

ONCOLOGIA - CUIDADOS PALIATIVOS

ONCOLOGY - PALLIATIVE CARE

Carla Ribeiro da SILVA-JESUS *
João Lopes TOLEDO-NETO **
Daiane Suele BRAVO ***
Aline BALANDIS-COSTA ****
Daisa CRISTINA DA SILVA *****
Clóvis MARZOLA *****

* Especialista em Enfermagem Oncológica pelo INDEP/FACULDADE IGUAÇU.

** Cirurgião-dentista. Doutor. Docente Associado da Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, Paraná, Brasil.

*** Enfermeira. Mestre em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade Medicina de Marília.

**** Enfermeira. Mestre. Docente Colaboradora da Universidade Estadual do Norte do Paraná.

***** Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná Bandeirantes, Paraná, Brasil.

***** Professor Titular de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP, aposentado. Membro Titular Praticante e Fundador do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF e, Ex. Presidente por 3 gestões. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pelo CFO. Presidente da Academia Tiradentes de Odontologia (ATO) e, Editor Chefe da Revista de Odontologia da ATO. Personalidade do Ano pela ATO em 2016.

RESUMO

Câncer (CA) é doença crônica degenerativa que em todo mundo apresenta aumento significativo em sua incidência e, no Brasil, mesmo em regiões mais desenvolvidas é a segunda causa de morte, tendo apenas doenças cardiovasculares a sua frente. É considerado grande problema de saúde pública pelo risco de morte que representa aos seus portadores. Partindo-se desta premissa foi realizado estudo exploratório bibliográfico e, dados foram coletados nas páginas eletrônicas do *Pubmed* e do *Scielo*, interpretados e catalogados e, além disso, apresentados de acordo com referencial teórico atualizado. Ressaltam importância dos profissionais de saúde em especial enfermagem em realizar cada vez mais pesquisas sobre este tema e, acrescenta-lo como pauta de educação permanente nas instituições de saúde. Assim, capacitam equipe e, quebram barreiras que atrapalham atendimento de qualidade devido à falta de conhecimento.

ABSTRACT

Cancer is chronic degenerative disease that in all the world presents a significant increase in its incidence, in Brazil even in more developed regions is the second cause of death, having only the cardiovascular diseases in front of it, therefore it is considered a great health problem. Risk of death it represents to its holders. Starting from this premise an exploratory bibliographic study was carried out, the data were collected in the electronic pages of *Pubmed* and *Scielo*. From the data collected, they were interpreted and cataloged. Numerous were presented according to updated theoretical reference. Data highlight the importance of health professionals, especially nursing, in carrying out more and more research on the subject and adding it as a permanent education agenda in health institutions to train the staff and break down barriers that impede quality care due to lack of knowledge.

Unitermos - Enfermagem; Câncer; Cuidado.

Uniterms - Nursing; Cancer; Care.

INTRODUÇÃO

Últimas décadas, mudanças no estilo de vida, ocorreram, onde sedentarismo, uso do tabaco, vida agitada, diminuição de alimentos saudáveis aliado à urbanização acelerada e, aumento da expectativa de vida, notou-se crescimento de doenças crônicas degenerativas (**ARAUJO; LINCH, 2011**).

Câncer (CA) é doença crônica degenerativa que em todo mundo mostra aumento significativo em sua incidência e, no Brasil, mesmo em regiões mais desenvolvidas é segunda causa de morte, com alterações cardiovasculares a sua frente. Considerado grande problema de saúde pública pelo risco de morte que representa aos seus portadores (**BORGES et al., 2006**).

Crescimento desordenado e acelerado das células, invadindo tecidos e órgãos é característica do CA e, não sofrem apoptose acumulando de forma agressiva e incontrollável, além de formar tumores malignos (**AVANCI et al., 2009**).

Sabe-se que no diagnóstico do CA existem mais de 200 doenças com causas, prognóstico e tratamentos diferentes e, ludicamente CA é comparado a um caranguejo, animal que vive nas profundidades de forma invisível, deslocando-se mal coordenado, agressivo, apoderando-se de suas presas e torturando-os até a morte (**BORGES et al., 2006**).

Ao longo da história da humanidade doenças sempre tiveram relação com aspectos mágicos, demoníacos ou possessões, como lepra na antiguidade, ou sífilis na Idade Média, que sempre trouxeram medo e pavor à população. Com o CA não é diferente, sendo visto como sentença de morte e, relacionado com mutilação e sofrimento, onde seus portadores e familiares nem tem coragem de falar sobre assunto ou citar seu nome (**GIROND; WATERKEMPER, 2006**).

Atualmente com ações preventivas para diagnóstico precoce e avanços da medicina no tratamento eficaz do tumor com novos procedimentos cirúrgicos cada vez menos invasivos, radioterapia, quimioterapia, transplante de medula óssea e, entre outros, observa-se aumento significativo de sobre vida nos pacientes oncológicos, girando em torno de 70%. É incontestável que tratamento oncológico tem melhorado nas últimas décadas, deixando cada vez mais para trás ligação CA e morte (**BORGES et al., 2006**).

Apesar de todos avanços da medicina voltada para tratamento do CA, doença pode atingir estágio progressivo e irreversível, onde não existe mais chance de cura e, portanto, neste momento, inicia-se Cuidados Paliativos, onde objetivo é proporcionar qualidade de vida ao paciente e sua família, no momento final da doença (**WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010**).

Paciente fora da possibilidade terapêutica necessita de assistência de enfermagem voltada para suas necessidades e anseios, encontrando-se frágil e, com limitações físicas, psicológica, social e espiritual. Enfermeiro deve traçar planos de cuidados para o paciente e família, proporcionando qualidade de vida neste momento de finitude (**SILVA; SUDIGURSKY, 2008**). Devem conhecer filosofia desse cuidado, compreender que paciente oncológico fora da possibilidade terapêutica

necessita de atenção integral, individual e humanizada. Também, comunicação entre paciente, familiares e equipe faz parte do processo de cuidado, constatando finitude como parte natural da vida (ARAÚJO; SILVA, 2007).

METODOLOGIA

Estudo exploratório bibliográfico, combinando características básicas destes estudos, buscando trabalhos confiáveis e, revistas respeitadas e indexadas. Trabalhos lidos e interpretados subsidiando dados deste levantamento. Números coletados nas páginas eletrônicas do Pubmed (<http://www.pubmed.com.br>) e do Scielo (www.scielo.com.br) e, partindo dos dados coletados, foram interpretados, catalogados e, apresentados de acordo com referencial teórico atualizado.

REVISTA DE LITERATURA

CA é considerado doença crônico degenerativa e, nas últimas décadas tem apresentado aumento na incidência onde mudança do estilo de vida, novos padrões de consumo, aumento da expectativa de vida da população aliado às novas tecnologias para diagnóstico e ações preventivas de saúde, são responsáveis neste aumento significativo (SILVA; CRUZ, 2011).

No imaginário da população CA e morte estão intimamente ligados, trazendo ideia que este diagnóstico já é sentença de morte, porém, com avanços da medicina curativa, tratamentos com quimioterapia, radioterapia, cirurgias cada vez menos invasivas, avanços farmacológicos e, entre outros, vem aumentando sobre vida e chance de cura (BORGES *et al.*, 2006).

Porém, mesmo com avanços na área Oncológica em relação ao diagnóstico e tratamento, sabe-se que 50% dos pacientes ao serem diagnosticados já estarão fora da possibilidade terapêutica, onde doença encontra-se em estágio avançado, quando já não existe mais condições de cura (GIROND; WATERKEMPER, 2006).

Aqui, iniciam-se Cuidados Paliativos, tendo por finalidade proporcionar qualidade de vida, controle da dor e, sintomas psicológicos, sociais e espirituais (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

"Conceito de Cuidados Paliativos são manobras ativas e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, tratando-se de abordagem de tratamento diferenciado. Visa, assim, melhorar qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da adequada avaliação e, tratamento para alívio da dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual" (OMS, 1990 e 2002).

Neste momento do tratamento equipe de enfermagem deve atuar ativamente para proporcionar conforto, suporte psicológico, qualidade de vida com assistência integral, individual e humanizada, ajudando paciente e família a enfrentar esta etapa (ARAÚJO; SILVA, 2007). Partir da década de 60 observaram que paciente terminal passava seus últimos dias de vida isolado, cercados por tubos e aparelhos ao invés da companhia da família e amigos. Abandonados pelos médicos e equipe de saúde por não terem mais prognóstico de cura, não tendo passagem da vida para morte com dignidade (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Na década de 70 em Londres iniciou-se movimento moderno dos cuidados paliativos através da Dra. Cecily Saundeers que era Médica, Enfermeira e Assistente Social, fundando **Christopheris Hospice**. Objetivo dar suporte espiritual e psicossocial aos pacientes e familiares nesta fase terminal. Cuidados fundamentados na compaixão, proporcionando qualidade e vida ativa até chegada da morte (GIROND; WATERKEMPER, 2006). No Brasil através da Portaria nº 2.439 iniciou *Política Nacional de Atenção Oncológica*, norteando todas ações dadas ao paciente oncológico, desde promoção da saúde até cuidados paliativos. Amplia, além disso, orientações que estavam instituídas na Portaria GM/MS nº 19 de 2002 tratando sobre ações para assistência às pessoas acometidas por dor crônica ou aguda, cuidados paliativos e, treinamento dos profissionais envolvidos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Criação destas portarias norteia Assistência Oncológica no Brasil, sendo de extrema importância frente ao aumento da incidência do diagnóstico do CA, por ser segunda causa de morte ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares e, pelo grande problema de saúde pública que representa (MENDONÇA; MOREIRA; CARVALHO, 2012).

Profissional de enfermagem na sua graduação recebe formação para cuidar do doente com intuito de promover sua cura e longevidade, sendo a morte inimigo a ser combatido diariamente. Quando paciente oncológico está fora da possibilidade terapêutica profissional de saúde não pode ver esta fase com tristeza, impotência ou mesmo, com sentimento de fracasso. Nem mesmo se afastar, mas sim entender que enquanto existe vida ainda existe ações de enfermagem (PINTO *et al.*, 2011).

Enfermeiro e equipe devem estar preparados para atuar com paciente fora da possibilidade terapêutica não deixando que preconceitos e, estigma da relação CA e morte desta fase final da doença, impeçam de proporcionar assistência individualizada e de qualidade. Paciente e família estão necessitando muito, neste momento, pois morte nos cuidados paliativos, deve ser encarada como etapa natural da vida (SILVA; CRUZ, 2011).

Estima-se que em 2030 haverá 75 milhões de pessoas em todo mundo vivendo com CA, portanto, ações de saúde no Cuidado Paliativo é questão atual, de interesse social e mundial, sendo que enfermeiro e equipe devem estar preparados para prestar assistência de qualidade, entendendo filosofia e, princípios éticos deste cuidado **(MENDONÇA; MOREIRA; CARVALHO, 2012)**.

Filosofia dos Cuidados Paliativos deve estar clara para enfermeiro e equipe, pois enquanto existe vida, existe necessidade de cuidados e, quanto mais CA avança, aumentando sintomas e dor, mais equipe de enfermagem deve estar próxima do paciente e família, dando suporte e, cuidados que necessitavam **(SILVA; SUDIGURSKY, 2008)**. Cuidados Paliativos têm por filosofia entender que morte é processo natural da vida e, cuidados não devem nem apressar e, nem adiar morte. Assim, proporcionam ações que aliviam dor e outros sintomas angustiantes, que integram aspectos psicossociais e espirituais, disponibilizando condições para paciente viver mais ativo possível e, oferecendo apoio para família no enfrentamento da morte e luto **(CHAVES et al., 2011)**.

Para proporcionar assistência de enfermagem em cuidados paliativos enfermeiro e equipe devem considerar que paciente é ser único, necessitando de suporte no aspecto biopsicossocial e espiritual. Ações devem ser individualizadas humanizadamente e, presença da família é importante neste processo **(ARAUJO; SILVA, 2007)**.

Para que ações de enfermagem possam ser realizadas da forma que paciente necessita, enfermeiro deve entender importância da comunicação neste processo e utilizá-la. Esta ajuda pode ser verbal que é através da palavra falada ou escrita e, não através do jeito, tom de voz, gestos, olhares, expressão facial, postura corporal e, distanciamento físico **(ARAUJO; SILVA, 2012)**.

Comunicação é principal elo entre enfermagem, paciente e família, devendo ser utilizada em todas fases do tratamento oncológico, desde diagnóstico até cuidados paliativos. Deve existir clareza nas informações dando espaço para que possam expor seus medos, fragilidades, sentimento e, dúvidas **(AVANCI et al., 2009)**. Quanto mais enfermeiro utilizar comunicação com paciente terminal e, familiares, mais confiança e segurança desenvolverá para enfrentamento dos desafios diários. Conseguirá compreender sentimento, angustias e dúvidas dos pacientes, ajudando desenvolver ações de cuidado **(ARAUJO; SILVA, 2012)**.

Para que comunicação tenha efeito terapêutico, enfermeiro e equipe devem utilizar bom humor, otimismo, esperança, positivismo e alegria, ajudando paciente esquecer problemas, medos e angustias. Proporciona,

assim, ambiente mais leve, para que paciente e família possam continuar manter enfrentamento da fase final do CA (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Porém, existem famílias que optam em esconder do doente diagnóstico ou fase da doença que se encontra e, esta atitude compromete comunicação entre equipe de enfermagem e paciente. Impossibilita, assim, comunicação sobre processo de cuidado, tirando autonomia frente tratamento e, processo que vivência (SILVA; CRUZ, 2012). Melhoria da qualidade de vida que estão fora de possibilidade terapêutica é meta que equipe deve atingir diariamente, para proporcionar conforto e alívio dos sintomas desagradáveis, oferecer suporte psicossocial e espiritual, respeitar sua autonomia, permitir que tome decisões sobre estado de saúde, opte e opine frente assistência (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Deve-se respeitar e valorizar conhecimentos e experiências vividas pelo paciente, sabendo que está necessitando dos cuidados de enfermagem para atividades básicas como higiene e alimentação, mas que possui história, sonhos, saberes, expectativas e ansiedades (SANTOS; PAGLIUCA; FERNANDES, 2007).

Prestar atendimento humanizado é base dos cuidados paliativos pois é ser humano cuidando de outro cheio de fragilidades e limitações, porém, respeitando e preservando sua dignidade, autonomia, privacidade, desejos e crenças, pois não tem como proporcionar melhoria da qualidade de vida do paciente e família se não for através da humanização (VIEIRA; GOLDIM, 2012).

Assim, equipe de enfermagem na visão humanista dos cuidados paliativos deve utilizar dos sentimentos de compaixão, humildade, honestidade e valorização da vida, respeitando esta fase final do tratamento oncológico, dando suporte e, sendo solidário com paciente e família (SILVA; SUDIGURSKY, 2008). Frente necessidade e importância da humanização da assistência da equipe de saúde, Ministério da Saúde elaborou em 2003 *Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde*, estabelecendo diretrizes para qualificar e humanizar atenção prestada ao usuário/paciente através da formação de vínculo, acolhimento e oferta de assistência profissional de qualidade (VIEIRA; GOLDIM, 2012).

Sabe-se que de todos sintomas que pacientes oncológicos podem apresentar, dor é aquela mais temida, estando relacionada com sofrimento, na fase terminal da doença de 70 a 90% dos pacientes. Podem apresentar dor que está relacionado à invasão tumoral a outros tecidos, podendo ser óssea, visceral e, estruturas nervosas, destacando-se, também, dor pós-operatória e, doenças de base (RANCHEL; TELES, 2012).

Portanto, dor é das principais causas de hospitalização na fase terminal do tratamento do CA, onde em determinado momento do avanço não

é mais controlada com medicações de forma oral. Entretanto, outras causas, também, levam à hospitalização, como necessidade de equipe multiprofissional para suporte, dificuldade psicológica da família para assistir sofrimento e perda da independência e autonomia do paciente, para realização atividades cotidianas **(KRUSE et al., 2007)**. Controle e alívio da dor, desconfortos de caráter físico, psíquico, social e espiritual, presença de lesões cutâneas, odores, anorexia, caquexia, insônia, náusea, vômitos, depressão, angústia, luto antecipado e, entre outros, estão presentes na fase final do tratamento. Enfermeiro deve traçar planos de cuidados individualizado para alívio destes sintomas, fazendo parte dos pontos principais da filosofia dos cuidados paliativos **(SILVA; SUDIGURSKY, 2008)**.

Para enfermeiro e equipe proporcionar alívio da dor e dos outros sintomas angustiantes se faz através da analgesia adequada, de forma individualiza e, de acordo com necessidade do paciente. Entretanto, contato humano, apoio psicológico, uso da comunicação e assistência de enfermagem como banho, massagem, curativos e mudança de decúbito, também, proporciona alívio da dor, que é direito humano básico, envolvendo questões clínica, ética e de filosofia **(CRUZ et al., 2011)**.

Paciente em cuidados paliativos necessita de assistência multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e equipe, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo. Também, como apoio espiritual podendo ser padre ou pastor e, apoio da família, onde todos estabeleceram meta em comum que é prestar atendimento individualizado com intuito de proporcionar qualidade de vida e, suporte que paciente necessita **(SILVA; SUDIGURSKY, 2008)**.

Princípio ético do cuidado paliativo tem por objetivo direcionar diferentes integrantes da equipe multiprofissional no aspecto legal e jurídico, onde princípios não podem ser violados nem infringidos, conhecendo cada um com atenção. Isso tudo, para oferecer assistência adequada ao paciente e família, respeitando sua autonomia e, não trazendo prejuízos biopsicossiais **(SILVA; SUDIGURSKY, 2008)**.

Cinco princípios éticos que fundamentam medicina paliativa, são sempre dizer verdade ao paciente e familiares respeitando autonomia; implantação de medidas terapêuticas úteis; em todo ato existe dois efeitos bons e ruim, porém efeitos positivos devem ser maiores que negativos; prevenir possíveis complicações clínicas, além de orientar familiares e, não abandonar paciente durante tratamento e, progressão da doença **(CHAVES et al., 2011)**.

Nas questões éticas, deve-se ressaltar modelo da Ortotanasia significando morte no seu tempo certo, processo de humanização da morte,

para proporcionar alívio da dor e outros sintomas indesejados, não sendo utilizados meios que prolonguem a vida de forma artificial, trazendo sofrimento adicional, sendo morte encarada como acontecimento natural, fazendo parte do processo de vida do ser humano **(GIROND; WATERKEMPER, 2006)**.

Durante todo tratamento oncológico, desde momento do diagnóstico até cuidados paliativos, medo da morte é real, pois paciente e familiares se sentem frustrados e, impossibilitados de realizar sonhos e projetos. Assim, perdem esperança do futuro, medo do desconhecido, de estarem sozinho no momento da passagem da vida para morte, de abandonar família, no aspecto espiritual do julgamento dos atos em vida e, todas questões trazem angústia e sofrimento **(BORGES et al., 2006)**.

Equipe de enfermagem deve estar preparada para auxiliar paciente e familiares no enfrentamento do luto, inicialmente entendendo que este momento faz parte do processo natural da vida, proporcionando meios no aspecto psicológico e espiritual. Utilizar da comunicação terapêutica com conversa franca dando espaço para que paciente exponha suas angústias e ansiedades, viabilizar visitas religiosas com representantes espirituais pois fé e crenças trazem esperança e conforto **(ARAUJO; LINCH, 2011)**.

Com avanço do CA, em determinado momento dos cuidados paliativos, dor e outros sintomas como ansiedade, agitação psicomotora, confusão mental, irritabilidade, dispneia, delírios e vômito, serão de difícil controle, não apresentando mais eficiência no uso das medicações e cuidados utilizados até o momento e, portanto, tais sinais e sintomas são indicação para uso da sedação.

Sedação paliativa na oncologia é entendida como "indução deliberada para manutenção de sono profundo e alívio de sintomas físicos ou mentais incontroláveis". É uso de medicações sedativas com intuito de controlar sintomas indesejáveis, através da redução controlada do nível de consciência, porém, manterá sinais vitais e respiração espontânea, para que paciente tenha final de vida digno, sem dor e sofrimento **(GIROND; WATERKEMPER, 2006)**.

Assim, enfermeiro e sua equipe devem proporcionar ambiente tranquilo, com privacidade e respeito para família e paciente que está em sedação paliativa, manter cuidados de enfermagem, comunicação e oferecer suporte necessário, no momento da morte, dar notícia com respeito e clareza, proporcionando momento de despedida do ente querido e, dando apoio psicológico neste triste momento de luto **(CRUZ et al., 2011)**.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde momento que é realizado diagnóstico do CA e todo período do tratamento, sabe-se que é período de grande angústia e fragilidade na vida do paciente e família, portanto ainda há esperança de vida e cura. Porém, quando doença atinge estágio progressivo e, não responde mais ao tratamento curativo, inicia-se cuidados paliativos, portanto equipe de enfermagem deve estar preparada para auxiliar familiares e, em especial paciente neste momento muito difícil. Profissionais de saúde em especial de enfermagem, que permanecem maior parte do tempo ao lado dos pacientes, foram instruídos nas escolas e nas faculdades com capacidades técnicas para promover cura e longevidade. Portanto, situações que envolva incapacidade de cura e onde morte é vista como certeza, para muitos profissionais esta situação é sinônimo de fracasso e, inconscientemente irão se distanciar dos pacientes (PINTO *et al.*, 2011).

Questão do despreparo dos profissionais de saúde em lidar com o tratamento do CA é levantada pelo próprio preconceito que doença tem, de falsamente estar ligada a morte (SILVA; CRUZ, 2011). Instituições e profissionais de saúde veem morte como fracasso pois conhecem e possuem variedade de esforços para alcançar e manter vida, como técnicas, conhecimento, medicamentos, aparelhos e avanço tecnológico. Sendo assim, existe despreparo da equipe para lidar com paciente terminal e, portanto, esta dificuldade é projetada no distanciamento e possivelmente no "abandono" do paciente e familiares (KRUSE *et al.*, 2007).

Estas atitudes e ideologias estão na contramão do que é definido pela OMS, pois Cuidados Paliativos é momento de cuidados ativos, melhoria da qualidade de vida e, suporte biopsicossocial e espiritual ao paciente e família, uma vez que cura não é mais objetivo do tratamento. Maioria dos artigos utilizados apresentam definição dos Cuidados Paliativos e, observou-se relato do início desta forma de cuidado, idealizado pela Dra. Cecily Saundeers na década de 70 com criação dos Hospices em Londres, trazendo assim importância deste cuidado na vida dos pacientes terminais (Organização Mundial da Saúde - OMS).

É impossível prestar assistência adequada de enfermagem aos pacientes fora de possibilidade terapêutica sem conhecer filosofia dos cuidados paliativos, pois deve-se compreender que morte faz parte do processo natural da vida. Este é ponto principal da filosofia que deve estar claro na compreensão da equipe de enfermagem, pois assim paciente irá receber conforto, suporte biopsicossocial e espiritual, qualidade de vida e, apoio no processo de luto da forma correta (ARAUJO; SILVA, 2007; KRUSE *et al.*, 2007 e PINTO *et al.*, 2011).

Morte realmente deve ser encarada como processo natural da vida, pois é verdade incontestável da humanidade e, discuti-la de forma clara

com paciente, família e com profissionais de saúde, torna processo de morrer menos doloroso para todos (**SILVA; SUDIGURSKY, 2008**). Atualmente todo este conceito e filosofia do cuidado paliativo é grande desafio para instituições e profissionais de saúde, pois para prestar assistência de qualidade neste momento terminal necessita de equipe multidisciplinar com competência para suprir reais necessidade do paciente e família nas diversas áreas e, sendo assim, preparar profissional de saúde é necessidade emergente (**PINTO et al., 2011**).

Atenção paliativa é questão atual de interesse social frente aos dados epidemiológicos da doença em todo mundo. Portanto atuação da enfermagem é fundamental no atendimento do paciente e família, onde irá avaliar, identificar problemas e, oferecer cuidados necessários ao paciente terminal (**MENDONÇA; MOREIRA; CARVALHO, 2012**). Importância da atuação da enfermagem nos cuidados paliativos, também, é discutida ressaltando que enquanto houver vida, haverá necessidade de cuidados de enfermagem. Foco não está mais na cura, mas sim, proporcionar qualidade de vida, oferecendo assistência de enfermagem individual, integral e humanizada (**ARAUJO; SILVA, 2007**). Sobre humanização nos cuidados paliativos, afirma-se que paciente fora da possibilidade terapêutica exige da equipe de enfermagem não só habilidades técnicas, mas, também, emocionais direcionadas à humanização (**PINTO et al., 2011**). Mostra-se, também, que para melhorar qualidade de vida do paciente terminal deve-se utilizar humanização (**VIEIRA; GOLDIN, 2012**). Humanização sendo aplicada na assistência de enfermagem como ser humano cuidando de outro ser humano necessitando de ajuda (**SANTOS; PAGLIUCA; FERNANDES, 2007**). Mostra-se humanização como sinônimo de compaixão e valorização da vida, onde cuidado deve ser realizado de forma sensível e eficiente, adotando medidas que valorizem e respeitem paciente (**SILVA; SUDIGURSKY, 2008**).

Importância da comunicação nos cuidados paliativos também, foi levantada pelos autores como principal ferramenta de elo entre paciente, família e equipe de enfermagem e, para oferecer assistência integral e humanizada ao paciente terminal. Assim, se faz necessário emprego da comunicação verbal e não verbal como recurso terapêutico de forma eficaz pelo enfermeiro, porém destaca-se também, que muitos profissionais de saúde evitam contato verbal com paciente fora de possibilidade terapêutica por não saberem trabalhar questão da morte (**ARAUJO; SILVA, 2007**).

Como justificativa para falta de comunicação eficaz, relata-se que profissionais de enfermagem se sentem despreparados para realizar comunicação com paciente terminal pois na graduação não receberam ou receberam de forma superficial orientações teóricas e emocionais para vivenciar o processo de morte e terminalidade. Porém, quanto mais

enfermeiro utilizar comunicação de forma terapêutica, irá compreender cada vez mais dúvidas e angustias dos pacientes, diminuindo assim nível de ansiedade de ambos, tendo reflexo na qualidade do cuidado (**ARAUJO; SILVA, 2007**).

Enfermeiro que atua nos cuidados paliativos deve saber orientar paciente e família de forma clara e objetiva sobre cuidados que serão administrados, pois processo de cuidar inicia no momento em que é dada notícia que doença encontra-se na forma irreversível. Portanto deve-se haver clareza durante conversas, dando espaço para paciente e família exporem seus medos, sentimentos e dúvidas (**AVANCI et al., 2009**). Importância da comunicação franca e honesta entre paciente, família e equipe de saúde, é reafirmada, fortalecendo vínculo, dando assim abertura necessária para que medos e angustias possam ser revelados, porém profissional de saúde deve ser verdadeiro e sincero, estreitando relação de confiança que é fundamental nos cuidados paliativos (**SILVA; SUDIGURSKY, 2008**).

Em relação à importância da presença da família durante processo de terminalidade, 14 dos 17 artigos científicos utilizados mostram termo paciente/família ou paciente e família, evidenciando presença deste importante vínculo durante etapa dos cuidados paliativos (**SILVA; SUDIGURSKY, 2008**). Durante período de cuidados paliativos, enfermagem deve oferecer apoio durante processo de morrer não somente para paciente, mas, também, para seus familiares com intuito de garantir qualidade de vida para todos (**ARAUJO; SILVA, 2007; SILVA; SUDIGURSKY, 2008; CHAVES et al., 2011 e PINTO et al., 2011**).

Paciente terminal necessita que família esteja próxima durante todo processo final da doença, pois apoio é fundamental principalmente no aspecto emocional e, portanto, ações de enfermagem devem ser elaboradas para assistir, também, familiares (**KRUSE et al., 2007**). Entretanto ressalta-se que durante período de terminalidade, deve-se reconhecer importância do vínculo paciente/família, pois neste momento existe tentativa de solucionar conflitos pendentes do passado (**BORGES et al., 2011**).

CONCLUSÕES

Sabe-se que CA representa segunda causa de morte no Brasil e no mundo e, que 50% dos pacientes ao realizarem diagnóstico já estarão fora da possibilidade terapêutica para cura e, estima-se número alarmante de novos casos da doença nas próximas décadas. Frente a estes dados ressalta-se importância dos profissionais de saúde em especial, enfermagem em realizar cada vez mais pesquisas sobre tema e, acrescenta-lo como pauta de educação permanente nas instituições de saúde. Tudo isto para capacitar

equipe e, quebrar barreiras que atrapalham atendimento de qualidade devido à falta de conhecimento. Conhecer ideologia, filosofia e questões éticas do cuidado paliativo se faz necessário para garantir assistência de enfermagem integral, de qualidade, individualizada, humanizada e, que possa oferecer suporte nas diferentes áreas da vida do paciente e sua família.

Se faz necessário nas instituições de ensino de nível técnico e superior de enfermagem acrescentar na grade curricular cuidados paliativos, para que futuros profissionais possam vivenciar e aprender sobre este tipo de cuidado ainda como discente, preparando-se no aspecto técnico e emocional para cuidar dos pacientes e familiares no momento de terminalidade. Cuidado paliativo inicia-se quando determinada doença atinge grau de comprometimento que não existe mais chances de cura, onde intuito do tratamento não é cura, mas sim proporcionar qualidade de vida. Este tipo de cuidado pode ser aplicado não apenas à oncologia, mas também a outras especialidades como cardiologia, neonatologia, pneumologia e entre outros, portanto mostra mais uma vez importância de realizar mais pesquisas sobre este tema. Profissional de enfermagem é integrante da equipe multiprofissional que passa maior parte do tempo próximo do paciente e de família, portanto qualidade da assistência está totalmente relacionada à correta compreensão do enfermeiro na importância do cuidado paliativo. Equipe deve orientar e, principalmente para entender que processo de morte é algo natural, fazendo parte da vida, pois somente a partir deste entendimento que será possível oferecer assistência que melhore qualidade de vida. Comunicação realmente será utilizada de forma terapêutica, proporcionando assim vínculo e confiança, tornado processo de morte menos traumático e humanizado.

REFERÊNCIAS *

- ARAÚJO, D.; LINCH, G. F. C. Cuidados paliativos oncológicos: Tendência da produção científica. *Rev. Enferm. UFSM*, v. 1, n. 2, p. 238-45, mai./ago., 2011.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: Valorizando a alegria e o otimismo. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v. 41, n. 4, p. 668-74, 2007.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégia de comunicação utilizada por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.
- AVANCI, B. S. et al., Cuidados paliativos à crianças oncológicas na situação do viver/morrer: A ótica do cuidar em enfermagem. *Esc. Anna Nery Enferm.*, v. 13, n. 4, p. 708-16, out./dez., 2009.

- BORGES, A. D. V. S. *et al.*, Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-9, mai./ago., 2006.
- CHAVES, J. H. B. *et al.*, Cuidados paliativos na prática médica: Contexto bioético. *Rev. Dor.*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 250-5, jul.-set., 2011.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: Interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 13 (Sup 2), p. 2123-32, 2008.
- GIROND, J. B. R.; WATERKEMPER, R. Sedação, eutanásia e processo de morrer do paciente com CA em cuidados paliativos: Compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare Enferm.*, v. 11, n. 3, p. 258-63, set./dez., 2006.
- MENDONÇA, A. C. A.; MOREIRA, M. C.; CARVALHO, V. Atenção paliativa oncológica em unidade de terapia intensiva: um estudo da produção científica da enfermagem. *Esc. Anna Nery (impr.)*, v. 16, n. 4, p. 817-23, out./dez., 2012.
- PINTO, M. H. *et al.*, O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora da possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. *Cogitare Enferm.* v. 16, n. 4, p. 647-53, out./dez., 2011.
- RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Rev. Hosp. Univers. Pedro Ernesto, UERJ*, v. 11, abr./jun., 2012.
- SANTOS, M. C. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; FERNANDES, A. F. C. Cuidados Paliativos ao portador de câncer: reflexão sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev. Latino-am. Enferm.* v. 15, n. 2, mar./abr., 2007.
- SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepção sobre cuidados paliativos: Revisão bibliográfica. *Acta paul. Enferm.*, v. 21, n. 3, 2008.
- SILVA, R. C. V.; CRUZ, E. A. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. *Esc. Anna Nery (impr.)*, v. 15, n. 1, p. 180-5, jan./mar., 2011.
- VIEIRA, R. W.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta paul. Enferm.*, v. 25, n. 3, p. 334-9, 2012.
- WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Rev. gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v. 51, n. 1, p. 81-91, mar., 2010.
- KRUSE, M. R. L. *et al.*, Cuidados paliativos: Uma experiência. *Rev. HCPA*, v. 27, n. 2, p. 49-52, 2007.

* De acordo com as normas da ABNT e, modificadas pela Revista de Odontologia da ATO.

