

# CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Cleidiane dos Santos Silva  
Luzineide Silva Figueredo  
Rhavenna Thais Silva Oliveira  
Ruhena Kelber Abrão

CLEIDIANE DOS SANTOS SILVA  
LUZINEIDE SILVA FIGUEREDO  
RHAVENNA THAIS SILVA OLIVEIRA  
RUHENA KELBER ABRÃO

**OS CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS PELA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM A PACIENTES COM CÂNCER TERMINAL**

1ª Edição

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca da Universidade Federal do Tocantins**  
**Campus Universitário de Palmas**

---

C966 Cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem / Cleidiane dos Santos Silva, Luzineide Silva Figueiredo, Rhavenna Thais Silva Oliveira, Ruhena Kelber Abrão – Palmas: EDUFT, 2023.

67f.

ISBN: 978-65-5390-043-1

1. Oncologia. 2. Enfermagem. 3. Cuidados paliativos. 4. Doente terminal. 5. I. Silva, Cleidiane dos Santos. II. Figueiredo, Luzineide Silva. III. Oliveira, Thais Silva.

**CDD 616.992**  
**CDU 616 (81)**

---

**Bibliotecário: Marcos Felipe Gonçalves Maia**  
**CRB-2: 1.445**

**TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.**

Universidade Federal do Tocantins

*Reitor*

Luis Eduardo Bovolato

*Vice-reitora*

Marcelo Leineker Costa

*Pró-Reitor de Administração e Finanças (PROAD)*

Jaasiel Nascimento Lima

*Pró-Reitor de Assuntos Estudantis  
(PROEST)*

Kherley Caxias Batista Barbosa

*Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários  
(PROEX)*

Maria Santana Ferreira dos Santos

*Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas  
(PROGEDEP)*

Vânia Maria de Araújo Passos

*Pró-Reitor de Graduação (PROGRAD)*

Eduardo José Cezari

*Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ)*

Raphael Sanzio Pimenta

Editora da Universidade Federal do Tocantins - EDUFT

*Conselho Editorial*

*Presidente*

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

*Membros do Conselho por Área*

*Ciências Biológicas e da Saúde*

Eder Ahmad Charaf Eddine

Marcela Antunes Paschoal Popolin Marcio  
dos Santos Teixeira Pinho

*Ciências Humanas, Letras e Artes*

Barbara Tavares dos Santos

George Leonardo Seabra Coelho

Marcos Alexandre de Melo Santiago

Rosemeri Birk

Thiago Barbosa Soares

Willian Douglas Guilherme

*Ciências Sociais Aplicadas*

Roseli Bodnar

Vinicius Pinheiro Marques

*Engenharias, Ciências Exatas e da Terra*

Fernando Soares de Carvalho

Marcos André de Oliveira

Maria Cristina Bueno Coelho

*Interdisciplinar*

Ana Roseli Paes dos Santos

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Wilson Rogério dos Santos

Capa: Ruhena Kelber Abrão

Diagramação: Renato Ferreira Brito

Revisão Técnica: Raylton Aparecido Nascimento Silva

Layane Mota de Souza de Jesus Revisão

Revisão Linguística: Nicole Medeiros Rocha

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



<http://www.abecbrasil.org.br>



<http://www.abecbrasil.org.br>

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. CÂNCER .....</b>	<b>13</b>
<b>3.CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.METODOLOGIA .....</b>	<b>36</b>
<b>5.RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>39</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>

## EPÍGRAFE

“CUIDADOR é a pessoa que cuida de um doente ou incapaz, com o zelo de uma mãe, que ouve com o respeito de um sacerdote, que ensina com a paciência de um professor e que conduz com a delicadeza de um anjo”

**Luiza Gousen**

## PREFÁCIO

O perfil da população mundial tem-se modificado nas últimas décadas, quando as grandes descobertas da ciência e os constantes avanços tecnológicos repercutiram em um aumento expressivo na expectativa de vida e conseqüentemente em uma elevação nos índices de doenças crônicas e degenerativas associadas ao processo de envelhecimento. Como a maioria dos idosos de hoje não cultivavam hábitos de vida saudável durante sua vida pregressa, convivemos com uma população idosa acometida por comorbidades, a exemplo das doenças cardiovasculares e do câncer, doença que continua atemorizando pacientes, familiares e muitos profissionais de saúde por todo o mundo.

Apesar dos grandes progressos no tratamento do câncer, ainda há uma alta taxa de morbimortalidade, especialmente nas regiões menos desenvolvidas e com menor acesso à saúde, a exemplo das regiões Norte e Nordeste do Brasil. O INCA (2022) estima para o ano de 2023, 704.080 novos casos de câncer no Brasil, destes, 12.060 no estado do Maranhão e 2.930 no Tocantins.

A impossibilidade de cura frente a muitos diagnósticos de câncer causa temor e tremor naqueles que lidam com a doença, de modo que a cada dia torna-se mais necessária a presença de profissionais qualificados para assistir ao doente fora de possibilidade terapêutica de cura, em fase terminal. Apesar do prognóstico desfavorável, é necessário ter em mente que há uma infinidade de possibilidades de cuidado e de melhoria da qualidade de vida e morte do paciente com câncer.

Os cuidados paliativos são considerados uma estratégia de assistência à saúde que visa promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis, com náuseas, vômitos e desconfortos respiratórios, promovendo conforto e dignidade ao doente em processo de finitude. A abordagem paliativista deve ser interdisciplinar e multiprofissional, buscando atender o indivíduo de forma integral, considerando os aspectos biopsicossocioespirituais. Neste cenário, o profissional de enfermagem se destaca por estar em contato dire-

to com o paciente em fim de vida.

Durante a minha atuação na assistência de enfermagem a pacientes oncológicos terminais, em duas Unidades de Referência em Oncologia dos estados do Maranhão e Piauí, pude experienciar diversos sentimentos, entre eles, medo, insegurança, impotência e dor na alma, como ao ver um jovem de 17 anos gritando de dor, pedindo “me ajuda Tia, me alivia, tira essa dor de mim”. Entretanto, os momentos que mais me marcaram foram aqueles em que pude proporcionar a dignidade, o alívio, o afago, o refúgio, o sorriso, a esperança e a fé, a exemplo de uma situação em que “uma paciente com câncer de pulmão terminal pedia para eu ficar ao lado dela, segurando a sua mão o tempo todo, em suas últimas horas de vida”.

Essas experiências me fizeram entender o quão importante posso ser, enquanto enfermeira, na vida de um paciente e o quanto um toque, um sorriso, uma escuta ativa e/ou um aperto podem ser eficazes, sendo muitas vezes mais potentes do que muitos analgésicos.

A enfermagem oferta ao doente em processo de terminalidade uma gama de cuidados que variam desde a administração de um opioide e um banho no leito à autorização da visita de um familiar fora do horário de visitas. A maneira como esses cuidados são disponibilizados impactam diretamente no enfrentamento da doença e da morte. Um paciente que se sente amparado, bem assistido e amado por aqueles que o cercam lida melhor com a finitude, manifestando menos sintomas, como ansiedade, dor e sofrimento. Diante disso é imprescindível que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, estejam preparados técnica, emocional e espiritualmente para cuidar do paciente que enfrenta a doença oncológica, bem com de seus familiares, mesmo após o luto.

Frente a esse entendimento os autores da presente obra decidiram compartilhar o relato de profissionais que vivenciam diariamente a assistência oncológica de pacientes em processo de terminalidade, de modo que o estudo foi organizado em categorias sendo, a Percepção do enfermeiro quanto aos cuidados paliativos prestados aos pacientes oncológicos em fase terminal; Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia; Sentimentos e orientações diante da morte e cuidados



paliativos; A relação da família do paciente com o corpo de enfermagem; Discussão sobre os cuidados paliativos prestados pela enfermagem a esses pacientes; e Orientações para quem deseja trabalhar com cuidados paliativos.

Refletir sobre todos esses aspectos da assistência paliativista possibilitará a estudantes, profissionais de saúde e à comunidade em geral conhecer um pouco dos desafios experienciados por pacientes, familiares e pelos profissionais de enfermagem, assim como uma variedade de possibilidades de cuidados e procedimentos que podem ser ofertados ao paciente oncológico em fim de vida.

Compreendendo a extrema relevância da temática e da assistência ao paciente oncológico que vivencia a terminalidade parabeno e agradeço aos autores por compartilharem conosco saberes cruciais, ao tempo em que desejo às pessoas que leem uma imersão, ainda que momentânea, no cenário da finitude de modo a incorporar essas práticas, bem como despertar para a grandeza desse tipo de cuidado.

Almejo que a partir dessa leitura estigmas e preconceitos sejam rompidos emergindo novos profissionais paliativistas, humanizados e sensibilizados com o processo de cessação da vida, aptos a cuidar, proporcionar conforto, aliviar a dor e o sofrimento, promovendo qualidade de vida e uma morte digna.

Que Deus lhe abençoe com saúde, graça e conhecimento.

*Profa. Me. Euzamar de Araujo Silva Santana*  
*Enfermeira*

## INTRODUÇÃO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública mundial desde 2003, na medida em que as neoplasias malignas se constituem na segunda causa de morte na população (INCA, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) estima 27 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2030, 17 milhões de mortes por esse agravo e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. A OMS destaca ainda que esse aumento vai incidir em países com renda baixa e média.

O câncer é uma doença com grande possibilidade de cura, e na impossibilidade desta, são estabelecidos os cuidados paliativos. O termo “paliativo” vem do latim *pallium*, com significado de proteção e qualidade de vida para os pacientes e familiares. No século XVII, de 1957 a 1967, no sul de Londres foi fundado St. Christopher’s Hospice pela inglesa Cicely Saunders, que foi uma médica com formação humanista que dedicou sua vida para aliviar o sofrimento humano. O St. Christopher’s é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos (ANCP, 2012).

O Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer é um instrumento de trabalho elaborado pela equipe da UNIC – Unidade de Cuidados, para ser utilizado por sua equipe multidisciplinar. Ele tem os seguintes objetivos: definir a atuação e a articulação dos profissionais nos cuidados com a pessoa doente; apresentar as condutas para controle dos sintomas e dos quadros clínicos prevalentes, de acordo com o conhecimento e a experiência da equipe e com base nos conhecimentos técnico-científicos atuais (UNIC, 2009).

A UNIC (2009) é um serviço de saúde que oferece assistência multidisciplinar em cuidados paliativos, especialmente em domicílio, a pacientes com câncer. Os Cuidados Paliativos são oferecidos aos doentes para os quais as terapêuticas curativas disponíveis não estão conseguindo deter a evolução da enfermidade, o que prejudica a sua qualidade de vida, levando gradativamente a grandes limitações. Têm como foco a melhoria da qualidade de vida

do paciente, e não o seu tempo de vida que, no entanto, pode ser indiretamente prolongado em virtude do controle das complicações da doença principal e das outras doenças concomitantes às comorbidades.

A ação profissional da enfermagem que trabalha com cuidados paliativos engloba uma grande diversidade de atividades, com variados graus de complexibilidade, cabendo-lhe igual empenho na realização de qualquer uma delas. Considerando que o tratamento antineoplásico é rotineiro, fragmentado e regulado pelo compasso temporal que a patologia impõe ao paciente, que está ali para vencer ou controlar o câncer, precisa ser considerado dentro do seu contexto social e sua singularidade. Portanto, necessita-se que os profissionais da enfermagem tenham um conhecimento amplo sobre os cuidados necessários a essa clientela específica, onde este cuidado deve se basear no respeito à dignidade humana, beneficiando as pessoas cuidadas.

A análise do estudo sobre cuidados paliativos em pacientes terminais se faz necessário devido a importância da prestação dos cuidados paliativos, que surgiram como uma modalidade terapêutica que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais. O cuidado paliativo é tradicionalmente objeto de ação na área oncológica, embora possa ser utilizado em qualquer situação de terminalidade (OMS, 2011). A importância do cuidar com emoção, onde cada profissional de saúde pode se comprometer em transformar suas ações técnicas no momento do cuidar e colocar um mínimo de amor em cada ação, assim será propício um novo enfoque da assistência.

Nesse contexto, a pesquisa tem como principal problemática: investigar os cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem e qual a sua importância para os pacientes com câncer terminal. A pesquisa é do tipo exploratório com abordagem qualitativa. O material empírico foi coletado utilizando-se a técnica de entrevista semiestruturada e analisado mediante a análise de conteúdo segundo Bardin. A entrevista foi realizada com profissionais de

enfermagem sobre os cuidados paliativos prestados aos pacientes com câncer terminal em uma clínica particular em convênio com o estado, situado no município de Imperatriz/MA, sendo que o universo da pesquisa contava com 5 enfermeiras, sendo que destas 4 aceitaram participar da entrevista, onde houve uma recusa, então esse indivíduo foi excluído da pesquisa, por motivo de não ter tempo disponível para participar da entrevista. O presente estudo tem como objetivo conhecer percepções de uma equipe de enfermagem referentes aos cuidados paliativos a pacientes oncológicos, bem como identificar quais os cuidados prestados por ela.

## **2 CÂNCER**

### **2.1 Definições**

A palavra câncer é derivada do latim-câncer e do grego-karkínos (caranguejo), pela semelhança entre um tumor e um caranguejo, observado por Hipócrates, que utilizou o nome câncer pela primeira vez para designar um tumor a 400 a.C. (COSTA; COUTINHO, 2011). De acordo com INCA (2017), Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

Em um organismo saudável, há equilíbrio entre o número de células mortas (por morte celular programada, doenças ou lesões) e a proliferação de novas células. Isso faz com que se matem a integridade de tecidos e órgãos. Entretanto, certas mutações no DNA – alteração no código genético que mandam nas regras do corpo - podem perturbar os processos normais do organismo, impedindo que células não morram no tempo certo, levando a formações de tumores benignos (que não se espalham) e malignos (câncer). Porém, alguns tipos de câncer, como leucemia, não formam tumores (ACHÔA, 2015).

Conforme Melo (2014), a multiplicação das células saudáveis ocorre quando necessário ao organismo e morrem quando ele não precisa mais delas. O câncer parece surgir quando o organismo não consegue controlar o aumento de células do corpo no qual elas se dividem muito rápido. As células normais de todo organismo vivo coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional. Harmonia esta orientada no sentido da manutenção da vida, de acordo com suas características morfológicas e funcionais, determinadas pelos seus próprios códigos genéticos, e com sua especificidade, as células estão agrupadas em tecidos, os quais formam os órgãos (CORREIA, 2016).

Ainda conforme INCA (2011), o câncer vem tomando uma proporção cada vez maior com o passar do tempo, uma doença ca-

racterizada como problema de saúde pública, com uma grande incidência na nossa sociedade atual. Uma patologia que existe desde os tempos antigos, e foi utilizado pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos.

Os cânceres podem ser agrupados em categorias mais amplas. As principais categorias de câncer incluem os carcinomas: câncer que começa na pele ou nos tecidos que revestem ou cobrem os órgãos internos (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

Podem ser classificados ainda em subtipos de carcinoma, incluindo adenocarcinomas, carcinoma de células basais, carcinoma de células escamosas e carcinoma de células de transição. Sarcoma é a denominação aplicada ao câncer que começa no osso, cartilagem, tecido gorduroso e muscular, vasos sanguíneos ou outro tecido conjuntivo ou de suporte. A leucemia é o nome dado ao câncer que começa no tecido produtor de sangue, como a medula óssea, e provoca a produção de muitas células anormais do sangue. Existem ainda o Linfoma e Mieloma, cânceres que começam nas células do sistema imunológico e o câncer do sistema nervoso central, que começam nos tecidos do cérebro e da medula espinhal (IARC, 2015).

Milhões de pessoas vivem atualmente com câncer ou foram curadas do mesmo. O risco de desenvolver vários tipos de neoplasias pode ser reduzido com mudanças no estilo de vida de uma pessoa, por exemplo, não fumar, limitar o tempo de exposição ao sol, ser fisicamente ativo e manter uma alimentação saudável. Essas mudanças são de total importância não só para neoplasias, mas também para diversas patologias, e também para manter um envelhecimento com menos riscos (RIGHINI, 2015).

Segundo INCA (2016), o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, com 190mil/ano, sendo que a estimativa para o Brasil,

biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil/casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais.

## **2.2 Diagnóstico**

Conforme INCA (2017), são múltiplas as finalidades dos exames complementares na área da oncologia. A solicitação destes exames visa a avaliar o tumor primário, as funções orgânicas, a ocorrência simultânea de outras doenças e a extensão da doença neoplásica (estadiamento). Além disso, os exames complementares são indicados para detecção de recidivas, controle da terapêutica e rastreamento em grupos de risco.

No caso de câncer de mama, por exemplo, observa-se no Brasil a alta taxa de mortalidade que pode ser explicada, parcialmente, pelo fato de em média 60% dos tumores de mama serem diagnosticados em estágios avançados (BARROS; UEMURA; MACE-DO, 2012).

São realizados exames laboratoriais e de imagem para detectar outras doenças. Estes exames podem ser utilizados para avaliar um tumor primário, as funções orgânicas, a extensão do câncer (INCA, 2016). Normalmente, o teste para a confirmação é uma biópsia ou exame de um determinado tecido do corpo conhecido como anatomopatológico (ZELMANOWICZ et. al; 2016).

Procedimentos e exames são requeridos de acordo com suas particularidades, como por exemplo; Radiografia, Tomografia computadorizada (TC) Ressonância Magnética (RM), Ultrassonografia (USG),

Cintilografia Óssea, Mamografia, biópsia local e exames histológicos e citopatológicos, determinantes para a evidência ou extensão da doença (KATZ et. al; 2014).

## **2.3 Tratamento**

Os tratamentos mais conhecidos e utilizados para o Câncer são a radioterapia e a quimioterapia. No primeiro, são utilizadas radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem, e pode ser usada em combinação com a quimioterapia, que utiliza medicamentos. A sua administração pode ser endovenosa, via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal, destruindo as células doentes (INCA, 2014).

Antes do início de tratamentos, o paciente passará por uma gama de exames para diagnóstico e avaliação; o estadiamento vai avaliar a extensão da doença através de exames de imagem, radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, Cintilografia óssea, exames de sangue, e avaliação de órgãos vitais como os rins, coração e fígado (KALIKS, 2011).

Segundo Leite et al (2013), as formas de tratamento do câncer podem ser locais (cirurgia, radioterapia) ou sistêmica (quimioterapia). Em conjunto são designadas no tratamento das neoplasias malignas, diferenciando-se apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação. A radioterapia é uma das grandes modalidades terapêuticas para o tratamento de neoplasias.

## **2.4 Cirurgia**

Com relação à cirurgia, será necessária após a avaliação que determina se o tumor é ressecável ou operável, ou seja, se diz ressecável quando ele pode ser possivelmente removido, e dependerá da localização e o tipo histológico do tumor, e operável quando tem a possibilidade de realização terapêutica cirúrgica, e dependerá da capacidade do paciente, suas condições clínicas, fatores como idade avançada, doenças crônicas e outras comorbidade (KALIKS, 2011).



A finalidade da cirurgia poderá ser curativa e/ou paliativa. A primeira quando está em estágio inicial, na maioria dos casos com tumores sólidos, onde ocorrerá a remoção deste e, se indicado, a retirada também dos linfonodos de drenagem linfática do órgão acometido do tumor primário. Já o tratamento paliativo terá a finalidade de reduzir células tumorais ou controlar sintomas possíveis de comprometer a qualidade da sua sobrevivência (INCA, 2016).

A radioterapia aliada à cirurgia pode ser realizada antes ou após o procedimento cirúrgico. No pré-operatório tem como finalidade destruir as células tumorais que se localizam na superfície do tumor, permitindo uma visão ampla das margens de ressecção, permitindo uma atuação mais adequada. No entanto, pode apresentar alteração dos achados, havendo retardo na cirurgia e assim aumentando o risco de complicações (LOPES; MELO, 2013).

## **2.5 Radioterapia**

A radioterapia é a modalidade terapêutica baseada na radiação ionizante, trabalha no interior da estrutura celular, levando a célula à morte ou a sua inviabilidade celular (SILVA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde estima que no ano 2030 pode-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas anualmente com câncer (KARKOW et al, 2012).

Existem duas formas de radioterapia, são: radioterapia externa ou teleterapia, onde a radiação é feita através de um aparelho localizado afastado do paciente, e o outro tipo é radioterapia de contato ou braquiterapia, que consiste no aparelho em contato com o corpo do paciente onde o material radioativo será aplicado. A escolha será avaliada pelo médico de acordo com a necessidade do paciente (INCA, 2016).

A ideia de que a radioterapia é apenas um tratamento paliativo não é verdadeira, pois tipos de câncer em estágio inicial podem ser curados utilizando os tratamentos radioterápicos, e melhor, muitos casos sem utilizar outro tipo de tratamento. Porém, no Brasil, ainda existe a necessidade de aumentar a quantidade de apare-

lhos e qualificar a mão de obra no SUS (SALVAJOLI, 2012).

Para liberar doses altas, limitando as doses em tecidos normais, são utilizadas duas técnicas, a radioterapia conformada, que utiliza a tomografia computadorizada, e a radioterapia de intensidade modular (IMRT), que modula a intensidade de dose por onde o feixe atravessa (FERRIGNO, 2013).

Assim como forma de realizar um trabalho de qualidade e voltado às necessidades dos usuários do serviço de radioterapia, é de grande importância que a equipe multidisciplinar conheça as características das pessoas atendidas, conhecendo o perfil socio-demográfico e clínico dos pacientes (KARKOW et al, 2012).

Segundo Leite et al (2012), acredita-se que 50% dos pacientes oncológicos precisam ou vão precisar de radioterapia no seu tratamento, porém apesar de ser um tratamento de grande importância e eficaz, traz alguns efeitos adversos. Entre eles, os principais são: as reações de pele (radiodermite, eritema), náuseas, mucosite, xerostomia, fadiga, anorexia, diarreia e disfagia. O autor ainda explica que é de fundamental importância a prevenção e controle desses efeitos, uma vez que eles podem acarretar no interrompimento temporário ou até definitivo do tratamento, ocasionando desmotivação do paciente em prosseguir com o tratamento que é essencial para o controle do tumor e acima de tudo em relação à sua sobrevivência.

## **2.6 Braquiterapia**

Conforme Mourão (2009), a braquiterapia é uma das modalidades de tratamento da radioterapia que usa a fonte de radiação em contato direto com os tecidos a serem tratados, onde são implantados materiais radioativos em forma de pequenas sementes encapsuladas com titânio. O uso desse tratamento está relacionado diretamente com a preservação dos tecidos saudáveis e dos órgãos próximos ao tumor. Existem duas formas de braquiterapia, permanente e temporária.

Contudo, Rubens (2016) diz que a braquiterapia, também chamada de terapia de radiação interna, permite que um médico

use uma dose total maior de radiação para tratar uma área menor e em menos tempo do que é possível com o tratamento de teleterapia. A braquiterapia é usada para tratar tumores por todo o corpo, incluindo: próstata, colo do útero, cabeça e pescoço, pele, mama, vesícula biliar, útero, vagina, pulmão, reto e olhos.

Ainda de acordo Mourão (2009), a permanente é quando as sementes são colocadas e não são retiradas do organismo, tem baixa taxa de dose que permite ao paciente uma vida quase sem restrições após o implante, é feita sem a necessidade de internação. Já na temporária as sementes são fixadas e após um período pré-definido são retiradas, possuem um tempo de meia-vida médio que varia de dias até anos, e normalmente são reutilizadas em outros pacientes enquanto possuem poder de tratamento, tem uma alta taxa de dose e geralmente se usa uma fonte modificada de irídio-192 e o afterload, que é o processo automatizado de implantação da fonte junto ao tecido tumoral. A retirada da fonte e armazenagem em recipiente blindado é também feita de modo automático. Nesse processo, um aplicador é posicionado e a fonte é introduzida no interior do aplicador junto ao tecido tumoral por um equipamento automatizado, sem a presença de outros indivíduos que não o paciente.

## **2.7 Quimioterapia**

Geralmente a quimioterapia é bem tolerada pelos pacientes, ela atua sistemicamente, podendo atingir a medula óssea, os pelos, e a mucosa do tubo digestivo, e ela pode ser aplicada em ciclos periódicos em intervalos para que as células normais tenham tempo de recuperação (INCA, 2016).

A quimioterapia, diferente da cirurgia e da radioterapia, que promovem o controle locorregional das neoplasias, age de forma sistêmica principalmente no controle metastático. Podemos classificar esse tratamento em tratamento neo-adjuvante, adjuvante ou paliativo. O tratamento neo-adjuvante é aquele que antecede o tratamento local com o propósito de preservar o órgão, como é o caso de neoplasias de laringe e bexiga. O adjuvante é administrado

com o objetivo de combater micrometástase após o controle local, avaliando clinicamente o estado do paciente. Pacientes com câncer de mama onde são afetadas a região axilar, sofrem grande risco de recidiva, portanto devem receber o tratamento adjuvante com quimioterapia (LOPES; MELO, 2013).

O efeito indesejável da quimioterapia segue dois grupos, os precoces ou agudos, que acontece de 0 a 3 dias com: náuseas, vômitos, mal-estar, adinamia (fraqueza muscular), artralgia, exantemas e flebites, e os efeitos adversos tardios podendo durar meses ou anos: miocardiopatia, hiperpigmentação e esclerodermia, pneumonite, imunossupressão, nefrotoxicidade, infertilidade, carcinogênese, distúrbio do crescimento em criança e cirrose hepática (INCA, 2016).

Quando o câncer se apresenta em estágio avançado ou em evolução para essa condição, a abordagem paliativa deve adentrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle, contanto que associado a aspectos psicossociais da doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo da vida, o tratamento paliativo se impõe para garantir dignidade e qualidade de vida (SOUZA et al, 2013).

De acordo com Lopes e Melo (2013), a atuação da terapia combinada entre quimioterapia e radioterapia pode elevar o índice de resposta tumoral. Os pacientes que recebem tratamento quimioterápico junto à radioterapia obtêm resultados positivos em relação ao controle local da doença e preservação de órgão.

## **2.8 Processo de aceitação**

Kellehear (2016), médico e sociólogo da Universidade de New South Wales na Austrália, investiga o modo como os indivíduos lidam com o morrer, desde a Idade da Pedra até a sociedade atual, denominada pelo autor de “mundo cosmopolita contemporâneo”.

O sofrimento é uma condição humana e afeta a pessoa em seus aspectos biopsicossocial e espiritual. Frequentemente esse sofrimento é potencializado quando a pessoa está vivenciando uma enfermidade que ameaça a vida, pois a dor é percebida como uma

experiência que se caracteriza pela subjetividade e multidimensionalidade e pode manifestar-se por meio de sinais fisiológicos e/ou emocionais. Nesse sentido, o enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo próximo ao paciente; assim, tem responsabilidades no manejo da dor, proporcionando alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida (MELO; CAPONER, 2011).

A morte sempre suscitou temor. O medo assusta a muitos, mas é algo que todos iremos passar, e lidar com essa informação de que você tem seus dias contados é uma experiência absolutamente solitária, não compartilhável: cada um morre sua própria morte. Embora rodeado de pessoas queridas, todo ser humano parte deste mundo absolutamente só (BOFF, 2012).

Papalia, Olds e Feldman (2013) referem-se a cinco estágios que as pessoas costumam vivenciar quando sabem que vão morrer: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

O primeiro estágio é a negação, quando o paciente não aceita o fato de estar doente, “Não, eu não, não pode ser verdade”. Esta negação inicial era palpável tanto nos pacientes que recebiam diretamente a notícia no começo da doença quanto aqueles a quem não havia sido dita a verdade, e ainda naqueles que vinham a saber por conta própria (KÜBLER-ROSS, 2012).

Conforme Papalia, Olds e Feldman (2013), “À medida que a morte foi-se tornando um fenômeno da última fase da idade adulta, passou a ser em grande parte ‘invisível’; a assistência aos doentes terminais é prestada por profissionais e ocorre em isolamento.

O segundo estágio, a raiva, acontece quando não é mais sustentado o primeiro, da negação, onde se assume a consciência de que realmente o fato existe e não se pode mudar o quadro, onde não se aceita o fato de estar doente. Neste momento, a pessoa se pergunta o porquê de o fato estar acontecendo com ela. Kübler-Ross apresenta tal situação claramente em um trecho do seu livro. Quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge, logicamente, uma pergunta: “Por que eu? (KÜBLER-ROSS, 2012).

Os pacientes nesse estágio são difíceis de tratar. Geralmen-

te se revoltam contra Deus, o destino ou alguém próximo. Uma pergunta comum é “Por que eu? Por que isso está acontecendo logo comigo?”. Desse modo, o manejo de pacientes que se encontram nessa fase envolve a compreensão de que a raiva expressada não pode ser encarada como algo pessoal (KAPLAN; SADOK; GREBB, 1997).

Terceiro estágio: a barganha. Acontece por um tempo curto, uma negociação, assim como os filhos fazem com os pais. Se eu fizer isso, você me dá aquilo! A maioria das barganhas é feita com Deus. As pessoas propõem uma meta, por exemplo: vou participar mais da igreja se conseguir me manter vivo por mais um determinado tempo, buscam viver através de promessas e aceitação (KÜBLER-ROSS, 2012).

Questionadores, o médico fará com que melhorem. Normalmente, a pessoa que se encontra nesse estágio realiza promessas em sigilo, contando com a possibilidade de ser recompensada por seu bom comportamento. Em geral, o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil (KAPLAN; SADOK; GREBB, 1997).

Quarto estágio: a depressão. A falta de conhecimento daqueles que estão por perto agravam o quadro de pacientes que passam por esta fase. Eles tentam motivar, dizendo para não ficarem tristes, mas como não ficarem tristes? Pois como já vimos é difícil a aceitação de se perder tudo. Estamos falando de um primeiro momento, onde há perda não só da vida, como se isso não bastasse, mas as consequências causadas. Perde-se o emprego, as condições financeiras, a dignidade, e as pessoas se afastam. No primeiro momento as pessoas reagem frente a estes fatos, e no segundo eles se preparam (KÜBLER-ROSS, 2012).

Quinto estágio: a aceitação. O referido estágio é possível para aquelas pessoas que tiveram tempo necessário para superar as outras etapas. Não necessariamente enfrentaram todas as fases ou estágios em uma sequência lógica, mas receberam algum apoio para enfrentá-las. Pessoas que não morreram de forma abrupta, ou inesperada. Não se confunda aceitação com um estágio de felicidade, é apenas o momento em que o indivíduo aceita o fato de que sua vida chegou ao fim. É quase uma fuga de sentimentos. É como se

a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem” (KÜBLER-ROSS, 2012).

É importante conhecer os principais fatores implicados no processo do adoecer e morrer. Não se pode desistir do tratamento do paciente, porque ao sentir-se abandonado ou sem assistência, ele se entrega e desiste também. O paciente se sentirá confortado em saber que não foi esquecido, mesmo quando não houver mais nada a se fazer por ele (SILVA, 2005).

## **2.9 Enfermagem no enfrentamento da morte**

Na assistência de enfermagem ao paciente oncológico, o objetivo maior é promover alívio da dor e outros sintomas estressantes, e reafirmar vida e morte como processos naturais, oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a situação do paciente em seu próprio ambiente, pois o mesmo necessita de cuidados específicos não apenas na clínica, mas sobretudo no apoio emocional, pois essa etapa da vida onde já não se tem esperança de cura, muitos entram em depressão e distanciamento da família (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2016).

Há profissionais que acabam criando identificações com o paciente e desenvolvendo laços afetivos. A morte desse paciente pode enlutar o profissional, podendo causar sentimentos de baixa autoestima, auto reprovação e desamparo, os quais comumente são ocultados pela utilização de recursos defensivos, como a negação, o distanciamento, a sustentação de relações superficiais com os pacientes e a instituição de normas e rotinas (CHERER, QUINTANA E PINHEIRO, 2015).

Existem profissionais que internalizam uma postura firme e objetiva, acreditando que reconhecer o seu sofrimento o tornará vulnerável. Com isso acabam desenvolvendo mecanismos de defesa, como o distanciamento, a frieza e o deslocamento, acumulando sentimentos de insatisfação, culpa e negação. (VICENSI, 2016). Conforme Cherer, Quintana e Pinheiro (2015), o profissional quando lida com a morte como um fracasso frente ao êxito esperado do

tratamento, acaba gerando em si sentimento de impotência, fonte de estresse e sofrimento. Contrapondo com o profissional que o oculta, que dissimula seus sentimentos frente ao ocorrido, numa tentativa de controlar os sentimentos e pensamentos para continuar o desempenho da função.

As características marcantes da morte remetem ao comprometimento profissional que nos orienta como uma bússola norteadora ao definir que Cuidados Paliativos são: o alívio do sofrimento (físico, emocional, social e espiritual); a garantia de uma morte digna; o apoio aos familiares; o diálogo eficaz entre as pessoas envolvidas e a equipe profissional; o cuidado prestado por uma equipe multiprofissional capacitada e interdisciplinar, e a capacidade de interação multiprofissional efetiva (DOYLE, 2011).

É necessário que se disponibilizem recursos que permitam momentos nos quais os profissionais de saúde encontrem apoio e segurança, atualizem seus conhecimentos sobre a doença e ofereçam, assim, suporte ao familiar e ao paciente inseridos no processo de morrer e morte (LIMA, 2012).

A morte é geradora de sentimentos como dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso, podendo ser resultado de uma formação acadêmica voltada para o tratamento e cura das doenças, levando os profissionais a pensarem ser possível curar sempre o que causa frustração e culpa (MOTA et al, 2011).

A simples convivência diária com a morte não exclui os profissionais de expressarem sentimentos ruins, pelo contrário, é necessário que tenham melhor compreensão sobre este fato, para poderem sofrer menos, controlar as emoções e melhor ajudar os pacientes e seus familiares (SANCHES; CARVALHO, 2009).

Para Oliveira et al (2011.), o paciente, fora da expectativa de cura, ou seja, aquele que se encontra em fase terminal, apresenta-se frágil e com limitações variadas incluindo sua natureza psicossocial, espiritual e física. Com isso surgem as condutas paliativas, condutas essas que podem ser oferecidas ao paciente e sua família, visando agora o alívio da dor e diminuição do desconforto, mas, sobretudo, à possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e dar-lhes suporte.



### 3 CUIDADOS PALIATIVOS

A Organização Mundial de saúde (OMS, 2014) define Cuidados Paliativos como a “assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença ou agravo que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. Segundo Kuczynski e Assumpção Jr. (2013), a qualidade de vida pode ser caracterizada por saúde em geral, desempenho pessoal, conforto, estado emocional e econômico. Pode-se dizer que a qualidade de vida em um nível bom ou excelente corresponde à possibilidade de alguém ter poucas condições para ter grande potencial de vida, amar, trabalhar, ter condições de produzir bens e serviços, complementando o bem-estar socialmente, na saúde, na medicina e satisfação psicológica.

Conforme Silva e Lima (2014), quando o paciente se encontra na hospitalização, as equipes multidisciplinares em centros oncológicos em cuidados paliativos são responsáveis por um cuidado individualizado, onde terão que lidar com sentimento de tristeza, de baixa autoestima e desinteresse pela vida, e com a dificuldade da família diante do acontecimento. O perfil de cada paciente é considerado para promover um único objetivo: melhorar a qualidade de vida e conforto. O familiar participativo é um aliado do Enfermeiro na oncologia, fornecendo todas as informações possíveis nas ações de cuidados prestados pela Enfermagem. Os aspectos negativos pela família lançam desafios para o Enfermeiro e todos de sua equipe, pois precisam atuar de forma efetiva e ativa, encorajando atitudes positivas independente desta representar uma demanda grande de trabalho.

O Manual de Cuidados Paliativos ANCP (2017, p.95) diz que qualquer que seja o modelo de prestação de serviços, o que há de comum no trabalho das equipes de Cuidados Paliativos é:

Reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, qualquer que seja sua causa e natureza. Reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente. Reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial. Comunicação sensível e empática entre profissionais pacientes, parentes e colegas. Respeito à verdade e honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais. Atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar.

O paciente oncológico em todo momento deve ser ouvido em relação aos seus interesses, e respeitado, pois sua vida ganhará uma nova trajetória, mas que deve continuar produzindo em qualidade de vida, mesmo ele estando em estado terminal (KUCZYNSKI; ASSUMPCÃO JR, 2013).

### **3.1 Atuação Multiprofissional**

A atuação da equipe multiprofissional deve focar na adequada avaliação e no manuseio dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do paciente e da sua família e estar presentes em todas as fases da trajetória da doença.

#### **3.1.1 Atuação Do Médico**

A primeira abordagem do paciente pela equipe multidisciplinar é feita pelo médico. Ele avalia clinicamente o paciente, identifica as suas necessidades nos campos físico, psíquico e social e elabora o PCP (Plano de Cuidados Paliativos) a ser discutido e validado pela equipe. Ele mantém contato com o médico que o encaminhou sempre que necessário, principalmente nas alterações que demandam mudanças no plano terapêutico (UNIC, 2009).

#### **3.1.2 Atuação do Fonoaudiólogo**

O fonoaudiólogo, nos cuidados paliativos, em acordo com

as demais técnicas propostas pela equipe interdisciplinar, acompanha e orienta a família e o paciente, com vistas a desenvolver as suas potencialidades. Os principais quadros clínicos onde ele pode contribuir são: a dificuldade de comunicação envolvendo a fala e a audição e a dificuldade de deglutição. Sob uma ótica abrangente e humanizada, respeitando as expectativas do paciente e o contexto final do cuidado, ele avalia a linguagem, a voz, a audição, a motricidade orofacial e a deglutição. Concentra-se nas alterações destas funções, buscando reabilitar ou readaptar o indivíduo, a partir da identificação das alterações anatômicas e funcionais da região cervical, da face e dos órgãos fonoarticulatórios (UNIC, 2009).

Assim, cabe ao profissional buscar alternativas de comunicação, seja por meio de pranchas de comunicação, gestos ou observação de manifestações corporais do paciente, na tentativa de garantir, na relação equipe-paciente-família, maior aproximação com paciente e familiares. Deve-se respeitar, acima de tudo, desejos e autonomia do enfermo dentro do processo da terminalidade, tentando suprir aflições, sentimento de impotência e angústia por parte dos familiares (ANCP, 2009).

O uso de drogas que aliviam alguns sintomas pode afetar a habilidade de deglutir ou levar a uma alteração na produção de saliva. Tumores em cavidade oral ou glossectomizados causarão restrição no movimento de língua e tumores na região da faringe e comprometerão a eficiência do mecanismo de deglutição. Radioterapia em cabeça e pescoço podem ocasionar mudanças nas funções dos tecidos e músculos, alterar o paladar, reduzir a produção de saliva e possivelmente reduzir o reflexo de deglutição tanto durante como após a radioterapia (MACDONALD; ARMSTRONG, 2005).

### 3.1.3 Atuação do Psicólogo

O psicólogo, na equipe de cuidados paliativos, utiliza a escuta e a observação para avaliar o comprometimento emocional e os processos mentais do paciente e de seus familiares, ajudando na elaboração dos sentimentos que levam a desmistificação de medos, angústias e frustrações, ligados à situação de doença

e de morte. Oferece suporte visando à elucidação de conflitos e questões, atuais e anteriores, entre o paciente e os seus familiares, investigando os fatores inconscientes do comportamento, para torná-los conscientes e minimizá-los. O atendimento domiciliar, no ambiente familiar, facilita esta abordagem (UNIC, 2009).

A experiência indica que a qualidade da relação entre o doente e seu(s) cuidador(es) pode ser benéfica ou interferir negativamente nos processos de adoecimento, morte e luto. Por esse motivo que, em Cuidados Paliativos, a atenção à família do doente é outro aspecto norteador das ações da equipe. Note-se que a atenção à família requer do psicólogo a capacidade de manejar situações grupais (ANCP, 2009).

#### 3.1.4 Atuação do Assistente Social

A percepção das necessidades múltiplas do indivíduo em Cuidados Paliativos e a certeza de que somente uma área não oferecera respostas necessárias fazem crescer, e se consolidar, a busca inegável por um trabalho efetivamente em equipe interdisciplinar. Por isso, o papel do assistente social nas equipes de atenção em Cuidados Paliativos orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e diferentes áreas atuantes na equipe (ANCP, 2009).

O Assistente Social integra a equipe de Cuidados Paliativos orientando o acesso aos serviços e benefícios disponíveis ao paciente nessa fase da doença, com foco na sua qualidade de vida. Por meio da avaliação social, identifica o perfil do paciente, a sua situação social e trabalhista, e se ele e os familiares ou cuidadores conseguiram internalizar os princípios dos Cuidados Paliativos. A sua atuação profissional é norteadora pela Política Nacional de Humanização e o Código de Ética Profissional e contribui para o acolhimento do paciente e o da família pela equipe multidisciplinar, passo essencial para a efetivação dos cuidados e dos atendimentos (UNIC, 2009).

### 3.1.5 Atuação do Nutricionista

O nutricionista não visa a recuperação do estado nutricional ou o ganho de peso do paciente, mas sim o alívio dos sintomas que estão ligados diretamente à alimentação, principalmente os gastrintestinais, tendo em vista que nessa fase da doença é muito difícil recuperar o estado nutricional do organismo. O seu objetivo primordial é a melhora da qualidade de vida. A caquexia do câncer, muito comum nesta fase da doença, é caracterizada, principalmente, pela perda progressiva de peso e a anorexia (falta de apetite). Frequentemente estes pacientes têm problemas como: disfagia (dificuldade de deglutição), odinofagia (dor à deglutição), disgeusia (alteração do paladar), mucosite (inflamação da mucosa oral), náuseas e vômitos, dispneia (falta de ar) e outros sintomas que podem levar à redução do consumo alimentar, muitas vezes prejudicado por problemas específicos da localização do tumor e dos tratamentos realizados. A orientação nutricional propõe as condutas adequadas às queixas do paciente (UNIC, 2009).

Os pacientes devem ter a capacidade de desfrutar do que queiram comer, sempre e quando desejarem, compartilhando de boa companhia. Também devem ser respeitados os desejos de todas aquelas pessoas capazes; que vão morrer e que deixam de comer, que comem menos, ou que recusam cateteres de nutrição. De igual modo, deve-se respeitar a vontade daqueles pacientes não capazes, através de instruções específicas e prévias, ou de seus representantes legais. Assim, entre os princípios éticos mais importantes na tomada de decisão estão os da autonomia e da beneficência (ARENAS; PRADO; ZEPEDA, 2008).

### 3.1.6 Atuação do Fisioterapeuta

O paciente é comumente frágil nessa fase da doença, e as suas funções vão declinando até não mais se recuperarem. O estado de fragilidade o leva à incapacidade para realizar as atividades importantes da vida e as tarefas habituais do dia-a-dia, o que prejudica a sua qualidade de vida (UNIC, 2009).

Em Cuidados Paliativos, o fisioterapeuta, a partir de uma avaliação fisioterapêutica, vai estabelecer um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, através da abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, alívio de dor e outros sintomas estressantes, oferecer suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com qualidade de vida, dignidade e conforto, além de oferecer suporte para ajudar os familiares na assistência propriamente dita ao enfermo, no enfrentamento da doença e no luto (MARCUCCI, 2004).

### 3.1.7 Atuação do Massoterapeuta

A massoterapia é uma técnica utilizada com o objetivo de proporcionar o alívio da dor, da tensão muscular, da ansiedade e do estresse, harmonizando a psique e promovendo o relaxamento. É feita com as mãos, por meio da manipulação dos tecidos moles do corpo, com a aplicação rítmica de pressão e estiramento, para produzir efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso. Produz a estimulação mecânica dos receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar. A manobra de estiramento reduz a tensão sobre os músculos e produz relaxamento muscular (UNIC, 2009).

### 3.1.8 Atuação do Enfermeiro

Dentre as diversas definições de enfermagem, destaca-se aquela que a designa como o estudo da resposta do ser humano às doenças. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), a “enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade”. No século XIX foi definida por sua precursora, Florence Nightingale, como “arte e ciência de cuidar do ser humano”. Altruísmo e valorização do ambiente onde o cuidado de enfermagem é exercido são dois critérios inculcados na formação dos enfermeiros como legado histórico (UNIC, 2009).

Oferecer Cuidados Paliativos em enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os pacientes que é possível morrer com dignidade e graça; é proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte; é oferecer cuidado holístico, atenção humanística, associados ao agressivo controle de dor e de outros sintomas; é ensinar ao doente que uma morte tranquila e digna é seu direito; é contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor (SKILBECK, 2005).

As habilidades dos enfermeiros deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, bem como para a própria equipe e para a instituição que abriga o atendimento designado como Cuidados Paliativos, na interação da dinâmica familiar e, especialmente, no reforço das orientações feitas pelos demais profissionais da equipe de saúde, de modo que os objetivos terapêuticos sejam alcançados (ANCP, 2009).

Por isso é que as competências clínica e relacional do enfermeiro recebem destaque nos Cuidados Paliativos. Adicionalmente, tanto para a equipe quanto para o paciente e para a instituição, é necessário que o profissional tenha habilidades de comunicação, posto que asseguram o melhor desenvolvimento de suas práticas clínicas (ANCP, 2009).

Especificamente nos Cuidados Paliativos, o Conselho Internacional de Enfermagem afirma que “..uma pronta avaliação, identificação e gestão da dor e das necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais” podem diminuir o sofrimento e melhorar, de fato, a qualidade de vida dos pacientes de Cuidados Paliativos e de seus familiares Inserido na equipe multidisciplinar. É papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando a negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado (UNIC, 2009).

### 3.1.9 Atuação do Musicoterapeuta

O musicoterapeuta que atua em Cuidados Paliativos tem como metas facilitar a expressão emocional dos pacientes, promover o alívio das ansiedades e da depressão e diminuir a sensação de isolamento e de dor. A música, no processo terapêutico, tem um potencial transformador, visto que, sendo uma linguagem acessível à maioria das pessoas, pode ser facilmente compartilhada. Por meio dela resgata-se lembranças, fortalece-se vínculos familiares, e é oferecido um espaço seguro de escuta e acolhimento. A música estimula o corpo de forma prazerosa e atua saudavelmente, de forma inseparável, na psique. No momento em que a música atua o estar doente se torna secundário e a sensação de potência pode ressurgir (UNIC, 2009).

### 3.1.10 Terapias Complementares

O uso das terapias complementares é cada vez mais comum. As pessoas que enfrentam o desafio de doenças incuráveis são atraídas pela oportunidade de ter outras possibilidades de cuidados (AMARAL; SILVA, 2013).

#### 3.1.10.1 Plantas medicinais

O uso de plantas medicinais é considerado uma prática influenciada pela crença popular, carência econômica, dificuldade de acesso à assistência médica/farmacêutica e pela mídia (SCHENKEL; MENGUE; PETROVICK, 2012).

Elas representam uma forma de tratamento alternativo para diversas doenças, como por exemplo, o câncer. Os pacientes com esta doença utilizam formas complementares ao tratamento convencional, entre as quais cita-se: homeopatia, espiritualidade, medicina religiosa e o reiki, com destaque à utilização da fitoterapia (CASARIN; HECK, 2005).

As plantas medicinais compreendem uma forma de cuidar empírica, oriunda do saber popular construído ao longo do tempo, conformando-se em uma incorporação cultural ao cuidado oficial em saúde. Seu uso baseia-se em uma visão integral, ou seja, a ação



terapêutica faz parte do ambiente no qual o ser humano está inserido (FEITOSA et al, 2015).

Como terapia de baixo custo, natural e de fácil acesso, sua importância vem crescendo consideravelmente, inclusive no combate ao câncer, doença que atinge o mundo todo e, no Brasil, é a segunda maior causa de mortes em adultos (MORAES; ALONSO; OLIVEIRA-FILHO, 2011).

Para que as plantas medicinais sejam empregadas de forma segura, é imprescindível saber reconhecer a espécie, a forma apropriada de preparo, além da dosagem, indicação, efeitos adversos, dentre outras informações (MOREIRA et al, 2014).

### 3.1.10.2 Espiritualidade

Religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observados por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com, ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais), ou da Verdade Absoluta da Realidade, ou do nirvana (em culturas orientais). A religião normalmente se baseia em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que descrevem o significado e o propósito do mundo, o lugar do indivíduo nele, as responsabilidades dos indivíduos uns com os outros e a natureza da vida após a morte (KOENIG, 2012).

Para Vaillant (2010), a espiritualidade não tem raízes em ideias, textos sacros e teologia. Em vez disso, ela compreende emoções positivas e elos sociais, e o amor é a definição mais curta de espiritualidade. Tanto o amor quanto a espiritualidade são resultados de sentimentos conscientes, como: respeito, apreço, aceitação, simpatia, compaixão, envolvimento, ternura e gratidão.

Uma das áreas mais complexas ao exercício da espiritualidade é a saúde, mas a intensidade de pesquisas envolvendo esse campo tem modificado tal premissa. Inúmeros estudos científicos têm comprovado a eficiência da espiritualidade na recuperação de pacientes. Há uma luz no fim do túnel, a dificuldade está se dissipando e, por conta disso, a espiritualidade exercida hoje pelos profissionais de saúde e seus pacientes apresentam índices favoráveis

no enfrentamento de qualquer enfermidade. É alentador saber que os profissionais de saúde têm descoberto de forma gradativa a importância da prece, da fé, da participação religiosa na melhoria da saúde física e mental (Vasconcelos, 2011).

### 3.1.10.3 Meditação

Meditação é um conjunto de práticas, baseadas em diferentes princípios, que têm em comum a focalização da atenção, o que resulta em serenização da mente que leva, por sua vez, a um estado de relaxamento físico (ANDERSON; LIU; KRYSCIO, 2008).

Os efeitos terapêuticos multidimensionais da meditação têm sido extensivamente comprovados em indivíduos com câncer. A meditação causa melhora da saúde geral dos pacientes por amenizar as sequelas da doença, atua por meio da redução da dor, da fadiga, da insônia e dos sintomas pós-quimioterapia, menopáusicos, gastrointestinais, cardiopulmonares, concorre para a modulação do sistema imunoneuroendócrino, além de normalizar os níveis plasmáticos de melatonina (ANDO et al, 2011).

A qualidade de vida dos pacientes com câncer, expressa pelo bem-estar e pelas funções social, cognitiva e emocional, apresenta significativa melhora em praticantes de meditação, o mesmo ocorrendo com parâmetros de saúde mental, como redução do estresse, depressão, ansiedade e melhora do ajustamento psicossocial. A meditação também exerce efeito positivo sobre a resposta de enfrentamento da doença e o reforço da espiritualidade, expresso por bem-estar espiritual, auto-compaixão e determinação do sentido da vida (BIEGLER; CHAOL; COHEN, 2009).

### 3.1.10.4 Acupuntura

De acordo com INORP (2014), a acupuntura também pode prevenir alguns tipos de dor em pacientes com câncer. Acupuntura é segura se realizada por profissional autorizado e que use agulhas descartáveis. Pergunte ao seu médico por profissionais de confiança. Acupuntura não é segura se o paciente estiver recebendo me-

dicamentos que “afinam o sangue” ou se a contagem das células sanguíneas estiver baixa. Verifique com seu médico.

### 3.1.10.5 Massagem

Conforme INORP (2014), durante a massagem a tensão muscular e o estresse são aliviados, promovendo um relaxamento. Existem vários métodos de massagem. Pode ser leve e delicada ou pode ser profunda e com maior pressão. Estudos mostram que a massagem pode ajudar no controle da dor em pacientes com câncer. Pode também aliviar ansiedade, fadiga e estresse. Massagem é segura se realizada por profissional qualificado. Muitos centros de câncer possuem profissionais aptos no seu staff. Não se submeta a massagem se a contagem dos glóbulos sanguíneos estiver baixa. Peça para o massagista evitar massagem próximas a cicatrizes cirúrgicas, áreas de tratamento radioterápico ou tumores. Se o câncer estiver nos ossos ou existirem outras doenças ósseas (como osteoporose), peça para o terapeuta usar leve pressão e não fazer uma massagem profunda.

### 3.1.10.6 Yoga

Yoga combina exercícios de alongamento com exercícios respiratórios profundos. Durante a sessão de yoga, pacientes colocam seus corpos em várias posições – de torções, de inclinações e de alongamentos. Existem diversas variações de yoga. Yoga pode aliviar estresse de pacientes com câncer, além de melhorar o sono e reduzir a fadiga (INORP, 2014).

### 3.1.10.7 Reiki

Conforme Susana (2016), o Reiki é uma terapia não-invasiva que passa energia sutil de um ser para outro, ajudando a promover o bem-estar. Não são usadas técnicas de pressão ou manipulativas. O Reiki é uma terapia que não usa qualquer tipo de equipamento. Pode ser aplicado em pessoas deitadas, de pé ou sentadas e fa-

z-se com as roupas vestidas. Esta terapia ajuda a aliviar tensões, ansiedade e medo, e cada pessoa reage de maneira diferente aos tratamentos de Reiki. De um modo geral, as pessoas relatam uma sensação de profundo relaxamento e de paz. Algumas pessoas adormecem durante o tratamento e, quando acordadas, sentem-se renovadas e mais positivas acerca do seu futuro.

## **4 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório com abordagem qualitativa. De acordo com Teixeira (2009), na pesquisa qualitativa o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre contexto e ação, usando a lógica fenomenológica, isto é, da compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação. O material empírico foi coletado utilizando entrevista semiestruturada e analisando mediante a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin.

Neste contexto, foram realizadas as transcrições das gravações, leitura e releitura do material, organização das falas das participantes para a classificação dos dados e agrupamento das categorias.

### **4.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Critérios de inclusão: O universo da pesquisa contou com 5 enfermeiros(as), que trabalham na assistência de enfermagem de uma clínica particular de oncologia na cidade de Imperatriz/MA. Profissionais, de ambos os sexos, atuantes na área de oncologia da instituição onde foi realizada a pesquisa há mais de 1 ano.

Já os critérios de exclusão foram os profissionais enfermeiros que estavam de férias ou licença de qualquer tipo no período de realização da coleta de dados. Após serem aplicados os critérios obtivemos uma amostra de 4 participantes, sendo que houve uma recusa, então esse indivíduo foi excluído da pesquisa por motivo de não ter tempo disponível para participar da entrevista.

## **4.2 Riscos e benefícios**

Os riscos foram as possibilidades de danos à dimensão emocional do entrevistado, podendo ainda causar estresse, no qual ficou a cargo dos pesquisadores prestarem os meios necessários para um acompanhamento psicológico, caso desenvolvessem algum distúrbio por terem participado da pesquisa.

Os Benefícios foram identificar as fragilidades encontradas pelos profissionais diante dos cuidados paliativos prestado ao cliente em fase terminal.

## **4.3 Metodologia de análise de dados**

A pesquisa foi realizada nos meses de setembro e outubro, no município de Imperatriz-MA, onde a entrevista foi realizada em uma clínica particular para tratamento oncológico, que possui convênio com o Estado, e é a clínica de referência para Radioterapia em toda a região tocantina. Possui uma média de 80 atendimentos diários, sendo aproximadamente 40 atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e 40 atendimentos pelos planos de saúde e particulares. O estudo foi realizado com a equipe de enfermagem, sendo que o universo da pesquisa contava com 5 enfermeiras, sendo que destas 4 aceitaram participar da entrevista, onde houve uma recusa, então esse indivíduo foi excluído da pesquisa, por motivo de não ter tempo disponível para participar da entrevista.

A entrevista foi realizada pelas pesquisadoras em um momento escolhido pelos participantes na Unidade selecionada para o estudo e no turno requerido, que foi previamente agendado pelo pesquisador. Como técnica de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, no qual o participante respondeu o total de 11 questionamentos sobre os cuidados paliativos aos pacientes com câncer terminal. Foi utilizado um aparelho de celular J7 rose para a gravação das entrevistas, com o aplicativo chamado “gravador de voz”, com duração aproximada de 30 min.

Os assuntos discutidos são acrescidos de materiais bibliográficos. A análise do material obtido a partir da aplicação do ins-

trumento de coleta de dados em conjunto com a observação não participante que seguem em apêndices. As perguntas foram elaboradas cautelosamente, evitando o constrangimento dos profissionais envolvidos, da mesma forma que procuramos conversar com eles em horário que não estivessem comprometidos com suas tarefas, visando com isso não interferir na rotina da unidade.

As respostas foram transcritas e analisadas, buscando-se desvendar o conteúdo das falas, e classificadas, procurando encontrar expressões significativas em função de organizar as ideias, com o foco nos objetivos do estudo. Essas entrevistas foram organizadas e detalhadas minuciosamente de forma a dar maior visibilidade ao processo, compreendendo as seguintes fases:

1. Leitura exaustiva do material obtido, com intuito de compreender o sentido das informações;
2. Condensação das informações a partir de cada pergunta;
3. Identificação em cada item dos pontos comuns e agrupamento das similaridades, permitindo a construção de temáticas e categorias de análise;
4. Discussão das categorias com vistas aos objetivos propostos;
5. Análise reflexiva das respostas significativas para o estudo, com o intuito de aprofundamento do objeto.

Para análise dos dados da pesquisa foi utilizado o método de Bardin (2009), no qual afirma-se que a análise de conteúdo dos dados é caracterizado pela expansão das aplicações da técnica a disciplinas muito diversificadas, e pelo aparecimento de interrogações e novas respostas no plano metodológico no qual consistirá na leitura detalhada de todo o material transcrito, na identificação de palavras e conjuntos de palavras que tenham sentido para a pesquisa, assim como na classificação em categorias ou temas que tenham semelhança quanto ao critério sintático ou semântico.

A entrevista foi analisada e dividida em seis categorias abordando os seguintes assuntos: a percepção do enfermeiro quanto aos cuidados paliativos prestados aos pacientes oncológicos em fase terminal; Sistematização da assistência de enfermagem em

cuidados paliativos na oncologia; Sentimentos e orientações diante da morte e cuidados paliativos; A relação da família do paciente com o corpo de enfermagem; Discussão sobre os cuidados paliativos prestados pela enfermagem a esses pacientes; Orientações para quem deseja trabalhar com cuidados paliativos. Para o enriquecimento da análise e discussão dos resultados, dispomos de referências teóricas relacionados às abordagens consultados em bancos de dados Scielo e LILACS, no qual foram selecionados artigos de 2005 a 2016.

#### **4.4 Aspectos éticos**

Considerando as exigências formais contidas na Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, no qual a pesquisa só foi realizada com a autorização da instituição em questão, onde foi entregue um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes do estudo, no qual eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa e da possibilidade de desistência da mesma, e cada um ficou com uma cópia do TCLE. A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética, tendo sido aprovada com o número de parecer 2.520.086.

### **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O universo da pesquisa contava com 5 enfermeiros(as) que trabalham na assistência de enfermagem de uma clínica particular de oncologia na cidade de Imperatriz-MA, sendo que destas, 4 aceitaram participar da entrevista, houve uma recusa, então esse indivíduo foi excluído da pesquisa por motivo de não ter tempo disponível para participar da entrevista. Para garantir o sigilo e anonimato dos sujeitos do estudo, seus nomes foram substituídos pela sigla “ENF” de enfermeiros(as) e posteriormente enumerados de acordo com a ordem de coleta de dados. A entrevista foi analisada e dividida em categorias apresentados a seguir.

## **Categoria I: percepção do enfermeiro quanto aos cuidados paliativos a pacientes oncológicos em fase terminal.**

A primeira categoria expressa a percepção dos enfermeiros em relação ao paciente terminal oncológico sob cuidados paliativos, no qual observa-se a tendência dos participantes da pesquisa em relacionar a qualidade de vida do enfermo ao alívio da dor e do sofrimento, como demonstrados a seguir:

[ENF-1] “Em questão de percepção, os cuidados paliativos ele é realmente um primordial, tanto quanto o cuidado humanizado, mais principalmente ao cuidado paliativo, não só o paciente mais todo o aspecto familiar também, no que se refere a essa transição, como eu digo de não ter mais cura até o final da vida, ou seja, até a morte necessariamente.”

Bertachini (2010) diz que os cuidados paliativos baseados em uma visão holística do ser humano têm como filosofia valorizar a vida e encarar a morte como um processo natural. Assim, não adia e nem prolonga a morte, mas ampara o ser em suas angústias e medos, provendo o alívio da dor e de outros sintomas, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e os cuidadores no processo de luto.

[ENF-4] “Não são os dos melhores cuidados paliativos seja ele pro câncer ou outras patologias é a pior possível, pela falta de percepção de assimilar a fase terminal do paciente e de alguns enfermeiros que pensam que por ser um paciente terminal não lutam por ele....assimilam a enfermagem como tratar um paciente com o bem estar hoje em dia, pois pensam muito em dinheiro lógico que é muito importante, mais enfim apesar de pensar no dinheiro temos que pensar no bem estar do paciente, percepção sem relação ao serviço paliativo é “zero”.

Para Moritz et el (2008), o Paliar é uma dimensão do cuidado em saúde e todos os profissionais devem saber quando os cuidados paliativos serão necessários. Assegurar este tipo de atenção propicia um cuidado de qualidade, não importando se oferecido em uma instituição de saúde ou na residência do indivíduo.



Conforme Siqueira, Barbosa e Boemer (2007), a assistência paliativa, por se tratar de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do ser cuidado e de sua família, prioriza uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual. Entretanto, para alcançar esse objetivo, torna-se fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva em relação às práticas de cuidado, de modo que as instituições hospitalares visem à dignidade e totalidade do ser humano.

Contudo, ao observar a realidade, percebe-se que o processo de cuidar adquiriu características meramente tecnicistas e reducionistas (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Assim, Oliveira, Silva (2010) diz que tendo em vista todos os aspectos relevantes para o cuidado paliativo, e que esse depende de uma abordagem multidisciplinar para produzir uma assistência harmônica e convergente ao indivíduo, sem possibilidades de cura, e à sua família, os integrantes da equipe multiprofissional necessitam ter, como meta, uma opção de tratamento adequado para estes pacientes. Neste sentido, torna-se primordial o resgate da humanização do processo de morrer, ou seja, a morte é vista como parte de um processo da vida.

Neste pensar, equipes que assistem pacientes em cuidados paliativos especializados ou treinados apresentam melhor resultados no controle de sintomas físicos como dor, bem como dos sofrimentos psicossociais, e a capacitação desses necessita ser priorizado pelos serviços de saúde (HIGGINSON; EVANS, 2010).

## **Categoria II: sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia.**

Quanto a SAE, observa-se que as entrevistadas conhecem o seu significado e da sua importância dentro do cuidado, porém relatam que não funcionam como deveria, por não ter colaboração da equipe de forma multidisciplinar.

[ENF-4] “O SAE é ótima, vocês já leram, é a coisa mais bonita do mundo, é como o SUS, só que não funciona a gente até tem força de vontade de querer que realmente funciona só que querendo ou não enfermeiro só, não trabalha em equipe “né?”, enfermeiro depende de médico, técnico depende de enfermeiro... então pra mim a Sistematização de Enfermagem ela não funciona...pois o próprio nome já diz, é um sistema, um grupo, um aglomerado de pessoas que trabalham em uma única função e não é o que acontece...então eu não acredito muito no SAE, é muito bonito, mais pra quem tá atuante hoje, essa é a nossa realidade.”

Conforme estudos realizados em campo, com participação ativa de pesquisadores em ambientes hospitalares, a utilização da SAE trouxe inúmeros benefícios para a assistência oferecida ao cliente, frisando o aumento significativo na qualidade dos atendimentos, mas também foram observados benefícios voltados à instituição, como a organização do trabalho ocasionando um melhor aproveitamento do tempo pelas equipes (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

O uso do PE proporciona um trabalho intelectual, permite que o profissional reflita sobre suas ações e questione as atitudes tomadas, participando de forma mais ativa no tratamento. Sua operacionalização pode ser norteada por modelos teóricos ou teorias de enfermagem. As teorias estimulam o raciocínio crítico e contribuem para focalizar problemas, metas, resultados e conceitos. Além disso, integra o saber cotidiano da prática com as bases científicas, o que proporciona um cuidado mais seguro e eficiente (NASCIMENTO et al, 2012).

Ainda segundo Nascimento (et al, 2012), a escolha de uma teoria para nortear o PE passa por uma avaliação que identifique a que melhor sustente a prática, ou seja, o ideal é optar por uma teoria que ajude a compreender a realidade local e possibilite atuar nela de modo a proporcionar mudanças. A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e seu registro no prontuário do paciente são relevantes, apesar de nem sempre se configurarem na prática. Quer dizer, o “conhecimento e a experiência, [...] são estratégias muito utilizadas pela enfermagem para o alcance de uma assistência de qualidade”

### **Categoria III: Sentimentos e orientações diante da morte e cuidados paliativos.**

No que tange aos “conhecimentos relacionados aos cuidados paliativos”, observa-se que, de forma geral, os profissionais entrevistados prestam os cuidados abrangidos pelos cuidados paliativos de forma humanizada e com os materiais disponíveis, realizando as braquiterapia, radioterapia e a quimioterapia para diminuição das células cancerosas, sedação paliativa com o intuito de amenizar sintomas como dor, desconforto respiratório, entre outros, amenizar o sofrimento. Como relatados a seguir:

[ENF-1] “A questão do cuidado paliativo seria mesmo a questão de acolhimento, cuidar da ferida tumoral..., tratamento antineoplásico, quimioterapia, radioterapia para controle da dor, exsudatos, no caso de odor, trocar os curativos mais vezes.”

[ENF-2] “Entra a radioterapia, controle da dor, curativo, orientar a família como fazer em casa as mudanças de decúbito, troca de colchões de acordo com o grau do paciente e elevar tórax.”

[ENF-3] “Na verdade, de modo geral, o cuidado paliativo de paciente terminal na minha atuação, é o bem-estar do paciente, o paciente ta edemaciado, vamos elevar as pernas dele um pouquinho “né”, o paciente não precisa saber que tá morrendo mais precisa ter uma morte tranquila. Proporcionar qualidade pra ele, o bem estar da família...”

[ENF-4] “Devido aqui ser uma clínica de tratamento, os cuidados paliativos feitos aqui é mais para proporcionar qualidade e conforto pro paciente, são realizados curativos, medicações para alívio de dor, troca de sonda e orientações para familiares quanto ao manuseio e cuidados feito em domicílio pelo cuidador responsável pelo o paciente”.

O paciente fora de possibilidade de cura exige da equipe de profissionais, principalmente da Enfermagem, não só habilidade técnica para realizar cuidados físicos, mas habilidade para o cuidado emocional pautada na ética e na humanização. Consideran-

do que o profissional da enfermagem é aquele que permanece a maior parte do tempo ao lado do paciente e que, assim como outros profissionais da saúde, foi preparado para curar, promover a longevidade e, de certa forma, ignorar o fenômeno da morte como se fosse algo que não fizesse parte da vida, tem-se a questão: Como é o trabalho com o paciente com câncer em fase terminal, fora de possibilidade de cura, para os profissionais da enfermagem? Para discutir o tema em questão é importante lembrar que o princípio do cuidado ao paciente fora de possibilidade terapêutica deve pressupor cuidados nas dimensões física, psicológica e sócio espiritual. A preservação da qualidade de vida do paciente ganha prioridade sobre a preservação da vida, com valorização do cuidado emocional, traduzido em empatia, manifesta pelo saber ouvir, tocar e falar olhando nos olhos do paciente, com o objetivo de promover conforto e bem-estar do paciente e família até os momentos finais da vida do doente (MORITZ et al, 2008).

Os cuidados paliativos não se caracterizam por apressar ou postergar a morte com práticas tecnologizadas, tratamentos caros e invasivos, mas de favorecer o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, oferecendo apoio à família durante o processo de doença e processo de morrer do paciente, com o objetivo de garantir qualidade de vida a ambos (MORAES, 2009).

Para Monteiro (2010), a ideia central dos cuidados paliativos é oferecer aos pacientes terminais o conforto, o alívio e controle de sintomas como a dor, bem como dar-lhes o apoio psíquico e espiritual necessário, proporcionando uma melhor qualidade de vida e dignidade em sua finitude, pautados na ética e humanização. Dessa forma, observa-se que em nenhum momento excluem-se procedimentos invasivos, haja vista a sedação e intubação, quando necessárias e autorizadas.

E quanto às intervenções utilizadas pela equipe, se são satisfatórias ou não, os participantes da pesquisa relataram o seguinte:

[ENF-1] “Tem tido efeito naqueles pacientes que temos contato na enfermaria, aqueles que estão em contato direto. Para melhorar a dor que ele tá sentindo...por que quanto mais o paciente vai chegando no final da vida, as dores são maiores.”

[ENF-3] “Sim, a gente entra com analgesia para alívio da dor, proporcionando conforto pro paciente nessa fase e com radioterapia paliativa.”

De acordo com Rabello, Rodrigues (2010), os cuidados paliativos têm como foco o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida, o que permite um cuidado contínuo e uma assistência ampla que atenda a pessoa em sua totalidade, considerando-a como um ser biopsicossocial e espiritual. No entanto, para que isso se concretize, torna-se necessário um amparo por parte de uma equipe multidisciplinar com a finalidade de assistir o paciente e família na elaboração do luto.

As ações de enfermagem valorizam o sofrimento e as conquistas do paciente, o que fortalece o ser cuidado e quem cuida, ajudando-os a encontrar significados para as situações vivenciadas (MORITZ et al, 2008).

Quando indagados sobre o que cada um faz de diferente no ato de cuidar, todos de uma certa forma relataram a mesma coisa:

[ENF-1] “A gente orienta, tenta acalmar a família no que se refere ao cuidado com esse paciente em casa, do cuidado com a ferida tumoral, a limpeza para não sangrar. Orientar quanto a alimentação do paciente que não quer comer.”

[ENF-2] “Manter o equilíbrio, manter a calma ter mais amor ao próximo ter paciência porque o paciente já vem pra cá muito debilitado e você ainda tratar mal, aí isso não pode, apesar de ter paciente que é grosseiro mais a gente tem que entender que é justamente por estar doente debilitado que alguns ficam assim, já tem outros que são mais tranquilos conformados”.

[ENF-3] “Na verdade, eu faço o que os outros não fazem, eu tenho preocupação direto com o paciente então quando eu estou de plantão eu faço curativos, quando vejo que há necessidades de ser feito. A assistência é pra ser prestada conforme você aprendeu. A gente estuda pra trabalhar em hospital particular, porque no SUS, vai ter dias que você tem que comprar luvas para se proteger se quiser. O que o SAE faz por nós”.

[ENF-4] “Passar segurança ao paciente confiança pra que ele se sinta melhor e mais coragem pra passar por todas as fases da sua luta contra a doença em busca de uma cura, que aos olhos humanos é impossível por se tratar de uma fase já em estágio terminal”.

Para Seki (2010), atualmente existem várias modalidades terapêuticas nos cuidados paliativos. No entanto, cabe aos profissionais de saúde ampliar seus conhecimentos para que possam usá-los a favor da prevenção e do alívio do sofrimento, contribuindo desse modo para um cuidado mais humanizado. Estudos corroboram, evidenciando que o simples ato de ouvir música pode produzir mudanças positivas no humor, restaurar a paz e o equilíbrio emocional, proporcionar relaxamento e facilitar a expressão de sentimentos como: tristeza, raiva e luto. Também possibilita o estímulo à memória afetiva, podendo proporcionar um ambiente seguro para a retomada de sentimentos e lembranças do passado, para a sensação de alívio e de renovação, tão importantes na fase final de vida.

#### **Categoria IV: a relação da família do paciente com o corpo de enfermagem**

Observou-se por parte da equipe a ideia de que é primordial que o enfermeiro mantenha uma comunicação aberta, clara e simples com os familiares acerca das alterações que possam ocorrer durante todo o processo e atender suas possíveis necessidades. Como ditos a seguir:

[ENF-2] “A família também está nesse processo saúde e doença “né”, então a família tem que está inserida ao que se refere, a enfermagem que entra mesmo com um apoio de orientação de acompanhamento e de suporte nesse processo de paciente no cuidado paliativo, o paciente vai tá cada vez mais debilitado, então cada vez mais ele vai precisar de auxílio digamos assim pra o que se refere as atividades diárias deles.”

O familiar/cuidador passa a exercer funções muitas vezes desconhecidas pela maioria deles, como: realização de curativos, higiene, administração de algumas medicações, manejo de sondas e drenos, além de lidar com agravamento do quadro de saúde do seu ente e a possibilidade de morte. Essa realidade leva em consideração que o cuidado no domicílio é peculiar, principalmente na fase avançada da doença. Logo, essas atividades podem gerar desgastes emocionais, físicos, sociais e econômicos, podendo levar até a depressão, afetando a sua qualidade de vida (OMS, 2005).

[ENF-3] “De grande importância, tem alguns que ajudam, no cuidado de levar o paciente ao banheiro, ajuda na alimentação por sonda, observa o horário da medicação”.

A importância do apoio e da comunicação dos profissionais com a família do paciente que será incluído na terapêutica dos cuidados paliativos, pois esse contato é essencial para prestação de um serviço de qualidade (CORREIA; CARLO, 2012). Diante desse fato, destaca-se a importância de se estabelecer vínculos entre a equipe e o cuidador/familiar, facilitando uma relação de confiança entre os envolvidos (CAPELLO et al, 2012).

[ENF-4] “A família, está sempre aqui, é muito difícil, eles não ajudam, existem casos que eles não são muito presentes e não tem paciência, mais muitos ajudam”.

Silva e Lima (2014) concluíram que o familiar participativo é um aliado do Enfermeiro na oncologia em cuidados paliativos, para que o familiar encontre o equilíbrio com a realidade de acordo com o próprio enfrentamento e seja o corresponsável pelo seu doente. Fica claro que a participação é positiva no comprometimento e facilita a relação com toda a equipe de Enfermagem.

Por esse motivo é importante que a equipe de cuidados paliativos conheça bem o familiar/cuidador e a família envolvida com o cuidado, para que todo o apoio necessário seja fornecido de forma que as reações negativas geradas nas realizações dos cuidados no domicílio sejam minimizadas (SILVA; ISSE; MOTTA, 2011).

O cuidado paliativo está fundamentado em prover uma comunicação eficiente, diálogos sobre o prognóstico são características fundamentais. Entender isto é essencial para identificar abordagens que promovam a decisão de tratamento em concordância preferencial do paciente e da família e na expectativa de melhorar a qualidade de vida (ALFAYA et al, 2016).

### **Categoria V: sentimentos diante da morte.**

Conforme o relato das entrevistadas, percebe-se que todas tiveram suas experiências traumáticas e ainda sofrem por lidarem com pessoas que elas sabem que não tem chances de vida:

[ENF-1] “Afeta muito, recebemos uma paciente com câncer de fígado com metástase em estado terminal que estava em casa e era uma paciente que deveria está internado, não tinha condições de fazer radioterapia, nesse caso a mesmo veio a falecer a caminho do hospital. Isso é muito triste, passei dias pensando nisso.”

[ENF-2] “Sim, acompanhamos a paciente até o óbito, ela fazia tratamento e no final de semana passou muito mal em casa e não levaram ela pro hospital, levaram pra clinica pra fazer atendimento, fizemos o atendimento primário dando todo suporte pro paciente...porém a paciente morreu a caminho do hospital...esse acontecimento me deixou muito triste.”

Kluber-Ross (2012) diz que há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente, sendo uma das mais relevantes o fato de ser triste demais sob vários aspectos, principalmente por ser solitário, muito mecânico e desumano



[ENF-3] “Eu sou difícil, as pessoas falam que a gente vai se adaptando com a situação quando a gente sai da faculdade a gente não sabe de nada, tudo que fui aprender, eu aprendi foi na lida dentro do hospital, “charelando” os técnicos de enfermagem, então assim o primeiro pacote que fiz na minha vida foi no “socorrão”, eu achei que a mulher estava dormindo e ela tava morta. A gente passa por cada situação, hoje eu fico sorrindo, mais no dia eu fiquei traumatizada.”

Segundo Kóvacs, (2010), os profissionais, ao cuidarem de pacientes na iminência da morte, realizam suas atividades rotineiras de forma técnica, objetivando salvar vidas sem constituir vínculos a fim de evitar o sofrimento e o vivenciar do luto, que não está autorizado, pela ausência de preparo na formação em detrimento da deficiência de disciplinas que abarquem fatores cognitivos e afetivos referentes ao processo da morte e do morrer e que os habilitaria a tratar a temática de forma natural e empática.

[ENF-4] “É mais emocional mesmo, exemplo, uma paciente passou muito mal, o SAMU demorou chegar e quando chegaram não quiseram entubar a paciente por ser bem idosa e não ter prognóstico, ou seja, ela não iria evoluir com a melhora, no entanto a paciente evoluiu a óbito na ambulância durante a trajetória da clínica para o Socorrão”.

Nunes (2010) relata que os profissionais de saúde estão expostos às ameaças que a situação de crises os impõe, pois não é só o paciente e a família que são vulneráveis à crises, mas também os profissionais de saúde envolvidos, pois devem ter em mente que cada um componente da equipe de saúde é também um ser humano, ou seja, eles também tem sentimentos, sentem dor, e sofrem assim como as outras partes envolvidas. Com isso faz-se necessário um equilíbrio emocional e uma boa interação na equipe para que o atendimento para o paciente e para a família se torne adequado e de boa qualidade, e para que se possa ter uma reestrutura diante da fase crítica do paciente.

Quanto aos desafios em cuidados paliativos, os relatos

abordam as dificuldades emocionais dos entrevistados.

[ENF-1] “A maior dificuldade pra mim é mais emocional mesmo, por saber que a gente cuida se apega ao paciente e depois perde o mesmo”.

O cuidar de pacientes nesta condição confronta os enfermeiros com seus próprios medos relacionados com a possibilidade de sofrer e morrer. Os temores e ansiedades não reconhecidos podem interferir no cuidado de enfermagem oferecido aos pacientes (KMETIUK; SILVA, 2011).

A falta de vontade de se comunicar ou de interagir com os doentes é interpretada por estes como um não cuidado, além do que uma atitude distante pode gerar sentimentos de medo e abandono. Soma-se ainda, após saberem do diagnóstico de câncer, os pacientes esperam receber apoio do profissional de saúde e, ao manifestarem suas ansiedades, preocupações e dúvidas, recebem informação do enfermeiro (SILVA, 2005).

[ENF-2] “É saber que estamos ali cuidando desse paciente junto com os familiares e de certa maneira cria se um vínculo entre nós, e de repente a gente recebe a notícia que o paciente fulano de tal morreu, no cuidado paliativo o mais difícil é saber que é só paliativo e não um tratamento curativo com prognóstico positivo”.

Para Sousa (et al, 2009), o enfermeiro, por ser o profissional que se encontra mais próximo do paciente em todos os momentos da sua internação, prestando-lhe cuidados diretos, tem mais probabilidade de desencadear um envolvimento afetivo com ele, vivenciando, portanto, situações de sofrimento, medo, dor, revolta dos pacientes e familiares, assim como sentimento de perda e luto após a morte do enfermo, transferindo todas estas sensações para si.

[ENF-3] “É ter a certeza de que o paciente está em estágio final, sem expectativa de cura. É impossível não sentir a dor do paciente e da perda”.

Para Pinto (et al, 2011), as dificuldades enfrentadas por enfermeiros com pacientes oncológicos na fase terminal da doença é o despreparo profissional, o que pode influenciar no desempenho de suas atividades junto ao paciente, pois durante a sua jornada acadêmica, não foi capacitado para enfrentar a morte, e sim a vida e a cura.

A complexidade do tratamento com câncer requer habilidades tanto técnico-científica como de relações interpessoais. O conhecimento somado com afetividade, comunicação, sinceridade e empatia formam elementos construtivos para o cuidado, os quais influenciarão o desenvolvimento da assistência prestada ao paciente oncológico. Os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer devem ser individualizados, principalmente no que tange à idade, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas, além de como a visão da morte é encarada (PINTO et al, 2011).

Ainda de acordo com Pinto (et al, 2011), o paciente idoso, por exemplo, está fragilizado pelo natural processo do envelhecimento e com uma perspectiva de sobrevida reduzida. Por isso, diante de um diagnóstico de uma doença neoplásica maligna, a sua perspectiva se torna bem reduzida e ocorre um grau de sofrimento orgânico considerável.

Neste contexto, existem vários desafios a serem cumpridos para que este profissional obtenha uma visão direcionada para a subjetividade e singularidade do paciente, já que o despreparo vem acompanhado pela “[...] percepção da morte, na cultura ocidental, como perda, fracasso e assim relacionada a sentimento de tristeza, medo e insegurança” (SOUSA et al, 2009).

Conforme Gargiulo (et al,2007), existem dificuldades relacionadas à infraestrutura e à visitação. Outros aspectos salientados, como desafio do enfermeiro durante a internação de um paciente oncológico em estágio avançado da doença e sem possibilidade

de cura, são a ausência de acomodações adequadas, promovendo desconforto físico para o acompanhante familiar, e o pouco tempo disponibilizado para a visita.

## **Categoria VI: orientações para quem deseja trabalhar com cuidados paliativos.**

Sobre orientações quanto quem deseja trabalhar com cuidados paliativos, a principal é ter amor ao que faz, como relatado pelos entrevistados:

[ENF-1] “Quem deseja trabalhar com cuidados paliativos tem que ter amor e estrutura no que se refere que muitos passarão por você e poucos vão permanecer, eles vão embora, que você tenha estrutura de saber perder também. Muito amor, atenção, saber acalmar, passar segurança e ser humano. Gostar do que você vai fazer.”

O profissional de Enfermagem deve resgatar o ser humano dentro de si e olhar para o outro: o doente, não como um desafio técnico, mas como um ser com características, sentimentos e sentidos similares aos seus. Assim, poderá compreender que qualidade de vida e bem-estar tem muito mais valor do que uma luta quase insana de vencer a morte, quando ela é inevitável (VICENSI, 2014).

[ENF-2] “Amor mesmo por essa área querer mesmo cuidar, ter amor e carinho pelo que faz e gostar de fazer”.

[ENF-3] “Como eu te falei anteriormente, a base de um bom atendimento é a atuação em equipe, primeiro você precisa ter pulso pra que você controle sua equipe a gente tá na enfermaria ai um acompanhante chega assim, gente o soro de fulano de tal acabou, ai a técnica diz “fecha lá”, quem tem que fechar é ela, não foi ela que fez. Se tá lá é pra cuidar dos pacientes”.

[ENF-4] “Ter amor, paciência, dedicação, porque cuidar do outro necessita saber cuidar, se importar realmente com a dor do outro”.

A comunicação permite transmitir informações claras e objetivas para proporcionar maiores escolhas e resoluções, tornando-se mais uma forma de o paciente sanar suas dúvidas a respeito de sua doença, sendo indispensável para uma assistência de qualidade. Em vista disso, ela colabora para a promoção do cuidado emocional, que é a habilidade de perceber o imperceptível, exigindo alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não verbais do cliente que possam indicar ao enfermeiro suas necessidades individuais (SÁ, 2001).

A comunicação em enfermagem, empregada de forma terapêutica, permite que o profissional procure ajudar os pacientes a se adaptarem melhor às situações, identificando e atendendo suas necessidades de saúde, além de transmitir-lhe confiança a fim de que se sintam satisfeitos e seguros, diminuindo o medo e a ansiedade, permitindo participar do seu tratamento. Além disso, para alguns autores, a comunicação terapêutica é fundamental para um cuidado humanizado e na demonstração de respeito por parte do enfermeiro (BARBOSA; SILVA, 2007).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em pacientes acometidos pelo câncer a não possibilidade de cura não significa que não há mais o que fazer. Ao contrário, aparecem várias estratégias que podem ser ofertadas ao paciente e a sua família a fim de proporcionar proteção, autonomia e uma melhor qualidade de vida.

Neste estudo observa-se que os cuidados paliativos são um contexto amplo e não estão aplicados apenas aos pacientes terminais oncológicos, mas sim a todos os pacientes que não possuam mais chances de cura. Esse tipo de cuidado não busca curar, mas sim cuidar do ser humano em sua integralidade, oferecendo além de medicamentos e procedimentos técnicos, o conforto, a atenção às suas necessidades e anseios, transmitindo segurança e confiança, de modo que o paciente possa ter uma morte humanizada.

Nesse sentido, é oportuno destacar que os profissionais de enfermagem inseridos na pesquisa ratificaram a relevância dos

cuidados paliativos de forma humanizada e holística não só ao paciente, mas aos seus familiares, e que os mesmos devem receber conforto e alívio para dor, ou seja, um tratamento adequado. Além disso, a relação da equipe de enfermagem é fundamental no que se refere a aceitação da situação terminal, pois muitos pacientes e seus familiares têm dificuldade de compreender esta fase que estão vivenciando.

Com relação à utilização da SAE, os enfermeiros reconhecem que esta sistematização é excelente, mas admitem que ela não faz parte de sua rotina de trabalho, e ainda é aludida como utopia por eles. Enfatizam que para sua implantação a equipe deve estar inserida, e não somente o enfermeiro. Sendo que a SAE, no cuidado aos pacientes terminais, além da inserção de conhecimentos técnicos-científicos, embasa uma assistência de valorização ao ser humano na compreensão de sua individualidade.

Os depoimentos mostraram que a morte desperta no ser humano, ou seja, em relação a sua própria pessoa, ou de um ente querido, o sentimento de impotência, raiva, tristeza e negação que precisam ser mais propriamente discutidos e analisados de modo à propiciar um enfrentamento mais adequado tanto pessoal como profissional na situação de morte.

Reforça-se a importância do enfermeiro quanto ao conhecimento do que é cuidado paliativo, a capacitação e amor ao ato de cuidar, com vistas a um preparo pessoal e profissional de forma que venha reduzir o estresse e a ansiedade ao se discutir e conviver diariamente com essas situações de sofrimento, proporcionando ao profissional a elaboração e o esclarecimento de suas preocupações frente ao desconhecido.

Portanto, é imprescindível que sejam intensificadas as investigações sobre cuidados paliativos para pacientes com câncer, com o objetivo de fornecer subsídios que permitam viabilizar a introdução dessa prática nos serviços de saúde, principalmente como componente da assistência de enfermagem, conscientizando os gestores e produtores de políticas públicas sobre a importância desse serviço no planejamento das ações em saúde.

## REFERÊNCIAS

ACHÔA, Y. Pequeno dicionário dos tratamentos de câncer. São Paulo, 2015,

ALFAYA. GMM; BUENO, PMJ; HUESO, MC; GUARDIA, MP; MONTOYA JR, Garcia

CMP. Palliative care team visits. Qualitative study through participant observation. Colomb Med. 2016.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.2012. Disponível em <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>

ANDERSON, JW; LIU, C; KRYSCIO, RJ. Bloodpressure response to transcendental meditation: a meta-analysis. Am J Hypert. 2008; 21:310-16

ANDO, M; MORITA, T; AKECHI, T; IFUKU, Y. A qualitative study of mind fullness-based meditation therapy in Japanese cancerpatients. SuppCareCancer. 2011; 19:929-33.

ARENAS; Prado; Zepeda, Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edições 70, LDA, 2009.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. Femina. Brasília – DF, v.40, n.1, p.31-36, Jan/Fev. 2012.

BARBOSA, IA; SILVA, MJP. Cuidado humanizado em enfermagem :o agir com respeito em um hospital universitário. RevBrasEnferm, Brasilia; 2007;60(5):546-551.

BOFF, Clodovis M. Escatologia Breve Tratado Tológico-Pastoral. 1 ed. São Paulo: Editora Ave Maria, 2012.

BERTACHINI, L; PESSINI L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. Rev Centro Universitário. São Camilo 2010; 4(3):315-323.

BIEGLER, KA; CHAOWL, A; COHEN, L. Cancer, cognitiveimpairment, andmeditation. Acta Oncol. 2009; 8:18-26

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 19/GM de 03 de janeiro de 2002: institui o programa nacional de assistência à dor e cuidados paliativos. Brasília (DF):

MS; 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 Jan 2002. Seção 2.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005: institui a política nacional de atenção oncológica. Brasília (DF): MS; 2005. Diário

Oficial da República Federativa do Brasil, 9 Dez 2005. Seção 1.

CAPELLO,EMCDS; VELOSA, MVM; SALOTTI, SRA; GUIMARÃES, HC-QCP. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. J. Health Sci. Inst. 2012;

CASARIN ST; HECK, RM; SCHWARTZ, E. O uso de práticas terapêuticas alternativas, sob a ótica do paciente oncológico e sua família. Fam. Saúde Desenv 2005 jan./abr;1(7):24-31.



CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, Oncologia: Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos. Temas em saúde. Volume 17, Número 1 ISSN 2447-2131 João Pessoa 2016.

CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families. *Câncer J.* 2010 Sep-Oct; 16(5):423-35.

CHERER, Quintana E Pinheiro. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. *Estudos de Psicologia I Campinas I* 32(4) I 685-694 I outubro - dezembro 2015.

CORREIA, S. M. A. Oncogênese, Graduação e estadiamento. 2016. Disponível em: <https://docs.google.com>, acessado 01/09/2017;

CORREIA, FR; CARLO, MMRP. Evaluation of quality of life in a palliative care context: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012

COSTA, Á. L. J.; COUTINHO, S. M. G. O câncer: algumas informações, crenças e atitudes 2011. Disponível em: Acesso em 15 de Maio de 2016.

DIAMANTE, LM; TEIXEIRA, MB. Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infectocontagiosa de um hospital geral [dissertação]. Guarulhos: Universidade de Guarulhos; 2007.

DOYLE, Derek. Cuidados paliativos para o mundo. *Revista Ciências em Saúde.* Itajubá, v. 1, n. 1, 2011.

FEITOSA, MH; SOARES, LL; FERREIRA JR; ANDRADE, MM; DIAS, GP. Plantas medicinais como recurso terapêutico entre funcionários do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Unimontes Cient. 2015;17(1):50-59.

FERREGNO, R. Radioterapia no tratamento do câncer de próstata. Revista Onco. São Paulo, v.4,n.19,setembro/outubro .2013.

GARGIULO, Cínthia Aquino et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. Texto & Contexto de Enfermagem, v.16, n.4, p.696-702.Out./dez. 2007.

IARC, 2015. Oncologia: Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos. Temas em saúde. Volume 17, Número 1 ISSN 2447-2131 João Pessoa.

INCA. Instituto Nacional do Câncer 2017. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2017/index.asp?ID=1> >

INCA Instituto Nacional do Câncer 2011 disponível em:<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>

INCA - TIPOS DE CÂNCER. 2016, disponível, 2016, disponível em: <[www2.inca.gov.br/wps/wcm](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm)>

INCA Instituto Nacional de Câncer; Tipos de Câncer, 2014. Disponível em:<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>>

INORP 2014. Instituto Oncológico de Ribeirão Preto, Tratamentos alternativos considerados na terapia do câncer.

INSTITUTO ONCOGUIA. O que é Oncologia? 2015, disponível em: [www.oncoguia.org.br](http://www.oncoguia.org.br).

KALIKS R. et al. ONCOGUIA, 2011 Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/entenda-o-que-e-cancermetastatico>>.

KMETIUK, A; SILVA, MVZ. Cuidados paliativos de enfermagem em idosos portadores de cancer. Rev. de Enfermagem.

KAPLAN, HI; SADOK, BI; GREBB, IA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

KARKON, M. C. et al. Perfil dos usuários do serviço de radioterapia de um Hospital Universitário. Revista de Enfermagem da UFSM, [S/L], V.3, p.636- 646, 2012.

KATZ A. et al. Oncologia Clínica: Terapia Baseada em Evidências. Centro de oncologia do hospital Sírio-Libanês, 2 ed, 2014.

KELLEHEAR, Allan. Uma história social do morrer. São Paulo: Editora Unesp, 2016, 538p.

KOENIG, H. G. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade (tradução: Iuri Abreu). Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.

KÓVACS. A Vivência dos Profissionais de Saúde com o Processo Morte e Morrer e suas Implicações na Percepção de tal Fenômeno, 2010.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os pacientes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

KUCZYNSKI, E.; ASSUMPCÃO JR, F. B. Qualidade de vida em oncologia. In: LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYAYASU, H. Oncologia para a graduação. 3. ed. São Paulo: Lemar, 2013. p. 284-291.

LEITE, F. M. C. et al. Diagnóstico de enfermagem relacionado aos efeitos adversos da radioterapia, Revista Mineira de Enfermagem, [S/L], V.17, n.4, p. 940-945, 2013.

LIMA, MGR; NIETSCHE, EA; SANTOS, SC; TEIXEIRA, JÁ; BOTTEGA, JC; NICOLA GDO et al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. Ver Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 [citado 27 dez. 2014]; 33(3):190-7.

Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer. UNIC, UNATI/UERJ-UNIV..ABERTA 3. IDADE RIO DE JANEIRO 2009.

LOPES, A.; MELO, C. A. L de. Tratamento multidisciplinar do Câncer. In: LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYAYASU, H. Oncologia para a graduação. 3. ed. São Paulo:Lemar, 2013. p. 215-218.

MAC DONALD, A.; ARMSTRONG, L. The contribution of speech and language therapy to palliative medicine. In: Doyle D, Henks G, Cherny N, Calman K. Oxford textbook palliative medicine. 3rd ed . Oxford (UK): Oxford University Press; 2004.

Chapter: 15.5, section 15, p. 1057-63.

MARCUCCI, FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos. Londrina (PR); 2004. Doutorado [Tese] - Universidade Estadual de Londrina.

MELO AGC, CAPONERO R. Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral. In: Santos FS, organizador. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2011.

MELO, 2014. Oncologia: Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos. Temas em saúde. Volume 17, Número 1 ISSN 2447-2131 João Pessoa.

MONTEIRO, FF; OLIVEIRA, M; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. Revista dor, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. São Paulo. 2010;11(3):242-248.

MORAES, TM. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. O Mundo da Saúde. 2009;33(2):231-8.

MORAES, LG; ALONSO, AM; OLIVEIRA-FILHO EC. Plantas medic-

nais no tratamento do câncer: uma breve revisão de literatura. *UnivCiênc Saúde*. 2011;9(1):77-99.

MOREIRA, RF; RODRIGUES, ES; REZENDE, AA; RODRIGUES, VE. Ocorrência de plantas medicinais e tóxicas em residências de escolares e seu impacto sobre a saúde. *Amazônia*. 2014;2(2):35-43.

MOREIRA, RF; RODRIGUES, ES; REZENDE, AA; RODRIGUES, VE. Ocorrência de plantas medicinais e tóxicas em residências de escolares e seu impacto sobre a saúde. *Amazônia*. 2014;2(2):35-43

MORITZ, RD; LAGO, PM; SOUZA, RP; SILVA, NB; MENESES, FA, OTHERO, JCB. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *RevBras Ter Intensiva*. 2008 Out-Dez; 20(4):422-8.

MOTA, MS et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre*, 32(1), p. 129-35, mar.; 2011.

MOURÃO, Arnaldo Prata; OLIVEIRA, Fernando Amaral de. *Fundamentos de Radiologia e imagem*. São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 33, n. 1, p. 177- 185, mar. 2012.

NUNES. *Atuação do enfermeiro diante do processo de morte e morrer do paciente terminal*,2010.

OLIVEIRA, Fernando; FLÁVIO, Daniela; MARENGO, Mariana; SILVA, Ricardo da. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Revista Bioética, Brasília, DF*, v. 19, n. 1, p. 247-258, 2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. *Definition of Palliative Care*.

Geneva: WHO 2014.

OLIVEIRA, AC; SILVA, MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *acta paul enferm.* 2010 Abr; 23(2):212-17.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PINTO, Maria Helena et al. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. *Cogitare Enfermagem*,v. 16, n.4, p.647-653, out./dez. 2011.

RABELLO, CAFG; RODRIGUES, PHA. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. *CienSaudeColet*.2010; 15(2):3157-3166.

RAMOS. Susana.O Impressionante Poder Curativo Do Reiki No Tratamento Do Cancro, 2016.

RIGHINI, 2015. *Oncologia: Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos*. Temas em saúde. Volume 17, Número 1 ISSN 2447-2131 João Pessoa.

RUBENS, Thiago.Conheça o tratamento da braquiterapia (2016); <http://radiologia.blog.br/radioterapia/conheca-o-tratamento-da-braquiterapia> acesso em: 25/10/2017

SÁ, ACO. *O cuidado do emocional em enfermagem*. São Paulo (SP): Robe Editorial; 2001. 114p.

SALVAJOL, J. V. O papel da radioterapia no tratamento do câncer: avanços edesafios. *Revista Onco&, [S/L]*, p.32-36, Setembro/outubro, 2012.

SANCHES, PG; CARVALHO, M D B. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 30(2), p. 289- 96, jun; 2009.

SEKI, Galheigo, SM. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. Interface (Botucatu) 2010; 14(33):273-284.

SKILBECK JK. End of life care: a discursive analysis of specialists palliative care nursing. Journal of Advanced Nursing. 2005; 51 (4):325-34.

SCHENKEL, EP; MENGUE, SS, PETROVICK, PR. Cuidado com medicamentos Florianópolis: UFSC; 2012. 256p.

SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo, Martinari, 2013.

SILVA, M. M; Lima L.S. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 4, p. 14-19. Dez 2014.

SILVA, AF; ISSI, HB; MOTTA, MGC. A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem. Cienc-CuidSaude. [Internet] 2011.

SILVA, VCE. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005. Mestrado em Enfermagem Fundamental.

SILVA, M. M; Lima L.S. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 4, p. 14-19. Dez 2014.

SILVA PM. O cuidado na terminalidade do ser. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale; 2005.

SIQUEIRA, KM; BARBOSA, MA; BOEMER, MR. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. Rev Latino-AmEnferm. 2007 Jul-Ago; 15(4):605-11.

SOUSA, Daniele Martins de et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto & Contexto de Enfermagem, v.18, n.1, p.41-47, jan./mar. 2009.

SOUZA, LF, MISHO, MD; SILVA, L.; POLES, K.; Santos MR, Bousso RS. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. RevEscEnferm USP 2013.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. RevBrasEnferm. Brasília, v. 66, n. 2, p. 167-73, 2013.

TEXEIRA, Elizabeth. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VAILLANT, G.E. (2010) Fé: evidências científicas (tradução: Isabel Alves). Barueri, SP: Manole.

VASCONCELOS, EM.A espiritualidade no trabalho em saúde.2 ed.Hucitec: São Paulo, 2011.

VICENSI, MC; Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Revista Bioética. Vol. 24, no 1 – 2016. Brasília/DF, Brasil, Conselho Federal de Medicina, 2016.

VICENSI, MC. Cuidados paliativos em urgências e emergências. Revisão Integrativa. Trabalho de conclusão apresentado ao Cur-



so de Pós Graduação Latu Senso em Enfermagens em Urgências e Emergências da AVM – Faculdade Integrada, como requisito parcial à obtenção ao título de Especialista em Urgências e Emergências. Orientador: Jaqueline Castilho de Oliveira. Brasília, 2014.

ZELMANOWICZ, A. M. et al. ABC saúde. Detecção Precoce em Câncer 2016.

## **SOBRE OS AUTORES**

### **Cleidiane dos Santos Silva**

Graduação em Enfermagem (UNISULMA). Especialista em Oncologia pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (2023), especialização em Gestão de programas de Saúde da Família pelo Instituto Prominas Serviços Educacionais (2021). Aperfeiçoamento em Abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST e AIDS na atenção; Pandemia da Covid-19 no contexto das instruções de longa permanência e em Enfermagem Oncológica , todos pela (UFRN).

### **Luzineide Silva Figueredo**

Graduação em Enfermagem (UNISULMA). Especialista em Assistência e UTI em Enfermagem Neonatal e Pediátrica. Exerce a função enfermeira no hospital municipal de Açailândia/MA atuando no centro cirúrgico e CME sala de parto. tenho pós em UTI NEO/PED. Experiência de 13 anos nona área da Enfermagem junto HRMII, Hospital Unimed, Hospital São Rafael, Hospital de Imperatriz e no hospital de Campanha de Açailândia, todos no estado do Maranhão.

### **Rhavenna Thais Silva Oliveira**

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Imperatriz - FACIMP (2012). Especialista em Saúde da Família (2013) e Enfermagem do Trabalho (2013) ambas pelo UNITEC. Trabalhou como Enfermeira na Estratégia Saúde da Família de Sitio Novo /MA, como coordenadora de Imunização e plantonista do Hospital Municipal Sitionovense (2013-2014). Foi professora substituta no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA (2015-2017), e docente no Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade de Imperatriz - FACIMP (2015-2016). Atuou como enfermeira na APAE - Imperatriz (2019). Trabalhou como docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensi-

no Superior do Sul do Maranhão - IESMA/UNISULMA (2017-2020). Atualmente está atuando como professora substituta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins - UFT. Pesquisadora e Tutora do Projeto Central QualiTOPAMA - responsável pelo Polo Imperatriz/MA.

### **Ruhena Kelber Abrão Ferreira.**

Graduado em Pedagogia e Educação Física (FURG). Pós Doutor em Políticas Públicas (UMC) e em Educação (UFT). Doutor em Educação em Ciências e Saúde (UFRGS). Mestre em Educação Física (UFPel). Especialista em Psicologia de grupos e desenvolvimento de equipes (IECC). Tratamento dos Transtornos de Ansiedade e Síndrome do Pânico (IEEC) Neurociências Cognitivas e Processos Psicológicos (IECC).. Professor Adjunto III da Universidade Federal do Tocantins (UFT) lecionando na graduação em Educação Física e Psicologia. Coordenador e Professor Permanente junto ao mestrado profissional em Educação Física e no Doutorado em Educação na Amazônia. Bolsista em Produtividade e Pesquisa (FAPT).. Presidente da Editora Universitária da UFT (EDUFT). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas de Currículos Educacionais das/para/com minorias sociais nortistas amazonidas (GEPCE/Minorias) e Health, pHYsical activity and Behavior ReseArch (Healthy--BRA) group. Foi Diretor Interino do Câmpus Universitário de Miracema (2021), vice diretor em substituição do Câmpus de Miracema gestão (2017-2021). Assessor Técnico junto a rede TOPAMA - Ministério da Saúde e UFT. (2019-2023). Desde 2008 atua no Ensino Superior. Tem experiência na área da docência e gestão na Educação e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Infâncias, Formação de profissionais para a docência, Estudos do Lazer, Educação especial, inclusiva e adaptada, bem como Gestão, Planejamento, Políticas Públicas em Saúde e Ciclos de vida.

ISBN: 978-65-5390-043-1

**CBL**



9 786553 900431