



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR
“PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

SARAH MERCÊS SEABRA SIQUEIRA

**A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA DOR DO PACIENTE
ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL**

*THE PRACTICE OF NURSING IN THE CARE OF CANCER PATIENT'S PAIN IN
TERMINALLY ILL*

SÃO JOÃO DEL – REI

2015

SARAH MERCÊS SEABRA SIQUEIRA

**A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA DOR DO PACIENTE
ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL**

*THE PRACTICE OF NURSING IN THE CARE OF CANCER PATIENT'S PAIN IN
TERMINALLY ILL*

Artigo apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Profa. Esp. Ana Cláudia Ribeiro Paiva.

SÃO JOÃO DEL – REI

2015

A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA DOR DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL

RESUMO

O desenvolvimento da doença oncológica ocorre de maneira desordenada e descontrolada. O tratamento da doença, em sua fase terminal, se concentra nos cuidados paliativos e no conforto oferecido ao paciente. Dentro desse momento, o tratamento da dor se torna essencial, para garantir melhor qualidade de vida. Para isso, é preciso reconhecer e mensurar adequadamente a dor, o que envolve a análise de questionários e avaliações, sempre com o acompanhamento do enfermeiro. Torna-se necessário também deixar claro para o paciente em fase terminal quais são seus direitos, assim como fornecer suporte emocional, psicológico e religioso. O enfermeiro se faz presente em todas essas fases desempenhando im papel fundamental, mesmo frente à recomendação de não se envolver de forma afetiva com o paciente. Diante desse contexto, objetivou-se com este estudo oferecer aos leitores um aprofundamento sobre a importância do tratamento da dor no doente oncológico em fase terminal, enfatizando-se o cuidado paliativo e os direitos desse paciente. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica baseada em literatura específica, artigos e manuais referentes ao tema. Com o estudo, foi possível constatar que ainda há uma grande dificuldade para se mensurar a dor de forma confiável, e que a fase final da doença deve ser vista considerando-se os direitos e a dignidade do paciente. Finalmente, conclui-se que ainda é preciso capacitar os enfermeiros para que possam oferecer um tratamento paliativo de forma mais participativa, sendo também necessário aumentar o corpo de profissionais nas equipes com vistas a oferecer assistência pautada pela qualidade e pela competência.

Palavras-chave: Doença Oncológica. Fase Terminal. Tratamento da Dor. Cuidados Paliativos.

THE PRACTICE OF NURSING IN THE CARE OF CANCER PATIENT'S PAIN IN TERMINALLY ILL

ABSTRACT

The development of oncologic disease occurs in a disorganized and uncontrolled way. Treatment of the disease in its terminal phase, focuses on palliative care and comfort offered to the patient. Within this time, the treatment of pain it is essential to ensure better quality of life. For this, we must recognize and adequately measuring pain, which involves analyzing questionnaires and assessments, always with the accompaniment of nurses. It is also necessary to make clear to the terminally ill patient what their rights and to provide emotional, psychological and religious support. The nurse is present in all these phases playing a key role, even against the recommendation not to get involved affectively with the patient. In this context, the aim of this study is to offer readers a deepening of the importance of treating pain in cancer terminally ill, with emphasis on palliative care and the rights of patients. For this purpose, bibliographic research was carried out based on specific literature, articles and books on the topic. To the study, it was found that there is still a great difficulty to measure reliably pain, and that the final stage of the disease should be seen considering the rights and dignity of the patient. Finally, it is concluded that it is still necessary to enable the nurses so that they can offer a palliative treatment in a more participatory way, also be necessary to increase the body of the professional teams in order to provide assistance guided by quality and competence.

Keywords: Oncological illness, Terminal Phase, Pain Treatment, Palliative Care.

A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA DOR DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL

THE PRACTICE OF NURSING IN THE CARE OF CANCER PATIENT'S PAIN IN TERMINALLY ILL

1. INTRODUÇÃO

A doença oncológica é uma das mais antigas doenças que se tem conhecimento, podendo manifestar-se em qualquer tecido de nosso organismo. É caracterizada pelo crescimento desordenado das células dos tecidos. Podendo manifestar-se de forma benigna ou maligna.

Dentro de nossa sociedade, ainda é uma doença que causa certo preconceito, principalmente nos casos em que sua patogenicidade acaba por resultar em graves deformações físicas.

Diversos fatores de origem externa ou interna podem aumentar o risco de nosso organismo desenvolver o câncer. Os fatores externos encontram-se relacionados ao meio ambiente (ex: risco ocupacional), aos hábitos culturais (ex: tabagismo) e à própria alimentação; já os fatores internos encontram-se relacionados à genética (hereditariedade) e às lesões pré-neoplásicas adquiridas.

Dentre os aspectos clínicos das neoplasias, é possível constatar que a doença oncológica de natureza maligna (câncer) é causa comum de dor nos pacientes acometidos. Particularmente, os pacientes oncológicos em fase terminal apresentam um quadro de dor de maior intensidade e de difícil controle. A dor não adequadamente manejada tende a influenciar o desenvolvimento da doença, a partir do momento em que altera o estado de humor e, conseqüentemente, o seu conjunto psicoemocional.

Este trabalho teve como objetivo explorar de maneira aprofundada o cenário da dor no paciente oncológico terminal. Para tanto, iniciou-se pela discussão da dor enquanto fenômeno complexo e subjetivo como subsídio para a compreensão de suas múltiplas facetas de apresentação. A partir dessa fundamentação, foi possível avaliar os métodos em vigência aplicados e o tipo de interpretação que o profissional de enfermagem tem de como mensurar e abordar a dor na fase terminal do câncer.

A metodologia utilizada foi através de revisão bibliográfica com busca em materiais referentes à temática em questão, tais como literatura especializada, sites científicos, periódicos e manuais.

Os tópicos a seguir descrevem a doença oncológica, sua conceituação, carcinogênese, graduação e estadiamento, diagnóstico e tratamento. Em seguida, a investigação da dor: classificação, avaliação, a dor como 5º sinal vital e a importância do tratamento. Por fim, a discussão central do papel e da atual atuação do enfermeiro na assistência do paciente oncológico com dor, principalmente na fase terminal: os cuidados paliativos que devem ser prestados ao doente, o direito ao conforto e ao alívio da dor.

2. ONCOLOGIA

2.1 Conceituação

O câncer é uma das doenças mais antigas que se tem registro na história da humanidade. É uma patologia manifestada como um crescimento desordenado e incontrolado de células dos organismos vivos.

Segundo Santos (2008, p. 49), o câncer é uma doença, considerada pela maioria das pessoas, como grave, sem retorno, incurável. A enfermidade está associada a um grande sofrimento psíquico, à dor física e a potenciais mutilações com alteração permanente da imagem corporal, o que resulta em grande impacto não somente para o doente, mas também para a família.

De acordo com Kumar e colaboradores (2013, p.162),

no uso médico comum, geralmente uma neoplasia é referida como tumor, e o estudo dos tumores é chamado de oncologia. Entre os tumores, a divisão de neoplasias em categorias benigna e maligna baseia-se no julgamento do comportamento clínico potencial de um tumor.

A terminologia câncer se aplica a toda neoplasia de comportamento biológico maligno, desenvolvida a partir de uma alteração celular, e, muitas vezes, de difícil erradicação. “[...] são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro” (THULER, 2012, p.17).

Diante do exposto, faz-se necessário conhecer o processo de carcinogênese, para melhor compreensão da patologia.

2.2 Carcinogênese

A carcinogênese refere-se ao fenômeno de formação do câncer, que acontece de maneira lenta, muitas vezes podendo demorar muitos anos para que as células cancerosas cresçam e tornem-se um tumor visível. Nessa fenomenologia, a influência de agentes potencialmente carcinogênicos em função do grau, da frequência e do período de tempo de exposição, tem grandes chances de gerar dano celular e modificar a evolução da doença, segundo Thuler (2012, p.22).

Kumar e colaboradores (2013, p.173) destacam que o dano genético não letal está no âmago da carcinogênese. Tal dano genético (ou mutação) pode ser adquirido pela ação de agentes ambientais, como substâncias químicas, radiação ou vírus, ou pode ser herdada na linhagem germinativa. A hipótese genética do câncer sugere que uma massa tumoral resulte de expansão clonal de uma só célula progenitora que sofreu alteração genética.

Segundo Thuler (2012, p. 22), a carcinogênese pode ser descrita em três estágios:

- Estágio de iniciação, no qual os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos;
- Estágio de promoção, no qual os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada;
- Estágio de progressão, caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula.

2.3 Graduação e estadiamento dos cânceres

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.15), a graduação dos tumores é estabelecida de acordo com o grau de diferenciação das células tumorais em relação às células normais e ao número de divisões que essas células sofreram (mitose). A diferenciação pode ser descrita em quatro graus: bem diferenciada (G1), moderadamente diferenciada (G2), pouco diferenciada (G3) e anaplásico (G4).

“O estadiamento é uma avaliação clínica capaz de fornecer uma noção da extensão da neoplasia para cada caso, auxiliando em condutas e definindo prognósticos” (NETTO, 2009, p.6). Trata-se de um critério destinado a identificar o estágio de desenvolvimento e de evolução da doença, podendo ser aplicado a partir do momento em que se diagnostica o câncer e durante o seu acompanhamento. Para Netto (2009, p.6), o estadiamento geralmente leva em conta o tamanho do tumor, o quão profundo ele está enraizado, se já invadiu órgãos adjacentes, o número de linfonodos alvos de metástase e se o mesmo se disseminou para órgãos distantes.

Cada categoria do estadiamento clínico apresenta diversas subcategorias: para o tumor primitivo, vão de T1 a T4; para o acometimento linfático, de N0 a N3; e para as metástases, de M0 a M1 – sendo que alguns tumores não preenchem obrigatoriamente todas as categorias T ou N (BRASIL, 2014, p.16).

Ressalta-se a importância de se conhecer o perfil epidemiológico do câncer e seus principais tipos, como descritos logo abaixo.

2.4 Principais tipos de câncer e perfil epidemiológico

O câncer pode desenvolver-se em qualquer parte do organismo, com sua agressividade não dependendo do local onde está situado. Segundo Brasil (2014, p.30), entre os cânceres mais incidentes, de acordo com as estimativas para 2013, a cada 100.000 habitantes/homens e mulheres, os números se apresentam da seguinte forma (BRASIL, 2013, s.p.):

- Câncer da cavidade oral: 14,59/100.000;
- Câncer de cólon e reto (intestino): 30,69/100.000;
- Câncer de esôfago: 10,77/100.000;
- Câncer de estômago: 20,62/100.000;
- Câncer de mama: 52,5/100.000;
- Câncer de pele não melanoma: 136,47/100.000;
- Câncer de próstata: 62,54/100.000;
- Câncer de pulmão: 27,98/100.000;
- Câncer do colo de útero: 17,49/100.000.

Segundo Smeltzer e colaboradores (2005, p.336), o câncer é uma doença que pode se desenvolver em indivíduos de qualquer faixa etária, mas apresenta maior prevalência em pessoas com mais de 65 anos de idade, do sexo masculino e que vivem em países industrializados.

No Brasil, o câncer de pulmão é a principal causa de morte, sendo seguido do câncer de estômago e do câncer de próstata, para os homens. Nas mulheres, o câncer de mama é a principal causa de morte, seguida pelo câncer de estômago e de cólon, de acordo com Netto (2009, p.7).

2.5 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico de câncer é realizado através de exame clínico completo, juntamente com a avaliação de exames complementares, que incluem exames laboratoriais ou exames de imagem (raio-X, cintilografia óssea, ressonância nuclear magnética e tomografia axial computadorizada). Mesmo os denominados exames de rotina já podem demonstrar alterações em função do câncer.

Smeltzer e colaboradores (2005, p. 345) asseveram,

Os pacientes com suspeita de câncer sofrem investigação para: (1) determinar a presença do tumor e sua extensão; (2) identificar a possível disseminação (metástase) da doença ou invasão de outros tecidos corporais; (3) avaliar a função e órgãos dos sistemas corporais envolvidos e não afetados; e (4) obter tecidos e células para análise, inclusive a avaliação do estágio e graus tumorais. A avaliação diagnóstica é guiada por informação obtida através de uma história completa e exame físico. O conhecimento de sintomas suspeitos e do comportamento de certos tipos de câncer auxilia na determinação dos exames diagnósticos mais apropriados.

O tratamento do câncer pode ser realizado pelo emprego de modalidades distintas, tais como cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

O objetivo do tratamento cirúrgico é a retirada completa do tumor maligno. Segundo Netto (2009, p.8), a cirurgia oncológica pode ser classificada nas seguintes categorias:

- Cirurgia preventiva (ou profilática): tem a finalidade de impedir que uma célula com potencial de malignidade consiga transformar-se, extirpando-a ou evitando que a mesma continue entrando em contato com agentes cancerígenos.

- Cirurgia diagnóstica (biópsia): é fundamental para o planejamento terapêutico dos tumores malignos, o que torna a biópsia um dos procedimentos mais importantes para a cirurgia oncológica de caráter curativo. Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito antes do procedimento cirúrgico terapêutico (biópsia incisional); em outras ocasiões, a biópsia (excisional), o diagnóstico histopatológico e a cirurgia são realizados no mesmo procedimento.
- Cirurgia com finalidade curativa ou paliativa: a cirurgia com finalidade curativa trata da doença localizada e, corriqueiramente, é associada a outros procedimentos terapêuticos (radioterapia, quimioterapia, endocrinoterapia e bioterapêutica). A cirurgia paliativa é o procedimento realizado sem finalidade curativa, visto que a doença já estaria disseminada, mas com o intuito de melhorar a qualidade de vida e a sobrevida do paciente.
- Ressecção de metástases e recidivas: procedimentos realizados com finalidade curativa.
- Cirurgia reconstrutora: é um procedimento realizado, geralmente, por um cirurgião plástico, podendo ocorrer sincronicamente à cirurgia oncológica ou metacronicamente. É um tipo de cirurgia de fundamental importância, tendo em vista o grau de extensão de muitas cirurgias oncológicas.

Segundo Thuler (2012, p.69), a quimioterapia é uma forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados “quimioterápicos” (ou antineoplásicos) administrados em intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. A quimioterapia pode ter finalidades distintas: curativa, reparadora, paliativa ou para controle da doença. O protocolo é determinado pelo caso clínico de cada paciente.

A radioterapia é um método de tratamento local do câncer, realizado através do emprego de técnicas mediante equipamentos que irradiam nas áreas afetadas pelo câncer no organismo, conforme relata Thuler (2012, p.70). Brasil (2014, p.72) relata que a radioterapia é mais utilizada em adultos do que em crianças e adolescentes, devido aos efeitos colaterais tardios que acarreta ao desenvolvimento orgânico. A modalidade pode ser utilizada no pré- ou pós-operatório, com finalidade paliativa, curativa, antiálgica ou anti-hemorrágica.

De acordo com Netto (2009, p. 9), a grande maioria dos indivíduos submetidos à quimioterapia ou a radioterapia apresentam certos efeitos colaterais, sendo comum a ocorrência de náuseas, vômitos e mielossupressão, caracterizada por uma baixa contagem de células sanguíneas. Outro sintoma adverso comum é a perda de cabelo.

A compreensão de que o câncer é uma doença de difícil manejo, não somente pela sua fisiopatologia, mas também pela desestabilização emocional que pode gerar no paciente, é fundamental para a elaboração de estratégias de tratamento por parte da equipe multidisciplinar envolvida com o paciente. Fatores importantes como a dor física e o sofrimento emocional, frutos da doença ou das próprias modalidades terapêuticas empregadas, têm que ser vistos como potenciais ameaças ao prognóstico do paciente; merecendo, portanto, intervenções imediatas.

3. DOR

3.1 Conceituação

A dor é um fenômeno de ordem subjetiva e pessoal. Cada indivíduo manifesta e reage à dor de forma diferente. Como objeto de percepção, não é possível mensurar eficientemente a dor, ainda que a busca por critérios para se estimar o fenômeno seja sempre positiva. Essa sensação desagradável não é passível de uma definição taxativa e imparcial, estando associada a um dano tecidual vigente ou em potencial ao organismo. Por ser uma modalidade de sensação somática, mas com um componente emocional indissociável, é de fácil entendimento o agravamento do sintoma frente a outras alterações do *status* mental como depressão, angústia e infelicidade.

Segundo Gusman e colegas (1997, p.6), o câncer é muito temido devido às dores provocadas durante o estágio final da doença. As causas podem ser de ordem basicamente mecânica. Por exemplo, justifica-se que um tumor cerebral, quando já em fase avançada, comece a obstruir a circulação normal do líquido cérebro-espinhal a partir dos ventrículos cerebrais, em razão de seu tamanho aumentado. Nesse caso, a dor emerge em razão da pressão provocada pelo tumor.

“A incidência da dor varia com as neoplasias, atingindo 85% dos doentes portadores de tumores ósseos primários, 52% dos doentes com câncer de mama, e 55% dos doentes com linfomas” (GONÇALVES, 2002 *apud* SANTOS, 2008, p.23).

3.2 Classificação da dor

A dor pode ser classificada como aguda, crônica, nociceptiva ou neuropática, segundo Brasil (2001, p. 17-18). Sendo diferenciada pelas seguintes características:

- Dor aguda: relaciona-se a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, de início súbito. Espera-se que alivie com o uso de medicamentos e mobilizações, quando aplicável. Está associada ao aumento da pressão arterial - PA, taquicardia, taquipneia, agitação e ansiedade.
- Dor crônica: é persistente devido a processos crônicos. Apresenta respostas emocionais de ansiedade e estados depressivos. A dor crônica permite ao paciente uma adaptação à situação.
- Dor nociceptiva: tem apresentação de forma somática e visceral. Responde a analgésicos opiáceos e não-opiáceos. Não tem localização definida e é descrita como uma dor profunda e que provoca pressão.
- Dor neuropática: ocorre por lesão no Sistema Nervoso Central - SNC ou Sistema Nervoso Parassimpático - SNP. Manifesta-se através de dano nervoso determinado por trauma, isquemia, infecção, doença degenerativa, invasão tumoral, injúria química ou radiação. A queixa mais apresentada pelos pacientes é queimação no órgão acometido.

3.3 A dor como 5º sinal vital

Ao avaliar um paciente verificamos seus sinais vitais, tais como: pressão arterial (PA), pulso, temperatura e respiração. Contudo, hoje se faz necessário considerar a dor como o quinto sinal vital, sendo alvo da anamnese onde o paciente é questionado quanto à presença ou ausência de dor.

De acordo com Sousa (2002, p. 447) através da percepção da dor no paciente, é possível determinar se um tratamento é necessário, se precisa ser interrompido ou se não está sendo eficaz. A mensuração aproximada da dor pode ser realizada com o auxílio de escalas de faces, questionário de McGill de avaliação da dor por intermédio de um questionário que o paciente responde e no final são somados os pontos para cada característica da dor apresentada (ANEXO 1) e através das queixas do paciente. Essas avaliações são feitas através das respostas que os pacientes apresentam nos questionários.

3.4 Avaliação da dor

A dor pode ser avaliada e classificada em três categorias: sensitiva, avaliativa e emocional, conforme nos diz Silva (2010, p. 361-362) em pesquisa realizada com doentes oncológicos em Alfenas-MG.

Na categoria sensitiva, verificou-se que a sensação de latejar, cólica e ferroar foram as mais relatadas. Já na avaliativa, percebe-se que queimação, ardência, calor e irradiação foram as queixas mais significativas. E, por fim, na categoria emocional, os pacientes descreveram a dor como incômoda, cansativa, desgastante, enjoada e chata.

Santos (2008) apresenta uma classificação da dor em escala numérica:

- (0) Zero: Ausência de dor;
- (1 a 3) Um a três: Dor de fraca intensidade;
- (4 a 6) Quatro a seis: Dor de intensidade moderada;
- (7 a 9) Sete a nove: Dor de forte intensidade;
- (10) Dez: Dor de intensidade insuportável.

Já o Brasil (2003, p. 3) ilustra a importância da avaliação do aspecto visual (Figura 1) como ferramenta auxiliar para classificação da dor.

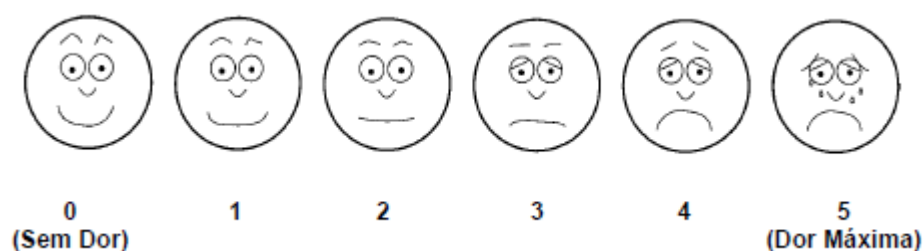


FIGURA 1 – Escala de Faces

FONTE: Circular Normativa. DGS nº.09 (2003)

Como relatado, as diversas formas de se avaliar a dor são importantes instrumentos utilizados pela equipe de saúde para assistência ao paciente.

3.5. Importância do tratamento da dor

É de suma importância o tratamento da dor no paciente oncológico, pois seu manejo possibilita amenizar um pouco do sofrimento vivenciado pelo mesmo. Como previamente discutido, não é possível mensurar precisamente a dor em um paciente, mas através de relatos descritivos e de observações, pode-se promover um pouco de conforto pelo emprego de uma terapia adequada.

As ações de intervenção podem ser realizadas através de apoio psicológico ao doente, pois, muitas vezes, não se pode acabar com a dor, mas os cuidados que os enfermeiros prestam, fazem com que as dores sejam menos intensas. “O grau de atenção, ansiedade, distração influenciam no sistema da dor. Se uma pessoa concentra a atenção numa situação potencialmente dolorosa, tende a sentir dores mais intensas do que o normal” (GUSMAN, 1997, p.14). Dessa forma, o desafio para melhorar os dias dos doentes oncológicos passa pela necessidade de se desviar o foco exagerado na doença, exaltando o quão importante é cada segundo de vida compartilhado junto à família e à sociedade.

4. A ENFERMAGEM E O PACIENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL: LIDANDO COM A DOR

4.1. Atuação da enfermagem no paciente com dor

A atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente oncológico com dor ainda é um pouco desafiadora, nos dias atuais. É preciso que exista uma comunicação eficaz por parte da equipe de enfermagem, de modo a facilitar o tratamento.

Rigotti e Ferreira (2005, p.52) defendem que a enfermagem pode englobar várias técnicas para o cuidado do paciente com dor, mas que algumas ações devem ser desenvolvidas, direta ou indiretamente, e são essenciais, como segue:

- Aproveitamento de um relacionamento confiante;
- Criação de um ambiente calmo;
- Criação de uma sensação de conforto geral;
- Mudanças de posição;
- Distração para desviar a sua atenção da dor;
- Alteração na condução do estímulo;
- Técnicas de modificação comportamental;
- Promoção da autoconfiança;
- Estabelecimento de uma boa comunicação-empatia;
- Apoio emocional ao doente e família.

O enfermeiro é o principal agente norteador no tratamento do paciente oncológico, pois é ele quem estará todos os dias ao lado do doente e será capaz de proporcionar um pouco de conforto. Compete ao enfermeiro também passar para a família, o estado de saúde do paciente e orientar para que os mesmos não demonstrem sentimentos de pena e compaixão. Nesse momento, a família deve ser o alicerce, com força de vontade e fé, precisa oferecer amor ao doente, para que o mesmo saiba que é importante para os seus.

4.2. Intervenção e assistência de enfermagem no paciente oncológico em fase terminal

4.2.1 O paciente oncológico em fase terminal

Chega um momento da doença oncológica, onde não são mais disponíveis recursos médicos para cura. Então surge a fase terminal da doença, onde todos os cuidados são prestados para alívio da dor e qualidade de vida. A partir de então o doente, geralmente, participa da evolução de sua doença e entende que pode estar chegando ao fim. A morte necessita ser reconhecida como um fenômeno natural, tanto quanto o nascimento. O apoio psicológico, emocional e espiritual é importante nessa fase. Nesse momento podem surgir insatisfações sobre alguns fatos vivenciados ao longo da vida. O enfermeiro precisa dar apoio a estes pacientes, mas de forma imparcial, evitando o envolvimento afetivo, frases prontas e conselhos que podem ser vistos de maneira invasiva.

4.2.2 Direitos da pessoa em fase terminal

Torna-se primordial, reconhecer que o fim da vida, é um marco importante para cada indivíduo. Sendo assim, são estabelecidos alguns direitos à pessoa que está com uma doença em fase terminal, conforme Smeltzer e colaboradores (2009, p.377):

- Direito de ser tratado como um ser humano vivo até que morra;
- Direito de manter a sensação de esperança;
- Direito de ser cuidado por aqueles que possam manter a sensação de esperança;
- Direito de expressar seus sentimentos e emoções e abordar a morte a sua maneira;
- Direito de participar das decisões relativas a seu próprio cuidado;
- Direito de esperar continua atenção médica e de enfermagem, mesmo que as metas de cura sejam trocadas por metas de conforto;
- Direito de não morrer sozinho;

- Direito de ficar sem dor;
- Direito de ter suas perguntas respondidas de forma honesta;
- Direito de não ser enganado;
- Direito de ter ajuda da família e a ela ser dado aceitação sobre a morte;
- Direito de morrer em paz e com dignidade;
- Direito de reter a sua individualidade, e não ser julgada sua opinião;
- Direito de discutir e aumentar as experiências religiosas e/ou espirituais, independente da opinião alheia;
- Direito de esperar que a santidade do corpo humano seja respeitada depois da morte;
- Direito de ser cuidado por pessoas carinhosas, sensíveis e instruídas que compreendam as necessidades e seja capaz de ajudar diante da morte.

Entre os direitos estão também de receber cuidados paliativos e ter uma morte digna e tranquila, seja hospitalizado ou em seu lar.

4.3. Cuidados paliativos

De acordo com Araujo e Linch (2011, p.242), os cuidados paliativos devem ser ativos e integrais prestados a pacientes com doença progressiva e irreversível, sendo fundamental o controle da dor e outros sintomas pela prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

São cuidados dirigidos ao doente, segundo Santos (2008, p.55) e possuem como principais objetivos:

- Prestar cuidados individualizados;
- Prevenir a dor ou torná-la tolerável;
- Aliviar sintomas causados pelas medicações;
- Oferecer apoio emocional, moral, religioso ao doente e a família;
- Promover qualidade de vida até a morte.

De acordo com o INCA (2015, s.p.),

Os cuidados paliativos modernos estão organizados em graus de complexidade que se somam em um cuidado integral e ativo. Os cuidados paliativos gerais referem-se à abordagem do paciente a partir do diagnóstico de doença em progressão, atuando em todas as dimensões dos sintomas que vierem a se apresentar.

Ainda de acordo com o mesmo autor (2015, s.p.), os cuidados paliativos específicos são promovidos ao paciente nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, quando fica claro que o paciente encontra-se em estado progressivo de declínio.

Durante todo o processo e oferta de cuidados paliativos, todos os esforços são feitos para que o paciente permaneça autônomo, com preservação de seu autocuidado e próximo de seus entes queridos.

O INCA (2015, s.p.) ainda ressalta que,

Os cuidados ao fim de vida referem-se, em geral, aos últimos dias ou últimas 72 horas de vida. O reconhecimento desta fase pode ser difícil, mas, é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito. Mesmo após o óbito do paciente, a equipe de cuidados paliativos deve dar atenção ao processo de morte: como ocorreu, qual o grau de conforto e que impactos trouxe aos familiares e à própria equipe interdisciplinar. A assistência familiar pós-morte pode e deve ser iniciada com intervenções preventivas.

Cuidar do doente em fase terminal requer também que o enfermeiro esteja emocionalmente bem para que desempenhe seu profissionalismo de forma correta, respeitando o paciente em sua integridade até após o momento de sua morte.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu sobre a dor no doente oncológico em fase terminal, pois é percebido e relatado em literatura que esse fator é agravante no tratamento, mesmo em casos de cuidados paliativos. Além disso, buscou elucidar que os cuidados de enfermagem, sobretudo o posicionamento que o enfermeiro tem, influencia de forma benéfica, uma vez que o paciente oncológico precisa além dos cuidados com sua saúde, de cuidados psicológicos e espirituais.

No decorrer do trabalho observou-se que a dor hoje é descrita como subjetiva, de difícil mensuração, ou seja, tem-se que relatar e tratar conforme o que o paciente diz sentir, se souber explicar. Contudo, é considerado o 5º sinal vital, tornando-se um item a se pesquisar.

Percebeu-se que o paciente com doença em fase terminal possui direitos que precisam ser respeitados, independente de quais forem suas crenças e

posicionamentos, sendo que o paciente deve saber seu real estado de saúde e receber todo o cuidado necessário para passar dias melhores, com alívio de sua dor.

No desenvolvimento deste estudo pode-se enfatizar a necessidade do trabalho da enfermagem na minimização do sofrimento e da dor, juntamente com o apoio ao doente e à família. Ainda é um pouco difícil que esse trabalho funcione de maneira eficaz, pois os enfermeiros necessitariam de realizar menos funções dentro de um setor para que fique mais focado em determinado paciente, ou que as instituições disponibilizem maior quantitativo de pessoal para trabalhar. A esse problema junta-se também o fato de serem pacientes dependentes psicologicamente e o enfermeiro ter que enfrentar a situação sem envolvimento afetivo e emocional com o mesmo.

Percebeu-se durante o estudo que são desenvolvidas escalas e questionários para facilitar a mensuração da dor. E que esses métodos são bem realizados quando se pode contar com a ajuda do doente.

Por fim, pode-se dizer ainda que o tratamento da dor nos pacientes oncológicos não funciona de forma plena, sendo ainda necessário maior entendimento por parte da enfermagem sobre as questões assistenciais do paciente terminal.

Este estudo não pretende encerrar as discussões sobre o tema, e sim incentivar que profissionais de saúde, bem como pacientes oncológicos, desenvolvam e coloquem em prática as escalas de dor e questionários já existentes de forma a contribuir para o tratamento e também com os cuidados paliativos.

É notório que estudos desta natureza além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar mais informações, especialmente ao corpo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Daiana de; LINCH, Graciele Fernanda da Costa. **Cuidados paliativos oncológicos: Tendências da produção científica**. Revista de Enfermagem da UFSM. v.1, n.2, pp.238-245, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/download/2482/1636>>. Acesso em: 17 de mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Indicadores de morbidade: Taxa de incidência de neoplasias malignas**, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/d05_12ufm.htm>. Acesso em: 20 de out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação, **Oncologia: Manual de Bases Técnicas**, SIA/SUS – Sistema de Informações ambulatoriais, 17. ed., Brasília, 2014. Disponível em: <ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual_Oncologia_17_edicao>. Acesso em: 23 de mai. 2015.

GUSMAN, Ana Carolina; *et al.* **A dor e o controle do sofrimento**. Revista de Psicofisiologia, Laboratório de Psicofisiologia, Departamento de Fisiologia e Biofísica, Instituto de Ciências Biológicas, UFMG, v.1, n.1, 1997. Disponível em: <<http://labs.icb.ufmg.br/lpf/mono2a.pdf>>. Acesso em 15 de mai. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 22 de set. 2015.

KUMAR, Vinay; *et al.* **Robbins Patologia Básica**. Tradução de Claudia Coana; *et al.* 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MIGUEL, José Pereira (diretor geral/alto comissário da saúde). **A dor como quinto sinal vital. Registro sistemática da intensidade da dor**. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº. 09/DGCG, Lisboa, 2003. Disponível em: <<http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/Dor5SinalVitalCircularNormativaDGS.pdf>>. Acesso em: 28 de ago. 2015.

NETTO, Arlindo Ugulino, **Oncologia**. Medicina P5. Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, 2009. Material baseado nas aulas ministradas pelos professores Emilio Lacerda, Saulo Ataíde e Andréa Gadelha durante o semestre letivo de 2009.2 Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/5226415/oncologia---completa-2013>>. Acesso em: 23 de mai. 2015.

RIGOTTI, Marcelo A.; FERREIRA, Adriano M. **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor**. Artigo de revisão (Graduação em enfermagem). Centro Universitário de Rio Preto, 2005. Disponível em: <http://www.moodle.ufba.br/file.php/10083/Educador_Interven_es_da_enfermagem_na_dor_cronica.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2015.

SANTOS, Maria da Conceição Jasmins Pereira Lopes dos. **Dor no doente oncológico em fase terminal**. 2008. Dissertação (Mestrado em oncologia), Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/.../Maria%20ConceioMestrado.pdf>>. Acesso em: 20 de abr. 2015.

SILVA, Tammy O'Hara Neves; *et al.* **Avaliação da dor em pacientes oncológicos**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.3, pp. 359-63, 2011.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G; *et al.* **Brunner e Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed., v.1. Tradução Brunner e Suddarth. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. **Dor: O quinto sinal vital**. Rev Latino-am Enfermagem, v.10, n. 3, pp. 446-447, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 28 de ago. 2015.

THULER, Luiz Claudio Santos (Org.). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. 2.ed., Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 17 de mai. 2015.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de McGill

Fonte: Revista Latino Americana Enfermagem. (Julho/2009)

INVENTÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DOR McGRILL (dor que mais incomoda)								
Algumas das palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual (aquela que mais o incomoda). Diga-me quais palavras melhor descrevem a sua dor. Não escolha aquelas que não se aplicam. Escolha somente uma palavra de cada grupo, a mais adequada para a descrição da sua dor.								
Sub-categ.	SENSORIAL - DESCRITORES							
1	1 vibração	2 tremor	3 pulsante	4 latejante	5 como batida	6 como pancada		
2	1 pontada	2 choque	3 tiro					
3	1 agulhada	2 perfurante	3 facada				4 punhalada	5 em lança
4	1 fina	2 cortante	3 estilhaçada					
5	1 beliscão	2 aperto	3 mordida				4 cólica	5 esmagamento
6	1 fisgada	2 puxão	3 em torção					
7	1 calor	2 queimação	3 fervente	4 em brasa				
8	1 formigamento	2 coceira	3 ardor	4 ferroadada				
9	1 mal localizada	2 dolorida	3 machucada	4 doída	5 pesada	N. de desc.		
10	1 sensível	2 esticada	3 esfolante	4 rachando		Soma pontos		
Sub-categ.	AFETIVO - DESCRITORES							
11	1 cansativa	2 exaustiva						
12	1 enjoada	2 sufocante						
13	1 amedrontadora	2 apavorante	3 aterrorizante					
14	1 castigante	2 atormenta	3 cruel				4 maldita	5 mortal
15	1 miserável	2 enlouquecedora				Soma pontos		
Sub-categ.	AVALIATIVO - DESCRITORES							
16	1 chata	2 que incomoda	3 desgastante	4 forte	5 insuportável	N. de desc.		
						Soma pontos		
Sub-categ.	MISCELÂNEA - DESCRITORES							
17	1 espalha	2 irradia	3 penetra	4 atravessa				
18	1 aperta	2 adormece	3 repuxa	4 espreme			5 rasga	
19	1 fria	2 gelada	3 congelante			N. de desc.		
20	1 aborrecida	2 dá náusea	3 agonizante	4 pavorosa	5 torturante	Soma pontos		
TOTAL								
Número de descritores escolhidos			Soma dos pontos das subcategorias					
O Sr. se sente nervoso/tenso com frequência? () sim () não Especifique:								
O Sr. sente medo ou receio de algo? () sim () não Especifique:								
ATENTAR PARA VERBALIZAÇÕES que indiquem reações de pesar (como lida com as perdas percebidas, ou com a antecipação delas):								