

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**SIGNIFICADO DA DOR NA EXPERIÊNCIA
DA PESSOA COM DOR ONCOLÓGICA**

**SIGNIFICADO DEL DOLOR EN LA EXPERIENCIA
DE LA PERSONA CON DOLOR ONCOLÓGICO**

**THE MEANING OF PAIN IN THE EXPERIENCE
OF A PERSON WITH ONCOLOGICAL PAIN**

Cidália Carvoeiras Nobre – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Portugal

Felismina Mendes – Professora Coordenadora, Doutora em Sociologia. Universidade de Évora/
Departamento de Enfermagem, Investigadora do CIDESD, Investigadora Responsável do projeto
ESACA- Ref.º: ALT20-03-0145-FEDER-000007

RESUMO

Objetivo: compreender o significado da dor na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico.

Método: usámos a metodologia de natureza qualitativa, com dez doentes do foro oncológico seguidos na consulta da dor. O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista parcialmente estruturada e na análise dos dados utilizámos a fenomenologia. A pesquisa foi aprovada pela comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Resultados: a partir do agrupamento das unidades de significação, emergiram os temas centrais sendo um dos temas: o significado da dor, e a partir do agrupamento das unidades de significação para este tema central, destacou-se o subtema: descrição da dor.

Conclusão: a dor crónica do foro oncológico para além de uma experiência subjetiva e multidimensional é seguramente uma experiência individual, muito particular, já que o significado de dor é único para cada pessoa, pois só a pessoa que a experimenta a pode descrever.

Descritores: Dor; oncologia; pessoa doente; experiência.

ABSTRACT

Objective: understanding the meaning of the pain on the person's with oncological pain experience.

Method: qualitative methodology on ten oncologic patients accompanied on the pain medical consult. As an instrument for data collection, we developed partially structured interviews. To treat the data we used phenomenology. The research was approved by the Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo Ethics' commission.

Results: after the signification unities organization, originated by the interviews procedure, the central thematics emerged, being one of them: The meaning of pain. Through the organization of the signification unities to this central thematic, one sub-thematic stood out: The description of pain.

Conclusion: besides being a subjective and multidimensional experience, the chronic and oncological pain is for sure an individual and particular experience, since the meaning of pain is unique for each person, as the person who experiences it is the only one who can describe it.

Descriptors: Pain; oncology; patient; experience.

RESUMEN

Objetivo: entender el significado del dolor en la experiencia de la persona con dolor oncológico.

Método: metodología de naturaleza cualitativa con diez enfermos oncológicos seguidos en la consulta de dolor. Como instrumento de recopilación de información usamos la entrevista parcialmente estructurada. Para analizar los datos utilizamos la fenomenología. La investigación fue aprobada por la comisión de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Resultados: a partir de la agrupación de las unidades de significación emergieron los temas centrales, como: El significado del dolor. Aplicando la agrupación de las unidades de significación a este tema central, se destacó un sub-tema: La descripción del dolor.

Conclusion: El dolor crónico oncológico más allá de una experiencia subjetiva y multidimensional es sin duda una experiencia individual, muy particular, ya que el significado del dolor es único para cada persona, pues sólo la persona que experimenta puede describir.

Descriptores: Dolor; oncología; enfermo; experiencia.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa retrata parte do percurso efetuado no âmbito da realização do Curso de Doutorado em Enfermagem, em que tomamos como objetivo compreender o significado da dor na experiência da pessoa com dor oncológica.

Ao longo dos séculos têm sido várias as teorias que têm tentado explicar o que é a dor. Nas sociedades antigas, a dor, sem outra causa aparente como o traumatismo, era atribuída à invasão do corpo por maus espíritos e como punição dos deuses. Aristóteles refere-se à percepção de dor como uma emoção ou paixão da alma e assim foi descrita a teoria dos afetos: “a dor é uma emoção, e a sua intensidade depende do significado da parte envolvida, não inclui os aspetos fisiológicos”⁽¹⁾. Descartes rejeita esta teoria defendendo a separação do corpo e da alma, propondo a teoria da especificidade: “as mensagens da dor eram levadas numa determinada transmissão em linha reta, a partir de recetores numa periferia até ao cérebro”⁽¹⁾. Esta teoria não envolve os aspetos psicológicos relacionados com a percepção da dor e a variabilidade de respostas, sendo a dor considerada de grau igual ao da lesão.

Posteriormente surgiram os teóricos dos padrões, defendendo que as pessoas respondiam diferentemente ao mesmo estímulo, surgindo assim a teoria dos padrões. Todas estas teorias, apesar de apresentarem grandes limitações, contribuíram sem dúvida para o entendimento dos mecanismos da dor e assim Melzack e Wall em 1965, tendo por base as relações entre as teorias anteriores, propuseram a sua teoria do portão oferecendo um contributo importante para o entendimento do processo da dor, ao afirmarem que a dor não é uma experiência sensorial simples, mas uma integração complexa de dimensões sensoriais afetivas e cognitivas, sendo que a percepção da dor e as reações à dor não são previsíveis, variando com cada pessoa e cada experiência⁽¹⁾.

Os impulsos da dor são transmitidos sobre fibras para a espinhal medula, através de um “caminho” aberto na substância gelatinosa até ao córtex cerebral, onde a percepção e interpretação da dor ocorrem. Esta teoria propõe que existe na substância gelatinosa células T (células de transmissão), que facilitam a transmissão da dor (abre a entrada) ou inibe essa transmissão (fecha a entrada), intensificando ou bloqueando assim a transmissão da dor. A facilidade ou inibição da transmissão da dor depende de alguns fatores, que vão conduzir a reações diferentes à dor entre as pessoas e até na mesma pessoa em momentos diferentes, como sejam a experiência da infância, experiências anteriores, valores culturais, crenças religiosas, idade, atenção e distração, ansiedade, personalidade, conhecimentos/compreensão, tensão e medo⁽¹⁾.

Desta forma, definir dor, ao longo dos tempos, não tem sido fácil dado que se trata de um fenómeno complexo, subjetivo, de uma experiência individual e não diretamente observável. Atualmente a dor é definida como “qualquer coisa, que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”⁽¹⁾.

A dor crónica está associada à destruição tecidual, tem existência mais prolongada e pode servir como exemplo as dores dos doentes com neoplasias. Causa sofrimento prolongado e insuportável, não tem função biológica de alerta e frequentemente gera stress físico, emocional e social, além de gerar incapacidade laboral, alterações no sono, do apetite, da vida afetiva e alterações de humor, caracterizada principalmente pela instalação de quadros depressivos⁽²⁾.

A dor crónica revela-se então como dor global, multifacetada, descrita como “um multidimensional fenómeno, incluindo não só uma dimensão sensorial, mas também fisiológica, afetiva, dimensões cognitivas e comportamentais, que contribuem para a experiência de dor global”⁽³⁾. Assim se verifica no estudo de Waterkemper R. e Reibnitz K.S. em que os enfermeiros “compreendem a dor no câncer como uma dor total, pois ultrapassa o limite da dimensão física”⁽⁴⁾. Podemos dizer que a dor crónica sendo uma experiência multidimensional

mensional, conduz a uma rutura da relação estabelecida com o mundo, uma vez que não invade, não lacera, não abate apenas o corpo, invade, lacera e abate a pessoa e torna-a “indiferente aos acontecimentos que se dão à sua volta. Retira o gosto por tudo. Retira ao homem os seus velhos hábitos e obriga-o a viver uma vida em que não consegue encontrar-se, numa espécie de luto por si mesmo”⁽²⁾. A dor crónica modifica o dia-a-dia da pessoa doente, as suas relações com os outros e acaba por quebrar a sua relação com o mundo e, por isso, significa também sofrimento.

MÉTODO

Sendo o objetivo desta investigação, compreender o significado da dor na experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico, optámos por um método de investigação qualitativo utilizando a fenomenologia, pois a mesma permite estudar o fenómeno a partir das perceções que a pessoa tem da realidade, ou seja, do significado que a pessoa atribui ao fenómeno.

É efetuada uma análise das descrições da pessoa, sendo que estas constituem a fonte de dados. Esta análise consiste em “penetrar o sentido intencional contido nos dados descritivos”⁽⁵⁾, de forma a encontrar os seus significados, ou seja, a essência da experiência vivida pela pessoa.

Selecionou-se uma amostra de dez doentes, do total dos seguidos no Serviço do Hospital de Dia, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA). A seleção foi feita de forma intencional e envolveu os seguintes critérios de inclusão, definidos pelo investigador: ter doença oncológica; ser seguido na consulta da dor; possuir preservada a sua capacidade cognitiva (dados obtidos com a aplicação do teste Mini Mental State) e aceitar participar no estudo. Utilizámos a entrevista parcialmente estruturada como instrumento de colheita de dados, sendo que o processo de recolha de dados realizou-se em Outubro e Novembro de 2010. As dez entrevistas realizadas permitiram chegar à saturação dos dados e constituem o corpus de análise deste estudo.

Após a transcrição das entrevistas e das várias leituras e releituras das mesmas, sentimos necessidade de utilizar alguns símbolos capazes de ajudar a compreender a linguagem não-verbal expressa pelos sujeitos do estudo, com o intento de apreendermos a totalidade do seu discurso, para além da mensagem verbal, pois muitas das vezes “as palavras não chegam para o doente expressar a totalidade de dor que está a sentir e pode mesmo não utilizá-las, daí que devemos estar atentos ao que o doente nos transmite de uma forma não-verbal, para melhor compreender a sua dor”⁽⁶⁾.

Assim, nas unidades de significação transcritas, a expressão do olhar de sofrimento encontra-se representada pelo símbolo (), e os silêncios nos discursos dos participantes, que acompanham a sua expressão do olhar, estão identificados com o sinal de pontuação de três pontos ...

Na análise dos dados, seguimos o percurso metodológico preconizado por Deschamps que envolve quatro etapas distintas. A primeira abrange a colocação em evidência do sentido global do texto, pois através das várias leituras efetuadas de cada uma das entrevistas, esta etapa permitiu ao investigador familiarizar-se com a experiência narrada pelos participantes do estudo. Na segunda fase da análise dos dados foram identificadas as unidades de significação, sendo que o texto foi subdividido em unidades de significação naturais, isto é, as unidades de significação foram identificadas através de uma análise espontânea do investigador, tendo mantido sempre o total respeito do que foi relatado pelos sujeitos do estudo. Posteriormente as unidades de significação foram agrupadas por conteúdos e emergiram os temas centrais. A terceira etapa da análise dos dados reporta-se ao desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação. Nesta fase, o investigador ao fazer a análise dos temas centrais aprofundou a compreensão das unidades de significação e, os temas centrais foram posteriormente decompostos em subtemas. A quarta fase é a última da análise dos dados e compreende a síntese do conjunto das unidades de significação. O investigador, através da reunião das unidades de significação aprofundadas efetuou uma descrição consistente e coerente que tomou uma forma sintética, sendo esta última etapa composta por três operações distintas: a descrição da experiência particular de cada participante do estudo, a descrição da estrutura típica do fenómeno e, a comunicação a outras pessoas da descrição da estrutura⁽⁵⁾.

O processo de categorização foi posto à consideração de dois peritos investigadores, no sentido de certificar a fidelidade dos dados.

Voltámos depois aos participantes do estudo para efetuar a validação das descrições, com o intuito de assegurar a validação dos resultados e, as mesmas foram validadas na sua totalidade.

No campo das questões éticas foi efetuado o pedido de autorização ao Diretor da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, bem como o parecer da Comissão de Ética da referida Unidade de Saúde, sendo que auferimos autorização e aprovação para a realização da investigação proposta com o n.º de aprovação 196. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde estavam expostos os objetivos da pesquisa, bem como a garantia do anonimato. Foram também cumpridos os procedimentos éticos conforme recomendação da declaração de Helsínquia de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁷⁾.

RESULTADOS

No decorrer da análise dos dados, através do agrupamento das unidades de significação por conteúdos, emergiu o tema central: o significado da dor. Ao fazer a análise do referido tema central, salientou-se o subtema: descrição da dor. O subtema identificado foi abordado com envolvimento e profundidade pelos participantes do estudo, pois estes fizeram compreender e sentir ao investigador que os aspetos que compõem o subtema mencionado foram de extrema importância e tiveram grande impacto nas suas vidas.

A dor crónica do foro oncológico revelou-se uma experiência odiosa intolerável e inútil. Os sintomas álgicos, as incapacidades, primariamente relacionadas com a neoplasia e seu tratamento, desde os vômitos, a anorexia e a astenia, bem como a perda do convívio social, a redução das atividades profissionais e de lazer, retiraram à pessoa doente, muitas das vezes, a vontade de viver. A dor crónica mostrou-se então como dor global, multifacetada. Devido à natureza multidimensional da dor, “é muitas vezes útil pensar em termos de dor total, que engloba os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais”⁽⁸⁾.

A dor produziu repercussões de diversas naturezas, sendo imprescindível “que se tenha uma visão holística, multi, Inter e transdisciplinar do ser humano como um todo, pois ser gente é possuir corpo físico, mental e espiritual”⁽⁹⁾.

A dor crónica é “um fenómeno subjetivo, podendo ser indicada e quantificada pela pessoa que a sente”⁽¹⁰⁾. Pois a descrição da dor é sempre subjetiva para aquele que a escuta, porque este não vivencia a experiência de dor do outro. Trata-se também de uma experiência individual, uma vez que a mesma é variável de pessoa para pessoa quanto à sua perceção, sendo o significado de dor único para cada indivíduo. A sensibilidade dolorosa caracteriza-se por uma grande variabilidade de expressões de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa em momentos diferentes. Os doentes descreveram a sua dor como a sentiram, pois “ [...] só quem sente pode expressá-la [...] ”⁽⁹⁾. Ninguém melhor que o doente para descrever a dor que sente, já que é somente ele que a vivência, sendo a mesma “descrita como uma experiência única e pessoal”⁽¹¹⁾. Desta forma, “o sujeito que vivencia a dor é o expert sobre o padrão, localização, intensidade e natureza da dor”⁽¹²⁾ logo será apenas ele que poderá falar acerca dela.

DISCUSSÃO

Descrição da dor

Não é fácil definir dor, uma vez que se trata de uma experiência individual, não diretamente observável, pois somente a pessoa que experiencia a dor é que sabe falar da mesma. A descrição que a pessoa faz da sua dor é subjetiva, porque nós não a experienciamos, não a sentimos, não a experimentamos, neste sentido “para avaliar a experiência algica é preciso confiar nas palavras e no comportamento do doente [...]”⁽⁹⁾, pois “não é da responsabilidade do doente provar que está com dor, é da responsabilidade do enfermeiro aceitar o relato de dor do doente”⁽¹³⁾, sem efetuar juízos de valor, sendo fundamental acreditar na dor que a pessoa doente descreve:

Eu tive umas dores que eu não aguentava, [...], aqui, no final da coluna vertebral, ... (), parece que esta zona era arrancada. (E2).

Eram umas dores muito grandes, ... (), parece que se partia tudo dentro de mim. (E6).

[...] A dor era aqui no braço, ... (), como que uma mordida constante. (E7).

Assim, a descrição verbal que a pessoa fez da sua dor torna-se extremamente importante para se poder avaliar a mesma. No estudo efetuado por Nobre, verificou-se que os enfermeiros perceberam a dor dos doentes “através da sua comunicação verbal, ou seja, pelas suas palavras, como eles descrevem a sua dor”⁽⁶⁾. No nosso estudo, também os participantes continuaram a expressar a sua dor através das palavras:

A dor é uma coisa má, ... que muitas vezes não se aguenta. (E2).

[...] As dores não se veem, se elas se vissem, ... (), a dor é qualquer coisa que não funciona bem e torna-se em dor. (E2).

É uma dor, ... que quando faço algum movimento vem assim pelas costas, tipo picada forte, não é contínua. Quando respiro mais fundo é que então ela dá aquele sinal, [...]. (E9).

Mas, muitas das vezes as palavras não chegam para a pessoa expressar a totalidade de dor que está a sentir e pode mesmo não utilizá-las, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos ao que a pessoa transmite quer de uma forma verbal, quer não-verbal, para melhor compreenderem a sua dor. A linguagem do corpo fala por nós e muitas das vezes trai-nos, quando não nos queremos revelar. Esta linguagem exprime “ [...] muitas vezes mensagens que complementam as transmitidas pelas palavras, chegando muitas vezes a contradizer aquilo que aparecia à superfície através destas”⁽¹⁴⁾. A

linguagem não-verbal “ [...] é muitas vezes tão ou mais rica do que a linguagem verbal. [...] é bastante reveladora do que o doente vive, [...] ”⁽¹⁴⁾. Pois a linguagem não-verbal é a mais verdadeira, aquela que não sabe mentir porque é espontânea. No estudo realizado por Nobre, os sujeitos do estudo referiram que “também percebem a dor dos doentes através da sua comunicação não-verbal: expressão do olhar, expressões faciais, postura corporal e pelo toque apertado”⁽⁶⁾. Ainda no estudo de Silva e Zago, os participantes também relataram que compreendem a dor no doente através do olhar: “a gente percebe a dor crónica no olhar do doente [...] Parece que ele transmite com o olhar, pedindo socorro: por favor, faça alguma coisa para aliviar a minha dor”⁽¹⁵⁾. A comunicação não-verbal envolve um conjunto de expressões faciais, corporais e de comportamentos, que acompanham e suportam a comunicação verbal, pois a linguagem não-verbal, “ [...] reforça, contradiz ou cora a linguagem verbal. É a linguagem não-verbal que na maior parte das vezes traduz os estados de alma relacionados com as palavras ouvidas. [...] Transmite-nos a linguagem das emoções profundas”⁽¹⁴⁾. O enfermeiro que tem a capacidade de escutar não está somente atento à comunicação verbal do doente, mas sim a tudo o que o doente é capaz de transmitir de uma forma não-verbal, pois “é através da escuta da linguagem não-verbal que o enfermeiro completa o que escutou através das palavras, com o objetivo de compreender melhor o doente”⁽¹⁴⁾.

A dor pode ser manifestada de diversas formas, através do choro, do gemido, da agitação, do grito ou do comportamento verbal, no entanto, a ausência destas manifestações, no doente que permanece em silêncio, não significa ausência de dor, já que alguns doentes “ [...] podem adaptar-se à dor, através do desenvolvimento de um elevado autocontrole, suprimindo os sinais de sofrimento ou apenas permanecendo prostrados [...], devido ao esgotamento físico e mental causados pela doença, [...] ”⁽⁹⁾.

Neste estudo, durante as entrevistas, foi dada especial atenção à comunicação verbal dos participantes, mas também à sua comunicação não-verbal para melhor se compreender a sua experiência de dor, nomeadamente através da expressão do olhar e dos silêncios, pois ofereceram, sem dúvida, uma qualidade significativa ao conteúdo da mensagem expressa, reforçando e completando a mesma. Costuma dizer-se que os olhos são o espelho da alma, o que faz com que na comunicação face a face se diga muita coisa através do olhar, que as palavras não são capazes de exprimir. Alguns participantes do nosso estudo, pela sua expressão do olhar, transmitiram sofrimento através de um olhar sem brilho, direcionado para baixo, e sobreolho franzido. Deixaram assim transparecer o sofrimento em que a dor crónica do foro oncológico os mergulhou. A expressão do olhar de sofrimento encontra-se representada nas unidades de significação transcritas através do símbolo (). O silêncio é outro aspeto da linguagem não-verbal ao qual é necessário estar

atento, pode significar “o medo ou o sofrimento que impedem que as palavras saiam, ou uma alegria tão intensa que não pode ser explicada por palavras. O silêncio pode ser o da vida que se apaga de forma inexorável mas também o da que brota incessantemente”⁽¹⁴⁾. Para escutar o silêncio é fundamental que o enfermeiro esteja totalmente presente, pois “ [...] deve oferecer inteiramente a sua presença e a sua atenção à globalidade da pessoa do seu doente [...] ”⁽¹⁴⁾ já que escutar, não é só ouvir. Escutar o silêncio “ [...] é estar á escuta do que o outro vive de mais profundo”⁽¹⁴⁾. O silêncio é cheio de significado, pois “... pode significar a integração do que acaba de ser dito. Pode também traduzir a intensidade da procura da resposta mais pertinente, tendo em conta tudo o que a precedeu”⁽¹⁴⁾. No nosso estudo, os silêncios utilizados pelos participantes acompanharam a sua expressão do olhar e encontram-se representados nas unidades de significação transcritas através do símbolo ...

A perceção de dor e a reação à dor são variáveis de pessoa para pessoa e, por vezes, na mesma pessoa em momentos diferentes. Cada um descreve a sua dor como a sente, em função da sua experiência, pois ninguém melhor que a pessoa para descrever a dor que sente, porque é a pessoa que a vivência, logo será somente ela que poderá falar sobre a mesma. A dor é “qualquer coisa, que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”⁽¹⁾. Desta forma, os sujeitos do estudo descreveram a sua dor através da comunicação verbal, ou seja, pelas suas palavras, e da comunicação não-verbal, nomeadamente através da expressão do olhar e dos silêncios:

A dor é uma coisa que entristece a gente, sofre-se ... (), tira a vontade de tudo, [...]. (E1).

[...] É uma coisa horrível ... (), que não se consegue dizer o que é, cada pessoa é que sente, [...]. (E5).

[...] É uma coisa que não se vê ... (), quem tem as dores é que sabe falar delas. (E5).

A dor pode ser classificada em dor aguda e crónica. A dor oncológica insere-se no conceito de dor crónica, em que um sentimento de impotência, de desespero e de absurdo invade os doentes:

Às vezes são dores terríveis, que eu não aguento, sinto-me mal, ..., é uma dor agressiva, uma dor ... (), eu até já sei o sinal da dor, quando ela vem mais forte, [...]. (E2).

[...] É quase insuportável, aquela dor ... (), acaba por ser um bocado incapacitante. (E8).

A dor crónica oprime, desgasta, desencoraja e desespera os doentes, prolonga-se no tempo, torna-se detestável, insuportável e não tem função biológica de alerta. Mais do que um sintoma, torna-se uma doença:

Já tive dores muito fortes, insuportáveis, que retiram toda a vontade ... (), é muito sofrimento é não puder fazer as coisas do dia-a-dia. (E3).

A dor [...] aparece assim de repente e faz sofrer ... (), é uma coisa má que não deixa a gente estar bem, [...]. (E5).

É uma coisa horrível, não sei explicar ... (), não se vê,... não se vê, mas é uma coisa horrível, [...]. (E7).

A dor crónica do foro oncológico domina a vida e as preocupações do doente, pois associa-se às incapacidades ditadas pela própria doença e pelos tratamentos, o que introduz limitações não só a nível físico, mas também aos níveis psicológico, laboral, social, familiar e espiritual:

[...] Vejo-me muito aborrecida, triste de querer fazer as minhas coisas e não puder. Passa-se a vida com a dor ... (), com tristeza muitos dias, é assim [...]. (E1).

É uma coisa que é má para a pessoa, pois a pessoa não se sente bem, não consegue fazer as coisas do dia-a-dia ... (), [...]. (E2).

Não conseguia dormir, nem conseguia levantar-me, se me deitava já não me conseguia levantar, [...] tinham que me ajudar, não conseguia devido às dores ... (), [...]. (E6).

No estudo realizado por González-Rendón e Moreno-Monsiváis, verificou-se que “ [...] a incapacidade funcional ocasionada pela dor é causa de sofrimento nos doentes, nas suas famílias e nas pessoas próximas”⁽¹⁶⁾. Da mesma forma, os doentes do nosso estudo apresentaram várias alterações, desde a diminuição da mobilidade, dificuldade ou incapacidade de realizar uma atividade:

[...] Não posso fazer compras, não posso limpar a minha casa, não posso fazer uma limpeza como lavar um chão, limpar o pó, [...]. Não tenho forças para isso ... (), não sinto forças, [...]. (E1).

A dor física não me deixa passar a ferro, aspirar a casa, não permite que eu faça movimentos, esforços. (E3).

[...] Não me conseguia levantar nem tomar banho sozinha, tinha de ser o meu marido a ajudar-me em tudo, [...]. (E6).

A dor crónica é uma sensação subjetiva que não afeta apenas a dimensão física, mas também as dimensões psicológica e espiritual e, conduz ao isolamento social e familiar, à perda do convívio social, assim descreveu esta participante referindo-se á dor:

É uma coisa que entristece a gente, sofre-se ... (), tira a vontade de tudo, até de falar com as outras pessoas, só me apetece estar sozinha, [...]. (E1).

A redução das atividades domésticas, profissionais, sociais e de lazer retiram ao doente, muitas das vezes, a vontade de viver:

“ [...] Deixei de fazer tudo, trabalhos da casa, sair ao café, trabalhar, isolei-me ..., tive uma depressão, ainda estou a fazer tratamentos ... (), [...], ainda pensei em por fim á minha vida.” (E3).

Podemos dizer que a dor crónica do foro oncológico para além de traduzir uma experiência subjetiva e individual, também acarreta uma multidimensionalidade, ocasionando incapacidades, comprometendo a qualidade de vida e gerando imensuráveis repercussões económicas e psicossociais. Pois para além da dimensão física ser afetada, também o são as dimensões: social, psicológica e espiritual, tomando a designação de dor total:

Tenho tido muitas dores na perna, e depois é a outra dor ..., dos outros lados todos, aqui, ali, acolá ... (), tudo dói, desde o corpo à falta de vontade, à tristeza ..., [...]. (E1).

A dor pode ser física e psicológica. (E3).

A dor psicológica é diferente, eu posso fazer os esforços, mas não tenho vontade, não me apetece fazê-los. (E3).

Ainda o estudo de González-Rendón e Moreno-Monsiváis, revelou que a dor “ [...] pode ter graves efeitos adversos no estado físico, psicológico, emocional, social e espiritual dos doentes, o que se reflete sobre as atividades de vida diárias e condiciona perdas económicas, laborais e sociais”⁽¹⁶⁾. No nosso estudo, na pessoa com dor crónica do foro oncológico, as alterações, as perdas que surgiram quer na dimensão física, quer na psicológica, mas também nas dimensões social e espiritual, contribuíram para exacerbar a dor e possibilitaram compreender a mesma como dor total. Pois as alterações que ocorrem nas várias dimensões conduzem ao aumento da perceção da dor e, conseqüentemente cooperam para a continuidade de novas alterações e de outras perdas aos vários níveis, traduzindo-se repetidamente num aumento da perceção da dor, e assim sucessivamente. Este ciclo conduz muitas das vezes aos estados depressivos. A dor crónica revela-se então como dor global, multifacetada. Torna-se uma dor total, em que tudo é dor e, como costuma dizer-se, até a alma dói:

[...] A queda do cabelo é uma coisa um bocado dolorosa ..., estas coisas doem muito... (), mas é uma dor que não passa com comprimidos, [...]. (E4).

[...] A dor é mais psicológica do que física, acho que dói mais o pensar, eu sei que me dói aqui, tenho aqui dor, mas acho que me afeta mais psicologicamente ... (), isto mexe com tudo ..., [...]. (E10).

A pessoa com dor crónica do foro oncológico “precisa ser assistida em sua integralidade, e as ações de Enfermagem devem buscar o equilíbrio entre a manutenção das funções físicas, emocionais e sociais”⁽¹⁷⁾. Pois a dor oncológica ao tornar-se em si mesma uma doença, representa uma das experiências mais penosas para o doente e para todos os que com ele convivem, inclusive a natureza multidimensional da dor lança um desafio particular a todos os profissionais de saúde responsáveis pelo seu controlo, confrontando-os com os seus limites e as suas incapacidades, pelo que os mesmos devem agregar conhecimentos para cuidar destes doentes, “conhecendo os diversos tipos de tratamento e possíveis formas de manejo, a fim de contribuir com o suporte ao doente em busca de um cuidado integral e seguro”⁽¹⁸⁾. Neste contexto, é imprescindível a intervenção de uma equipa multidisciplinar capaz de responder às alterações que ocorrem não só na dimensão física da pessoa com dor oncológica, mas também nas suas dimensões psicológica, social e espiritual.

CONCLUSÕES

O próprio corpo produz a linguagem da dor, desde o franzir do sobreolho, à postura corporal de defesa, ao gemido, ao grito, às lágrimas, ao silêncio, e até às palavras pronunciadas relativas à dor sentida. Trata-se de linguagens, quer verbais ou não verbais, reconhecíveis ao olhar do outro, porque a dor se dirige ao outro. A dor procura escuta, procura o contacto, o toque e as palavras, uma linguagem que a contenha e que a torne suportável. A dor existe quando e onde a pessoa a sente, é conhecida como um dos sintomas mais comuns no contexto das doenças e envolve o homem desde os primórdios da humanidade. Trata-se de uma vivência eminentemente subjetiva que para além de sensação, é também percepção variada pela personalidade de quem a sofre.

No nosso estudo, confirmámos que a dor é uma experiência individual já que o significado de dor é único para cada pessoa. A pessoa com dor crónica do foro oncológico fala da sua dor, descreve-a da forma como a sente e experiencia no seu dia-a-dia, e consolida a ideia de que a dor para além de ser uma experiência subjetiva, é, sem dúvida, uma experiência individual, muito peculiar, pois só a pessoa que a experimenta a pode descrever. Averiguámos também que a pessoa com dor oncológica expressa a dor não só pelas palavras, mas também através das suas manifestações não-verbais, desde a expressão do olhar, o silêncio, bem como a expressão facial e a postura corporal. São as manifestações não-verbais que habitualmente reforçam as verbalizações efetuadas, mas também podem contradizer as mesmas nas situações em que o doente omite a sua dor verbalmente. Verificámos ainda que a dor oncológica promove alterações na pessoa doente aos vários ní-

veis, pois não envolve somente a dimensão física, mas também as dimensões psicológica, social e espiritual. As perdas que surgem nas várias dimensões tendem a exacerbar a dor e o aumento da percepção da dor conduz a novas perdas e, conseqüentemente, a um novo aumento da percepção da dor, e assim sucessivamente. A dor assume assim a sua multidimensionalidade.

REFERÊNCIAS

1. Watt-Watson J H. Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Edição (2.ª). Loures: Lusociência; 2003.
2. Metzger C, Muller A, Schwetta M, Walter C. Cuidados de Enfermagem e dor. Loures: Lusociência; 2002.
3. McCaffery M. Pain: clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby; 1998.
4. Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados Paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev. Gaúcha Enferm. Online [Internet], 2010 mar [acesso em 2015 mar 14]; 31(1):84-91
5. Deschamps C. L'approche phénoménologique en recherché. Montreal: Guérin éditeur; 1993.
6. Nobre C F C. O doente oncológico com dor crónica. Uma abordagem sobre o cuidar na perspectiva de enfermagem. Rev servir. 2008; 56 (3/4): 133-9.
7. Williams JR. Manual de Ética Médica. Edição (2.ª). [homepage na Internet]. Francia: Asociación Médica Mundial; 2009 [acesso em 2012 jun 5]. Disponível em: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf
8. Twycross R. Cuidados Paliativos. Edição (2.ª). Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
9. Queiróz D, Carvalho M, Carvalho G, Santos S, Moreira A, Silveira M. Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. Rev enferm UFPE on line [Internet], 2015 abr [acesso em 2015 out 13]; 9 (4):7186-92. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/view/7275>

10. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Buitendijk E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 mar [acesso em 2014 dez 08];41(1):36-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100005
11. Skrobik Y. Pain may be inevitable; inadequate management is not. Crit Care [Internet]. 2008 Apr [cited 2014 June 12]; 12(2):142. PubMed; PMID2447600.
12. Potter PA, Perry GA. Controle da dor. In: Potter, PA, Perry, GA. Fundamentos de Enfermagem. Edição (8.^a). Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
13. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. Edição (12.^a). Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
14. Lazure H. Viver a relação de ajuda. Abordagem teórica e prática de um critério de competência de enfermeira. Edição (1.^a). Lisboa: Lusodidacta, 1994.
15. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2001 [acesso 2012 Aug 22]; 9(4):44-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400008&lng=en
16. González-Rendón C, Moreno-Monsiváis M G. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Sociedad Española del Dolor. 2007; 14 (6):1-10.
17. Garcia SN, Jacowski M, Castro GC, Galdino C, Guimarães PRB, Kalinke LP. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. Rev Gaúcha Enferm. on line [Internet], 2015 jun [acesso 2016 fev 12];36(2):89-96. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45718>
18. Pereira RDM, Silva WWO, Ramos JC, Alvim NAT, Pereira CD, Rocha TR. Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. Rev Enferm UFPE on line [Internet], 2014 fev [acesso 2015 Jun 12];9(2): 710-7. Disponível em: <http://www.google.pt/url?url=http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7097/11522&rct=j&>

Correspondência: fm@uevora.pt