

Programas educativos e a dor oncológica

Educational programs and cancer pain

Adriana Janzante Ducci¹ e Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta²

Resumo

Aspectos cognitivos estão envolvidos na vivência e manejo da dor oncológica. Organizar e testar intervenções cognitivas, como programas educativos, podem melhorar o controle da dor. Este trabalho teve por objetivos analisar programas educativos para o controle da dor oncológica desenvolvidos junto a pacientes e cuidadores, e descrever o papel das enfermeiras nestes programas. Consistiu de uma revisão bibliográfica de artigos de periódicos realizada nas bases de dados MedLine, através do PubMed, LILACS e BDENF. Obteve-se uma amostra de 10 artigos de periódicos. Da análise sobre o impacto de programas educativos na vivência da dor no câncer pôde-se concluir que os programas educativos resultaram em melhoras na qualidade de vida e na intensidade da dor; ajuste nas concepções e crenças sobre dor oncológica e seu controle, aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e maior aceitação dos meios não farmacológicos. O conceito e as causas de dor, o prejuízo desta na vida diária, os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e a importância do doente relatar o desconforto, foram o núcleo dos programas. O livrete foi o material educativo mais utilizado, seguido de fitas áudio-cassete. A enfermeira foi o profissional educador em seis programas.

Palavras-chave: dor; neoplasias; educação do paciente; cuidadores; educação em saúde; qualidade de vida.

Abstract

Cognitive aspects are involved in cancer pain experience and management. Establishing and testing cognitive interventions, like educational programs, can improve pain control. The purpose of this investigation was to analyze studies about educational programs for cancer pain patients and their caregivers, and describe nurses' role in these programs. A literature review was made from MedLine data base, accessed through PubMed, LILACS and BDENF. Ten studies made up the sample. Analysis about the impact of education programs in cancer pain management concluded that education programs resulted in improvement of quality of life and pain intensity, shifts in beliefs and conceptions about cancer pain management, increase in the use of pain medications and positive opinion of patients about the use of non drug interventions. The programs focused on concepts and causes of pain, pain impairment on daily diary, drug and non drug treatment and the importance of talking about pain with health care providers. A booklet was the most used educational material, followed by and audio cassette tapes.. Nurses were teachers in six programs.

Key words: pain; neoplasms; patient education; caregivers; quality of life; health education.

¹Graduanda em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

²Enfermeira. Professora Livre Docente, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. *Enviar correspondência para C.A.M.P. E-mail:* parpca@usp.br

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento, o câncer continua trazendo muitos desconfortos e sofrimento àqueles que o vivenciam, pela presença do tumor, pelo desgaste físico, emocional, espiritual ou social advindos do tratamento ou pelos sintomas impostos pela doença. Dentre os desconfortos experimentados pelos doentes com câncer, a dor é apontada como muito freqüente, acometendo cerca de 50% dos doentes em todos os estágios da doença e em torno de 70% daqueles com doença avançada.¹

A dor associada ao câncer pode ser devida ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de investigação.² Seu controle merece prioridade por várias razões. Primeiro, o não tratamento da dor causa sofrimento desnecessário. A dor prejudica a atividade física, o apetite e o sono, podendo debilitar ainda mais o paciente. Da sua presença, freqüentemente resultam desesperança e o anúncio do progresso inexorável de uma enfermidade temida, destruidora e fatal.³ Dor inadequadamente aliviada também provoca repercussões nas esferas social, emocional e espiritual dos pacientes e de seus familiares, como restrição nas atividades de trabalho e lazer, maior ônus financeiro, sofrimento psíquico frente ao desconforto de um ente querido e questionamentos de natureza metafísica, entre outros.

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), das cinco milhões de pessoas que morrem de câncer a cada ano, quatro milhões morrem com dor não controlada. No entanto, muito do sofrimento causado pela dor é desnecessário, visto que mais de 90% dos casos de dor no câncer podem ser efetivamente controlados.⁴

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor conceitua dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo a partir de suas experiências prévias."⁵ Assim, como um fenômeno individual e subjetivo, envolvendo aspectos diversos e complexos, o manejo da dor no câncer requer avaliação e tratamento dos componentes físicos, emocionais, sociais e espirituais.

As barreiras para o efetivo controle da dor podem ser categorizadas em três áreas:⁴ políticas de saúde e legislação inadequadas, que impõem limites à prescrição de morfínicos para o controle da dor; falta de conhecimento dos profissionais de saúde, que subestimam a dor dos pacientes, utilizam regimes analgésicos inadequados e dão menor prioridade aos

cuidados paliativos, e mitos e concepções errôneas de doentes e familiares, principalmente em relação aos analgésicos morfínicos, incluindo medo de depressão respiratória, tolerância à droga e dependência.

A tendência das políticas de saúde é a diminuição do período de hospitalização, visando a redução dos custos. A maioria dos pacientes com dor crônica é tratada em ambulatório, e cada vez mais, pacientes e familiares assumem o gerenciamento da dor no domicílio, lidam com regimes medicamentosos complexos, como infusão parenteral e até infusão epidural por meio de cateter.⁶ Conhecimentos inadequados e concepções errôneas acerca do manejo da dor no câncer, por pacientes e familiares, já descritos em literatura,⁷⁻⁹ podem dificultar essa participação e contribuir para o alívio inadequado da dor. Ainda, se a apreciação da dor envolver elementos emocionais e cognitivos, o que o doente sabe, espera, teme e o significado que atribui aos eventos, entre outros, são aspectos que influem em o quanto dói e em como se lida com a situação. A educação de doentes com dor oncológica e seus cuidadores é componente chave para o efetivo alívio da dor no câncer e há necessidade de informações precisas sobre dor e seu controle.

Dada a importância do assunto e a escassez de estudos sobre o tema, em âmbito internacional e nacional, optou-se pela realização deste trabalho que teve por objetivos: analisar as publicações sobre educação de pacientes e cuidadores no controle da dor oncológica e descrever o papel de enfermeiras nestes programas.

MÉTODO

Este estudo consistiu de uma revisão bibliográfica de artigos de periódicos realizada nas bases de dados MedLine, LILACS e BDNF. O acesso ao MedLine foi através da PubMed, base de dados da *National Library of Medicine* (NLM). O acesso ao LILACS e BDNF foi feito por meio da BIREME.

Para identificação dos artigos na base MEDLINE foi utilizada a opção de busca MeSH Browser (*Medical Subject Heading*) com os descritores "patient education and neoplasms and pain" e limites temporais de 1990 a 2002. Para a seleção dos textos nas bases de dados LILACS e BDNF foi utilizado o formulário básico e os descritores "dor e educação", "câncer e educação" e "dor e câncer".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas 111 publicações no MedLine. No entanto, apenas 17 referiam-se a programas de

educação no manejo da dor de pacientes com câncer e seus cuidadores. Destes, sete não foram encontrados em nenhuma biblioteca nacional e foi possível obter-se 10. Foram identificadas 111 publicações no LILACS e sete no BDENF, quando se utilizou as palavras dor e câncer. Porém, nenhum dos artigos referia-se ao tema deste trabalho. Quando se utilizaram as palavras educação e dor, nada foi localizado. Desta forma, 10 artigos de periódicos constituíram a amostra deste estudo, e a síntese e análise dos artigos podem ser observadas na Tabela 1.

DADOS DOS DOCUMENTOS

Da análise de procedência dos documentos, observou-se que todos foram escritos em países desenvolvidos, sendo oito artigos originários dos Estados Unidos e dois da Holanda. Dois dos artigos publicados por Ferrel et al^{6,10} são do mesmo estudo; um deles apresenta dados relacionados aos pacientes com dor oncológica e o outro dados dos cuidadores familiares.

Algo semelhante ocorreu com os dois artigos provenientes da Holanda^{11,12}. Em um deles são apresentados dados totais,¹¹ enquanto que no outro,¹² são relatados dados parciais, referentes apenas aos pacientes que recebiam atendimento domiciliário de enfermeiras distritais. Para facilitar a apresentação dos resultados, os artigos foram agrupados e estão descritos na Tabela 1.

Quatro dos estudos foram do tipo antes/depois,^{6,10,13,14} na qual um grupo de pacientes é selecionado para a pesquisa e todos recebem a intervenção em estudo, conforme classificação proposta por Fletcher et al.¹⁵ Os seis restantes realizaram estudos do tipo ensaio clínico randomizado e controlado,^{11,12,16-19} no qual os pacientes selecionados são divididos aleatoriamente em dois grupos comparáveis, o grupo experimental, que é exposto a uma intervenção, e o grupo controle, que é tratado igualmente ao grupo experimental em todos os aspectos, mas seus membros não são submetidos à intervenção em estudo, conforme classificação proposta por Fletcher et al.¹⁵

Todas as intervenções educativas implementadas tiveram como público-alvo indivíduos adultos. Em quatro estudos a intervenção educativa envolveu população de idosos;^{6,10,16,18} em um,¹³ grupos étnicos específicos de uma comunidade e em outro,¹⁷ a comunidade toda. Os outros quatro estudos trabalharam com doentes adultos de modo geral.^{11,12,14,19}

Um estudo visou, além dos doentes, o público em geral;¹⁴ outros quatro^{11,12,14,17} também atingiram os profissionais da saúde.

ESTRUTURA DOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

Em quatro estudos as intervenções educativas foram realizadas no domicílio;^{6,16,10,13} em um, foi realizada na comunidade;¹⁷ dois em unidades de internação hospitalar^{11,12} e dois em clínicas especializadas.^{18,19} Um dos programas ocorreu em um centro hospitalar.¹⁴ Em dois estudos,^{11,12} além da educação realizada no hospital, os pacientes também receberam informações individuais por telefone, de acordo com suas necessidades.

Em seis dos 10 artigos estudados,^{6,10-13,16} as enfermeiras foram as educadoras dos programas. Em dois foram os médicos,^{18,19} e em outros dois houve a participação de uma equipe multidisciplinar.^{14,17}

Quanto aos resultados esperados dos programas educativos observou-se que, na maioria dos estudos (9), foi avaliado o impacto nos conhecimentos, crenças e atitudes de pacientes sobre dor^{6,10-14,16,17,19} e o impacto na qualidade de vida foi avaliado em seis estudos.^{6,10-13,16} Em quatro estudos^{11,12,17,18} avaliou-se o impacto da intervenção na intensidade da dor. O uso de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas,^{10,16} as qualidades da dor^{11,12} e o uso no domicílio dos materiais de ensino recebidos^{11,12} foram investigados em dois estudos, cada um. Os prejuízos causados pela dor,¹⁹ a sobrecarga do cuidador⁶ e o consumo de analgésicos¹⁹ foram avaliados em um estudo, cada um (Tabela 1).

As intervenções educativas incluíram, basicamente, os seguintes assuntos:

• **Informações gerais sobre dor:**

Definição e causas de dor, mitos e concepções errôneas sobre a dor e seu manejo, interferência da dor na atividades diárias, necessidade de avaliar corretamente a dor, estímulo ao auto-registro da dor e importância de comunicar ao médico a presença da dor e a efetividade do tratamento estipulado.

• **Tratamento farmacológico da dor:**

Administração de medicamentos (dose, vias de administração, mecanismo de ação, duração dos analgésicos, entre outros), conceitos de adição, dependência e tolerância, considerações sobre efeitos colaterais, benefícios e riscos do tratamento, conseqüências da não adesão ao tratamento.

• **Tratamento não farmacológico da dor:**

Indicações e contra-indicações de técnicas como calor, frio, massagem, relaxamento, distração e imaginação.

Livretes contendo informações gerais sobre dor e tratamento foram utilizados em todos os estudos. O estudo que avaliou o impacto de um programa educacional em dor em uma comunidade¹³ preocupou-se com a tradução do livrete para o idioma do grupo

étnico cuja língua primária não era o inglês, e encontrou um bom resultado quanto ao seu emprego.

Em seis estudos^{6,10-13,16} foram deixadas com os pacientes fitas cassete para serem ouvidas quando o paciente quisesse. Tal método foi utilizado visando reforçar as instruções verbais dadas no início da intervenção. Nestes mesmos estudos, foi dado aos

pacientes um diário de dor para que pudessem registrar e monitorar a intensidade da dor durante o dia. No estudo realizado por Ferrell et al,^{6,10,16} além destes instrumentos foi oferecida uma ajuda financeira para que pacientes e familiares pudessem adquirir equipamentos a fim de que métodos não farmacológicos de alívio da dor pudessem ser utilizados.

Tabela 1. Caracterização dos programas educativos em dor quanto aos objetivos, tipo de estudo, população e instrumentos de mensuração. São Paulo, 2002.

Estudo (autor/ano/local)	Objetivos do estudo	Tipo de estudo	População/ amostra	Instrumentos de mensuração
1. Ferrell BR et al, 1993 EUA	Avaliar o impacto de um programa educativo em dor em pacientes idosos e seus cuidadores familiares na qualidade de vida, nos conhecimentos e atitudes e na utilização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas e sua efetividade	Ensaio clínico randomizado	40 pacientes idosos e 29 cuidadores familiares	Quality of life (QOL); Patient Pain Questionnaire (PPQ) – questionário adaptado; Self Care log
2. Ferrell BR et al, 1994 EUA	Avaliar a estrutura de um programa educativo nas variáveis de qualidade de vida, utilização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas e conhecimentos e atitudes de pacientes com dor oncológica em domicílio	Antes/depois	66 pacientes idosos	Quality of life (QOL); Self Care log; Patient Pain Questionnaire (PPQ) – questionário adaptado
3. Ferrell BR et al, 1995 EUA	Avaliar o impacto de um programa educativo na qualidade de vida, nos conhecimentos e atitudes e sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes com dor do câncer	Antes/depois	50 cuidadores familiares	Quality of life (QOL); Family Pain Questionnaire (FPQ); Instrumento de sobrecarga do cuidador
4. Juarez G et al, 1997 EUA.	Avaliar o impacto de uma intervenção educativa na qualidade de vida, conhecimentos e crenças e experiência e manejo do dor em pacientes de grupos étnicos selecionados de uma comunidade	Antes/depois	369 pacientes de uma comunidade composta por grupos étnicos selecionados (231 caucasianos, 60 hispânicos, 59 americano-africanos)	Quality Of life (QOL); Patient Pain Questionnaire (PPQ); Brief Pain Inventory (BPI)
5. Elliot et al, 1997 EUA	Avaliar o impacto de uma intervenção educativa comunitária na intensidade e prevalência da dor de pacientes, e nos conhecimentos e atitudes e manejo da dor do câncer de pacientes e seus familiares, médicos e enfermeiras	Ensaio clínico randomizado	438 pacientes e seus familiares	Instrumento adaptado para medida de conhecimentos e atitudes; Brief Pain Inventory (BPI); Cálculo específico (comparação entre analgésicos prescritos e nível da dor relatada pelo paciente)
6. Wit R et al, 1997/2001 Holanda	Aperfeiçoar o conhecimento de pacientes sobre dor e seu tratamento. Para tal, mediu-se o impacto de uma intervenção educativa na experiência da dor, qualidade de vida, intensidade da dor presente e média intensidade da dor, e utilização dos materiais de ensino	Ensaio clínico randomizado	313 pacientes de um hospital especializada em câncer (51 - grupo controle c/ enfermagem distrital; 103 - grupo controle s/ enfermagem distrital; 53 - grupo intervenção c/ enfermagem distrital; 106 - grupo intervenção s/ enfermagem distrital)	Questionário de McGill (versão alemã); EORTC QLQ 30 (+3); Escala numérica; Questionário adaptado do Patient Pain Questionnaire (PPQ)
7. Clotfelter CE, 1999 EUA	Determinar se a redução da intensidade da dor é relatada por pessoas idosas como resultado de uma intervenção educacional relacionada ao manejo da dor	Ensaio clínico randomizado	36 pacientes idosos de uma clínica oncológica privada (18 - grupo controle, e 18 - grupo experimental)	Escala visual analógica
8. Oliver et al, 2001 EUA.	Avaliar o efeito de uma intervenção individualizada nas concepções errôneas de pacientes, média da dor, prejuízo causado pela dor (estado de saúde geral) e frequência de dor e conhecimentos relacionados à dor	Ensaio clínico randomizado	67 pacientes de duas clínicas oncológicas (33 - grupo controle, e 34 - grupo experimental)	Questionário específico; Escala numérica; MOS - PAQ; Questões específicas; Instrumento para medida de conhecimento adaptado da Sociedade Americana de Dor
9. Ferrell et al, 2002 EUA	Aperfeiçoar a educação de pacientes, profissionais da saúde e público em geral no manejo da dor oncológica, através de curso que objetivou identificar barreiras no manejo da dor, descrever considerações culturais na educação de pacientes e discutir sobre as várias formas de educação em dor	Antes/depois	147 indivíduos (pacientes, profissionais da saúde e público em geral)	Questões específicas

Em uma das pesquisas, além das instruções escritas, foi realizada uma sessão de vídeo para instrução de pacientes idosos,¹⁸ e a investigação realizada junto a seis comunidades¹⁷ fez uso de grupos de discussão e estudos de caso, objetivando discutir o assunto dor com pacientes e público em geral. Duas destas comunidades realizaram um programa de televisão sobre manejo da dor no câncer visando atingir público maior.

Todos os artigos exceto um¹⁸ utilizaram materiais educacionais complementares visando reforçar as informações verbais. Esta técnica tem sido descrita por educadores como a melhor forma de ensinar indivíduos adultos, visto que as pessoas retêm apenas 20% do que ouvem, 30% do que vêem, 50% do que ouvem e vêem, 70% do que ouvem, vêem e dizem e 90% do que ouvem, vêem, dizem e fazem.²⁰ Assim, para que participantes dos programas educativos possam reter o que aprendem, eles necessitam não só ouvir as informações, mas também discutir o assunto, ver demonstração de técnicas ou audiovisuais e precisam acima de tudo, ter a oportunidade de fazer algo com a nova informação ou habilidade ensinada.

Uma limitação na utilização destes materiais é que eles contêm informações padronizadas, que podem não corresponder às necessidades de cada paciente. No entanto, 26,2% dos pacientes de um estudo que mediu a utilização dos materiais educativos relataram receber alguma informação nova durante a leitura do livrete.¹¹

Quanto aos resultados encontrados nas pesquisas, de modo geral os programas educativos resultaram em melhora nas variáveis mensuradas, principalmente as relacionadas aos conhecimentos e atitudes de pacientes e cuidadores familiares no manejo da dor oncológica. Apenas em um dos estudos,¹⁷ em que a intervenção direcionou-se à comunidades e não diretamente à pacientes oncológicos, não se obteve melhora em nenhuma das variáveis mensuradas. A Tabela 2 mostra os principais resultados de cada estudos e as diferenças estatisticamente significativas observadas.

Referente à variável qualidade de vida, avaliada em seis estudos,^{6,10-13,16} em apenas um não ocorreu melhora.¹⁰ Medo de depressão respiratória e dependência, o conceito de tomar medicação apenas na presença de dor intensa e distress frente à dor foram

os tópicos que pacientes e seus cuidadores mais apresentaram dúvidas e concepções/crenças errôneas. Tais crenças foram avaliadas em nove estudos.^{6,10-14,16,17,19} Houve melhora destes conceitos em sete estudos, ocorrendo assim diminuição nas barreiras relacionadas ao manejo da dor.^{6,10-12,14,16,19}

Dos quatro estudos que avaliaram o impacto da intervenção educativa sobre a intensidade e frequência da dor, apenas um,¹⁸ que trabalhou com idosos, não obteve os resultados esperados, ocorrendo aumento na intensidade da dor tanto no grupo experimental quanto no grupo controle. No entanto os pacientes do grupo experimental relataram dor menos intensa que os do grupo controle.

Nos dois estudos que avaliaram adesão ao tratamento medicamentoso, observa-se que a dor aumentou nos grupos que receberam intervenção educativa^{10, 16}. Os dois estudos^{10,16} que avaliaram o uso de intervenção não farmacológica observaram que os pacientes mostraram-se positivos quanto a utilização deste tipo de intervenção,¹⁶ e houve aumento de 22% para 68% na utilização de tais técnicas.¹⁰

CONCLUSÕES

Da análise de dez estudos sobre o impacto de programas educativos na vivência da dor "no câncer", pôde-se concluir que resultaram em melhorias na qualidade de vida e na intensidade da dor; ajuste nas concepções e crenças sobre dor oncológica e seu controle, aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e maior aceitação dos meios não farmacológicos. O conceito e as causas de dor, o prejuízo desta na vida diária, os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e a importância do doente relatar o desconforto foram o núcleo dos programas. O livrete foi o material educativo mais utilizado, seguido de fitas de áudio-cassete. A enfermeira foi o profissional educador em seis programas. As concepções e conhecimentos que os pacientes e cuidadores possuem sobre o tratamento da dor oncológica estão imbricados à vivência de dor. Daí a importância de se organizar estratégias para promover a educação de pacientes no manejo da dor oncológica.

Tabela 2. Caracterização dos resultados dos programas educativos. São Paulo, 2002

Estudo	Resultados	
	Pré – intervenção	Pós – intervenção
1. Ferrell et al, 1993	<p>Não apresenta dados sobre a qualidade de vida e conhecimentos e atitudes de pacientes e seus cuidadores familiares;</p> <p>Pacientes tomam apenas 70% das medicações prescritas;</p> <p>A maioria dos pacientes não utilizavam intervenções não farmacológicas</p>	<p>O programa de educação foi efetivo na diminuição da intensidade da dor, diminuição da percepção da severidade da dor, do medo de adição e da ansiedade, e aumento na utilização das medicações;</p> <p>Houve melhora no sono;</p> <p>O nível de conhecimento dos pacientes sobre os princípios da dor aumentou;</p> <p>Pacientes mostraram-se positivos quanto ao uso de intervenções não farmacológicas;</p> <p>Quanto aos cuidadores, houve melhoras significantes nas áreas do conhecimento relacionadas ao medo de adição e depressão respiratória, e dar doses adequadas de medicação</p>
2. Ferrell et al, 1994	<p>Quanto à qualidade de vida os piores resultados foram encontrados nos itens dor, apetite, fadiga, prazer de vida e utilidade, e na subescala psicológica. Os melhores resultados foram encontrados na subescala social, seguidos pelo bem-estar físico e espiritual;</p> <p>Pacientes tomam apenas 70% das medicações prescritas;</p> <p>A porcentagem da utilização de intervenções não farmacológicas foi de 22%;</p> <p>Quanto aos conhecimentos e atitudes os melhores resultados foram aqueles relacionados ao senso de desamparo, uso de tratamento não farmacológico e crença de alívio da dor. Os piores resultados estavam relacionados ao medo de depressão respiratória, aflição da dor e necessidade em tomar doses baixas de medicação.</p>	<p>Não houve melhoras significativas nos resultados da qualidade de vida;</p> <p>Ocorreu melhora na adesão à terapia analgésica;</p> <p>Houve aumento na utilização de intervenções não farmacológicas para 68%;</p> <p>Houve melhora na intensidade da dor e aflição à dor, e aumento do alívio da dor;</p> <p>Ocorreram melhoras significativas em 8 dos 14 itens do PPQ (efetividade das intervenções não farmacológicas, dor pode ser aliviada, medicação de rotina, dor presente, medicação somente quando severa, adição psicológica é inevitável com o tempo, pacientes são supermedicados, medo de depressão respiratória, tomar a menor dose possível), e nas subescalas total de conhecimentos e experiência</p>
3. Ferrell et al, 1995	<p>No que se refere a qualidade de vida os piores resultados foram encontrados na área do bem-estar espiritual e os melhores, no bem estar psicológico;</p> <p>As áreas de menor conhecimento foram aquelas relacionadas à aflição do paciente ou cuidador familiar e as de melhor conhecimento, foram crenças em intervenções não farmacológicas e dar medicação somente quando dor severa;</p> <p>Tarefas físicas proporcionam menos sobrecarga que aspectos emocionais. As áreas de sobrecarga provocam mudanças nos planos dos cuidadores e ajustes emocionais</p>	<p>Houve melhoras significativas nas subescalas do bem-estar psicológico e social e na pontuação total da qualidade de vida;</p> <p>Ocorreu melhora nos conhecimentos dos cuidadores sobre dor e nas suas experiências de cuidado ao paciente com dor oncológica nos itens: intervenções não farmacológicas podem ser efetivas, medicação apenas quando dor intensa, medicação de rotina é melhor, dor pode ser aliviada, senso de utilidade no alívio da dor, tomar menor dose possível, pacientes são supermedicados, adição é inevitável com o tempo, nível da dor na semana anterior, dor causa aflição no familiar; e nas subescalas de conhecimentos e atitudes</p>
4. Juarez et al, 1997	<p>Em relação à variável qualidade de vida, não houve diferenças significativas quanto ao bem-estar físico. Hispânicos tiveram os piores resultados em 5 dos 11 itens do bem-estar psicológico (enfrentando a dificuldade, felicidade, concentração, sentimento de utilidade e depressão) e em 4 dos 8 itens do bem-estar social (aflição familiar, emprego, isolamento e relações sociais). No bem-estar espiritual, caucasianos tiveram os piores resultados em 4 dos 7 itens (atividade religiosa, mudança na espiritualidade, itens (atividade religiosa, mudança na espiritualidade, determinação e esperança) e na subescala espiritual total;</p> <p>Hispânicos tiveram os piores resultados nos itens de conhecimento e experiência da dor. Diferenças significativas entre os grupos foram encontradas em 3 itens de experiência (aflição à dor, aflição familiar e dor no futuro) e 4 de conhecimentos (dar medicação somente quando dor intensa, dar medicação próximo ao horário, se a dor é pior o câncer é pior, e na subescala total de conhecimento);</p>	<p>O estudo não apresenta dados pós intervenção</p>
	<p>Hispânicos tiveram os piores resultados na maioria dos itens de manejo da dor, tendo sido encontradas diferenças significativas entre os grupos em 8 dos 12 itens analisados (pior dor, dor mínima, média de dor, atividade geral, trabalho, prazer e dor total)</p>	
5. Elliot et al 1997	<p>Pacientes do grupo experimental obtiveram maior prevalência e menor intensidade da dor, menor índice de manejo da dor e menor pontuação na escala de atitudes de pacientes e familiares, comparados com pacientes do grupo controle</p>	<p>Ocorreu diminuição da prevalência de dor nos pacientes, o índice de manejo da dor melhorou, a intensidade da dor e as pontuações de atitudes de pacientes e familiares deteriorou no grupo experimental comparado com o grupo controle. No entanto, nenhuma dessas mudanças foi estatisticamente significativa;</p> <p>Encontrou-se resultados consistentes entre as 6 comunidades</p>

Estudo	Resultados	
	Pré – intervenção	Pós – intervenção
6. Wit et al, 1997/2001	<p>Em relação à experiência da dor, não houve diferenças significativas entre os grupos na pontuação das dimensões sensoriais, afetivas, de avaliação, pontuação total e número total de palavras escolhidas;</p> <p>Diferenças nos indicadores da qualidade de vida foram encontradas entre pacientes que necessitaram de enfermagem distrital e aqueles que não. Pacientes com enfermagem distrital encontravam mais prejudicados na maioria das escalas funcionais (funcionamento físico, "papel", social, e qualidade de vida geral), relataram mais fadiga náusea, vômito e experienciavam mais dor, perda de apetite e constipação que pacientes sem enfermagem distrital; Pacientes do grupo intervenção com enfermagem distrital tiveram uma pontuação significativamente menor no funcionamento físico e cognitivo que pacientes do que aqueles grupo controle com enfermagem distrital;</p> <p>A média da intensidade da dor presente foi de 3,3 e a média da intensidade da dor foi de 4,9, não havendo diferenças significativas entre os grupos experimental e controle;</p> <p>Adesão à medicação, concepções errôneas sobre tolerância, utilização de técnicas não farmacológicas e interferências da dor nas atividades diárias foram os tópicos que os pacientes apresentaram mais falta de conhecimentos.</p> <p>Não houve diferenças entre os grupos experimental e controle, porém, pacientes com melhor escolaridade obtiveram melhor pontuação em alguns itens</p>	<p>Quanto à qualidade de vida, ocorreu aumento significativo para pacientes sem enfermagem distrital nas áreas do funcionamento físico, "papel", e emocional enquanto que para pacientes com enfermagem distrital foi constatado aumento nas áreas do funcionamento cognitivo e emocional.</p> <p>Quanto as escalas de sintomas, todos os grupos de pacientes experienciaram menos dor e distúrbio do sono. Pacientes com enfermagem distrital apresentaram menos fadiga, perda de apetite e diarreia.</p> <p>Pacientes do grupo experimental experienciaram menos dor que pacientes do grupo controle. Diferenças significativas foram encontradas apenas entre pacientes do grupo experimental e controle sem enfermagem distrital. Quanto a intensidade da dor presente a intervenção teve efeito somente para pacientes sem enfermagem distrital.</p> <p>Em relação à média de intensidade da dor, pacientes do grupo intervenção sem enfermagem distrital demonstraram diminuição significativa da dor comparados com o grupo de pacientes controle sem enfermagem distrital. A intervenção não foi significativa para pacientes do grupo intervenção com enfermagem distrital;</p> <p>Pacientes do grupo experimental obtiveram melhora significativamente maior nos conhecimentos relacionados à dor que pacientes do grupo controle;</p> <p>75% dos pacientes leram todo o livro, sendo que, 26,2% deles relataram receber informações novas no livro. 50% dos familiares e amigos dos pacientes também leram o livrete educacional; 55,7% ouviram a fita e 85,6% preencheram o diário de dor</p>
7. Clotfelter CE, 1999	<p>A média de dor dos pacientes do grupo experimental foi de 14,2;</p> <p>A média de dor nos pacientes do grupo controle foi de 17,5</p>	<p>Pacientes do grupo experimental obtiveram uma média de dor de 16,3;</p> <p>Pacientes do grupo controle tiveram uma média de dor de 29,4;</p> <p>Pacientes do grupo experimental tiveram intensidade da dor significativamente menor comparado com o grupo controle</p>
8. Oliver et al, 2000	<p>Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na média de dor, prejuízo causado pela dor, frequência de dor ou conhecimentos relacionados à dor</p>	<p>Ambos os grupos tiveram ganhos similares e significativos no conhecimento relacionado à dor;</p> <p>Pacientes do grupo experimental obtiveram melhoras significativas na média de dor, prejuízo ocasionado pela dor e frequência da dor, enquanto que pacientes do grupo controle não.</p> <p>Devido ao fato de os pacientes de ambos os grupos apresentarem melhora no controle da dor, a diferença nos scores de mudança foi significativa apenas para a média de dor;</p> <p>Não houve diferenças significativas na proporção de pacientes demonstrando melhora na adesão à terapia analgésica</p>
9. Ferrell et al, 2002	<p>Os objetivos identificados foram: desenvolver e implementar um programa de educação para pacientes e cuidadores; coordenar e facilitar o manejo da dor do câncer em nosso serviço; entre outros;</p> <p>Quanto as barreiras identificadas, profissionais relataram Ter outras responsabilidades e que eram tidas prioritárias, profissionais avaliavam inadequadamente a dor e não faziam considerações sobre efeitos colaterais dos medicamentos, e crenças dos pacientes a respeito do tratamento medicamentoso (ex: medicação deve ser poupada.</p>	<p>Os objetivos/metasp tornaram-se mais realísticos e específicos;</p> <p>Houve diminuição das barreiras em todas as áreas. Diferenças significativas foram relatadas na área em que menor prioridade foi dada à dor, profissionais deram maior atenção à avaliação da dor e considerações sobre efeitos colaterais e tolerância, e em todas as barreiras relacionadas aos pacientes</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonica JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F. *Advances in pain research and therapy. Proceedings of the 4th World Congress on Pain*; 1985; New York. p. 589-615.
- Pimenta CAM, Koizume MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev Bras Cancerol* 1997;43(1):21-44.
- Departament of Health and Human Services. *Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research (US). Guia clínica prática: manejo del dolor por câncer*. 1994.
- Pimenta CAM. *International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC): pain position statement [portuguese version]*. *Nursing* 2001;4(41):7-8.
- Internacional Association for the Study of Pain. *IASP pain terminology*. Available from: <http://www.halcyon.com/iasp/terms-p.html>
- Ferrell BR, Grant M, Chan J, Ferrell BA. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly pa-

- tients. *Oncol Nurs Forum* 1995;22(8):1211-8.
7. Paice JÁ, Toy C, Shott S. Barriers to cancer pain relief fear of tolerance and addiction. *J Pain Symptom Manage* 1998;16(1):1-9.
 8. Lin CC, Ward SE. Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan. *Cancer Nurs* 1995;18(1):16-22.
 9. Yates PM, Edwards HE, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Skerman HM, et al. Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer pain in Australia. *J Pain Symptom Manage* 2002;23(5):393-405.
 10. Ferrell BR, Ferrell BA, Ahn C, Tran K. Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer* 1994;74(7 Suppl):2139-46.
 11. Wit R, Van Dam F, Zandbelt L, Van Buuren A, Van der Heijden K, Leenhouts G, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain* 1997;73:55-69.
 12. Wit R, Van Dam F. From hospital to home care: a randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patients with chronic pain. *J Adv Nurs* 2001;36(6):742-54.
 13. Juarez G, Ferrell B, Borneman T. Cultural considerations in education for cancer pain management. *J Cancer Educ* 1999;14:168-73.
 14. Ferrell BR, Juarez G. Cancer pain education for patients and the public. *J Pain Symptom Manage* 2002;23(4):329-36.
 15. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 145-73.
 16. Ferrell BR, Rhiner M, Ferrell BA. Development and implementation of a pain education program. *Cancer* 1993;72(11):3426-32.
 17. Elliot TE, Murray DM, Oken MM, Johnson KM, Braun BL, Elliot BA, et al. Improving cancer pain management in communities: main results from a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(4):191-202.
 18. Clotfelter CE. The effect of an education pain intensity in elderly people with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1999;26(1):27-32.
 19. Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001;19(7):2206-12.
 20. National Cancer Institute (US). *Trainer's guide for cancer education*. Bethesda: NCI; 2001. (NIH Publication; no. 025052).