

PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS PARA ALÍVIO DA DOR NO PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO

Daya Souza de Andrade

Graduanda de Enfermagem do ISECENSA
enferdayaandrade@gmail.com

Vanessa Pio dos Santos Torres

Docente do curso de Enfermagem ISECENSA
torres.vanessapio@yahoo.com.br

RESUMO

A dor oncológica é um dos principais males que acometem o paciente terminal, os quais carecem de uma assistência qualificada e individualizada por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O objetivo deste estudo foi corroborar a relevância da atuação sistematizada do enfermeiro frente aos cuidados para alívio da dor oncológica no paciente terminal. Trata-se de uma pesquisa exploratória e qualitativa, realizada na unidade de oncologia de um hospital geral da rede privada, na cidade de Campos dos Goytacazes e contou com a participação de cinco enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de entrevista e analisados por método descrito por Gil (2008) com leitura, redução de dados, transcrições e formação de categorias. Foi evidenciada a importância da SAE para qualificação e humanização do cuidado. As principais dificuldades encontradas foram à falta de conhecimento e carga horária. O cuidado a essa clientela confere maior complexidade ao processo de implementação da SAE, indicando que a mesma precisa ser estruturada a partir de referenciais dinâmicas e maleáveis, capazes de integrar os saberes disciplinares no reconhecimento do ser humano como ser complexo. Concluiu-se que, no contexto abordado a SAE apresenta-se como um desafio, o que indica a necessidade de novas investigações para o aprimoramento contínuo da prática de enfermagem.

Palavras-chave: Dor Oncológica, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Paciente Terminal.

ABSTRACT

Cancer pain is one of the main ills that affect terminal patient, which require a qualified and individualized assistance through the systematization of Nursing Assistance (SAE). The objective of this study it was to corroborate the relevance of systematic work of the nurse in the care for cancer pain relief in terminal patient. This is an exploratory and qualitative research conducted in the oncology unit of a general hospital in the private network with the participation of five nurses. Data were collected through interviews and analyzed by Gil method (2008) with reading, data reduction, transcripts and training categories. It evidenced the importance of SAE for qualification and humanization of care. The main difficulties were the lack of knowledge and workload. The care this client give more complexity to the SAE implementation process, indicating that it needs to be structured from dynamic and flexible frameworks capable of integrating disciplinary knowledge in recognizing the human being as a complex. It was concluded that the SAE presents itself as a challenge, which indicates the need for further investigations to the continuous improvement of nursing practice.

Keywords: Cancer Pain, Systematization of Nursing Care, Terminal Patient.

1. INTRODUÇÃO

A dor é um dos principais males que acometem o paciente terminal oncológico, comprometendo as atividades da vida diária e suas relações interpessoais, diminuição da autonomia, diminuição do bem-estar e da qualidade de vida. O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, apresenta vulnerabilidades e limitações bastante específicas

de natureza física, psicológica e espiritual. Nesse contexto, a dor intensa na fase terminal, acarreta maior estresse e sofrimento aos pacientes e seus familiares (CUNHA & RÊGO, 2015; TAMBORELLI et al., 2010).

No Brasil a estimativa é que 62 a 90% dos pacientes oncológicos apresentam dor e 24,5 a 46,6% dos pacientes com dor oncológica, têm sua dor inadequadamente controlada, tal fato foi declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma Emergência Médica Mundial. Além disso, a OMS enfatizou o modelo da Escada Analgésica e conceitos de cuidados paliativos para proporcionar o controle adequado da dor e conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância de promover o cuidado sistemático e humanizado em prol de qualidade de vida dos pacientes oncológicos em fase terminal sem dor (RANGEL & TELLES, 2012; CUNHA & RÊGO, 2015).

A conceituação da dor dada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) compreende a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou não a lesões reais e potenciais. Dependendo da causa, a dor oncológica pode relacionar-se com a neoplasia, aos tratamentos ou não estar relacionada à neoplasia. O termo da dor oncológica é uma expressão utilizada para caracterizar a dor, ou seja, o que lembra a dor no conceito da dor total estabelecido por Cicely Saunders, que se refere à dor envolvida nas dimensões física, psicossocial e espiritual, a qual enfatizava a importância de olhar o paciente como um todo, de forma integral (THOMAZ, 2010; SILVA & PORTELLA, 2014).

Diante do exposto, a dor oncológica conforme Bottega & Fontana (2010) gera uma conotação terrível para o paciente e seus familiares, como o fenômeno multidimensional de grande importância para o impacto cotidiano no contexto físico, psicossocial e espiritual, além da fragilidade humana de relacionar com o término da vida.

Os pacientes terminais oncológicos carecem de uma assistência qualificada e individualizada, com objetivo de aumentar a qualidade de vida destes e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Deve-se proporcionar o bem-estar psíquico, emocional e espiritual, e oferecê-lo o direito à morte digna, de manter livre dos sofrimentos psicológicos e dos sintomas, incluindo a dor. A filosofia que orienta o modelo assistencial a essa clientela é seguida pela Organização Mundial da Saúde definido como Cuidado Paliativo (OMS, 2014).

A dor é considerada como quinto sinal vital, que deve sempre ser registrada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais como a temperatura corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. A prática de entender o paciente com dor oncológica é muito ampla por se tratar de um sintoma subjetivo, portanto, foram desenvolvidos instrumentos como escalas de dor para avaliar com exatidão a sua intensidade e característica da experiência dolorosa pelo paciente, identificando os aspectos que possam estar contribuindo para a sua manifestação e as repercussões da dor no funcionamento biopsicossocial (MORETE & MINSON, 2010).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem por finalidade de sistematizar ou organizar o trabalho profissional de enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos para que processo de enfermagem seja implementado. O processo de enfermagem é o modelo metodológico adotado pela SAE que se refere no cuidado sistemático, determinado por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Dessa forma, a SAE e o processo de enfermagem contribuirão para avaliação correta do impacto da dor e no planejamento do cuidado que possa atender todas as necessidades do paciente e seus familiares de forma holística, desfrutando dessa forma, a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente terminal oncológico (PINTO & CASA, 2005; OLIVEIRA & EVANGELISTA, 2010).

Em mérito das Leis e resoluções que determinam que algumas funções são privativas do enfermeiro enfatizando-se a determinação da assistência sistematizada através da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõe sobre a SAE e o processo de enfermagem em serviços públicos e privados, e através da lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, destacado no art. 11º, que, dentre as atividades exclusivas do enfermeiro, são as suas responsabilidades o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação de serviços de assistência

de enfermagem, além da consulta e da prescrição da assistência de enfermagem (NASCIMENTO et al., 2012).

Porém, existem algumas dificuldades encontradas pelo profissional de enfermagem diante do cuidado para alívio da dor oncológica no que diz respeito à implementação da SAE ao paciente terminal, incluindo principalmente a falta de conhecimentos relacionada à necessidade de atualização pelos profissionais de saúde e número demasiado de pacientes oncológicos para o número limitado de enfermeiros, que se empregam em uma assistência sobrecarregada (CUNHA & RÊGO, 2015; SILVA et al., 2011).

Tendo em vista estas considerações, é que se propôs no estudo com objetivo de corroborar a relevância da atuação sistematizada do enfermeiro frente aos cuidados para alívio da dor oncológica no paciente terminal, conhecendo as dificuldades e desafios para a sua implementação, a forma de avaliação da dor e as principais intervenções para o alívio da dor oncológica.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi elaborada na abordagem exploratória e qualitativa, que segundo Gil (2008), favorece a maior compreensão do problema a ser estudado. De acordo com Minayo (2012), ocupa com grau da realidade que não poderá ser quantificado e se aprofunda no mundo dos significados, buscando informações e obtendo a fidedignidade interpretativa.

Para alcançar os objetivos propostos foi realizada na unidade de oncologia de um hospital geral da rede privada situado na cidade de Campos dos Goytacazes do Estado de Rio de Janeiro.

O estudo contou com a participação de cinco enfermeiros, os quais foram convidados a participar da pesquisa no período de junho a setembro de 2015, por atenderem os seguintes critérios: enfermeiros de ambos os sexos, atuantes na área de oncologia, do respectivo local de estudo, que aceitaram formalmente a participar da pesquisa por meio de preenchimento do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Foram excluídos os enfermeiros que não atuam na área de oncologia, assim como os enfermeiros que não estiveram em pleno exercício das suas funções (férias e licença médica) e os enfermeiros que recusaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi obtida por meio de formulário de caracterização de profissionais de enfermagem (Apêndice I) e questionário com perguntas abertas (Apêndice II).

Os dados foram analisados conforme o método de Gil (2008) a partir da leitura dos formulários, das anotações de respostas favorecidas pelos sujeitos da pesquisa, redução de dados em necessidade, formação dos dados em categorias para interpretação e inferência de relações causais do conjunto de elementos que representam os componentes que interferem ou não na implementação do cuidado.

Para assegurar os aspectos éticos na propagação desta pesquisa onde envolve seres humanos, o estudo foi norteado pelas diretrizes e normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNSMS) que atenta pôr em prática os quatro princípios básicos da bioética que são autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

O projeto desta pesquisa foi encaminhado por CEP do ISECENSA para análise e obtenção de permissão para sua realização, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual todos os sujeitos da pesquisa assinariam antes do início da coleta de dados sendo o número de aprovação CAAE: 39780114.6.0000.5524. Nesta pesquisa foi comprometida moralmente a assegurar a fidedignidade das informações, a privacidade do sujeito, a confidência e a garantia do seu anonimato, os quais foram nominados pela letra E, acrescida de um algarismo conforme a entrada na pesquisa: E1, E2, E3, E4 e E5.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa cinco enfermeiros, estes classificados por meio de formulário de caracterização (Apêndice I) onde houve a descrição de tempo de formação profissional em Nível Superior, pós-graduação em oncologia, experiência profissional e o tempo que trabalha na unidade, variando-se o tempo entre um a dois anos e mais de cinco anos ilustrado no quadro 1.

Tempo de formação profissional em nível superior			Pós-Graduação em oncologia		
1 a 2 anos	3 a 5 anos	Mais de 5 anos	Sim	Não	
20%	40%	40%	80%	20%	
Experiência profissional			Tempo de atuação na unidade		
1 a 2 anos	3 a 5 anos	Mais de 5 anos	1 a 2 anos	3 a 5 anos	Mais de 5 anos
0%	60%	40%	20%	40%	40%

Quadro 1: Quadro de caracterização dos sujeitos

A análise de dados exigiu a organização das anotações de respostas favorecidas pelos sujeitos de pesquisa por meio de questões abertas buscando a investigação temática, com leituras minuciosas e sucessivas em busca do reconhecimento de seus conteúdos e redução de dados em necessidade para formação de dados em categorias. As categorias foram construídas após a identificação de conceitos no instrumento norteador. A identificação de categorias é um elemento central do processo de análise, pois categorizar significa agrupar conceitos que parecem pertencer do mesmo fenômeno (GIL, 2008).

Foram construídas quatro categorias a partir dos conceitos identificados: A importância do conhecimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a sua implementação no cuidado dirigido ao paciente terminal com dor oncológica, as dificuldades e desafios encontrados mediante a sua implementação, as intervenções do profissional de enfermagem no cuidado para alívio da dor oncológica e a forma de mensuração da dor oncológica.

3.1 A importância do conhecimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a sua implementação no cuidado dirigido ao paciente terminal com dor oncológica

Nesta categoria discute-se a importância do conhecimento na atuação sistemática do enfermeiro sob a perspectiva do cuidado complexo com finalidade de atender todas as necessidades específicas do paciente em sua fase terminal:

“[...] é relevante que o enfermeiro obtenha um conhecimento com embasamento teórico muito alicerçado sobre SAE, para que no momento de sua atuação em qualquer assistência prestada não ocorra fragmentação da mesma (E5) ”.

“[...] muito importante. Porque a nossa assistência é complexa para ser prestada ao paciente com câncer avançado que vivencia a proximidade com a morte[...] Então a SAE, será o fator pra gente que vai nos mostrar o caminho que possamos a cuidar dele de forma geral, ou seja, de forma que olhamos o paciente como um todo e não de forma fragmentada (E1) ”.

O conhecimento do enfermeiro é o alicerce necessário para a implementação da SAE diante da complexidade do cuidado e do contexto da atuação, deve constituir o primeiro ponto a ser valorizado para que as etapas do cuidado não sejam fragilizadas. A SAE enquanto o processo organizacional é capaz de oferecer auxílios para o desenvolvimento de método interdisciplinar e humanização do cuidado que representam atualmente uma das mais importantes conquistas no campo assistencial de enfermagem (SILVA & MOREIRA, 2011).

Diante do exposto, para que o profissional de enfermagem possa tomar decisões diante do cuidado complexo ao paciente terminal com dor oncológica, tem de se basear em conhecimentos científicos, reforçando o raciocínio clínico e pensamento crítico a qual a SAE exige do enfermeiro assistente. Pois a assistência de enfermagem é instrumentalizada sob referencial próprio, criado e construído pelos profissionais de enfermagem, que possibilita a união de conhecimento científico ao conhecimento técnico. Sem o conhecimento, o cuidado é fragmentado, parcial e mecanizado, comprometendo a assistência frente ao paciente com dor.

Segundo Barbosa et al (2012), a SAE é o método científico de trabalho, que contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente por meio do planejamento das intervenções elaborada pelo enfermeiro, permitindo a integralidade do cuidado humanizado e considerando os interesses e desejos do paciente, que auxiliará ao enfermeiro na tomada de decisões sob evidências científicas que atenda todas as necessidades específicas do paciente, contribuindo dessa forma para a segurança e qualidade da assistência em benefícios aos pacientes assistidos conforme os depoimentos a seguir:

“[...] pois a sistematização no meu ponto de vista, se torna um novo instrumento, que visa otimizar e qualificar nossa assistência, resultando com isso em ganho para nossos clientes (E3) ”.

“[...] é um tipo de assistência individualizada onde o enfermeiro aplica seus conhecimentos técnico-científicos [...], pois a SAE ajuda o enfermeiro a organizar suas atividades de manusear bem a dor [...] e [...] trazer conforto na fase terminal que o paciente está [...] já que a dor é sintoma ruim para fase terminal (E4) ”.

Neste contexto, empreende-se que a dor gera uma conotação terrível pelo fato de anunciar-lhe de certa forma que a sua morte está a caminho e que é necessário de uma assistência individualizada para promover o bem-estar psíquico, emocional e espiritual. Dessa forma, estar alicerçado ao conhecimento sobre a SAE no cuidado aos pacientes terminais e família, engloba experiência do profissional de enfermagem em busca de uma elaboração de assistência qualificada, trabalhando o lado humano para amenizar todo o sofrimento vivido pelo paciente e seus familiares (TAMBORELLI et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2012).

Dentre as considerações, além da importância do conhecimento como fator edificante para as ações de enfermagem, a SAE é benéfica tanto para a enfermagem quanto aos pacientes, pela qualidade da assistência promovida em prol da qualidade de vida dos assistidos, por meio da humanização e individualização, atendendo todas as necessidades do paciente em sua fase terminal favorecendo a morte digna sem dor.

3.2 Dificuldades e desafios encontrados mediante a implementação da SAE frente ao cuidado com paciente terminal oncológico

Dentre as dificuldades apontadas, observou-se que grande parte se refere à deficiência na área do conhecimento acerca da SAE e sua importância e à falta de profissionais, algo muito comum nos hospitais atualmente quando nos deparamos com diversas dificuldades enfrentadas por enfermeiros, desde a responsabilidade em assumir várias enfermarias atuando de forma burocrática até a deficiência do embasamento científico para se adotar o cuidado sistemático. Os enfermeiros respondentes demonstraram os obstáculos para a implementação da SAE no cuidado dirigido ao paciente terminal oncológico, o que é notório as seguintes respostas:

“Acredito que a implementação desta nova metodologia, encontra barreiras em toda rede hospitalar, principalmente por acarretar na necessidade de aumento no quadro de enfermagem, na mudança total de se pensar a assistência de enfermagem e passando também pela mudança do comportamento do profissional enfermeiro, de pensar o que é e o que representa a assistência e as consequências destes atos prestados (E3) ”.

“[...] é que quase não se ouçam dizer da SAE [...] é difícil. A falta do conhecimento falta de funcionários adicionais na empresa para maior demanda de funções, de cuidados com maior número de pacientes terminais... (E1) ”.

“Grandes números de pacientes para poucos enfermeiros prestarem uma assistência sistemática, que aí dificulta o atendimento [...] O desconhecimento da parte do enfermeiro... (E4) ”.

Para Barbosa et al (2012), a falta de conhecimento sobre a SAE é o motivo fundamentador da execução descompromissada ao passo que o desconhecimento gera desinteresse e a divergência com o método assistencial para sistematização de enfermagem. Porém, para que se tenha uma assistência adequada e individualizada, não basta o conhecimento e a adesão ao método exclusivo do profissional de enfermagem, é necessário que a aplicação da SAE seja baseada em uma teoria específica do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado e que deve ser ajustada conforme as possibilidades de cada instituição: número de funcionários, horas semanais de serviço, dentre outros.

Houve ainda menção de troca de plantão e falta de tempo como obstáculos para a implementação da SAE, observado no seguinte depoimento:

“Troca de plantão [...] e principalmente o tempo que é corrido para atender grandes números de pacientes com o cuidado sistemático... (E4) ”.

Considerando os depoimentos dos enfermeiros E3, E1 e E4, a sobrecarga de trabalho, o quadro de funcionários insuficiente reflete comumente na forma de agir de todos os profissionais, adotando ações mecanizadas, repetitivas e restritamente burocráticas, principalmente nas passagens de plantão, dificultando a continuidade das etapas do processo de enfermagem, pouco se atentando à característica individual de cada paciente (SILVA et al., 2011).

Desse modo, os enfermeiros limitados a modelos tecnicistas e burocráticos de assistência colocam o tempo como barreira desviando-se de suas verdadeiras responsabilidades demonstrando assim o despreparo profissional. É necessário que o próprio profissional de enfermagem tenha a capacidade de implementar a SAE mediante as diversas dificuldades, mostrar a todos os profissionais envolvidos na área de saúde que este é o ponto de referência legal sobre os seus direitos como profissional e que é um dos deveres da enfermagem tanto em rede pública quanto particular (BARROS & LOPES, 2010; FÉLIX et al., 2009).

“[...] falta de consideração da equipe de saúde (técnicos e médicos) que desconhecem o valor que a SAE representa, predispõe as dificuldades de implementar a SAE, [...] são intolerantes a autonomia do enfermeiro.... Não sabemos exatamente o porquê desse desconhecimento [...] da falta de colaboração da equipe... (E1) ”.

Essa preocupação evidencia que a SAE precisa ser entendida e valorizada por todos os profissionais da área de saúde, pois a integração e a participação de todos os profissionais com a implementação da SAE, considerando os diferentes objetos de trabalho e as relações hierárquicas, são essenciais para o cuidado interativo, complementar e interdisciplinar desfrutando a assistência de saúde ao paciente com sucesso (GOMES & BRITO, 2012).

Porém Silva e Moreira (2011) advertem que, não se pode esperar iniciativa de implementar a SAE parta de outros profissionais de saúde. É o grupo dos enfermeiros da instituição, aquele que assiste e que está mais próximo ao paciente que deve iniciar esse processo, demonstrar suas vantagens para a instituição, para a enfermagem quanto a sua credibilidade e autonomia profissional e para os pacientes assistidos.

Ou seja, somente haverá a implementação da sistematização das ações de enfermagem nas instituições se os enfermeiros conscientizarem a importância do cuidado sistemático prestado aos pacientes com dor oncológica e desfrutarem iniciativa para que a mesma seja implantada e implementada, mesmo que lentamente e iniciado no seu setor (BARBOSA et al., 2012).

Houve ainda os questionamentos acerca das falhas decorridas no processo do aprendizado na educação institucional, os quais se conferem a seguir:

“[...] talvez por ingressar numa instituição universitária que estabelece o ensino sobre a temática de maneira que não conseguiram absorver o suficiente, de não entender por não ter sido destacado a importância da SAE (E1) ”.

“[...] O mais importante é prezar muito [...] ensinar ou explicar a SAE, a importância dela e como usá-la e improvisá-la [...] mediante a dificuldade [...] se no curso prezar muito sobre a SAE nas aulas ou até mesmo em palestras, o que estão estudando, vão conhecer e nunca mais esquecer, porque tem ensino superior [...] que preza muito pouco em relação a isso. E aqui infelizmente é difícil de implementar a SAE, mas cuidando dos pacientes de forma direta, tipo, de forma mais fragmentada, mas não é por isso que deixamos de prestar o cuidado ao paciente... (E4) ”.

O surgimento das adversidades com a implementação da SAE, referindo um fator importante ligado a essa fragmentação correspondendo às falhas apontadas no processo de formação do enfermeiro, nos quais a prática de enfermagem se apresenta fragmentada e descontínua, medindo como esforço que utilizam mediante a dificuldade que encontram, mas que comprometem a qualidade da assistência (BARBOSA et al., 2012).

De acordo com Gomes & Brito (2012) essa reflexão fortalece a necessidade de o enfermeiro adquirir ao longo de sua formação a visão de todo, do gerenciamento do cuidado, conhecendo a SAE como um método para executar suas ações, desde o pensar estratégico na sua implantação e implementação, envolvendo conhecimento teórico e habilidade prática. Daí surge à necessidade de se investir na educação continuada desses profissionais e na constante atualização das atividades diante das mais diversas necessidades individuais de cada paciente para um melhor desempenho da assistência.

Contudo, torna-se necessário que o acadêmico de enfermagem valorize os conhecimentos baseados em teoria, para que possa usufruir em suas práticas. Cada disciplina de enfermagem estabelece conhecimentos específicos, pois se empreende que a assistência de enfermagem é instrumentalizada a partir dos conceitos científicos que possibilita a união de teoria e prática. Logo, quando os conhecimentos são absorvidos durante a vida acadêmica, trará muito avanços para a vida profissional, porém quando este é usado incorretamente na disputa pelo diploma sem interesse da educação institucional, pode gerar catástrofes posteriormente na atuação profissional.

Diante da análise, para os profissionais de enfermagem principalmente aqueles que possuem longa experiência profissional, é necessária que a educação continuada seja promovida para se possa aproveitar oportunidades de aprendizado sendo a prática ou aprendizagem pós-ensino, medindo esforços necessários ao profissional para acompanhar a mudança constante de cenários em sua área de atuação, por meio de palestras, simpósio e congressos sobre o determinado tema.

No depoimento do enfermeiro E2, foi destacada a falta de colaboração dos pacientes, do conhecimento dos familiares e dos profissionais como fatores contribuintes para dificuldade de sua implementação no contexto de lidar e como saber lidar com a situação aversiva o qual o paciente terminal vivencia como um dos fatores que contribui para a dificuldade mediante a assistência sistemática ao paciente terminal.

“[...] uma é que os pacientes não seguem as condutas elaboradas e falta de conhecimento de alguns profissionais de saúde e família em relação paciente terminais (E2) ”.

A falta de colaboração de pacientes diante do autocuidado se deve pelo fato relacionado com atitude frente à morte. Do conhecimento a obra de Kübler-Ross sobre estágios pelo qual o paciente passa durante a fase de terminalidade, reage iniciando pelo estágio de negação, quando constata o diagnóstico e prognóstico recusando de acreditar que está doente e negando de que algo está errado, ressaltada por sentimento de raiva, que se irrita ao compreender o seu estado real e as consequências da doença, desfrutando a fase de barganha, admitindo a situação e tenta negociar buscando a cura, principalmente com Deus. Quando começa a apresentar novos sintomas e tornar-se debilitado, não consegue mais esconder de si a doença, o seu afastamento, sua revolta e raiva darão lugar um sentimento de grande perda, a depressão com desânimo, inquietação, alterações de sono, perda de apetite, desesperança, etc. (VALDUGA & HOCH, 2012).

A fase de aceitação ocorre quando o paciente compreende que a doença é inevitável e aceita o seu destino. Porém há alguns pacientes que lutam até o fim, que se agarram na esperança, dificultando o estágio de aceitação. Diante desse contexto, cada estágio de fase terminal pode proporcionar à falta de interesse dos pacientes a adesão aos cuidados elaborados por enfermeiro, que muitas às vezes fracionam o cuidado de enfermagem na implementação da SAE. Dessa forma, compreender os estágios vivenciados pelo paciente terminal determinará a humanização do cuidado. O diálogo e adesão dos profissionais de saúde ao paciente fazem com que sente mais seguro, confiante e motivado para o autocuidado, minimizando assim, os momentos de dor, sofrimento, medo e angústia (ARAÚJO et al., 2009).

A aliança com a família é apontada como o primeiro passo no trabalho com o paciente, de fato, ela é de grande relevância para o cuidado ao permitir que a equipe de enfermagem e familiares trabalhe junto objetivando cada um em seu lugar, o melhor para o paciente. A falta de conhecimento dos profissionais e familiares nesse contexto pode importunar muita das vezes a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, esse fato se deve principalmente por falta de interação, colaboração e principalmente de orientação do enfermeiro juntamente com sua equipe aos seus familiares em relação à importância de compreender a fase de terminalidade e seus aspectos emocionais envolvidos (VALDUGA & HOCH, 2012).

Pois, o conhecimento é, sem dúvida, um dos valores de grande importância para o agir profissional do enfermeiro e de cuidadores conferindo-lhes a segurança na tomada de decisões relacionadas ao paciente terminal. Assim, a iniciativa para assumir as condutas e atitudes está intimamente ligada ao conhecimento de todas as pessoas envolvidas no cuidado ao paciente terminal, tornando-se habilitados em assumir o cuidado eficiente.

Além das adversidades que permeiam no processo de implementação da SAE, no contexto de atuação de enfermagem no âmbito do cuidado ao paciente com dor oncológica na fase terminal, é marcado pelas imprevisibilidades, pelas incertezas da vida e pela proximidade da morte (TAMBORELLI et al., 2010). O enfermeiro E5 relata que a implementação da SAE nesse contexto torna-se um desafio para os profissionais de enfermagem marcados pela complexidade do cuidado que é notório o seguinte depoimento:

“[...] dificuldades e desafios encontrados [...] especificamente em “Cuidado Paliativo” é marcado por lidar com a fragilidade humana e psicológica com relação à vida e a morte, e que conferem maior complexidade ao processo de implantação da SAE, indicando que a mesma precisa ser estruturada com estratégias gerenciais e assistenciais numa perspectiva não linear e rígida, deve prezar pelo cuidado interativo, complementar e interdisciplinar (E5)”.

O contato direto com o sofrimento humano e o lidar cotidiano com a morte e o morrer que fazem de especialidade um contexto de atuação estressante e de grande exigência emocional para todos os profissionais envolvidos na assistência, conferindo-se maior complexidade ao processo de implementação da SAE, indicando que necessita ser estruturado a partir de conhecimentos científicos em prol do reconhecimento do ser humano como ser complexo. A interdisciplinaridade e o envolvimento de todas as instâncias do poder, bem como da própria academia no processo de implementação da SAE apresentam-se como primordiais para o cuidado mais humanizado e complexo ao paciente terminal (SILVA & MOREIRA 2011; BARBOSA et al., 2012).

Portanto, o perfil do paciente diante de suas múltiplas e complexas necessidades de cuidado, requer dos profissionais de enfermagem a dedicação e flexibilidade pelo cuidado interativo, complementar e multiprofissional, capazes de integrar os saberes disciplinares no reconhecimento do ser humano como um ser complexo desfrutando a implementação da SAE pela humanização da assistência ao paciente terminal oncológico.

3.3 Mensuração da dor oncológica

Para avaliação da dor no paciente terminal oncológico, pode-se usar uma grande variedade de escalas, como a Escala Verbal Numérica (EVN), Escala Verbal Análoga (EVA), Escalas de Faces e Questionário de McGill juntamente com diagrama corporal na identificação dos componentes sensoriais da dor como a localização, intensidade, tipo, duração, fatores que contribuem para melhora e piora da dor e investigação de aspectos emocionais e culturais (THOMAZ, 2010).

Dentre as diversas formas de escalas, a Escala Visual Análoga foi o único instrumento usado, mencionado por todos os enfermeiros do respectivo local de estudo.

De acordo com Cunha & Rêgo (2005) a mensuração da dor por meio de escalas é a forma mais rápida de aplicar e calcular a intensidade da dor, referindo-se em número ou valor. Existem várias escalas de diferentes formas, além de perceber os eventos álgicos, são utilizadas escalas que irão validar esta percepção. Nesse estudo por meio de uma revisão integrativa, evidenciaram que a Escala Visual Análoga também foi uma das escalas mais usada pelo profissional de enfermagem na avaliação da intensidade da dor.

A EVA consiste em uma linha reta, não numerada, de dez centímetros, apresentada por duas extremidades, a extremidade esquerda significa sem dor e a extremidade direita significa a pior dor imaginável. O paciente é solicitado para marcar a linha no lugar que representa intensidade da dor que sente e o enfermeiro se posicionará como observador medindo em centímetros a distância entre as extremidades ancoradas pelas palavras sem dor e marca feita pelo paciente, que corresponderá à intensidade de sua dor (SMELTZER et al., 2009).

“O princípio que utilizo é a escala EVA, e entendo que outras escalas da dor também são importantes, principalmente em se tratando de clientes oncológicos, e sabendo que cada indivíduo reage de formas diferentes a dor, portanto estes instrumentos nos auxiliam, a buscarmos o controle desta dor (E3) ”.

“Mas podemos utilizar outras escalas, pois cada tipo de escalas apresenta contra-indicações[...] ascontra-indicações, por exemplo, é usar a escala EVA em pacientes sedados ou com comprometimento cognitivo. Logo podemos dizer que todas as formas de escalas devem ser utilizadas, são importantes, mas o mais comum é a EVA (E1) ”.

“[...] a escala EVA é a mais usada, porém, no paciente que não tem habilidade cognitiva muito boa deverá escolher outra [...] por isso que é importante não desconsiderar as outras e fazer análises de que tipo de escalas é pra usar para aquele determinado paciente... (E4) ”.

Conformando com as respostas dos enfermeiros, foram justificadas a importância de escolha dos tipos de escalas, pois de acordo com Fortunato et al (2013) a dor é um sintoma subjetivo e que cada pessoa se expressa de forma diferente, exemplo disso é usar erroneamente a escala EVA em paciente com incapacidade de funções cognitivas, neste caso deverá ter outra alternativa de escalas, ou seja, devem ser utilizadas de acordo com demanda de cada paciente e por esse motivo, foram criadas diversas escalas diferentes para mensurar corretamente a dor do determinado paciente e proceder a adequada intervenção de acordo com necessidade do mesmo. Dessa forma, cabe-lhe ao profissional a escolher a escala que melhor se enquadra ao paciente.

Houve a menção da avaliação da dor com a implementação da SAE tornando possível a operacionalização da do processo de enfermagem:

“[...] O enfermeiro antes de [...] mensurar a dor, deve começar a fazer avaliação completa do paciente[...] colher os dados sobre a história de dor no exame físico, com descrição de característica da dor: Local, intensidade duração etc. A forma que o paciente comunica a dor, fator de alívio, implicações da dor nas atividades diária, uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas [...] daí a importância de usar a SAE que ajuda muito (E4) ”.

Quando a avaliação da dor não é realizada de forma sistematizada, o que não procede a uma análise para melhor escolha de escalas, a dor pode ser subestimada e os fatores importantes podem ser ignorados, pois a avaliação da dor inadequada e o desconhecimento sobre as estratégias disponíveis para o seu controle são fatores que podem dificultar o alívio desse sintoma. Entretanto, a mensuração da dor é fundamental para a orientação terapêutica, determinar se o tratamento é necessário e eficaz, avaliando os riscos e permite escolher o tratamento mais seguro (PINTO & CASA, 2005; CUNHA & RÊGO, 2015).

Para que o cuidado para alívio da dor seja concretizado, é preciso que o mesmo seja organizado e sistemático. Nesse depoimento, refletiu sobre a implementação do processo de enfermagem, o instrumento metodológico da SAE que visa a orientar o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional com finalidade de atender todas as necessidades do paciente de forma integral, olhando-o como todo e favorecendo uma assistência qualificada e individualizada em prol do bem-estar psíquico, emocional e espiritual.

3.4 Atuação do profissional de enfermagem no cuidado para alívio da dor oncológica

As práticas de enfermagem referem-se a qualquer cuidado baseado no julgamento e conhecimento clínico do enfermeiro tendo por base uma ação fundamentada cientificamente, concretizadas e previstas em benefício ao paciente. Estas assumem de grande valor no controle da dor, uma vez que a dor quando não tratada de forma adequada, causa uma diminuição de qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares que o cuidam, no contexto físico, psicológico, social e espiritual (SILVA & PORTELLA, 2014).

A aplicação da SAE é um importante instrumento para análise de escolha de intervenções. O enfermeiro E5 afirmou a necessidade de utilizar a SAE para escolhas corretas de intervenções conforme o perfil de cada paciente:

“Para aplicação de qualquer um desses instrumentos citados o enfermeiro deverá utilizar a SAE, antes de qualquer escolha, analisando/ avaliando para cada diagnóstico e perfil de cada cliente, pois o instrumento aplicado confortará, beneficiará ou afetará diretamente o paciente (E5) ”.

O processo de enfermagem é o método sistemático e deliberado utilizado para o atendimento da enfermagem, adotado pela SAE. Nessa ocasião, as escolhas de intervenções são realizadas depois da fase de diagnóstico de enfermagem deliberada após a investigação de enfermagem, ou seja, na etapa do planejamento da assistência, compreendida como conjunto de medidas que visa traçar metas em busca de resultados esperados. Nessa etapa, após a definição do diagnóstico é fundamental estabelecer os diagnósticos prioritários de acordo com a necessidade de saúde do paciente, definir os resultados esperados e proceder as escolhas das intervenções (PINTO & CASA, 2005).

Percebe-se então que, quando o cuidado ao paciente terminal com dor oncológica é sistemático, organizado e reformulado, consiste em base segura para que as intervenções implementadas após o planejamento de enfermagem por meio de ligações entre NANDA, NIC e NOC, baseiam-se no conhecimento clínico do enfermeiro, respondendo-se possivelmente os resultados esperados, daí a importância da atuação sistemática da enfermagem.

No respectivo local de estudo, o grupo de enfermeiros respondentes relataram as intervenções que enquadram no seu cotidiano para o controle da dor, como se refere às seguintes transcrições:

“Massoterapia, técnica de relaxamento, movimentos passivos ou ativos para o paciente muito imobilizado e solicitamos à presença da família, muito importante lembrar isso, faz parte da nossa intervenção, a base familiar é muito importante está inserida neste contexto (E1) ”.

“Existe alguma como acupuntura e técnicas de relaxamento ... (E2) ”.

“No papel do enfermeiro na terapia farmacológica é administração de analgésico para alívio da dor, de cumprir ou fazer cumprir com a regularidade a sua prescrição, explicando ao doente e família a ação de medicamentos, a dosagem, o horário da administração e possíveis efeitos colaterais e colaborar com o médico. Na terapia não farmacológica, a técnica de relaxamento reduz a ansiedade e tensão e a intensidade da dor, fazendo a técnica de respiração profunda e calma, a massagem também provoca efeito na circulação local. E mobilização ativa e passiva, para prevenir a dor (ocorrência) e a incapacidade funcional. São importantes para controlar a dor (E4) ”.

“Métodos Físicos incluem a aplicação de Calor, reduz dor por diminuir isquemia tecidual e a aplicação de frio que produz ação analgésica, diminuindo fluxo sanguíneo local e diminuindo edema. A massagem Manual que auxilia na circulação, relaxa musculatura, trazendo sensação de conforto. Aplicação de exercícios trabalhando a parte motora para pacientes em repouso prolongados ou restrito ao leito (E5) ”.

A massoterapia ou massagem é um recurso terapêutico que vem sendo reconhecida como uma das terapias mais eficazes para alívio de dores. A massagem realizada de forma adequada estimula a circulação, a liberação de toxinas do corpo, aumento da sensação de energia e promoção do bem-estar geral. O mais interessante é que a massagem estabelece uma experiência de estimulação tátil maciça podendo remediar a carência do contato físico. Tem como proposta, dentro de uma visão abrangente, tornar o indivíduo consciente do seu corpo, das suas tensões e das suas cargas emocionais, de auxiliar na eliminação ou amenização de diversos estados mentais como: a depressão, ansiedade, angústia e insônia (ARAÚJO, 2012).

A técnica de relaxamento consiste num paciente de preferência com os olhos fechados, induzindo a respiração abdominal de forma lenta ajudando o paciente a manter o ritmo da respiração, e nesse exercício pode desencadear o autocuidado para o paciente. Essa técnica auxilia na redução de fadiga e de tensão muscular em combate a dor aumentada e crônica. Ao relaxar os músculos tensos que contribuem para dor, conseqüentemente auxilia na minimização da dor (SMELTZER et al., 2009).

A terapia com movimento passivo ou ativo mobiliza o corpo para evitar a atrofia muscular e a estase venosa. Os benefícios da terapia com movimento passivo contínuo são a aceleração do fluxo sanguíneo venoso, o qual melhora a nutrição dos tecidos, sensação do conforto e a diminuição da dor em pacientes com repouso prolongado ou restritos ao leito (PEREIRA et al., 2009).

A terapia com acupuntura tem assumido um papel de grande importância na prevenção e tratamento utilizando-se na superfície do corpo realizada nos pontos específicos através da inserção de agulhas, possui inúmeras vantagens se comparadas a outras técnicas, além de ser praticamente indolor, não necessita de tempo para recuperação, o custo é baixo, não possui efeitos colaterais e os resultados são rápidos. Atualmente somente alguns profissionais da área de saúde podem realizar esta terapia em instituições privadas e públicas, ou de forma autônoma, desde que capacitados (NASCIMENTO & OLCERENKO, 2009).

A terapia térmica para o alívio da dor é realizada pelo profissional treinado e habilitado. Acredita-se que a terapia com o calor reduz a dor por diminuir isquemia tecidual, mas se aplicada diretamente sobre as áreas de tumor maligno, estimula a vasodilatação apresentando riscos de disseminação de células tumorais na circulação, desencadeando o potencial maior para o mecanismo da metástase e conseqüentemente a multiplicação da experiência dolorosa, nesse caso, a avaliação da pele antes de aplicar é importante. Aplicação com gelo sobre a área irritada promove vasoconstrição, diminui a permeabilidade vascular e edema, ocasiona o relaxamento e a partir do resfriamento local reduz a dor, sendo evitada onde não exista integridade sensorial, nos casos de intolerância ao frio e comprometimento arterial periférico ou do tumor compressivo que reduza a circulação local (SAMPAIO, MOURA & RESENDE, 2005).

O controle da dor com fármacos analgésicos é realizado em colaboração com médicos, paciente e com frequência, com as famílias. É necessário haver íntima colaboração e comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. É de incumbência do enfermeiro a administração de analgésico prescrito, de cumprir ou fazer cumprir com a regularidade a sua prescrição, esclarecer ao paciente e seus familiares cuidadores a ação de medicamentos, a dosagem, o horário da administração e prováveis efeitos colaterais (SMELTZER et al., 2009). Logo, a educação em saúde que consiste em informações e orientações estabelecidas por enfermeiros sobre a família é importante para o controle do alívio da dor.

A presença dos familiares no cuidado com paciente terminal com dor oncológica também se destaca como uma das intervenções de enfermagem, pois a família é vista como a primeira unidade de saúde, ou seja, a unidade cuidadora, provedora de assistência, que visa suprir as necessidades de seus integrantes. Em grande maioria das vezes, a família compartilha a dor do paciente terminal e sofre mais do que próprio paciente, mas mesmo assim, é que mantêm racional e cooperante em prol do cuidado em benefícios ao paciente. Para isso, é fundamental conseguir identificar e avaliar as necessidades específicas do paciente e a capacidade da família para assumir o papel de prestadora de cuidados (MACIEL, 2008).

Diante do exposto, a dor é sintoma que compromete a qualidade de vida do paciente terminal oncológico apresentando prejuízo de sono, do trabalho, da movimentação, deambulação, isolamento social interferindo no relacionamento familiar, apreciação pessimista e perda de espiritualidade. Dessa forma, as dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e cultural da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas, farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio.

O enfermeiro E3 abordou a intervenção para o controle da dor no contexto psicológico, de maneira que possa intervir em prol do conforto ao paciente, sendo notório a seguir:

“A dor abrange diversas áreas do ser humano, e muitas das vezes ela não é física e sim mental, cabendo ao profissional saber identificar e entrever, com apoio, carinho, sobre a dor física (E3) ”.

Cicely Saunders acrescentou ao conhecimento da dor na abordagem do cuidado paliativo o conceito de dor total, dor que não se envolve somente em dimensão física, mas que traz também as consequências fálveis para dimensões emocionais, sociais e espirituais. Portanto, o perfil deste paciente requer que seja avaliado e tratado de forma holística, sendo mais importante para o paciente em fase terminal, com direito a morte digna sem dor, umas das principais causas do sofrimento (MACIEL, 2008; NASCIMENTO et al., 2012).

Este depoimento refletiu-se a dor como fenômeno complexo, uma sensação individual e muito pessoal do ser humano. Pois o sofrimento causado pela dor pode remeter negativamente a qualidade de vida do paciente, além de relacionar com a fase terminal, o qual o paciente não espera apenas o alívio da dor por meio de procedimentos técnicos, mas do enfermeiro que expresse interesse, desvelo, diligência, afeição íntima.

4. CONCLUSÕES

Diante da análise e compreensão dos resultados, pôde-se perceber que os enfermeiros acreditam na importância do conhecimento acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tanto teóricos como práticos no cuidado ao paciente terminal oncológico. Referiu-se que SAE é benéfica para o cuidado que deixa de ser fragmentado, para a própria assistência pela melhoria de qualidade e segurança, para a enfermagem pela credibilidade e autonomia profissional e para o paciente pelo atendimento humanizado e individualizado atento às suas necessidades.

Porém, apesar da crença da importância desse conhecimento, os enfermeiros respondentes se sentem pouco capacitados para iniciar a implementação da SAE no setor de trabalho, diante das dificuldades apresentadas. Há também o fato de não receberem incentivos de seus colegas profissionais, que acabam mostrando uma resistência em aceitar novas formas de cuidar e da autonomia do enfermeiro, evidenciando-se que a SAE deve ser entendida e valorizada por todos os profissionais envolvidos na assistência.

Dessa forma, constatou-se um fator ligado a essa fragmentação correspondente às falhas no processo da formação do enfermeiro, contribuindo para convicções comuns acerca da problemática, como mais um trabalho que não funciona. Sendo necessária a educação continuada para aprofundar o conhecimento e obter a necessidade da atualização profissional em prol do melhor desempenho no gerenciamento do cuidado ao paciente terminal oncológico com dor.

O uso de instrumentos de avaliação é de grande relevância para o prosseguimento das etapas do processo de enfermagem, uma vez que possibilita a adequadas intervenções para o controle da dor. A Escala Visual Análoga (EVA) foi a única escala mencionada por todos os enfermeiros. Portanto, foi relatado que também é importante considerar outras escalas disponíveis, pois esta conduta não deve ser padronizada e sim conforme a demanda do paciente.

Nas bases nas intervenções para o alívio da dor, foram relatadas as que mais se enquadram mediante a atuação cotidiana do profissional, incluindo-se a técnica de relaxamento, massoterapia e terapia com movimento passivo e ativo. Empreende-se que a terapia com acupuntura é uma nova tecnologia procedida somente pelos enfermeiros capacitados sob evidências legais. A presença de familiares no contexto do complexo cuidado é importante aspecto de intervenção em que a família pode ser um meio de consolo para o paciente terminal, contribuindo para a segurança e apoio emocional em prol do bem-estar físico e psicológico.

Implementar a SAE tornou-se um desafio para os profissionais de enfermagem, principalmente no diz respeito ao gerenciamento da dor do paciente terminal oncológico, pois numa realidade complexa, faz-se necessário um processo interativo onde o profissional enfermeiro, além da competência técnica-científica, atue gerando sensibilidade para com o paciente a ser cuidado, desfrutando interesse, compaixão, efetividade, apoiar, ajudar, favorecer, promover e torná-lo satisfeito com o seu viver. Nesse perspectiva presente trabalho pretendeu contribuir tanto para os empenhados leitores alunos com o conhecimento acerca da importância da SAE e da complexidade do cuidado e a necessidade de atualização profissional sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. C. et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes em fase terminal. **UNIPAC**, Barbacena, 13p. 2009.
- ARAÚJO, C. R. A. **Massagem Laboral. Formação inicial e continuada Massagista**. Paraná: IFRR, 2012. p. 74-83.
- BARBOSA, E. P. et al. Sistematização da Assistência de Em enfermagem: Dificuldades de implantação na visão do Enfermeiro. **Revista Perspectiva**, Erechim, v. 36, n. 133, p. 41-51, mar. 2012.
- BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Unifesp**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 63-65. 2010.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: Utilização da Escala de Avaliação por Enfermeiros em Hospital Geral. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, 41p, abr/jun. 2010.
- CUNHA, F. F.; RÊGO, L. P. Nursing and cancer pain. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.142-145, abr/jun. 2015.
- FÉLIX, N. N. et al. Desafios encontrados na realização da Sistematização Da Assistência De Enfermagem (SAE) em unidade de pronto-atendimento. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 155-160, out/dez. 2009.
- FORTUNATO, J. G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 111-117, jun/set. 2013.

- GÉRLINAS, C. Dor e Conduta na Dor. In: URDEN, L. D.; STACY, K. M.; LOUGH, M. E (Aut.). **Cuidados Intensivos de Enfermagem**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 74-90.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa: Como Classificar as Pesquisas?**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2008. 41p.
- GOMES, L. A.; BRITO, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar da NOVAFAPI**. Teresina, v. 5, n. 3, p.64-70, jul/set. 2012.
- MACIEL, M. G. S. Definições e Princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008. p.16-17.
- MINAYO, C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Teoria, método e criatividade: O Desafio da Pesquisa Social**. 31.ed. São Paulo: Vozes, 2012. 21p.
- MORETE, M. C.; MINSON, F. P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Revista Dor**. São Paulo, v. 11, n.1, 79p, mar. 2010.
- NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 178-183, mar. 2012.
- NASCIMENTO, T. A. A.; OLCERENKO, D. R. A acupuntura como ferramenta da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 178-181. 2009.
- OLIVEIRA, L. M; EVANGELISTA, R. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão de UNIPAM**, Patos de Minas, v. 1, n. 7, p. 84-86, ago. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cancer Palliative care is an essential part of cancer control**. AvenueAppia 20 CH - 1211 Geneva 27 Switzerland. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso: 07 out. 2014.
- PEREIRA, A. A. S. et al. Centro e Atenção Especializada em Oncologia Ortopédica. In: SILVA. et al. (Org.). **Gerenciamento do Cuidado Centros de Atenção Especializados**. Rio de Janeiro: Caderno de enfermagem em ortopedia, 2009. p. 23-25.
- PINTO, L. S.; CASA, E. C. G. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento da dor oncológica. **Revista Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 64, n. 9, p. 64-68. 2005.
- RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, 33p, abr/jun. 2012.
- SAMPAIO, L.R.; MOURA, C. V.; RESENDE M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Minas Gerais, v. 51, n. 4, 346p, jun. 2005.
- SILVA, E. G. C. et al. Conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1381-1384, abr. 2011.
- SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 172-178, mai/out. 2011.

SILVA, P. de O.; PORTELLA, V. C. Nursing interventions in pain* Intervenções de enfermagem na dor. **Revista Dor**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.145-147, abr/jun. 2014.

SMELTZER, S. C. et al. Tratamento da Dor. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009. v.1, p. 214-245.

TAMBORELLI, V. et al. O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. **Geriatrics & Gerontologia**, São Paulo, v. 4,n. 3, p. 147-150, out. 2010.

THOMAZ, A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. **Onco&**, p. 24-27, ago/set. 2010.

VALDUGA, E. Q.; HOCH, V. A. Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais. **Unoesc & Ciência ACHS**, Joaçaba, v. 3, n. 1, p. 15-32, jan/jun. 2012.