ao programa de saúde da família. Ela ressalta, ainda, que uma ampla ação de educação continuada deve ser priorizada. |