FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ALINE DUARTE REGAZI

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Além Paraíba

2020

ALINE DUARTE REGAZI

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

BACHAREL - CURSO DE ENFERMAGEM

COORDENADOR PROF: GLEIDSON ROBERTO SANTOS COSTA

ORIENTADOR - PROF. FLÁVIO EDUARDO COELHO PIRES

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

ALÉM PARAÍBA, DEZEMBRO/2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Aline Duarte Regazi.

Cuidados paliativos em oncologia pediátrica

Assistência de enfermagem nos cuidados físicos e emocionais

Nº de folhas: 27

Bacharel em Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro – FAC-SAÚDE ARTHE, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba - FEAP.

Coordenador do Curso: Gleidson Roberto Santos Costa

Professor Titular – Douglas Pereira Senra

Prof. Orientador –Flávio Eduardo Coelho Pires

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

ALINE DUARTE REGAZI

MONOGRAFIA APRESENTADA A FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO MANTIDA PELA A FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA – FEAP, COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO TÍTULO EM BACHAREL EM ENFERMAGEM.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Douglas Pereira Senra
Prof. Titular

_____
Flávio Eduardo Coelho Pires
Prof. Orientador

_____
Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. Convidado e Coordenador

_____
NOTA

APROVADA ☐ **APROVADA COM RESTRIÇÕES** ☐ **REPROVADA** ☐

_____

Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. Coordenador do Curso de Enfermagem

Além Paraíba,_____ de _____2020

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por tudo. E, não poderia deixar de deixar aqui, minha demonstração de amor à minha família, que através do amor dedicado e do incentivo me ajudaram a concluir mais uma etapa importante em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao Orientador, Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires, pela sua dedicação e apoio, com pontuações importantes, tornando possível o desenvolvimento da pesquisa.

Ao corpo docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, pelas contribuições acadêmicas.

A Fundação Educação de Além Paraíba, mantenedora do Curso de Bacharelado em Enfermagem, pela oportunidade.

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais

(BARBOSA et al., 2004).

RESUMO

REGAZI, Aline Duarte. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

Esta pesquisa aborda os cuidados paliativos em oncologia pediátrica. O diagnóstico, tratamento até o desfecho imprevisível da doença causa sofrimento ao paciente infantil, aos familiares e aos profissionais. A relevância do tema em questão baseia-se no propósito de um melhor entendimento da assistência humanizada de enfermagem, com cuidados paliativos para o enfrentamento do medo e da ansiedade pela criança e familiares, causados pela adversidade da doença. O problema de pesquisa proposto foi: Como o Enfermeiro pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares? Tendo como hipótese sustentar a importância dos cuidados paliativos com proposta de cuidado mais humanizado para o paciente, bem como aos familiares, envolto do respeito e solidariedade. Tem como objetivo geral buscar conhecimento sobre a importância dos cuidados paliativos pelo profissional Enfermeiro à criança em tratamento oncológico hospitalar. Como objetivos específicos dissertar sobre os cuidados paliativos e destacar a assistência humanizada de enfermagem. Como metodologia utilizou pesquisa bibliográfica, apresentando em dois capítulos. O primeiro descreve em termos gerais o câncer. No segundo capítulo disserta sobre a assistência humanizada de enfermagem, realçando os cuidados paliativos em oncologia pediátrica. Assim, a assistência de enfermagem, além de cuidados nos aspectos físicos, envolve também os aspectos emocionais, disponibilizados ao paciente e aos familiares, ajudando-os no enfrentamento do medo, angústia e impotência diante da possibilidade da cronicidade da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Oncologia. Cuidados paliativos.

ABSTRACT

REGAZI, Aline Duarte. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

This research addresses palliative care in pediatric oncology. The diagnosis, treatment until the unpredictable outcome of the disease causes suffering to the infant patient, family members and professionals. The relevance of the topic in question is based on the purpose of a better understanding of humanized nursing care, with palliative care to face fear and anxiety by the child and family, caused by the adversity of the disease. The proposed research problem was: How can nurses contribute to improving the quality of life of patients and their families? Having as hypothesis to support the importance of palliative care with a more humanized care proposal for the patient, as well as for family members, surrounded by respect and solidarity. Its general objective is to seek knowledge about the importance of palliative care by the nurse professional to the child undergoing hospital cancer treatment. As specific objectives, talk about palliative care and highlight humanized nursing care. As methodology used bibliographic research, presenting in two chapters. The first describes cancer in general terms. In the second chapter he talks about humanized nursing care, highlighting palliative care in pediatric oncology. Thus, nursing care, in addition to taking care of the physical aspects, also involves the emotional aspects, made available to the patient and family members, helping them to cope with fear, anguish and impotence in the face of the possibility of the chronicity of the disease.

KEYWORDS: Nursing. Oncology. Palliative care.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Células.....13

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO…….....11

1 CÂNCER.....13

2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....17

2.1 Cuidado paliativo.....18

2.2 Comunicação com a família do paciente sob cuidados paliativos.....22

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....26

INTRODUÇÃO

Câncer ou cancro, conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o nome dado a um conjunto de patologia que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, com tendência muito agressiva e incontrolável, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Lidar com câncer significa lidar com uma patologia séria (INCA, 2014).

O diagnóstico, tratamento até o desfecho imprevisível da doença causa sofrimento ao paciente infantil, aos familiares e aos profissionais. Para o paciente, o processo de hospitalização e tratamento representa uma mudança drástica em sua rotina.

A assistência de enfermagem, além de cuidados nos aspectos físicos, envolve também os aspectos emocionais, os cuidados disponibilizados ao paciente e aos familiares, ajudando-os no enfrentamento do medo, angústia e impotência diante da possibilidade da cronicidade da doença (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012).

Sendo entendido que os cuidados paliativos compreendem uma abordagem de assistência ao paciente sem possibilidades de cura e sua família, com o objetivo de proporcionar-lhes conforto, atenção, a partir, essencialmente, de uma boa comunicação, sobretudo no campo do cuidado ao paciente. Uma prática que exige proximidade, afetividade, respeito, percepção além da técnica (OLIVEIRA, 2008).

O interesse em abordar este tema surgiu, a partir dos apontamentos referentes ao Enfermeiro, com assistência humanizada, na Disciplina Saúde Integral da Criança e do Adolescente II durante a vivência acadêmica[1].

A enfermagem é uma profissão que interage com o ser humano, lida com ele num aspecto geral e requer o conhecimento de sua natureza social, física e psicológica. Implicando em uma assistência humanizada benevolente, que estabelece uma relação de ajuda, que sensibiliza com o outro.

No que tange a humanizar a prática em saúde, implica em aproximações críticas que permitem compreender a temática, além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012).

Diante do exposto, o problema de pesquisa proposto foi: Como o Enfermeiro pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares?

---

[1] Curso de Graduação de Enfermagem - Fac-Saúde ArThe.

A relevância do tema em questão baseia-se no propósito de um melhor entendimento da assistência humanizada de enfermagem, com cuidados paliativos, para o enfrentamento do medo e da ansiedade pela criança em tratamento oncológico e familiares, causado pela adversidade da doença.

Tendo como hipótese sustentar a importância dos cuidados paliativos com proposta de cuidado mais humanizado para o paciente, bem como aos familiares, envolto do respeito e solidariedade.

O presente estudo tem como objetivo geral buscar conhecimento sobre a importância dos cuidados paliativos pelo profissional Enfermeiro à criança em tratamento oncológico hospitalar. Como objetivos específicos dissertar sobre os cuidados paliativos e destacar a assistência humanizada de enfermagem.

Como metodologia pesquisa bibliográfica, em bases de dados científicos eletrônicos, livros, revistas científicas sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. A estrutura da pesquisa apresenta em dois capítulos. O primeiro descreve em termos gerais o câncer, uma vez que não consiste em uma doença única com causa única, mas apresenta um grupo de doenças distintas, com diferentes causas, manifestações, tratamento e prognósticos. Já o segundo capítulo disserta sobre a assistência humanizada de enfermagem, realçando os cuidados paliativos em oncologia pediátrica, que deve estabelecer uma relação de ajuda com o paciente e família, através de uma comunicação efetiva, promovendo o controle dos sintomas e medidas para alívio do sofrimento e apoio aos familiares.

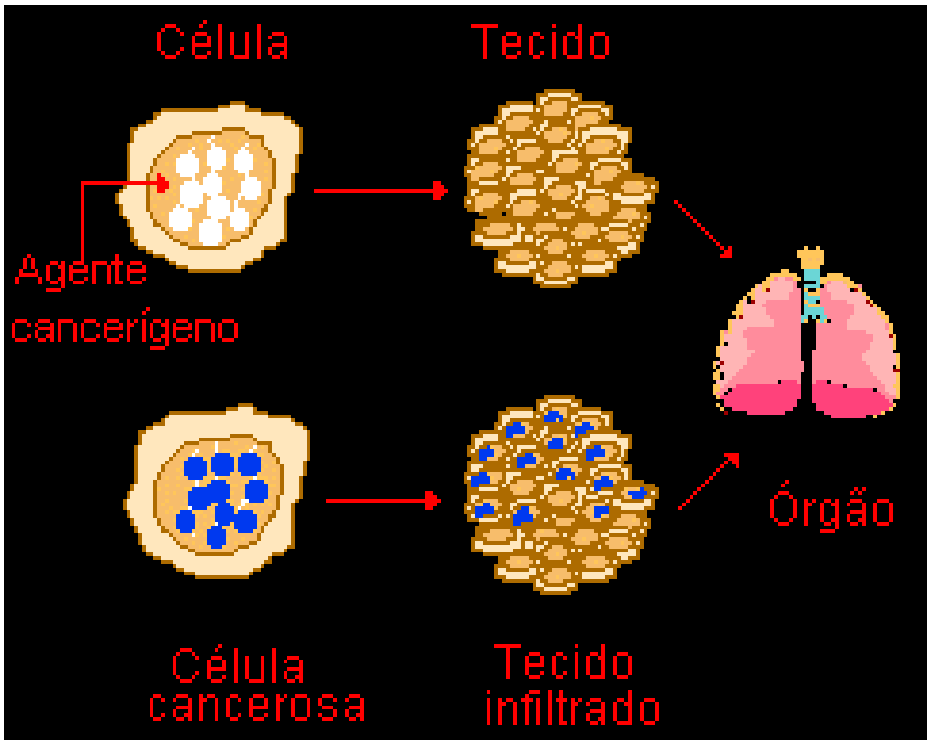
1 CÂNCER

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer, conforme informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014).

As células são formadas por três partes: a membrana celular, que é a parte mais externa; o citoplasma e o núcleo, que contêm os cromossomas, que, por sua vez, são compostos de genes. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, o ácido desoxirribonucléico (DNA). É através do DNA que os cromossomas passam as informações para o funcionamento da célula (GARTNER; HIATT, 2007).

Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes, denomina-se mutação genética. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogene, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização das células normais, denominadas cancerosas (INCA, 2014). Essas células diferentes são denominadas cancerosas.

Figura 1 - Células



Fonte: INCA (2014)

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (INCA, 2014).

Da mesma forma, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017), indica que as mutações e rearranjos que se acumulam, secundários a dano no DNA que não foram corretamente reparados, podem ser resultantes da ativação de um proto-oncogene ou da inativação dos dois alelos de um gene supressor de tumor.

Segundo Gartner e Hiatt (2007), a integridade do sistema imunológico, a capacidade de reparo do DNA danificado por agentes cancerígenos e a ação de enzimas responsáveis pela transformação e eliminação de substâncias cancerígenas introduzidas no corpo são exemplos de mecanismos de defesa. Esses mecanismos, próprios do organismo, são na maioria das vezes geneticamente pré-determinados e variam de um indivíduo para outro.

Wunsch Filho e Moncau (2002) apontam que o sistema imunológico é constituído por um sistema de células distribuídas numa rede complexa de órgãos, como o fígado, o baço, os gânglios linfáticos, o timo e a medula óssea, e circulando na corrente sanguínea. Esses órgãos são denominados órgãos linfóides e estão relacionados com o crescimento, o desenvolvimento e a distribuição das células especializadas na defesa.

Acrescentando mais informações a respeito do sistema imunológico, Gartner e Hiatt (2007) informam que os linfócitos desempenham um papel muito importante nas atividades do sistema imune, relacionadas às defesas no processo de carcinogênese.

No entendimento de Gartner e Hiatt (2007), cabe aos linfócitos a atividade de atacar as células do corpo infectadas por vírus oncogênicos capazes de causar câncer ou as células em transformação maligna, bem como de secretar substâncias chamadas de linfocinas, que regulam o crescimento e o amadurecimento de outras células e do próprio sistema imune. Acredita-se que distúrbios em sua produção ou em suas estruturas sejam causas de doenças, principalmente do câncer.

Conforme os autores Gartner e Hiatt (2007), Wunsch Filho e Moncau (2002), a integridade do sistema imunológico, a capacidade de reparo do DNA danificado por agentes cancerígenos e a ação de enzimas responsáveis pela transformação e eliminação de substâncias cancerígenas introduzidas no corpo são considerados mecanismos de defesa do organismo, geneticamente pré-determinados e variam de um indivíduo para outro.

O câncer infanto-juvenil, que acomete crianças e adolescentes na faixa etária entre 0 a 19 anos é uma doença rara. Segundo a SBP (2017), corresponde a 1% e 3% de todos os tumores

malignos na maioria das populações. Sendo os tipos de câncer mais comuns na criança e no adolescente são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas.

No Brasil, o câncer ocupa a segunda posição de óbitos de crianças e adolescentes (0 a 19 anos), perdendo somente para mortes por causas externas, configurando-se como a doença que mais mata no país (INCA, 2014).

Câncer pediátrico, comparativamente com o do adulto, de acordo com a SBP (2017), tende a apresentar menores períodos de latência, crescer quase sempre rapidamente, ser geralmente invasivo e responder melhor à quimioterapia.

Ainda referenciando a SBP (2017), é importante que a detecção do câncer seja realizada em estadiamentos mais localizados, reduzindo assim, consideravelmente, as complicações agudas e tardias do tratamento, além de contribuir para maior percentagem de cura.

Segundo Guimarães et al., (2016, p.262),

> O câncer pediátrico, quando diagnosticado precocemente e tratado em centros especializados, tem chance de cura em torno de 70%. Entretanto, quando as possibilidades de tratamento curativo - que vão de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e ainda o transplante - se esgotam e a doença não regride, só restam medidas de conforto neste momento de impossibilidade de cura. Assim, a proposta do tratamento passa a ser paliativo.

Conforme os autores, Guimarães et al., (2016), a história clínica, baseada principalmente na queixa principal e o exame físico são os primeiros passos no processo de diagnóstico do câncer. A história familiar, a presença de doenças genéticas ou de doenças constitucionais, podem também auxiliar nas orientações para o diagnóstico.

De acordo com o INCA (2014), o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas e que em alguns tipos de câncer, a susceptibilidade genética tem papel importante. Mas, a interação entre a susceptibilidade e os fatores ou as condições resultantes do modo de vida e do ambiente determina o risco do adoecimento por câncer.

E, considerando a complexidade do tratamento da doença, é fundamental que seja efetuado em centro oncológico pediátrico, por equipe multiprofissional, compreendendo diversas modalidades terapêuticas aplicadas de forma racional, e individualizadas para cada tipo histológico específico e de acordo com a extensão clínica da doença (INCA, 2014).

A atuação do Enfermeiro junto à criança e à família deve firmar em uma assistência humanizada, firmando no bem-estar e na qualidade de vida do paciente e da família, auxiliando-os, aliviando-os e identificar as necessidades existentes durante o período hospitalar (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012).

Assim, é fundamental unir os cuidados paliativos a uma proposta de cuidado humanizado, um ato de respeito e solidariedade, com uma abordagem holística, garantindo que os sintomas estejam controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares e resgatando pendências.

2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

As ações de enfermagem compreendem todo o cuidado, seja ele preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo. De acordo com a resolução do COFEN 210/98, da Resolução do COFEN 257/2001 e da resolução RDC 220/04 fica estabelecida a atuação do enfermeiro nos Serviços de Terapia Antineoplásica. A resolução aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia estabelecendo protocolos terapêuticos de enfermagem na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos colaterais, bem como exige o planejamento, organização, supervisão e avaliação de todas as atividades de enfermagem em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico, em síntese, cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação.

Segundo Pessini (2003), a enfermagem é a arte de cuidar de pessoas, com conhecimento técnico-científico, seriedade, compromisso e ética, em algum período de sua vida. O Enfermeiro é o profissional com maior contato ao paciente oncológico, responsável pelo cuidado, orientação, dando suporte, sanando dúvidas e sendo uma essencial ponte entre o cliente e seu médico assistente, durante seu tratamento.

Colaborando, Leite e Medeiros (2008), a enfermagem, além da arte de cuidar é também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo autonomamente ou em equipe atividades de promoção e proteção da saúde e prevenção e recuperação de doença.

Segundo Péres, Magna e Viana (2003), o papel do enfermeiro é imprescindível na ação do cuidar, pois dentre suas competências está uma atuação direta em ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer, desenvolvendo ações educativas, apoiando medidas legislativas e auxiliando no diagnóstico precoce.

> Os profissionais de saúde devem adaptar as informações às necessidades dos indivíduos e o conhecimento deve fluir sem imposição de ideias, a fim de facilitar o esclarecimento de dúvidas, aumentarem a segurança do paciente na equipe de saúde e caracterizar maior observância ao tratamento (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003, p.635).

A doença, conforme Péres, Magna e Viana (2003), desencadeia muitas reações estressantes tanto no paciente quanto na família, tais como ansiedade, negação, vergonha, culpa e incertezas, raiva, dentre outras. Os exames, o diagnóstico, o tratamento, as mudanças do corpo, reação de família e amigos, interferem diretamente na adaptação do indivíduo à nova situação.

Acrescentando as informações disponibilizadas por Péres, Magna e Viana, Leite e Medeiros (2008), consideram que além dos atos de prestar assistência no tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e atendimento aos familiares, e também no desenvolvimento de ações de integração junto aos profissionais da equipe multidisciplinar e a identificação de fatores de riscos ocupacionais para a prática de enfermagem na assistência ao paciente oncológico.

O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem, de acordo com Pessini (2003) deve ser construído na interseção entre a filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

Conforme Leite e Medeiros (2008), ao adoecer, é comum uma exacerbação de sensibilidade e vulnerabilidade, por ocasião das mudanças repentinas a qual deve enfrentar e submeter-se. Cada indivíduo enfrenta o diagnóstico de modo particular em função de sua personalidade, cujas características são peculiares de cada pessoa, da sua capacidade de lidar com problemas e frustrações, das vantagens e desvantagens advindas da posição de doente.

Péres, Magna e Viana (2003, p.636), enfatizam que, “[...] trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais e está voltada à satisfação do cliente/família.”.

Nesse enfoque, conforme apontamento em Leite e Medeiros (2008), o processo de enfermagem é um método através do qual a estrutura onde as necessidades individualizadas do cliente, familiares e comunidade possam ser satisfeitas é aplicada à prática de enfermagem.

2.1 Cuidado paliativo

Com base no principio bioética da autonomia do paciente por meio do consentimento informado, possibilitando que ele tome suas próprias decisões, no principio da beneficência e da não maleficência, os cuidados paliativos desenvolvem o cuidado ao paciente visando a qualidade de vida e a manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto (SANTOS; CESARETTI, 2001).

Cuidado paliativo, conforme Franco (2008) é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

O cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios. De acordo com Maciel (2008), não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida, com uma abordagem holística, ou seja, respeitando o paciente, garantindo que os sintomas estejam controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares e resgatando pendências.

Pela própria definição de cuidados paliativos da OMS, esses devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal. Cuidar do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, portanto não se deve privar dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer. Devem ser utilizados de forma hierarquizada, levando em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados (OMS, 2002).

Cuidados paliativos nas considerações pautadas em Lepargneur (2004) é um conjunto de abordagens, tendo como foco de atenção o paciente e não a patologia. E, seguindo a recomendação da OMS (2002), deve-se dar uma atenção especial a família e a constante busca de excelência no controle dos sintomas e prevenção do sofrimento.

Segundo Maciel (2008), uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar diagnóstico e tratamento adequados de enfermidades que possam cursar paralelamente a doença principal.

Uma boa avaliação embasada nos exames necessários, além da definição da *performance* do paciente é indispensável para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença (SANTOS; CESARETTI, 2001).

O paciente sob cuidados paliativos, no entendimento de Franco (2008), deseja ser compreendido como um ser humano que sofre porque, além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir. Assim, além de compartilhar seus medos e anseios, o paciente necessita sentir-se cuidado, amparado, confortado e compreendido pelos profissionais da saúde, envolvendo também os familiares, diante de uma situação de sofrimento.

Segundo Guilinelli (2004, p.42): “Expressões de compaixão e afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele e parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção e consolo, alem de paz interior”.

Ao cuidar do paciente em processo de morte, uma das principais habilidades de comunicação necessárias ao profissional é a escuta. Ela deve ser atenta e reflexiva. Sendo um dos mais importantes instrumentos do profissional da saúde que atua em cuidados paliativos,

visto que permite identificar as reais demandas dos pacientes. Como esclarece Maciel (2008, p.19):

> Sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado por sua historia e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo e uma maneira comprovadamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente. Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivenciam a terminalidade.

Doenças avançadas frequentemente estão relacionadas com sintomas associados ao sofrimento, destacando-se nesse contexto a dor, sendo uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ao dano real. Significa, portanto, que a dor e uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido, ou seja, em qualquer situação a dor é o que o paciente refere e descreve (MACIEL, 2008).

E, em pacientes com câncer, já que neles a dor aparece como o sintoma que significativamente afeta a qualidade de vida na terminalidade, constitui um fator importante do sofrimento relacionado com a doença, mesmo quando comparado a expectativa de morte (GUILINELLI, 2004).

Segundo Maciel (2008), o controle da dor deve se basear em avaliação cuidadosa com elucidação de suas possíveis causas e seus efeitos na vida do paciente, investigando fatores desencadeantes e atenuantes, além dos psicossociais, que possam influenciar o seu impacto.

Na concepção de Silva e Hortale (2008), a equipe de cuidadores torna-se fundamental para prover o máximo de alívio aos pacientes sob cuidados paliativos, auxiliando-os a vivenciar o processo de morrer com integridade, utilizando os seus momentos finais de vida da melhor forma possível.

Para Maciel (2008), a inclusão do paciente em cuidados paliativos não significa que deixará de receber os recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados, o que ocorre é avaliar a forma de usá-los tendo em vista os possíveis benefícios e também os possíveis danos a serem evitados.

Para que seja propriamente constituída, uma unidade de cuidados paliativos, Cruz (2006) considera que deve contar com recursos clínicos e terapias complementares destinados a minimizar a dor. Além de procedimentos anestésicos e cirúrgicos para alívio dos sintomas, deverão estar disponíveis outros recursos, como psicoterapia, terapia ocupacional, massagens, relaxamento corporal, acupuntura, musicoterapia e fisioterapia.

Figueiredo (2006) enfatiza que o cuidado paliativo envolve o ato de proteger, amparar, cobrir, abrigar, quando a cura de determinada doença não é mais possível, visando o alívio da dor e outros sintomas estressores para o paciente, utilizando-se de ações ativas e reabilitadoras, desde que não causem abatimento ao paciente do que sua própria enfermidade.

Neste contexto, a equipe multidisciplinar, na qual cada integrante desempenha seu papel específico, em uma ação integrada é importante e no que diz respeito ao profissional de enfermagem, revelando as considerações de Lepargneur (2004, p.53), “Resgatar a relação humana, através da comunicação com o paciente que vivencia o processo de terminalidade é considerada o alicerce para um bom relacionamento interpessoal”.

No mesmo raciocínio, Maciel (2008) destacam que o profissional de enfermagem ao prestar assistência ao paciente de forma holística, fazendo o uso da comunicação como uma ferramenta para o estabelecimento de uma relação de confiança, atende as suas necessidades e se fortalece diante do enfrentamento de perdas, de doença, de incapacidades e de morte.

Com relação aos familiares, Figueiredo (2006) comenta que, para que possam participar solidariamente dos cuidados, os profissionais da saúde devem considerá-los como membros de cuidados similares ao paciente e passíveis de receber informação adequada. Assim, aprimorar a escuta e exercitar a comunicação com o paciente, familiares e demais integrantes da equipe de saúde é importante no processo do cuidado paliativo, que envolve a confiança, o cuidado pela promoção do conforto, do alívio da dor e da preservação da autoestima do paciente.

Segundo Maciel (2008), os profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos com pacientes em iminência de morte e com sua família devem valorizar o uso da comunicação verbal e da não verbal, bem como da escuta qualificada como instrumentos terapêuticos efetivos para promoção dessa modalidade de cuidar.

Portanto, no âmbito dos cuidados paliativos, a comunicação realizada de forma adequada é considerada como um pilar fundamental para a implementação de tal prática. Cruz (2006) enfatiza que trata-se de um suporte que o paciente pode empregar para expressar seus anseios. Para isso, precisa de um cuidado integral e humanizado, que só é possível quando o profissional recorre às suas habilidades de comunicação, essencialmente, com o paciente em fase terminal, para estabelecer uma relação efetiva com ele.

Nesse sentido, as equipes multiprofissionais dedicadas aos cuidados com o paciente devem estabelecer a comunicação clara para a assistência. E, o cuidado integral torna-se o objetivo principal, o qual independe da não possibilidade de cura, portanto, envolve o ser humano para além do adoecer.

2.2 Comunicação com a família do paciente sob cuidados paliativos

Como apresentado no decorrer da pesquisa que a comunicação é uma estratégia, no campo dos cuidados paliativos, até então mencionado ao paciente, a comunicação direcionada as familiares também está inserida, como evidencia Floriani e Schramm (2008), enfatizam que a comunicação é um importante meio para fortalecer a relação entre paciente/família e a equipe de enfermagem, sendo essencial para que haja um respeito mútuo e assim promover uma melhor qualidade de vida ao paciente e um melhor processo de luto aos familiares.

Na mesma linha de pensamento que Floriani e Schramm (2008), Morais (2011) destacam que a comunicação é fundamental para que todos da equipe de enfermagem assistam de maneira holística e com maior sensibilidade e o carinho e o amor ao paciente e aos seus familiares são essenciais, pois os familiares fazem parte do processo da terminalidade. Ou seja, comunicar aos familiares acerca da assistência de enfermagem prestada e do estado geral do paciente, é uma maneira acolhedora, passando para os familiares nesta vivência segurança e confiança.

Santos (2011), de modo enfático discursa sobre a importância da comunicação verbal e não verbal utilizada com a família do paciente em fase terminal. Esclarece que a família é o elo fundamental no processo de cuidado com o paciente e que, para se adquirir a confiança destes, é imprescindível uma boa interação entre os profissionais, pacientes e familiares.

Matsumoto (2012, p.23) faz a seguinte consideração: “A comunicação com o paciente e com os membros da família é primordial para que os profissionais de enfermagem possam oferecer um serviço de qualidade”, pois somente através de uma comunicação efetiva com todos os membros é que ele estará apto a incluí-la adequadamente na terapêutica dos cuidados paliativos.

Da mesma forma, Araujo e Silva (2012), afirmam que o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre enfermeiro-paciente-família é relevante para se conhecer o paciente e suas necessidades, com habilidade e compreensão, e proporcionar-lhe uma assistência terapêutica individual. Neste sentido, através do diálogo entre o profissional de enfermagem e a família do paciente terminal pode revelar muitos anseios, medos e dúvidas presentes nessa dimensão e, de tal modo, promover a criação de vínculo, importante e necessário nessa etapa da vida.

A questão da segurança e da confiança é explanada por Monteiro e Vall (2010) com uma abordagem humanizada, que é permeada por uma relação verdadeira com os familiares mais próximos deles. Essa relação ocorre pelo fato de os profissionais de enfermagem passarem

a maior parte do tempo dispensando sua assistência ao paciente e a sua família, estabelecendo uma relação de amizade e, consequentemente, desenvolvendo um vínculo maior.

Ante o exposto, Santos (2011) ressalta que a comunicação verbal e não verbal é essencial do cuidado com o paciente terminal e aos seus familiares. A relevância do tipo de linguagem utilizada depende do grau de comprometimento do paciente, porém é possível se comunicar passando informações que confortam, esclarecem e dignificam o ser humano. Logo, o relacionamento interpessoal que ocorre entre o profissional de enfermagem, paciente e familiar, no processo do cuidar, tem sua essência nas habilidades de comunicação, e isso é fundamental para que a assistência de enfermagem seja humanizada.

Para Matsumoto (2012), nas situações de terminalidade, os familiares de pacientes têm necessidades específicas e necessitam estar próximo ao paciente, sentir-se útil e ter consciência das modificações do quadro clínico, de forma a compreender o que está sendo feito no cuidado e o motivo, além das garantias do controle do sofrimento e da dor, podendo expressar os seus sentimentos e angústias.

Sendo importante também, de acordo com Araujo e Silva (2012), uma assistência humanizada da equipe de enfermagem aos familiares do paciente em fase terminal, contribuindo em suas reações o que contribui para a própria reação do paciente, pois dependendo das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar pode tornar-se um aspecto de difícil manejo.

Morais (2011) pontuam que o familiar do paciente crítico ao ter consciência da situação concreta e da possibilidade de morte do seu enfermo que está na UTI, expressa o vazio existencial através de sentimentos como: tristeza, frustração, pessimismo, desorientação, angústia e falta de sentido para viver. Alguns sentimentos como empatia e afeto são necessário para que ao entrar em contato com o paciente e sua família, seja possível abordá-lo e compreendê-lo com a sua doença em toda sua peculiaridade.

Silva et al., (2010) comentam que o estresse familiar é geralmente um dos maiores pontos de transição de um estágio para o outro no que diz respeito ao processo de desenvolvimento familiar e, em cada estágio, existem complexos e diferentes papéis a serem assumidos pelos membros da família, uns em relação aos outros.

> A família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, em geral, quando um indivíduo adoece, toda a família adoece, sofrendo e sentindo as consequências desse momento vivenciado. A família sofre com o adoecer e com a proximidade de morte do seu familiar, vindo à tona as questões a respeito da vivência do cuidador durante o cuidado com o paciente fora de possibilidade de cura (SILVA et al., 2010, p.362).

Os autores comentam que, no ciclo de vida familiar, as famílias necessitam se reorganizarem para acomodarem as mudanças no ciclo individual de cada membro. Na mudança no ciclo de vida familiar há impacto em todos os membros, necessitando reajuste de toda a família.

Nas palavras de Santos (2011), quando a família está esclarecida sobre o que irá acontecer, o ambiente torna-se harmonioso, pois a preocupação é manter os cuidados paliativos. Por isso é válido lembrar que a equipe de enfermagem deve sempre ter um bom nível de comunicação, e sobre tudo reforçando um trabalho mais sistematizado, para que haja adaptações desses familiares ao enfrentamento desse momento de crise, e com isso causa ruptura daquilo que é esperado na dinâmica familiar.

Santos (2011) aponta também que, fundamental que na interdisciplinaridade haja o Psicólogo para estruturar o trabalho de psicoterapia breve, enfatizando-se o momento, na busca de proporcionar um espaço de reflexão e expressão dos sentimentos, angústias, medos, fantasias, a fim de minimizar o impacto emocional e o estresse vivenciado pelos familiares, pacientes e outros profissionais nesse momento da internação.

Com isso a equipe de enfermagem, nas considerações encontradas em Santos (2011), precisa ter uma boa relação também com a família já que a mesma necessitará de acolhimento e segurança. A equipe de enfermagem deve acolher a família, com uma assistência humanizada, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvida de que em vários tipos de câncer a susceptibilidade genética tem papel importante, mas é a interação entre esta susceptibilidade e os fatores ou as condições resultantes do modo de vida e do ambiente que determina o risco de desenvolvimento de câncer.

A enfermagem tem um papel primordial antes, durante e após o tratamento, seja na intervenção e gerenciamento de ações, como no contato direto ao paciente, sanando receios e confortando o paciente e familiar de maneira apropriada.

Um paciente nunca e igual ao outro, ainda que a manifestação da doença seja igual. E no cuidado paliativo ficou evidente que nunca pode estar isolado da cadeia de serviços de saúde, pois caracteriza uma atenção global ao paciente. Os cuidados paliativos adotam uma abordagem humanista e integrada para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida.

Como pontos positivos dos estudos realizados, destacamos os aspectos gerais e específicos para o plano de cuidados, como a importância da comunicação, em uma linguagem de entendimento aos pacientes e familiares para a compreensão da patologia, da proporção considerável dos fatores de risco conhecidos para o câncer, das reflexões críticas sobre o cuidado.

Portanto, a busca de conhecimento científico do profissional de enfermagem é importante para contribuir no processo de saúde da população e na assistência humanizada. Entretanto, estudos ainda devem ser desenvolvidos para fornecer a base de conhecimentos, os quais poderão promover a efetividade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo. a.46, n.3, jun, 2012, p.626-32.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação**. Resolução 210/98; Resolução 257/2001. Disponível em: <htpp://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 02 set. 2020.

CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.

FIGUEIREDO, M.T.A. Cuidado paliativo. **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo: Unifesp, 2006, p.28-29.

FLORIANI , C.A.; SCHRAMM, F.R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência Saúde Coletiva**. n.13, supl 2, 2008, p.123-32.

FRANCO, M. H. P. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: psicologia. Cuidado paliativo. **CREMESP**, 2008, 1 (III): 74-6.

GARTNER, L.P.; HIATT, J.L. **Tratado de histologia em cores**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

GUIMARÃES, T.M.; SILVA, L.F. da.; SANTO, F.H.E.; MORAES, J.R.M.M. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem**. 2016. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 15 set. 2020.

GULINELLI, A. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Rev Assoc Med Bras.** 2004, 50 (1): 41-7.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de câncer no Brasil**. Estimativa 2014. Disponível em: <htpp://www.inca.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LEITE, K.A.O.; MEDEIROS, F.A.L. O ato de cuidar na perspectiva de profissionais do programa saúde da família (PSF). **Revista Nursing**. a.11, n.126, 2008, p.518-523.

LEPARGNEUR, H. Dignidade: Alma secreta da Bioética? *In*: GARRAFA, L.; PESSINI, O. Bioética: **Poder e Injustiça.** São Paulo: Loyola, 2004.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. Cuidado paliativo. **CREMESP**, 2008, 1(I): 18-21.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MONTEIRO, A.C.M.; RODRIGUES, B.M.R.D.; PACHECO, S.T.A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Revista Escola Anna Nery**, n.16, v.4, jul-2012, p.741-6.

MONTEIRO, F.F.; VALL, J. **A importância dos cuidados paliativos na enfermagem**. 2010. Disponível em: <htpp://www.scielo.org>. Acesso em: 12 set. 2020.

MORAIS, F. R. C. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Revista Brasileira Enfermagem.** São Paulo, v. 89, n. 4, 2011, p. 240-247.

OLIVEIRA, R.A. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Programas nacionais de controle do câncer:** políticas e princípios de gerenciamento. 2002. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br>. Acesso em: 19 set. 2020.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Caderno Revista Saúde Pública**, a.2, n.7, 2003, p.635-642.

PESSINI, L. Humanização em Saúde. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo (SP), ano 27, v. 27. n. 2, abr./jun. 2003, p.235-240.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2001.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Atuação do pediatra**: epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico. 2017. Disponível em: <htpp://www.sbp.com.br>. Acesso em: 15 set. 2020.

SILVA, M. A.S.; COLLET, N.; SILVA, K.L.S.; MOURA, F.M. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paul Enferm**, v.23, n. 3, p. 359-65, 2010.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. Cuidados Paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno Saúde Pública**. a.22, n.10, abr, 2008, p. 5555-66.

WUNSCH FILHO, V.; MONCAU, J.E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Revista Associação Médica Brasileira**. v.48, n.3, 2002, p.250-257.