



Anhanguera

DANIELA DA COSTA RODRIGUES

**A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM
ONCOLOGIA**

LEME
2020

DANIELA DA COSTA RODRIGUES

**A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM
ONCOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Instituição Anhanguera, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Orientadora: Marcia Dias

Leme
2020

DANIELA DA COSTA RODRIGUES

**A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM
ONCOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Instituição Anhanguera, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Dedico este trabalho a todos que me fortaleceram.

AGRADECIMENTOS

Sou totalmente grata as minhas filhas Mayara Doraci Rodrigues Binotti, minha mãe Mariza Maria Marques Rodrigues, meu pai que já faleceu, mas me ajudou muito Dalcio Ap. da Costa Rodrigues.

Agradeço também os meus colegas de trabalho, os amigos que eu fiz durante a graduação e a minha orientadora.

RODRIGUES, Daniela da Costa. **A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA**. 2020. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Anhanguera Educacional, Leme, 2020.

RESUMO

O câncer é identificado como uma doença crônica que ocasiona grande transtorno e imensurável desconforto, dor e angústia ao paciente e seus familiares. Essa doença acomete um número significativo de pessoas em todas as faixas etárias, e por ser uma condição crônica de saúde, poderá levar o paciente à morte, acarretando uma gama de emoções, tais como o medo, incerteza e não aceitação. Nesse contexto, diante do paciente que não se encontra na possibilidade terapêutica de cura, é necessário lhe dar suporte, ajudando-o a adaptação de mudanças de rotina impostas pela doença, pela dor. Logo, o profissional da enfermagem deverá ter como princípio de atuação a reafirmação da importância da vida, ao ponderar a morte como um processo natural, e estabelecer um cuidado que nem abrevie a chegada da morte, nem contemporize com medidas desproporcionais (através de meios artificiais); propiciando o alívio da dor e de outros sintomas incômodos. Nesse processo a atuação do enfermeiro é primordial, especialmente pela equipe de enfermagem permanecer ao lado do paciente paliativo em tempo incondicional. Nessa esfera, os enfermeiros realizam a interconexão entre equipe de saúde e familiares, proporcionando ao paciente o respeito à condição humana e à de qualidade de vida. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo a compreensão a atuação do enfermeiro nos serviços de oncologia e suas estratégias desenvolvidas a fim de promover o cuidado paliativo à pessoa com câncer. Como ponto de apoio, foi empregada a revisão de literatura a fim de dar corpo a pesquisa, recorrendo a livros, artigos e periódicos que abordam o tema.

Palavras-chave: Enfermagem, Adoecimento, Cuidados Paliativos, Oncologia, Morte.

RODRIGUES, Daniela da Costa. **NURSING AND PALLIATIVE CARE IN ONCOLOGY**. 2020. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Anhanguera Educacional, Leme, 2020.

ABSTRACT

Cancer is identified as a chronic disease that causes great disorder and immeasurable discomfort, pain and anguish to the patient and his/her family members. This disease affects a significant number of people in all age groups, and because it is a chronic health condition, it can lead the patient to death, causing a range of emotions, such as fear, uncertainty and non-acceptance. In this context, in view of the patient who is not in the therapeutic possibility of cure, it is necessary to support him/ her, helping him to adapt routine changes imposed by the disease, by pain. Therefore, the nursing professional should have as a principle of action the reaffirmation of the importance of life, when considering death as a natural process, and establish a care that neither abbreviates the arrival of death, nor contemporizes with disproportionate measures (through artificial means); relief of pain and other uncomfortable symptoms. In this process, the nurse's performance is paramount, especially for the nursing team to remain at the side of the palliative patient in unconditional time. In this sphere, nurses make the interconnection between health team and family members, providing the patient with respect for the human condition and quality of life. Thus, the present study aimed to understand the role of nurses in oncology services and their strategies developed in order to promote palliative care to people with cancer. As a point of support, the literature review was used in order to give body to the research, using books, articles and journals that address the theme.

Keywords: Nursing, Illness, Palliative Care, Oncology, Death.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP - Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

INCA - Instituto Nacional do Câncer

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS ASPECTOS GERAIS	12
2.1 DEFINIÇÕES E PRINCÍPIOS EM CUIDADOS PALIATIVO	15
3. PROCESSOS DE ADOECIMENTO: COMPREENDENDO O CÂNCER E O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PALIATIVO	22
4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA	29
4.1 QUEBRA DO SILÊNCIO: MORTE, DORES, MEDOS E LUTO	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública, no domínio mundial, possui uma grande importância epidemiológica no que diz respeito à incidência e à morbimortalidade. É uma doença identificada como crônica e representa, no imaginário das pessoas, o símbolo da não possibilidade de cura, e até mesmo olhando para essas pessoas como alguém que está perto da finitude da vida. A ajuda para o enfrentamento da doença tem avançado ao longo dos anos. Novas técnicas de detecção precoce, rastreamento dos agentes cancerígenos e tipos de neoplasias são exemplos do progresso. Apesar disso, a palavra câncer é evitada pelos profissionais de saúde e é carregada pelo estereótipo da iminência de morte

Nessa perspectiva, estudar o tema é primordial, pois parte do princípio que as estratégias que os enfermeiros desenvolvem diante do adoecimento é fundamental, pois possibilita identificar assim suas fragilidades, dificuldades e limitações, bem como intervenções que direcionam ao cuidado à pessoa com câncer.

Diante desses apontamentos, cabe indagar: como o enfermeiro poderá desenvolver estratégias de enfrentamento diante do cuidado paliativo à pessoa com câncer em serviços de oncologia? Levando em conta determinado questionamento, a pesquisa possui como objetivo geral a compreensão da atuação do enfermeiro nos serviços de oncologia e suas estratégias desenvolvidas a fim de promover o cuidado paliativo à pessoa com câncer. Além desse escopo, a fim de nortear o estudo, foi elaborado o objetivo específico diante de três eixos: abordar a literatura que discute o tema envolvendo a oncologia e cuidados paliativos; explicar o papel do enfermeiro no âmbito do cuidado paliativo e competência profissional diante da pessoa com câncer e refletir sobre a atuação do enfermeiro em oncologia e as estratégias que poderão ser adotadas nesse campo.

Cabe destacar que este estudo caracteriza como uma revisão de literatura, a qual fundamenta-se em publicações eletrônicas e obras físicas, periódicas ou de livros textos da área da saúde, foram utilizadas referências teóricas por meio de livros, periódicos, artigos científicos, localizados em sites especializados como Scielo, Google Acadêmico, Lilacs, BIREME, Biblioteca Virtual em Saúde, produzidos em português nos últimos quinze anos. Utilizou-se como critérios de exclusão as produções científicas não relacionadas com o tema proposto, de outros idiomas que não o português, bem como aqueles que não disponibilizam o texto completo,

restringindo-se apenas ao resumo. Utilizando-se dos descritores “enfermagem”, “oncologia”, “cuidados paliativos” e “morte”.

Portanto, no primeiro capítulo se preocupou em traçar aspectos envolvendo os cuidados paliativos, possibilitando repensar nesse modelo de assistência que contemple o fim da vida. Ademais, no segundo capítulo, discutiu-se os processos de adoecimento, mais especificamente o câncer, por fim, no terceiro capítulo, se atentou-se em abordar o papel da enfermagem diante da morte, bem como a sua atuação frente aos cuidados paliativos, se preocupando em uma prática que esteja embasada nos princípios éticos e os cuidados estabelecidos na assistência paliativa. Posteriormente, concluiu-se a pesquisa com uma breve retomada da mesma, fazendo-se oportuno elencar os pontos mais relevantes do tema.

2. CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS ASPECTOS GERAIS

O momento final da vida ocorre envolto a emoções dolorosas e, frequentemente, conflituosas, quando se fala em cuidados paliativos. Entretanto, quando o prognóstico é conclusivo e a morte torna-se a única certeza, os cuidados paliativos aparecem como indispensáveis e complexos o suficiente para exigir uma atenção especial e ininterrupta ao doente e à sua família, possibilitando a prevenção de uma morte caótica e com significativo sofrimento (MACIEL, 2008). A natureza assistencial em cuidados paliativos poderá colaborar para a humanização do processo de morrer, sendo que esta modalidade do cuidado poderá ser oferecida em instituições de saúde bem como na própria residência da pessoa (SILVA; HORTALE, 2006).

Quando o hospital aceita a que a morte é inerente a vida, esta torna-se aberta, não sendo um tabu. Como pano de fundo, nos programas de cuidados paliativos a morte deixa de ser camuflada para ganhar visibilidade, sendo mais aceita pelos profissionais. Nessa esfera, é importante a habilidade para administrar as contingências da morte (KOVÁCS, 2008). É possível observar que nem toda a tecnologia e o conhecimento científico podem ser capaz de resolver todas as nuances da vida, como por exemplo, o adoecimento e o processo de morrer, seja no espaço hospitalar ou fora dele. Identifica-se que, mesmo ao se analisar todo o avanço tecnológico e informação desenvolvida pela área da saúde, a morte e os aspectos que a envolvem ainda não foram descobertas (LIMA; PARANHOS; WERLANG, 2010).

Além de verificar-se a imprescindibilidade do cunho legal para a assistência paliativa, é levado em conta que tais cuidados estão conectados a tomadas de decisão e estilos de cuidar conduzidos a um ser humano que se depara com a morte. A conduta apropriada extrapola o mero alívio da dor, mas também se reduz a eliminar tratamentos fúteis que possam arrastar a agonia e ocasionar o sofrimento de todos os envolvidos. Segundo Américo (2009), os profissionais deveriam evitar investigações clínicas e procedimentos que não se prestem excepcionalmente à melhor compreensão e administração dos sintomas. Ademias, o melhor manejo dos sintomas, na concepção do autor, demanda que, os profissionais de saúde, não

deverão desprezar o ser psíquico em detrimento do ser físico, tampouco se ancorar em sua individualidade espiritual e social de quem está diante da morte.

Para evitar que isso aconteça, é imprescindível a presença de uma equipe multiprofissional relacionada às decisões familiares e sociais, ministrando o suporte correspondente à decisão do próprio indivíduo que está morrendo de escolher pelos cuidados paliativos. Determinados profissionais, através de um conhecimento técnico, poderão cooperar para que esse processo seja vivenciado dignamente com o mínimo de sofrimento (REGO; PALACIOS, 2006).

Os atributos acentuadas da morte remetem ao comprometimento profissional, que orienta como uma bússola norteadora ao determinar que cuidados paliativos são: o alívio do sofrimento (físico, psíquico, social e espiritual); a prerrogativa de uma morte digna; o acolhimento dos familiares; o diálogo ativo entre as pessoas envolvidas e a equipe profissional; o cuidado oferecido por uma equipe multiprofissional capacitada e interdisciplinar e, a competência de interação multiprofissional efetiva (DOYLE, 2011).

Deverá ocorrer explicações mais amplas sobre esta temática, que é complexa não só em sua teoria, mas também em sua aplicação envolvendo a prática. A atividade paliativa propõe cuidados holísticos, que prevejam o alívio contínuo do sofrimento físico, espiritual, mental, psicológico de quem morre, e do sofrimento social diante da morte. Destarte, os cuidados proporcionados por equipes multiprofissionais, em espaço hospitalar ou domiciliar, deverão incluir, ainda, o apoio à família e a atenção ao processo de luto (MACIEL et al., 2006). Nota-se que os cuidados paliativos não são uma exclusividade do campo hospitalar, podendo se ampliar nas residências, junto com a família.

No que diz respeito aos profissionais da saúde, Kovács, (2005) faz uma observação, identificando que esses profissionais aprendem a cuidar das dores alheias, porém não aprendem a cuidar suas próprias dores resultantes do sofrimento constante com conviver no ambiente hospitalar. Em outras palavras, não há como cuidar de outra pessoa sem entregar algo de si. O cuidado constitui que é transferido ao outro algo de si mesmo, seja uma expressão, seja um gesto, seja um simples sinal. Em algumas ocasiões, principalmente o momento que a morte se encontra próxima, nem sempre há muito o que ser feito. Aquelas pessoas religiosas, que

possuem alguma fé, ainda apresentam o propósito da oração; outros apenas ficam com a sensação de ter feito todo o possível por quem está morrendo. Para os profissionais de saúde, a morte é vista como uma “companheira” de trabalho, que ronda os corredores hospitalares, num panorama em que doenças terminais carregam um prenúncio do desfecho à vida e um cumprimento à morte (KOVÁCS, 2005). Perfilhar que a morte alcança as pessoas tanto como seres humanos, como profissionais, é o primeiro passo para tomar consciência da responsabilidade frente a quem morre. Desvendar que a morte é um fato humano sinaliza que o profissional da saúde deverá buscar estar em harmonia com o papel do cuidado, se despreendendo da concepção de que tudo tem cura.

Nesse viés, a atuação do enfermeiro em oncologia e as estratégias que poderão ser adotadas nesse campo promove abertura a possibilidade de reflexão, principalmente para a formação desses profissionais, devendo estar mais aptos para lidar com este fenômeno, humanizando a sua atuação diante do cuidado paliativo (COVOLAN et al., 2011). Nesse contexto, o diálogo regulado pelo conhecimento científico e a experiência empírica apreciam a devida abordagem humanizada. A enfermagem deve ser competente e prestar o cuidado na assistência paliativa, na qual não visa apenas o alívio da dor, mas um apoio multiprofissional, em que a pessoa que está morrendo ganhe um cuidado humanizado. Esta habilidade requer aspectos antecedentes ao exercício profissional, que estão ligados a uma postura ética.

Cabe complementar que os profissionais de saúde têm tido uma formação abundantemente centralizada na doença, havendo discussões escassas quanto ao tema da morte como parte do ciclo vital, como se esta fosse uma oposição a vida. De acordo com os autores citados, ficou clara que existe uma grande necessidade de preparar os profissionais de saúde desde a graduação, a fim de que não sejam apenas preparados para cuidar do outro visando a cura da doença, sendo incongruentes, pois o cuidado também envolve o acolhimento, promovendo atenção às necessidades do paciente que se encontra no final da sua vida (COVOLAN et al., 2011).

2.1 DEFINIÇÕES E PRINCÍPIOS EM CUIDADOS PALIATIVO

Segundo Waldow (2010), o cuidado é considerado um acontecimento existencial pois faz parte do sujeito e, este sujeito se diferencia de outrem por ser humano e relacional. Isto só ocorre, porque presume a coexistência com outras pessoas, admitindo desta maneira, amplas variações, com amplitudes e diferenças que fazem de cada cuidado, um “ser” singular, justificando, portanto, as diversas maneiras de cuidar.

Ao definir a Enfermagem, seja em aspectos atrelados ao profissionalismo e campo da saúde, seja na aceção de indicar uma área da ciência, improvavelmente conseguir-se-á fazê-lo, sem mencionar o ato de cuidar como pressuposto inseparável ao tema. Desse modo, forçoso reconhecer que o cuidado está presente em praticamente todas as ocasiões que integra o cotidiano desta profissão, não exclusivamente no processo de prestação de cuidados diretos, no implemento de procedimentos, mas em todas as formas pelas quais se constitui a relação clínica junto ao paciente, através de um olhar cauteloso, da escuta acolhedora ou na demonstração de atenção e carinho (WALDOW, 2010).

Doravante, a prática do cuidado se desponta de modo simples, quase ínfimo aos olhos de um observador distraído, entretanto adquire um valor imensurável para aquele que ganha o cuidado. Maciel (2008), categoricamente confere o cuidado como a disponibilidade para o outro por meio de uma atitude. Atitude humana que denota preocupação, responsabilidade e práticas afetivas com o outro. Na mesma linha de pensamento, Waldow (2010) sistematiza que os cuidados de Enfermagem vão de encontro com um cuidado sem ser para cura. Embora haja barreiras de conhecimentos científicos e técnicos atinentes ao período histórico dos cuidados paliativos, suavizar o sofrimento do outro e ajudá-lo a ter uma boa morte, com respeito à figura humana, era primordial para aqueles que ofereciam assistência aos então denominados, moribundos.

A narrativa da civilidade assinala personagens importantes que se debruçavam no desenvolvimento de um cuidado distinto com foco em doenças que não respondem mais de forma positiva a tratamentos com fins curativos. Na cultura ocidental, o entendimento específico da criação de ambientes para acolher um enfermo, cuidá-lo e promover uma morte digna, surgiu durante a Idade Média, com a

edificação das "casas de hóspedes" nas bordas das estradas para cuidar dos peregrinos e viajantes, que ficavam doentes ao longo do percurso, como o de Santiago de Compostela, conhecido em todo o mundo (MACIEL, 2008).

A expressão francesa "*hospice*" é tradução da palavra latina *hospitium*, cuja definição é "hospedagem, hospitalidade" e manifesta uma compaixão na qual visa o acolhimento. Naquela ocasião o *hospitium* exprimia tanto o local, como o vínculo que se constituía entre as pessoas. Em seguida o tema foi atrelado aos hospitais, conventos e abrigos para idosos. Como ressonância, *hospice* passou a ser mais do que um mero lugar, conferindo uma filosofia de cuidado. Evidenciando um amplo campo de ações propostas a proporcionar auxílio e assistência a um paciente com uma curta perspectiva de vida, variando de semanas ou poucos meses (MACIEL, 2008).

No século IV, a romana Fabíola fundou abrigos para acolher enfermos e pessoas em situação de rua, alocando sua casa à disposição para os necessitados, exercendo a caridade cristã, oferecendo alimentos, refugiando os estrangeiros além de visitar os adoentados e os prisioneiros, diante dessas práticas, originou-se o movimento "*hospice*". Em 1842, Jeanne Garnier estabeleceu o primeiro *hospice* da Europa para acolher pessoas que estavam fim de vida, o *Hospice* de Lyon (MACIEL, 2008).

Já em 1905, na Grã-Bretanha, as Irmãs Irlandesas da Caridade (Irish Sister of Charity) constituíram o St. Joseph. Sua criadora, Madre Mary Aikenhead, era contemporânea de Florence Nightingale e estabeleceu em Dublin o "*Our Lady's Hospice*". Nessa época outros *hospices* foram inaugurados na Inglaterra, entre eles o *St. Luke's Home* (1893), criado pelo médico Howard Barret (MATSUMOTO, 2012; MACIEL, 2008). Reunindo os bens humanitários do passado adicionado aos conhecimentos contemporâneos da medicina moderna, Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e posteriormente médica, desempenhou a prática dos cuidados paliativos ao fundar em 1967, na Inglaterra, o *St. Christopher's Hospice*, sendo contundente na formalização dos cuidados paliativos para outros países da Europa e demais continentes (MATSUMOTO, 2012; MACIEL, 2008).

Estimada precursora nos cuidados paliativos, consagrou a vida profissional em prol da assistência humanizada para aqueles que se encontrava com câncer em

fase terminal da vida, com o desígnio de lhes proporcionar uma morte mais digna. O *St. Christopher's Hospice* passou a ocupar o lugar de modelo de assistência, educação e pesquisa no cuidado dos doentes com pouco tempo de vida e de suas famílias (SILVA, et al., 2015).

Essas práticas estavam associadas a uma prática cuidadosa direcionada aos doentes fora de possibilidades de tratamento, influenciando muito os cuidados em saúde em todo o planeta, suscitando também novos modos de agir em relação à morte, ao morrer e ao momento do luto. A prática dos cuidados paliativos no Brasil é atual, tendo começado na década de 1980. O primeiro espaço de cuidados paliativos no Brasil apareceu no Rio Grande do Sul em 1983, acompanhados da Santa Casa de Misericórdia, de São Paulo, em 1986, e em seguida foi implantado em Santa Catarina e Paraná. Um dos serviços que fazer jus a mérito é o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, que consagrou em 1998 o hospital Unidade IV, excepcionalmente destinado aos cuidados paliativos (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

Em 1997, foi implementada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), desenvolvida por um grupo de profissionais interessados no tema, que indicavam prática de propagação da filosofia dos cuidados paliativos no Brasil. Em fevereiro de 2005, foi estabelecida a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). O Ministério da Saúde vem materializando convencionalmente os cuidados paliativos no campo do Sistema Único de Saúde do país, através de portarias e documentos, enunciados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

Ainda que de forma vagarosa, há um aumento significativo dos cuidados paliativos no Brasil, todavia, muitos profissionais, por ignorarem ou não conhecerem as medidas de cuidados paliativos, além de ocorrer inquietações, nas quais sentem-se amedrontados, tendo em vista que seus atos podem ser decifrados como uma questão que abrevia o tempo de vida ou prolonga o tempo da morte (FIGUEIREDO, 2006).

Em similaridade, o cuidado paliativo tem como finalidade proteger os doentes do sofrimento evitável, preservando sua dignidade como sujeito até o seu último suspiro. Cabe sublinhar a legitimação desse tipo de cuidado, sendo avaliado pela

Organização Mundial de Saúde (OMS), como os cuidados ativos e absolutos aos enfermos quando a doença não responde aos tratamentos médicos; o controle da dor e de outras demandas psicológicas, sociais e espirituais, fica em primeiro plano e o alvo é conseguir a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares (FIGUEIREDO, 2006).

A OMS redireciona cuidados paliativos como:

Um conjunto de medidas que visam à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que se deparam com questões relacionadas a uma doença ameaçadora da continuidade existencial, através da prevenção e do alívio do sofrimento possibilitados pela identificação precoce, pela eficiente avaliação e tratamento da dor, bem como pela atenção a outros sintomas físicos, psíquicos e espirituais (BRASIL, 2011, s.p).

Os cuidados paliativos possuem como ponto de apoio o conhecimento científico essencial a várias disciplinas e possibilidades de intervenção clínica, terapêutica e de cuidados nos vários campos de conhecimento das equipes de saúde. A atividade de uma equipe de cuidados paliativos é regida por princípios claros, que podem ser rememorados em todas as práticas desenvolvidas, que foram divulgados pela OMS em 1986 e retomados em 2002 (SANTOS, 2006).

Esmiuçando essas diretrizes, os cuidados paliativos englobam o alívio de dores e outros sinais que provocam sofrimento, o que determina uma avaliação particularizada por profissionais habilitados, concomitantemente, é preciso delinear o histórico de cada paciente e o acesso às terapêuticas/medicações imprescindíveis, notadamente aos opioides (SANTOS, 2006).

Os profissionais de saúde precisam compreender que a morte é um processo natural, tendendo a encorajar os pacientes a viver sua vida de forma singular, produtiva e integral, até a ocasião de sua morte. Trabalhar com coerência, isso diz respeito a não abreviar nem adiar a morte, na tentativa de compreender o princípio da não maleficência, que denota impedir danos previsíveis atrelados ao estado em que se encontra o doente (SANTOS, 2006).

É também salutar agregar os aspectos psíquicos e espirituais no amparo ao doente, garantindo a melhor qualidade de vida possível, bem como proporcionar um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver de forma mais ativa possível até o seu falecimento, isso também requer uma base da família, para isto, é necessário

ajudá-la a suportar a doença e seu próprio luto, apreciando que a família é uma integração de cuidados e seus membros poderão oferecer potencialidades e fragilidades que devem ser reconhecidas e trabalhadas, é recomendável começar o trabalho em relação ao luto antes da morte e prosseguir após o desfecho da vida do ente querido. Para que este trabalho se concretize é preciso concentrar um enfoque de equipe multidisciplinar e interdisciplinar, propondo a abordar as necessidades de doentes e familiares, abrangendo a atenção ao trabalho do luto (SANTOS, 2006).

Determinadas práticas fomentam o comprometimento da equipe, pois requer muito mais do que informações técnico-científicas, demanda a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana cooperando, por conseguinte, com o processo de humanização dos cuidados paliativos (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

No que tange a enfermagem e o paciente com câncer e a sua assistência, a intenção é não mantê-las mais internadas, levando em consideração se o paciente está passando pela fase final da doença, ou seja, quando o quadro é irreversível e não há mais tratamento cabível que lhe traga a possibilidade de uma reversão da situação. Esses pacientes são orientados a irem para sua respectiva casa, frequentemente dependentes de cuidados básicos que envolve a higienização, alimentação e comodidade. Determinado cuidado é assumido pela família, com suporte do profissional da enfermagem (GIROND, WATERKEMPER, 2006).

O cuidado de enfermagem nessa situação deverá levar em consideração a singularidade e a complexidade de cada sujeito, não o reduzindo apenas em um “mero paciente”, e, para que esse cuidado seja revestido de humanização e holístico, torna-se indispensável o emprego de diálogo para que a compreensão e identificação desse sujeito sejam integrais. Abarcar a família em intervenções de saúde estabelece uma aproximação válida e significativa entre profissionais de saúde e família, a composição conjunta de saberes e decisões, como também a troca de posicionamentos a respeito das concepções religiosas, valores, direitos e informações sobre a responsabilidade de cada grupo (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

Essa aproximação permite diagnosticar problemas, determinar os objetivos e planejamento das ações, estando o profissional envolvido no acompanhamento,

como suporte e apoio na busca de soluções, simultaneamente, a família se depara com sua capacidade para o cuidado de saúde e passa a recorrer aos recursos da comunidade para as ações necessárias (INCA, 2008). Nesse momento é primordial que os profissionais de enfermagem fiquem mais tempo junto ao paciente e familiares, compondo respeitável elo na promoção das integrações, na direção de possibilitar uma melhor estratégia que permita um cuidado ideal tanto a pessoa doente como aos seus familiares.

Vale salientar que a orientação tanto para paciente quanto a família é indispensável, sobretudo nos cuidados a serem aplicados, explanando qual medicação será administrada e os procedimentos a serem efetivados. Por conseguinte, o enfermeiro deverá saber educar em saúde de modo claro e objetivo, sendo prático em suas intervenções, proporcionando o bem-estar dos seus pacientes (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

A enfermagem é um dos grupos de profissionais que mais apresentam desgastes emocionais devido à frequente interação com os pacientes que se encontram em estágio terminal, as constantes internações, muitas vezes vendo de perto o sofrimento, acompanhando a dor, a doença e a morte do paciente (DARONCO et al., 2014). Com o intuito de produzir bem estar do paciente terminal, o enfermeiro procura concretizar ações de confortá-lo, além dos cuidados essenciais e fisiopatológicos que o paciente demandar, atendendo quando possível suas vontades, anseios e desejos. Portanto, o profissional de enfermagem é peça chave para equipe de cuidados paliativos, pela peculiaridade de sua formação na qual se baseia na arte do cuidar. Determinada afirmação que vem ao encontro do preconizado pelos autores Daronco et al. (2014, p. 658), sinalizando que o cuidar é revestido de práticas humanizadas,

Cuidar de uma pessoa sem possibilidade de cura requer conhecimento técnico e expressão de afetividade. Daí surge a importância de compreender o paciente no seu todo, oferecendo cuidados paliativos e humanizados e, este aspecto não passa pelas ações prescritivas, ou seja, é uma ação intrínseca de empatia e humanização. [...] Aliviar o sofrimento dos doentes na fase final da vida faz-se necessário, pois mesmo sem possibilidades terapêuticas ainda há muito que fazer pelos pacientes, em fase avançada de doenças, mesmo que não se possa curá-los. Muitos doentes que não se beneficiam dos tratamentos curativos disponíveis, podem receber considerável conforto, bem como a melhora do seu estado geral com a instituição do tratamento paliativo integral, ou seja, físico,

mental, social e espiritual. Ter uma morte digna, em paz e sem sofrimento requer da equipe uma assistência integral na enfermidade com conforto psíquico, social e espiritual. O cuidado da dor e do sofrimento é fundamental com vistas ao resgate da dignidade do ser humano neste contexto crítico (DARONCO, et al. 2014, p. 658).

Considerando o posicionamento dos autores acima, nota-se a necessidade da a efetivação de diversas competências pertinentes ao cuidado. Os elementos técnico e cognitivo são primordiais, apesar disso, a atitude e a comunicação adotam papel de destaque, já que se refletem inteiramente nas pessoas, nos familiares e na própria equipe multidisciplinar. Por isso, promover a qualidade de vida, controle da dor, promoção de conforto e práticas humanizadas são aspectos intrínsecos aos princípios do cuidado paliativo. Todavia, atenta-se, na maioria das vezes, para um cuidar alicerçado no modelo biomédico, momento em que a execução de técnicas predomina em relação ao cuidar psicológico-espiritual (DARONCO et al., 2014).

Diante de todo o exposto discutido no presente capítulo, verificou-se que admitir o fato de não haver cura e que o doente se encontra no fim da vida, não significa que este não precisa de cuidados e que não há mais o que ser feito. Ao contrário, a questão que se coloca é a seguinte: aparecem inúmeras possibilidades a serem concedidas ao paciente e sua família, como sua autonomia, suas preferências e escolhas. Partindo desse pressuposto, é oportuno destacar que os profissionais de enfermagem inseridos na prática de cuidados paliativos deverão valorizar a humanização dos cuidados e a anuência de que pacientes terminais deverão permanecer junto à família auferindo tratamento apropriado e conforto. Ademais, no próximo capítulo a pauta será referente aos processos de adoecimento, mais especificamente os cuidados paliativos direcionados a pacientes oncológicos.

3. PROCESSOS DE ADOECIMENTO: COMPREENDENDO O CÂNCER E O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PALIATIVO

O câncer é considerado uma doença crônica assinalada pelo aumento celular desordenado, atingindo órgãos e tecidos e se alastra, por meio de metástases, pelo corpo. É analisada como uma das doenças mais receadas no mundo inteiro e vista como um problema de saúde pública, em condição mundial. (INCA, 2012). Diante dessa gravidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que em 2030, poderá se deparar com 27 milhões de casos diagnosticados de câncer, 17 milhões de falecimentos por câncer e 75 milhões de pessoas vivas com câncer (INCA, 2012).

No Brasil, dos dados evidenciam que em 2014/2015 houve uma ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, abarcando as ocorrências de câncer de pele não melanoma, evidenciando a intensidade da complicação do câncer no país. Ademais, os índices mostram que o câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais recorrente entre os brasileiros, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (INCA, 2014).

O câncer, conforme o INCA (2008), é a segunda causa de morte por doença no Brasil, nesse quadro, é necessária a atenção de uma equipe multiprofissional, especializada e tecnologias avançadas, justamente por demandar internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial reiterado, logo, os custos são superiores. Diante das estatísticas gritantes, a oncologia é um dos campos da medicina que mais evoluiu nos últimos anos. Com os progressos em relação ao desenvolvimento dos modificadores de resposta biológica e alvos característicos, a ciência auxiliou para a redução dos eventos que poderiam calhar e toxicidades, ampliando a efetividade do tratamento e produzindo qualidade de vida da pessoa que está com câncer (FORONES, 2015).

Nas últimas décadas, o posicionamento frente as patologias aumentaram, sobretudo aquelas que despertam maior interesse epidemiológico por conta da sua alta predominância, trazendo o câncer como um dos eixos para a dedicação dos estudos, justamente por ser um notório problema de saúde pública, merecendo destaque (FORONES, 2015).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o câncer ser diagnosticado, assim como o de qualquer outra patologia, tem como base a anamnese e o exame físico do indivíduo, compondo este como passo relevante para futuros exames integrantes (caso necessário). Estes exames apresentam, além da avaliação da natureza do tumor que deverá ser tratado, outras informações como considerar as funções orgânicas, o acontecimento de doenças mútuas, e as dimensões tomadas até então pela respectiva doença neoplásica (INCA, 2014).

Os exames adicionais, empregados para o diagnóstico e consecutivo tratamento do câncer, são aqueles mesmos usados para a assimilação de outras patologias. Dentre as mais corriqueiras, pode-se mencionar os exames laboratoriais, procedimentos gráficos, endoscópicos, radiológicos, ultrassonográficos, ressonância magnética e marcadores tumorais. Nesse contexto, a cirurgia oncológica, também é empregada para diagnóstico do câncer, a biópsia incisional, biópsia excisional, biópsia por agulha ou endoscopia, essas são consideradas técnicas cirúrgicas, justapostas conforme o local da neoplasia, sua expansão e particularidades de crescimento (FORONES, 2015).

O câncer, ao passar pelo diagnóstico, abrange, além da evidenciação das mudanças teciduais, causas comportamentais e psicológicas do paciente. Quanto ao seu tratamento, a quimioterapia e os problemas atrelados a doença, faz com que os pacientes fiquem assustados por conta da nova realidade em suas vidas, acarretando em ansiedade e até mesmo ao isolamento (BORGES; ANJOS, 2011).

A cada ano adiciona-se significativamente os casos novos de câncer, diante dessa realidade, é importante que os profissionais da saúde organizem ações que envolvam educação em saúde, identificação precoce e tratamento apropriado, para tentar modificar esse cenário (GOMES, et al., 2012). Vale ressaltar que para a maioria dos indivíduos o câncer é entendido como condenação de morte, sendo concomitantemente suscitador de inúmeros sentimentos, dentre eles, medo e incerteza. Nesse bojo, pode-se afirmar que de fato há um aumento de patologias como o câncer, sendo que casos alcançam a recuperação total, contudo em outros, resta apenas aos profissionais responsáveis pelo paciente, a atenção humanizada, englobando até mesmo o conceito paliativo (BORGES; ANJOS, 2011).

No que tange ao sofrimento, Gomes et al. (2012) aborda que o receio e a insegurança do paciente vão de encontro com o desconforto ao longo do processo patológico e a subjetividade que se exprime na relação paciente e profissional da saúde permitindo ajuda no convívio cotidiano, por isso é relevante o enfermeiro conhecer o paciente e suas necessidades para estar hábil a oferecer assistência de enfermagem qualificada aos pacientes e seus familiares.

3.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER AVANÇADO

No primeiro momento é importante enfatizar que os cuidados paliativos poderão ser proporcionados simultaneamente a terapia direcionada a doença de base. Portanto, não operam exclusivamente no controle de sintomas, mas também no tratamento das intercorrências que possuem amplos potenciais de morbimortalidade (SALTZ, JUVÉR, 2008). A complexidade desta assistência exige uma abordagem multidisciplinar, visto que o adoecimento alcança estaturas biopsicossociais e espirituais. À vista disso, faz-se imprescindível que a equipe seja composta por profissionais de diferentes áreas, para abordar todas as dimensões.

Ponderando a enfermagem como parte que compõe a equipe, cabe aos profissionais constituir uma relação de ajuda com paciente e família, através da comunicação, do diálogo, das informações a respeito do controle dos sintomas, intervenções para alívio do sofrimento e apoio aos familiares diante da morte (SALTZ, JUVÉR, 2008).

Predominantemente o enfermeiro tem papel essencial nos cuidados paliativos como no consentimento do diagnóstico e amparo para conviver com a doença. Em ocasiões que um paciente não tem possibilidade de cura, a finalidade principal do cuidado não é a preservação da vida, justamente porque não é possível, mas torná-la satisfatória e digna possível. Especificamente aos profissionais de saúde, que se encontram em contextos relativos a morte, os estudos apontam que a maioria demonstra insegurança e medo em lidar com o paciente em fase terminal. É indispensável que essas questões sejam partilhadas por todos tanto pelo profissional, quanto pela família, com o intuito de impedir a presença de uma dor prolongada tanto para si como para o paciente e família (MOHALLEM et al., 2007).

Na atuação da terapia paliativa, o enfermeiro poderá cuidar, ao lado da equipe, para que o paciente não sinta dor, estando em boas condições de higiene e alimentação, ganhe conforto físico e uma qualidade de vida. Devendo buscar comunicar-se com esse paciente, escutando sempre que possível, ajudando-o a narrar suas emoções e ideias, tanto quanto a compreender melhor a sua experiência (MOHALLEM et al., 2007).

O enfermeiro poderá e deverá, também, constituir uma comunicação efetiva com a família desse paciente, ensinando e orientando quanto aos cuidados necessários quando o doente estiver em casa. O cuidado domiciliar é uma opção, mas humana, conforme assinalado no capítulo anterior, deixando ao paciente readequar-se ao seu ambiente, propondo um maior conforto e proximidade com a família (FORONES, 2015).

Percebe-se que o cuidado paliativo é aquele em que, o cuidado vai em direção na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, envolvendo aspectos como o alívio da dor e de outros sintomas extenuante. Afere-se que a cada ano, 4,8 milhões de pessoas passem por dor cancerosa moderada a grave não tratada. Pela complicação do cuidado tal modalidade terapêutica pleiteia planejamento interdisciplinar e ação multiprofissional capazes de garantir assistência adequada e especializada para que os cuidados sejam efetivados (FORONES, 2015).

Veja-se, por oportuno, que os cuidados paliativos são intrínsecos à prática cotidiana da enfermagem. Fazer um intercâmbio entre ciência e arte indo em direção a um cuidado que ampare, deverá ser premissa básica. É necessário que os profissionais de enfermagem tenham um trabalho calcado na humanização, tanto na aceitação do diagnóstico como na assistência para conviver com a doença. Assim, é presumível desenvolver amparo integral ao paciente e familiar, havendo espaço para escuta atenciosa, uma vez que provoca a diluição da ansiedade devido ao medo da doença e do que possa vir (MATSUMOTO, 2012).

Entretanto, o enfermeiro, além de mais nada é um ser humano, com sua singularidade, com emoções, necessidades, complexidades e limitações para enfrentar situações de morte, sendo necessárias modificações na estrutura organizacional, suporte e segurança ao profissional, para que minimize sentimentos

negativos, diminuindo incertezas sobre a legitimidade da assistência prestada, procurando um cuidado mais otimizado e humanizado (MATSUMOTO, 2012).

Os profissionais que estão inseridos nos processos de cuidados a pacientes com câncer que se encontram sob cuidados paliativos frequentemente são preparados em sua formação durante a graduação para promover saúde e cura aos pacientes e não para perdê-los para a morte, passando por sentimento de frustração e impotência, dado que a morte é presenciada como uma ocasião de dor e profundo pesar (MATSUMOTO, 2012).

Tal barreira é decorrência da ausência de discussões nas instituições de ensino, tornando-se primordial a aquisição das experiências do dia-a-dia, em busca de enfrentamento diante das adversidades decorrentes da profissão, como o fato de se deparar com o paciente no seu fim de vida. Essa deficiência curricular vai além do ensino no Brasil, como foi ressaltado no estudo de Davies et al. (2008) realizado na Universidade da Califórnia - São Francisco. Os autores afirmam que as faculdades de medicina e enfermagem deveriam englobar princípios de cuidados paliativos e competências de comunicação efetiva, tendo como viés o acolhimento, alcançando assim, a otimização dos cuidados oferecidos ao paciente que está seriamente doente e suas famílias.

As condições e alternativas para os melhores cuidados se modificam conforme o país, entretanto, a necessidade do ajuntamento estrutural de cuidados paliativos na formação de médicos e enfermeiros é universal, com abordagem multidisciplinar, em específico envolve questões psicossociais, compreendendo tanto o paciente como o cuidador e a ininterruptão do vínculo após o acontecimento da morte e luto da família (SOUSA; ALVES, 2014).

Nessa linha de pensamento, Sousa e Alves (2014, p. 265) especificam que a competência profissional deverá estar implicada na mobilização, integração e transferência de recursos, conhecimentos e habilidades tanto ao administrar situações quanto ao lidar com a morte, sendo assim,

O lidar com a morte e o morrer no cotidiano dos enfermeiros associado a inexperiência clínica, a falta de treinamentos e suporte emocional adequados, são apontados como obstáculos ao atendimento de qualidade a pacientes que se encontram em final de vida, e em última instância, influenciam na expressão da competência desses profissionais. Ao administrar uma situação complexa a competência profissional consiste em

saber mobilizar e combinar de modo pertinente um conjunto de recursos pessoais e do meio. A construção de competências favorece a formação de esquemas de mobilização de recursos que permitem ao sujeito aplicá-los em suas atividades cotidianas, em função de um projeto que comporta para ele uma significação, ao qual ele dá um sentido (SOUSA; ALVES, 2014, p. 265).

Ao passo que essa falha do modelo de ensino superior não é preenchida mundialmente, as consequências são incontáveis. Segundo estudo de Costa e Lima (2015), acompanhar o processo de morte e morrer dos pacientes provoca nos profissionais da saúde sentimento de desapontamento, derrota, aflição, pena, angústia; caracterizando, desse modo, o luto, sendo preciso que esses profissionais permitam-se viver o luto, em procura de proteção ou subterfugio dessas manifestações emocionais e somáticas.

De outro ponto de vista, esses profissionais descrevem que a morte faz parte da profissão que decidiram atuar, que a procura por ajuda de outro profissional técnico seria considerada uma fraqueza e que optam por adotar uma postura mais técnica para impedir que a emoção atrapalhe no ofício. No plano técnico, o enfermeiro é um excepcional avaliador dos sintomas como dor e seus graus, podendo ajudar a prevenir complicações desagradáveis, tem a arte do manejo das feridas e de saber como ajudar frente as limitações que vão aparecendo e se intensificando cada dia mais (COSTA; LIMA, 2015).

Quando é necessária a intervenção de procedimentos técnicos, verifica-se que 70 a 90% dos pacientes oncológicos são submetidos à administração de opioides, tornando-se nos últimos anos uma das melhores táticas para tratar de dores intensas. Mas, as ações de cuidado implantadas sob a ótica humanística e terapêutica paliativa ultrapassam os desempenhos de procedimentos técnicos, isso quer dizer que envolve a presença ativa do enfermeiro enquanto sujeito que se disponibiliza para o outro, na atenção, no respeito e compromisso com esse paciente (FORONES, 2015).

Ao fazer um apanhado geral do que foi discutido no Capítulo, foi apontado que na fase inicial do diagnóstico de câncer, a terapêutica tem como finalidade a cura ou em casos irreversíveis, a abordagem paliativa deverá ser aplicada a vista do manejo dos sintomas físicos e psicossociais. Já na fase terminal, em que o paciente tem um curto tempo de vida, o tratamento paliativo é intensificado, a fim de que seja

garantido qualidade de vida. Além de sublinhar as competências gerais e específicas dos profissionais da saúde, sobretudo dos enfermeiros, corroborando na autonomia, humanização, diálogo, relação entre paciente e profissional, atuação multiprofissional, promoção de qualidade de vida, posição em relação à vida e à morte, perda e luto, e como subsídios fundamentais para assistência em cuidado paliativo.

4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA

A atuação do enfermeiro e da sua equipe é primordial, desempenhando tarefas, e asseverando a integridade dos seus pacientes e da equipe na qual é composta, pois uma equipe que não possui práticas em harmonia torna-se frágil para a Instituição hospitalar. A equipe coesa, com integralidade, boas relações, proximidade, ética, e profissionalismo, produz qualidade no atendimento prestado, fortalecendo a equipe e o local de trabalho. Um serviço dinâmico de gestão e administração, dentro de uma instituição deverá ser um objetivo de todos. O enfermeiro, além de ser certificado para a arte do cuidar, com sapiência e conhecimento científico, necessita entender as áreas que englobam o cuidado integral do ser humano, dentro de sua competência, suprindo, resolvendo e atuando de forma a contemplar o cuidado direto e indireto ao paciente (MACIEL, 2008).

O trabalho da equipe multidisciplinar na Unidade Internação Oncológica é relevante, já que todos os profissionais procuram melhor atender os pacientes. Cabendo assim, a equipe ter uma sincronização diante da assistência ao paciente, buscando passar segurança e apoio neste momento de sofrimento e vulnerabilidades (MACIEL, 2008).

É possível ressaltar na literatura e no próprio exercício da profissão que o trabalho em equipe é o ponto de apoio para ações integrais na saúde, engajando-se em atender as necessidades dos usuários conforme cada situação e conhecimento já adquirido, pois, a abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada, passando a ser atendido por todos os membros da equipe que também o abrange na resolução de sua problemática (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Nota-se que por desenvolver um vínculo maior com os pacientes, a enfermagem é essencial para o tratamento do paciente oncológico. Pois o paciente carece de cuidados especiais e dentre esses cuidados, verifica-se a prestação de assistência integral no tratamento, tais como a reabilitação, cuidados paliativos, atendimento a família e desenvolvimento de atuações que se relacionam a integração junto aos profissionais da equipe multidisciplinar (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Entende-se que o profissional passa a ser referência do paciente e de seus familiares, atuando como elo entre esses sujeitos e a equipe multiprofissional. A

enfermagem atua no exame do paciente, orientações sobre o câncer, os tratamentos possíveis e métodos realizados, oferecendo suporte emocional e executa ações para a promoção da qualidade de vida. Vale lembrar que a equipe multiprofissional deverá se reunir e discutir sobre os diversos pacientes e a conduta terapêutica seguida por cada profissional em cada caso especial, cooperando para o diagnóstico preciso e o tratamento adequado (NASCIMENTO et al., 2008).

É importante que cada profissional tenha a experiência de trabalho em uma equipe multiprofissional, pois faz com que os profissionais partam para uma mudança no modelo assistencial, uma vez que o profissional precisa cumprir seu papel em um processo de trabalho coletivo, cuja implicação deverá ser realizada de forma completa a partir dos subsídios específicos das diversas áreas profissionais, tendo, desse modo, resultados positivos (NASCIMENTO et al., 2008).

Quanto as competências relacionadas ao ofício da enfermagem, é exigido, a priori, conhecimento científico e tomada de decisões rápidas, sendo comum a exigência dessas atribuições do profissional em um serviço de oncologia. Assim sendo, ter conhecimento dos protocolos, efeitos dos tratamentos e quais deverão ser aplicados, resultados de exames, é imprescindível para o enfermeiro atuar com competência na sua especialidade (SANTANA, LOPES, 2007). Ao caracterizar as atribuições do enfermeiro na oncologia, depara-se com o acionamento de cateter de port-acath e a infusão de quimioterápicos por meio destes cateteres. A via de infusão de quimioterápicos, preferivelmente é por cateter totalmente inserido, port-a-cath. Sendo implantados cirurgicamente e seus reservatórios são alocados sobre protuberâncias ósseas para promover maior facilitação a punção, que deverá ser feita com agulha adequada tipo Huber reta ou angulada, ou ainda com extensor (MACIEL, 2008).

Além das técnicas descritas, a enfermagem também possui a atribuição de delinear cuidados que possuem como objetivo a resolução de problemas que poderão ocorrer, cujas ações são realizadas, majoritariamente, pelos demais membros da equipe de enfermagem. Por conseguinte, é substancial que este planejamento esteja compatibilizado, coerente com a etapa atual em que o paciente está vivenciando a patologia, levando em consideração que cada fase da vida apresenta transformações corporais e psíquicas (MATSUMOTO, 2012).

Para cada intervenção realizada é de fundamental importância a efetivação de registros fundamentados, afinal, são informações indispensáveis no processo do cuidado, ao passo que são descritos de acordo com a realidade documentada, possibilita assim, uma comunicação constante da equipe de saúde com a finalidade de acompanhar cada processo do tratamento, reavaliação e evolução da intervenção prestada, como também para pesquisas, auditorias e planejamento (MATSUMOTO, 2012).

Identifica-se nessa esfera, de modo oportuno, que há evidências de que a equipe de enfermagem emprega mecanismos de enfrentamento para conviver com o sofrimento dos pacientes. Barlem et al. (2016) argumenta que alguns profissionais se distanciam dos pacientes e impede o envolvimento, o que assinala a incapacidade de lidar com a carga emocional decorrente desse convívio habitual. No entanto, alguns profissionais enfatizam que possuem satisfação em promover o alívio do sofrimento do outro, podendo demonstrar que a produção de bem-estar e a amenização da dor, permite novos enfrentamentos e melhor atuação no seu trabalho. Por outro lado, alguns profissionais apontam o desafio de se deparar com a morte, a qual vai na contramão da cura, diante desse tema, os profissionais demonstraram um desejo de aprender a respeito da morte, pois entendem que educação em nível de graduação e capacitações/treinamentos institucionais possam minorar os eventos adversos e possibilitar um melhor atendimento ao paciente e família.

4.1 QUEBRA DO SILÊNCIO: MORTE, DORES, MEDOS E LUTO

Repetidamente os profissionais de saúde, mais notadamente os enfermeiros, se deparam com casos de enfrentamento da morte de pessoas sob seus cuidados, havendo até mesmo impasses em considerá-la como parte integrante da vida, até mesmo se culpabilizando, afirmando que a morte foi o resultado do fracasso terapêutico e do esforço pela cura (FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Nesse aspecto, entender as visões culturais do processo saúde-doença-morte nas distintas sociedades poderá corroborar em uma possibilidade de compreensão aos profissionais de enfermagem de sua própria visão de mundo abarcando os

valores e crenças perante a morte e do processo de morrer, bem como seus costumes e comportamentos relacionados com os desafios do cotidiano que influenciam na vida pessoal e profissional (MOTA, 2011).

O corriqueiro convívio diário com a morte não desobriga os profissionais da saúde de expressar sentimentos de desamparo, sendo a mais dura realidade, portanto, essas emoções que os profissionais enfermeiros percebem “diante de” e de “medo por” faz jus a uma atenção especial, por mais que o tema assuste o ser humano, mesmo se tratando dos profissionais de saúde, cômicos da fragilidade humana e da própria morte. Silveira, Brito e Portella (2015, p. 155) enfatizam que esses sentimentos emanados estão conexos com à sensibilização nas formas de cuidar do outro,

Dessa forma, resgatar o humano dentro do processo de morte e do morrer, com vistas ao cuidado biopsicossocial por mais imprescindível que seja não se apresenta como tarefa fácil, visto que a condição de “profissional da saúde”, que cuida, não pode ser separada da condição de “ser humano” que está inserido num processo cultural, e, portanto, que se angustia, sofre e sente medo, impotência, ódio, revolta, dor e culpa diante das perdas pelo simples fato de temer olhar para a própria finitude (SILVEIRA; BRITO; PORTELLA, 2015, p.155).

Apesar da morte ser um fato natural da vida, os profissionais da saúde, comumente, não estão sendo oportunamente preparados para lidar com ela, o que frequentemente as reações e sentimentos de sofrimento tornam-se gritantes, podendo afetar a saúde mental, representada pelo pavor e pela ritualizada culpabilização. Nessa perspectiva, torna-se imperativo o preparo ético a fim de conduzir as situações que ocorrem no cotidiano, não sendo tarefa simples, pois o profissional aguarda a comemoração da alta hospitalar do paciente (MOTA, 2011).

Acontece que a diferença entre as pessoas em geral e os profissionais da saúde, é que na vida destes, a morte faz parte do seu dia-a-dia, tornando-se habitual, podendo até mesmo se tornar sua companheira de trabalho diário. Ademais, toda doença é uma afronta à vida, portanto poderá parecer como um aceno a morte. Nessa esteira, sabe-se, principalmente, que na emergência os profissionais atende situações imprevistas, além de aplicar procedimentos técnicos, nessa conjuntura, o profissional deverá estar preparado e respaldado diante da competência humana e ética, para lidar com a morte e o morrer do paciente, logo, é

imprescindível agir corretamente com competência e responsabilidade, respeitando o paciente, prestando-lhe, com dignidade os últimos cuidados oferecidos no fim da vida (FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009).

Entre os membros da equipe de saúde, àqueles que atuam na área de enfermagem costumam ser os mais próximos do paciente e, por consequência, de suas famílias. A eles caberá executar as disposições médicas, fazer o monitoramento dos sinais vitais, executar às trocas necessárias (soros, sondas, roupas), além de vir ao leito quando convocados pelo paciente, esse último, encontra-se frequentemente em circunstância de extremo sofrimento e dor (MOTA, 2011).

No que diz respeito aos cuidados relativos aos doentes terminais, é uma empreitada muito difícil e colocar-se no lugar do outro, como rotineiramente tenta fazer a equipe de enfermagem, tem nesses momentos um peso extra. A equipe de enfermagem está presente junto ao paciente e aos familiares nos períodos mais complexos, tendo que enfrentar sentimentos de angústia e dúvidas (FISCHER et al, 2007).

Diga-se de passagem, diante dos achados na literatura, a crítica diante da morte e o modo como a própria instituição hospitalar enfrenta. Sanchez (2015) pontua que o hospital reflete um papel enquanto aproximação da morte, sendo uma estrutura silenciosa, atestando protocolos como monitoramento e medicalização. Invadindo uma sensação de solidão e angústia, acompanhada da insegurança e o mistério de quando a morte poderá chegar, antecipando ainda mais o sofrimento. A despedida às vezes não se faz, despertando uma tensão por parte de quem está perto, é nessa toada que no hospital residem a dureza e o contratempo.

Ainda, na mesma linha de pensamento, é muito comum a falta de empatia pela equipe médica, até mesmo deixando a família à mercê do seu sofrimento, sendo esse perpassado de forma isolada, não podendo compartilhar o luto com a equipe. Alguns profissionais carregam o sentimento de impotência e acabam respondendo com frieza e esse evento, majoritariamente com a intenção de velar esse sentimento. Araújo e Belém (2010) indicam que alguns profissionais compreendem a morte como um processo natural, todavia, não se atentam para a naturalização dela enquanto uma situação banal, não considerando o sofrimento de

quem perdeu alguém importante, só dando espaço para esse evento como algo que faz parte da rotina, uma aceitação calcada no que é normal e rotineiro (FISCHER et al, 2007).

Destarte, para mudar esse cenário, principalmente no que diz respeito a oncologia, observa-se a relevância da enfermagem estar próxima nos momentos difíceis, fazendo com que se torne referência ao paciente e a família, sendo buscada sempre que necessitam de elucidações e apoio. Frente a isso, o profissional tem que saber lidar com as emoções a fim de prestar assistência e se posicionarem diante da situação. A prestação de cuidado para ser estimada de forma positiva, estabelece que o enfermeiro tenha conhecimento sobre o conhecimento da patologia e, sobremaneira, que tenha capacidade para lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente em processo de morte (FISCHER et al., 2007).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa parte da análise da enfermagem e os cuidados paliativos em oncologia, sendo possível observar que a vivência do câncer em uma circunstância de terminalidade tem sido apresentada como um processo irreversível e cheio de sentidos para o paciente, família e equipe de saúde, tendo como ressonância as experiências socioculturais, mitos, receios e dúvidas produzidos desde o momento em que se dá a possibilidade, mesmo que longínqua, da ratificação do diagnóstico.

Por ser uma patologia que é revestida de incógnitas, causando previsões que frequentemente constituem-se de uma grama de sofrimentos, idas e vindas aos hospitais, interrupção das atividades cotidianas e aparecimento das mais diversificadas emoções, prevalecendo o temor e o descontrole emocional frente ao desconhecido. No cenário em estudo, compreende-se a atuação do enfermeiro nos serviços de oncologia e suas estratégias desenvolvidas a fim de promover o cuidado paliativo à pessoa com câncer, presumindo que os cuidados paliativos possuem como escopo prevenir uma morte que é composta de grande sofrimento, a fim de que haja uma morte digna ao paciente, com respeito à figura humana. Para isto, é necessário atenuar agravos e circunstâncias incapacitantes as quais o paciente poderá estar suscetível nesse processo.

Como norteadores dos Cuidados Paliativos encontra-se a assistência humanizada, calcada em intervenções que procuram a amenização da dor e sintomas físicos, promoção de suporte psicossocial e espiritual, diálogo e informações, bem como a escuta, promovendo a autonomia do paciente e fornecer suporte para os familiares e pessoas próximas.

Em síntese, pôde-se concluir que é necessária uma aptidão em lidar com a finitude da vida, além de delinear estratégias de cuidado, não aplicando apenas ações direcionadas às condições fisiológicas do paciente, mas olhar para as questões psicológicas, desejos do paciente, suas convicções religiosas, promovendo qualidade de vida e respeitando sua decisão, criando vínculos mesmo que simples, a fim de prestar uma assistência de qualidade e humanizada.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMÉRICO, A. de F. Q. **As últimas 48 horas de vida**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BARLEM, E. L. D, et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n.1, p. 67-71, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672016000100067>. Acesso em: 12 mai. 2020.

BORGES, D. O.; ANJOS, A. C. Y. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico: adesão às orientações e a efetividade na diminuição de efeitos colaterais e atrasos no tratamento. **Horizonte científico**, Uberlândia, v. 5, n. 2, p. 1-31, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/13500>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

BRASIL. **Coordenação Geral de Ações Estratégicas**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado a criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 11, p.151-157, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692005000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 mai. 2020.

COVOLAN, N.; CORRÊA, C.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M., MURATA, M. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 585-591, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/585>. Acesso em: 20 mai. 2020.

CRISTO, L.; ARAÚJO, T. Comunicação e oncologia: Levantamento de estudos Brasileiros. **Rev. Brasília Médica**, São Paulo, v. 48, n.1, p. 50-57, out. 2011.

DARONCO, V. F. et al. Cuidados Paliativos a pacientes oncológicos: percepção de uma equipe de enfermagem. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 657-664, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19146>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

DOYLE, D. Cuidados paliativos para o mundo. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 1, n. 1, p. 1-12, abr. 2011.

FERNANDES, P. V.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana. **Psicol. teor. prat**, São Paulo, v.11, n.1, p. 142-152, 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mai. 2020.

FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Rev Prática Hospitalar**, São Paulo, v.8, n. 47, p.36-40, jan. 2006. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/download/reflexoes-sobre-cuidados-paliativos-brasil/>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

FISCHER, et al. **Manual de Tanatologia**. Curitiba: Unificado, 2007.

FORONES, N. M. **Manual de Oncologia**. São Paulo: Manoele, 2015.

GAUDENCIO, D.; MESSEDER, O. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 813-820, 2011.

GOMES da S; BERGMANN, A.; THULER L. C. S, FERREIRA, S. C. F. **Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e organizadores**. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Desafios. In: **A situação do câncer no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

INCA. **Estatísticas de Câncer**. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em: 07 set. 2019.

INCA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128p.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

KOVÁCS, Maria Julia. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 3, p.484-497, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n3/v25n3a12.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

LIMA, G. Q. de; PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. S. G. Contribuições da Tanatologia no processo de morrer. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 220-230, 2010. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/31>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

MACIEL M. Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, vol.1, n.1, 2006.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios: cuidados paliativos**. In: CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. Reinaldo Ayer de Oliveira (Coord.). São Paulo: CREMESP, 2008.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios.** In: Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2012.

MOHALLEM, A. G. C.; SUZUKI, C. E.; PEREIRA, S. B. A. **Princípio da oncologia.** In: Enfermagem oncológica. MOHALLEM, A.G.C. L; RODRIGUES, A.B. (orgs.) São Paulo: Manole, 2007.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.1, p.129-135. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mai. 2020.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.42, n.4, p.643-648. 2008.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.727-33. 2006.

OLIVEIRA, M.; FIRMES, M. Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente oncológico. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n.1, p. 91-97, set. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/505>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

REGO, S.; PALACIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

SALTZ, E., JUVÉR, J. **Cuidados Paliativos em Oncologia.** Rio de Janeiro: Senac Rio; 2008.

SÁNCHEZ, E. J. M. Uma comparação do nível de medo da morte entre estudantes e profissionais de enfermagem no México. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.2, p. 323-328, fev. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00323.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SANTANA C. J. M., LOPES, G. T. **O cuidado especializado do egresso da residência em enfermagem do Instituto Nacional de Câncer.** INCA Esc Ana Nery v.11 n.3 Rio de Janeiro set. 2007.

SANTOS, M. J. **Noções Básicas Em Cuidados Paliativos.** In: Programa De Atualização Em Enfermagem – Saúde Do Adulto. Artmed Ed: Porto Alegre 2006.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011>. Acesso em: 02 mar. 2020.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente.** 2005. 218 f. Tese (Mestrado em enfermagem) – Programa Interinstitucional USP/UEL/UNOPAR, 2015.

SILVEIRA, L. C; BRITO, M. B; PORTELLA, S. D. C. Os sentimentos gerados profissionais enfermeiros diante o processo morte/morrer do paciente. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, São Paulo, v. 4, n.2, p. 152-169, dez. 2015. Disponível em
:<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/256/544>>.

SOUSA, J. M, ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paul Enferm.**, Campinas v. 28, n. 3, p. 264-9, 2015.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem.** 3a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.