



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Redeenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

**LETÍCIA FERREIRA ALVES**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE  
DOENÇA ONCOLÓGICA**

**Palmas – TO**

**2020**

**LETÍCIA FERREIRA ALVES**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE  
DOENÇA ONCOLÓGICA**

Monografia apresentada como requisito parcial da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do curso de Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Especialista Adélia Nascimento da Conceição.

**Palmas – TO**

**2020**

**LETÍCIA FERREIRA ALVES**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE  
DOENÇA ONCOLÓGICA**

Monografia apresentada como requisito parcial da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do curso de Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Especialista Adélia Nascimento Conceição.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Especialista Adélia Nascimento da Conceição  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Tatyanni Peixoto Rodrigues  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

---

Prof<sup>a</sup>. Especialista Jaminuam Aucê do Nascimento Mamede  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Palmas – TO

2020

*À minha mãe, **Claudinéia Ferreira de Oliveira**, ao meu pai, **Alecivaldo Alves Oliveira** e ao meu filho **Mateus Alves Marchesine**, por serem minha base e meu apoio durante a graduação.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus pelo dom da vida, por ter me dado forças nos momentos difíceis, o ombro amigo mais presente e por ter me dado apoio e segurança durante a construção desta monografia.*

*Em especial a minha família: a minha mãe **Claudinéia Ferreira de Oliveira**, ao meu pai **Alecivaldo Alves Oliveira**, meu irmão **Otávio Ferreira Alves** e ao meu filho **Mateus Alves Marchesine**, que sempre foram minha maior motivação na busca de ser uma pessoa melhor e uma profissional competente.*

*A minha Orientadora, **Prof. Especialista Adélia Nascimento da Conceição**, que com o seu carisma e paciência, me conduziu com sabedoria e motivação na produção deste estudo monográfico.*

*“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.*

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

ALVES, Letícia Ferreira. **Assistência de enfermagem ao paciente portador de doença oncológica**. Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II). Curso de Enfermagem (Graduação). Centro Universitário Luterano de Palmas – CEUP/ULBRA. Palmas-TO, 2020. 58f.

O câncer é uma alteração da célula, que descontrola seu funcionamento, altera sua forma de divisão e multiplicação fazendo-a crescer de forma anormal e sem respeitar as necessidades do corpo. É considerado um grande problema de saúde pública no mundo e mata mais de seis milhões de pessoas a cada ano. Os estudos e pesquisas sobre o que acarreta o desenvolvimento do câncer são as mais diversas; vai desde as causas externas presentes no meio ambiente como também causas internas como mutações genéticas e condições imunológicas. Suas manifestações clínicas podem ser locais ou sistêmicas, depende do tipo de câncer presente e seu grau de malignidade. Os enfermeiros são os profissionais de maior contato com o paciente oncológico e por ser um momento de difícil compreensão para o doente; se faz necessário grande empenho do profissional, tanto para atender melhor às necessidades do paciente; como também da família que diante da situação sofre junto. Nesse contexto, foi realizado um estudo de revisão de literatura com levantamentos de dados dos portais da BVS, Google Acadêmico, *Scielo* e *Lilacs*. Os objetivos do estudo foram descrever as atribuições da enfermagem no que se refere à assistência ao portador de doença oncológica; identificar ações que visam contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento a pacientes portadores de doença oncológica.

**Palavras-chaves:** Assistência. Câncer. Enfermagem. Humanização.

## **ABSTRACT**

ALVES, Letícia Ferreira. ***Nursing care for the patient with cancer disease***. Course Completion Work II (TCC II). Nursing Course (Undergraduate). University Center of Luterano de Palmas - CEUP / ULBRA. Palmas-TO, 2020. 58f.

*Cancer is a cell alteration, which disrupts its functioning, changes its form of division and multiplication causing it to grow abnormally and without respecting the needs of the body. It is considered a major public health problem in the world and kills more than six million people each year. Studies and research on what causes the development of cancer are the most diverse; goes from the external causes present in the environment and also internal causes such as genetic mutations and immunological conditions. Its clinical manifestations may be local or systemic, depending on the type of cancer present and its degree of malignancy. The nurses are the professionals with the greatest contact with the oncology patient and because it is an area of difficult understanding if it takes a great commitment of the professional, both to better meet the needs of the patient; as well as the family that faces the situation together. In this context, a literature review study was conducted with data collection of the portals of the VHL, Google Academic, Scielo and Lilacs. The objectives of the study were to describe the attributions of nursing with regard to the assistance to cancer patients; to identify actions that aim to contribute to the improvement of the quality of care for patients with cancer disease.*

**Keywords:** Assistance. Cancer. Nursing. Humanization.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ANCP** – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

**BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde

**DNA** – Ácido Desoxirribonucléico

**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem

**HC** – Hospital das Clínicas

**INCA** – Instituto Nacional de Câncer

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PE** – Processo de Enfermagem

**PNHAH** – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

**SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SCIELO** – *Scientific Electronic Library Online*

**UFPE** – Universidade Federal de Pernambuco

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Propagação do câncer em uma célula .....	16
<b>Figura 2:</b> Ação do agente cancerígeno na célula .....	19
<b>Figura 3:</b> Primeiro estágio de carcinogênese na célula .....	20
<b>Figura 4:</b> Segundo estágio de carcinogênese na célula .....	20
<b>Figura 5:</b> Estágio da progressão com multiplicação descontrolada das células.....	21
<b>Figura 6:</b> Ilustração do Comportamento das células cancerosas .....	22

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	11
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA .....	12
1.3 JUSTIFICATIVA.....	12
1.4 HIPÓTESES .....	13
1.5 OBJETIVOS.....	13
1.5.1 Objetivo Geral.....	13
1.5.2 Objetivos Específicos .....	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ONCOLOGIA.....	15
2.1.1 O que é o Câncer.....	15
2.1.2 Estágios de Formação do Câncer.....	18
2.1.3 Comportamento das células cancerosas.....	21
2.1.4 Defesa do organismo.....	22
2.2 UM OLHAR SOBRE A ONCOLOGIA .....	24
2.2.1 Instituto Nacional do Câncer.....	27
2.3 HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS AOS PORTADORES DE DOENÇA ONCOLÓGICA .....	28
2.3.1 Assistência de Enfermagem ao Portador de Doença Oncológica .....	33
2.3.2 Consulta de Enfermagem nos Processos de Quimioterapia e Radioterapia .....	35
2.3.3 Cuidados Paliativos .....	36
2.3.3.1 Assistência e cuidados ao paciente terminal.....	39
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>41</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	41
3.2 ABORDAGEM DO ESTUDO .....	42
3.3 OBJETO DE ESTUDO.....	43
3.4 FONTE DE DADOS .....	43
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	44
3.6 COMPILAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	44
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>45</b>
4.1 CONHECENDO O CÂNCER E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE DOENÇA ONCOLÓGICA.....	45
4.2 O CÂNCER SOB A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM.....	47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O câncer é uma alteração da célula, que descontrola seu funcionamento, altera sua forma de divisão e multiplicação; fazendo a célula crescer de forma anormal e sem respeitar as necessidades do corpo (SCHEIN, 2016).

É considerado um grande problema de saúde pública no mundo e mata mais de seis milhões de pessoas a cada ano. No Brasil, ele foi representado por uma taxa de 16,4% de todas as causas de óbitos (OLIVEIRA et al., 2015). Dependendo do tipo, local e grau de comprometimento, é possível ter sucesso no tratamento e cura, apesar das altas taxas de mortalidade. Na impossibilidade de cura, é fundamental os cuidados que promovam a diminuição do sofrimento dos pacientes e seus familiares através dos cuidados paliativos (SALES, 2012).

As manifestações clínicas das neoplasias podem ser locais e/ou sistêmicas, e depende do tipo de câncer e seu grau de malignidade. Em sua maioria, são sintomas que causam muita dor e sofrimento biopsicossocial (SCHEIN, 2016).

Por ser uma área complexa para a atuação e com múltiplas e complexas demandas de cuidado, se faz necessário grande empenho do profissional de enfermagem para atender as necessidades de cuidado de cada paciente e familiar dentro das possibilidades e diante de imprevistos e instabilidades que cercam esses pacientes (MIRANDA; CHAGAS, 2011).

O cuidado é diversificado e o curso clínico da doença pode contribuir negativamente na adesão ao tratamento (NEDER et al., 2015), por isso as medidas terapêuticas para estes pacientes requer visão ampla dos profissionais de enfermagem na realização de diagnósticos, intervenções e aspectos psicológicos e sociais (SOUZA et al., 2017).

A implementação de ações inovadoras na forma de acolher o paciente com neoplasia são de grande importância no processo do cuidado e tratamento, tendo em vista que as doenças oncológicas podem causar grandes transtornos psicossociais no dia a dia do paciente, o que requer uma visão mais ampla dos profissionais para uma assistência completa e de qualidade.

Em função desta apresentação, a enfermagem deve ser capaz de reconhecer e analisar as necessidades de saúde dos pacientes portadores de doença oncológica, intervindo através das práticas, sabedoria e estudos em saúde, tendo em vista atender os problemas no circuito da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Na busca da literatura sobre o tema, nota-se muitos estudos sobre a assistência de enfermagem aos usuários com neoplasias, sendo a maioria sobre levantamento de perfil epidemiológico, sistematização da assistência de enfermagem, cuidados paliativos e humanização, fatores psicossociais e tratamentos da doença.

Assim sendo, a realização deste estudo é de grande relevância acadêmica e social pelo fato de ampliar conhecimentos sobre a necessidade de evidenciar as doenças oncológicas como um campo de atuação da enfermagem.

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Assistência de enfermagem ao portador de doença oncológica. Quais os atendimentos de relevância nessa assistência?

## 1.3 JUSTIFICATIVA

O interesse para a realização deste estudo surgiu durante o período de estágios, quando então pode-se constatar a relevância que o profissional de enfermagem tem para implementar ações que visem aprimorar a assistência hospitalar ao paciente portador de doença oncológica, bem como o cuidado da terapia medicamentosa.

A implementação de ações inovadoras na forma de acolher o paciente com neoplasia são de grande importância no processo do cuidado e tratamento, tendo em vista que as doenças oncológicas podem causar grandes transtornos psicossociais no dia a dia do paciente, o que requer uma visão mais ampla dos profissionais para uma assistência completa e de qualidade.

Em função desses aspectos, a enfermagem deve ser capaz de reconhecer as necessidades de saúde destes pacientes, intervindo através das práticas e saberes em saúde, visando assim atender os problemas no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde (BASTOS; LOPES, 2010).

A maioria dos estudos publicados sobre assistência de enfermagem aos usuários com neoplasias são sobre levantamento de perfil epidemiológico, sistematização da assistência de enfermagem, cuidados paliativos e humanização, fatores psicossociais e tratamentos da doença.

## 1.4 HIPÓTESES

A enfermagem pode desenvolver ações que visam aprimorar a qualidade no atendimento humanitário e/ou assistência aos portadores de doença oncológica, dentre as quais estão:

- ✓ Realizar exame físico e anamnese completo;
- ✓ Tomar conhecimento sobre os problemas físicos e psicológicos do paciente;
- ✓ Acompanhar a adesão ao tratamento;
- ✓ Promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento.

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 Objetivo Geral

Analisar as atribuições da enfermagem na assistência hospitalar ao paciente portador de doença oncológica.

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Relatar as atribuições da enfermagem no que se refere à assistência hospitalar de pacientes portadores de doenças oncológicas;
- ✓ Identificar as ações que visam contribuir para o aprimoramento da qualidade do atendimento e/ou assistência a pacientes com doenças oncológicas;
- ✓ Promover o conhecimento sobre os cuidados específicos de enfermagem aos portadores de doença oncológica.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ONCOLOGIA

#### 2.1.1 O que é o Câncer

A neoplasia conhecida como uma doença crônico-degenerativa, é caracterizada por várias alterações no funcionamento de uma célula na qual está interligada ao ritmo e a qualidade da vida humana. Dentre essas doenças estão a esclerose múltipla, artrite reumatoide, diabetes, artrose, hipertensão, câncer e reumatismo, que representam as principais doenças crônicas não transmissíveis. Embora seja de possível controle, a quantidade de eventos que acontece sobre o tratamento acaba acometendo uma triste mudança no estilo de vida do paciente. (TEIXEIRA et al., 2012).

A etimologia da palavra 'câncer' vem do grego *karkínos*, que significa caranguejo e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. Entretanto, esta neoplasia maligna não é uma enfermidade atual. As células se dividem, “a divisão implica na duplicação do seu genoma, enquanto isso o processo de reprodução de alguns genes pode ser alterado, essas alterações podem ser contínuas, muitos não produzem resultados, mas desenvolvem células cancerosas” (BRASIL, 2011. p. 17).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019) define câncer como sendo “um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células (malignas) que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) 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, 2019).

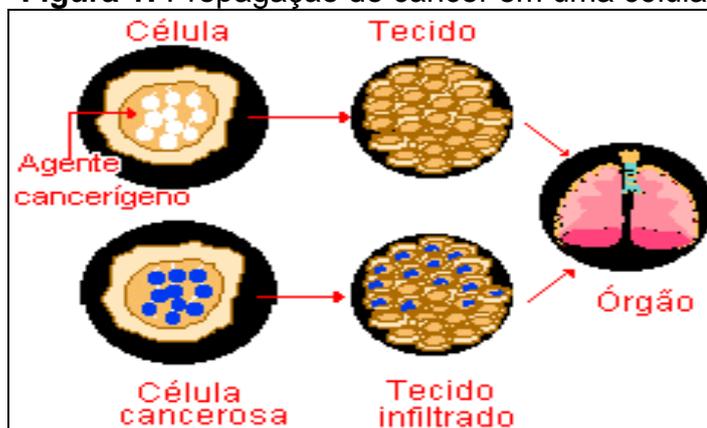
Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada por mais de um tipo de célula. Assim, se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas.

Segundo estudiosos, a neoplasia vem sendo um nome bem frequente dado sincronicamente a um conjunto com mais de cem doenças, sendo atualmente a segunda causa de mortalidade mesmo em países desenvolvidos. Embora já existam muitos tipos de câncer, todos começam devido ao crescimento e multiplicação anormal descontrolado das células. Células normais se expandem, multiplicam e depois falecem de maneira ordenada, no entanto nem todas as células agem no mesmo sentido, algumas simplesmente nunca se dividem (OLIVEIRA et al., 2015).

As células cancerosas possuem um crescimento diferente das células normais, em vez de falecerem, continuam se expandindo de forma incontrolavelmente, esse crescimento é diferente do crescimento celular normal; pois nesse processo acabam formando células anormais no organismo.

Muitos organismos vivos podem apresentar irregularidades no seu crescimento celular, nessas situações "as células se dividem de forma acelerada, violenta e irreprimível, distribuindo-se para outras partes do corpo e provocando transtornos funcionais. O câncer é uma dessas adversidades (BRASIL, 2011, p. 18). Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadirem tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

**Figura 1:** Propagação do câncer em uma célula



Fonte: Ministério da Saúde. Inca (2017)

Segundo Herzberg e Ferrari (2008), o termo câncer foi empregado pela primeira vez na Grécia antiga. Observando-se que algumas feridas pareciam penetrar profundamente na pele, comparou-se esse comportamento ao de um caranguejo (*karkinos* em grego, câncer em latim) agarrado à superfície.

Apesar de reconhecidas há tanto tempo, somente após a descoberta do microscópio é que o estudo das doenças malignas pôde se desenvolver. A partir da identificação da célula como a unidade funcional dos organismos evoluídos, foi possível compreender um pouco melhor o desenvolvimento das doenças malignas (HERZBERG; FERRARI, 2008).

A palavra câncer sempre soa assustadora para a maioria das pessoas, não só por quem recebe o diagnóstico, mas para o profissional de saúde, normalmente, o médico é que tem a responsabilidade de comunicar o diagnóstico ao paciente. E, na maioria das vezes quando um determinado paciente é diagnosticado como sendo portador desta doença, a reação mais comum constatada nos consultórios médicos é a de quem acabou de ser condenado à morte, é a de desespero (BARBOSA, 2006).

Este típico comportamento observado com frequência nos casos de pacientes portadores da doença ocorre mesmo quando se verifica que existe, atualmente, uma grande divulgação de informações tanto na mídia, quanto nos canais de informações nas instituições públicas e privadas de saúde do País, referentes aos avanços terapêuticos que a ciência médica tem obtido nos últimos anos.

A incidência do câncer na população brasileira apresenta índices elevados devido à falta de instrução, de estruturas adequadas e recursos financeiros. Pois grande parte dos habitantes vive em condições precárias de saúde e ignoram o que pode fazer para melhorá-la. Segundo Moraes (2001, p. 19 “Para se ter saúde é preciso ter também educação, condições humanas de trabalho, moradia e alimentação”, destaca o autor.

Segundo Barbosa (2006), quando uma pessoa é acometida de câncer há um grande impacto para ela, a família e todos que lhe são próximos. Assim, todos são acometidos de uma espécie de ‘síndrome de câncer’.

O câncer lembra a morte, e a morte é o fim da vida, ou desta vida, como acreditam os espiritualistas de quase todos os credos. [...]. O câncer ainda constitui um tabu, sendo esta palavra pronunciada à meia-voz ou através dos mais diversos pseudônimos, como “CA”, “tumor maligno” ou “aquela

doença”, e o paciente é sempre poupado de ouvi-la para que sejam evitados maiores constrangimentos (BARBOSA, 2006, p.16).

Na sociedade contemporânea, “existem muitas ideias erradas sobre o câncer”, afirma Barbosa (2006). Atualmente, no Brasil, é possível fazer diagnósticos precisos, tratamentos apropriados e obter qualquer tipo de informação. E quando tudo isto acontece, acompanhado de um bom suporte emocional, pode curar ou controlar o tumor e ainda oferecer uma boa qualidade de vida aos pacientes.

Na avaliação de Barbosa (2006, p. 23) o diagnóstico de câncer:

[...] tem o poder de mudar tudo na vida do paciente. Passado e futuro passam a ser coisas distantes. O presente assume outras proporções. Algumas pessoas modificam completamente seus hábitos, passam a rever conceitos, valores, crenças, comportamentos e atitudes, promovendo uma reviravolta em suas vidas.

Além disso, às vezes o mesmo tipo de câncer tem evolução, prognóstico, tempo e condições de sobrevida totalmente diferentes para pessoas diversas. Para isso, a ciência ainda não encontrou explicação. O mesmo tipo de tumor pode evoluir de forma oposta, de acordo com o organismo do paciente, sem que haja uma explicação plausível, tornando-se assim, “muito difícil determinar complicações futuras e prever o desfecho da doença e, menos ainda, o tempo de sobrevida que cada um terá após o diagnóstico e o tratamento” explica Barbosa (2006, p. 22).

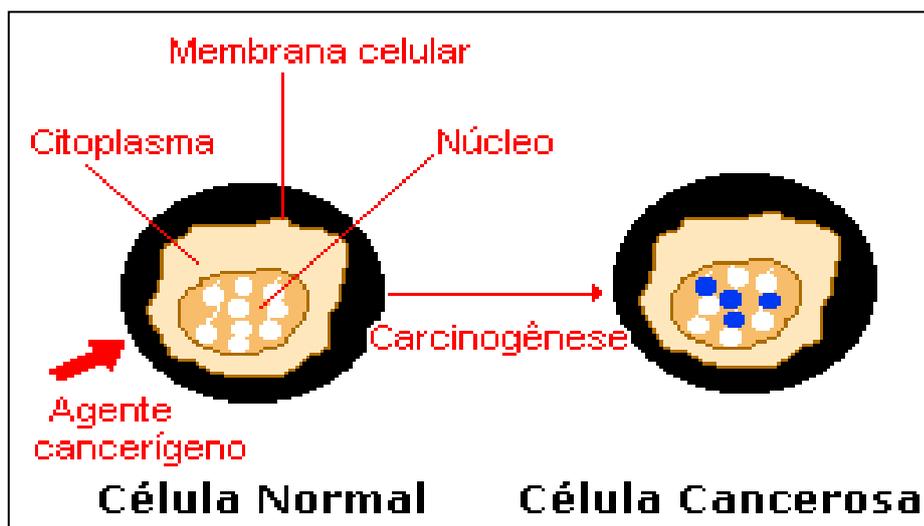
Na sequência deste estudo, segue um breve resumo sobre os estágios desta doença que assola a humanidade deste século e que continua a desafiar a ciência médica, mesmo após os avanços obtidos nos últimos anos.

### **2.1.2 Estágios de Formação do Câncer**

As células que constituem os animais são formadas por três partes: a membrana celular, que é a parte mais externa da célula; o citoplasma, que constitui o corpo da célula; e o núcleo, que contém os cromossomos que por sua vez são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo.

Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa “memória química” - o Ácido Desoxirribonucléico (DNA). É através do DNA que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula (INCA, 2017).

**Figura 2:** Ação do agente cancerígeno na célula



Fonte: Ministério da Saúde. Inca (2017)

Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes. É o que se denomina mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas.

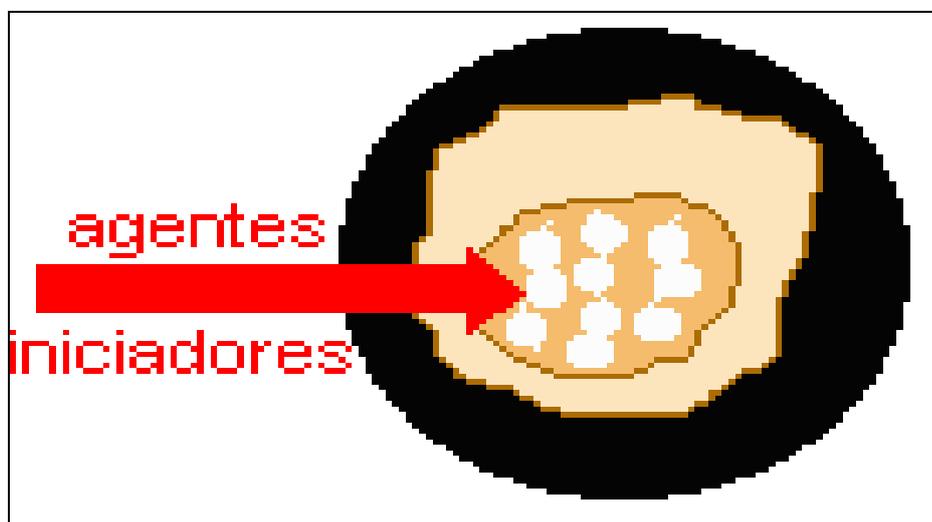
O processo de formação de câncer, denominado de carcinogênese, ocorre lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. De acordo com informações do Inca (2017), esse processo passa por vários estágios antes de chegar ao tumor. São eles:

#### **a) Estágio de iniciação**

É o primeiro estágio da carcinogênese. Nele as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos ou carcinógenos que provocam modificações em alguns de seus genes. Nesta fase as células se encontram, geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente. Encontram-se

"preparadas", ou seja, iniciadas para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio (INCA, 2017).

**Figura 3:** Primeiro estágio de carcinogênese na célula

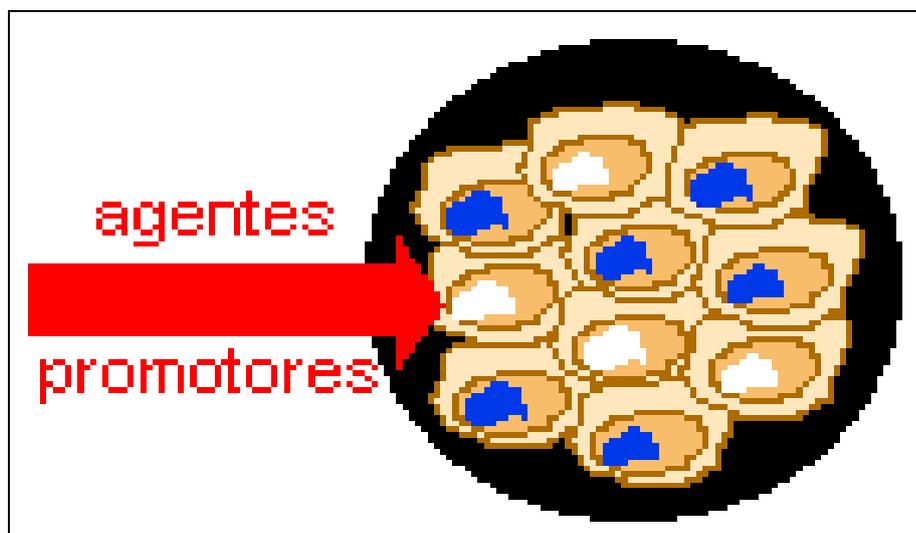


Fonte: Ministério da Saúde. INCA

#### **b) Estágio de promoção**

No segundo estágio da carcinogênese, as células se apresentam geneticamente alteradas, sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores, sendo transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual.

**Figura 4:** Segundo estágio de carcinogênese na célula



Fonte: Ministério da Saúde. Inca (2017)

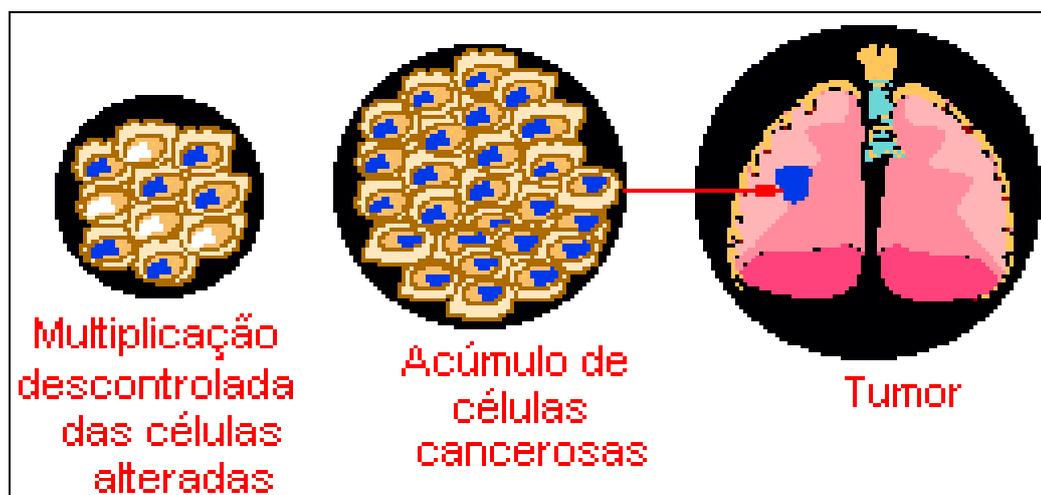
“Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor” (INCA, 2017).

Neste estágio, caso ocorra à suspensão do contato com os agentes promotores, muitas vezes o processo é interrompido. Alguns componentes da alimentação e a exposição excessiva e prolongada a hormônios são exemplos típicos de fatores que causam a transformação de células iniciadas em malignas.

### c) Estágio de progressão

O terceiro e último estágio é caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nessa etapa, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença. “Os fatores que promovem a iniciação ou progressão da carcinogênese são chamados agentes oncoaceleradores ou carcinógenos” (INCA, 2017). O fumo é um agente carcinógeno completo, pois possui componentes que atuam nos três estágios da carcinogênese.

**Figura 5:** Estágio da progressão com multiplicação descontrolada das células



Fonte: Ministério da Saúde. Inca (2017)

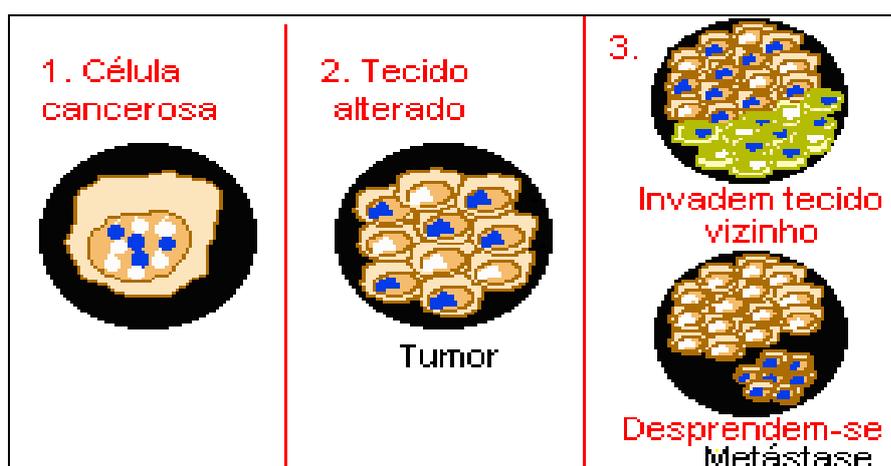
### 2.1.3 Comportamento das células cancerosas

Com a alteração das células, estas passam se comportar de forma anormal, multiplicando-se de maneira descontrolada, mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta, invadindo-o. Geralmente, elas têm capacidade para formar novos vasos sanguíneos que as nutrirão e manterão em atividades de

crescimento descontrolado. É o acúmulo dessas células que irá formar os tumores malignos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Posteriormente, essas células cancerosas adquirem a capacidade de se desprender do tumor e de migrar. Invadem inicialmente os tecidos vizinhos, podendo chegar ao interior de um vaso sanguíneo ou linfático e, através desses, disseminar-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor se iniciou, formando as metástases. Dependendo do tipo da célula do tumor, alguns dão metástases mais rápido e mais precocemente, outros o fazem bem lentamente ou até não o fazem. Conforme as células cancerosas vão substituindo as normais, os tecidos invadidos vão perdendo suas funções. Por exemplo, a invasão dos pulmões gera alterações respiratórias, a invasão do cérebro pode gerar dores de cabeça, convulsões, alterações da consciência etc.

**Figura 6:** Ilustração do Comportamento das células cancerosas



Fonte: Ministério da Saúde. INCA

#### 2.1.4 Defesa do organismo

O corpo humano é dotado de mecanismos de defesas naturais que o protegem das agressões impostas por diferentes agentes que entram em contato com suas diferentes estruturas. Ao longo da vida, são produzidas no organismo células alteradas, que devido à existência destes mecanismos de defesa possibilitam a interrupção do processo, e sua eliminação subsequente. 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. E são esses mecanismos, que na maioria das vezes são geneticamente pré-determinados, variando de um indivíduo para outro. Esse fato explica a existência de vários casos de câncer numa mesma família, bem como o porquê de nem todo fumante desenvolver câncer de pulmão.

É o sistema imunológico que desempenha a importante função do mecanismo de defesa, o qual 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 linfoides e estão relacionados com o crescimento, o desenvolvimento e a distribuição das células especializadas na defesa do corpo contra os ataques de "invasores estranhos". Dentre essas células, estão os linfócitos, os quais são os responsáveis pelas atividades do sistema imune, as defesas no processo de carcinogênese (BRASIL/MS, 2008).

Sobre a ação dos linfócitos, 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. Desta maneira, são as 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. [...]. As células [...] são formadas [...] por membrana celular, que é a parte mais externa da célula; o citoplasma, que constitui o corpo da célula; e o núcleo, que contém os cromossomas que por sua vez são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa "memória química" - o ácido desoxirribonucleico (DNA) (BRASIL/MS, 2008).

É através do DNA que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula. Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes. É o que chamamos mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados *protooncogenes*, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os *protooncogenes* transformam-se em *oncogenes*, responsáveis pela *malignização* (cancerização) das

células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (BRASIL/MS, DE, 2008).

## 2.2 UM OLHAR SOBRE A ONCOLOGIA

A área médica que lida com o manejo do câncer é denominada de Oncologia (Cancerologia), sendo uma das especialidades de mais rápido, progressivo e surpreendente ritmo de desenvolvimento. Uma de suas características é a solidez no que se refere ao respeito científico e a necessidade de acompanhar uma escalada impressionante de descobertas e progressos. O arsenal terapêutico até há pouco tempo se resumia ao tratamento cirúrgico. Mas, atualmente, uma série de colaboradores veio somar forças e, em alguns casos, substituir as antigas limitações de tratamento (STEFANI, 2001).

Segundo o mesmo autor, alguns termos e linhas de raciocínio não fazem mais parte do vocabulário do dia-a-dia e por isso mesmo, observa-se com frequência que, mesmo entre os médicos, algumas expressões sejam confundidas. Portanto, para adentrar no “mundo novo que é a Oncologia”, faz-se necessário a revisão de alguns conceitos básicos, que para melhor compreensão destaca-se:

**a) A causa:** Nos dias atuais, devido ao acesso e a grande disponibilidade de informações sobre a doença nos veículos de comunicação, é pouco provável que a maioria das pessoas desconheça os principais agentes causadores do câncer – a genética, o tabaco, a dieta e a radiação.

A genética é reconhecida como uma das responsáveis pelo surgimento dos casos de câncer. Vários mecanismos de mutações em genes protetores e reguladores já foram descritos. Mas, o cigarro já está cientificamente comprovado em todas as pesquisas realizadas nos últimos anos, como sendo o responsável pela maioria dos tumores de vários órgãos.

E por isso, o hábito de fumar já é combatido mundialmente, nos países que já perceberam que o custo para o tratamento de doenças causadas pelo tabaco é muito maior do que o suposto lucro que a nicotina traz. Uma dieta pobre em fibras e vitaminas, e rica em gordura e álcool está relacionada também a uma série de tumores. E a radiação, seja natural (exposição aos raios solares) ou artificial (como a bomba atômica e energia nuclear) bastante estudada pelos cientistas,

principalmente porque ajuda a compreender os mecanismos de mutação que iniciam o processo de “criação” do câncer (carcinogênese). (SCHWARTSMANN, 2001, p. 39).

**b) A Prevenção:** Previne-se câncer, evitando a exposição aos fatores de risco. E é baseando-se neste princípio, que os profissionais da área de saúde apontam dicas práticas e óbvias, conforme listadas a seguir:

- Não fume. Evite o tabagismo ativo (fumando diretamente) ou passivo (compartilhando o ar com fumantes).
- Não se exponha ao sol nos horários em que a radiação é elevada (principalmente entre as 10 horas da manhã e às 16 horas. Caso seja inevitável, use protetor solar.
- Beba moderadamente. Pois já está comprovado que o consumo de álcool está relacionado com o surgimento de câncer em vários órgãos.
- Dê preferência a uma alimentação natural, rica em vegetais. Pois, além de regularizar as funções intestinais, também ajuda a diminuir a incidência de alguns tipos de câncer.
- Mantenha-se no peso adequado, pois o excesso de peso dificulta o diagnóstico, aumentando as chances de surgimento de alguns tipos de tumores.
- Faça exames regularmente. Detectar lesões precursoras de câncer é a melhor maneira de lidar com a doença.

**c) O Diagnóstico:** O diagnóstico do câncer varia amplamente e depende basicamente do local em que a doença está alojada. E a suspeita clínica é levantada sempre que o indivíduo apresentar alteração nos seus hábitos de vida (perda inexplicável de peso, constipação ou diarreia prolongada, aumento de tosse), nodosidades (nódulos na mama, aumento unilateral do testículo, caroços indolores no corpo) ou surgimento de anormalidades nos exames de rotina (Papanicolaou, momografia, toque retal, etc.).

Em relação ao diagnóstico do câncer, Stefani (2001) esclarece ainda que:

O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com a visualização por meio de microscópio de uma ou mais células tumorais. Essa visualização não só define o diagnóstico de câncer, como orienta o tipo e as características do tumor. A série de exames que determinam a extensão do

tumor e conseqüentemente, a maneira adequada de tratar a doença é chamada de estadiamento (STEFANI, 2001, p. 40-41).

**d) Tumor Primário:** É o tumor e órgão onde o câncer teve origem. Geralmente, as características das células pesquisadas podem sugerir o local de origem do câncer. Se por exemplo, um paciente apresentar um nódulo pulmonar, não necessariamente significa que o tumor é primário de pulmão

**e) Metástase:** Denomina-se assim, a lesão secundária do câncer. Para Schwartzmann (2001), a maioria dos tumores malignos pode dar origem a células quem, após uma jornada de disseminação, se instalam em vários órgãos. Cada tipo de tumor primário tem sua origem tem sua característica de disseminação. E alguns tumores têm propensão para se instalar em determinados órgãos. O câncer de próstata, por exemplo, costuma dirigir-se para os ossos da bacia e da coluna, o câncer de garganta para nódulos do pescoço, e assim por diante.

Segundo Schwartzmann (2001) “não é correto imaginar que todo tipo de câncer, em qualquer órgão, tem o mesmo comportamento”. A diferença de origem, localização, tipo e grau histológicos e estágio da doença é que determina a possibilidade de resposta ao tratamento, o que pode variar desde aqueles com objetivo de cura até os paliativos.

Atualmente, existem uma série de tumores que são curáveis e a estimativa atual é a de que 50% dos tumores em adultos e até 60% em crianças podem ser completamente curados. Os tipos de tratamento variam desde cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e, na maioria das vezes, a combinação de várias modalidades.

Existe ainda, o chamado tratamento adjuvante, que é complementar ou auxiliar ao tratamento principal. Em alguns casos, com o término do tratamento principal, como a ressecção de um tumor de intestino, por exemplo, ainda pode haver a necessidade de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e, geralmente, a combinação de várias modalidades (STEFANI, 2001).

Para os casos de tumor incurável, a recomendação dos especialistas é a de que o tratamento deve focar principalmente a melhoria da qualidade de vida do paciente. Mesmo não tendo chance de cura, deve-se ter em mente que há opções de tratamento que podem garantir ao paciente uma melhor qualidade de vida do que se o tumor for deixado completamente sem controle. Segundo Schwartzmann (2001,

p. 13), recomenda que “Cada opção, com seus riscos e benefícios, devem ser discutidos amplamente, antes de se definir qualquer plano”.

Além dessas recomendações, Schwartzmann (2001) ainda alerta para que pacientes e familiares acometidos pelo câncer façam uso da busca de informações sobre os vários aspectos da doença. Afinal, na era da informação são grandes as oportunidades de acesso as entidades mundiais, na internet, que organizam uma série de eventos médicos, oferecendo aos pacientes uma gama de informações sobre a maioria dos tipos de câncer, alternativas de tratamento, grupos de apoio aos familiares e orientações gerais que podem ajudar a superar o difícil momento da doença e as fases de tratamento.

Na sequência deste estudo, destaca-se a importância do Instituto Nacional do Câncer (Inca) e sua relevante missão de desenvolver ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no País.

### **2.2.1 Instituto Nacional do Câncer**

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) é o órgão do Ministério da Saúde que tem por como principal atribuição desenvolver e coordenar ações integradas que visam a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Estas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, ofertada gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS); bem como a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce da doença, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica (BRASIL/INCA, 2018).

Além disso, o Instituto também coordena programas de conscientização pública para o controle do câncer e está equipado com o mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina (BRASIL/INCA, 2018).

Em 1936, após muito esforço e dedicação, Mário Kreoff conseguiu junto a executivos federais recursos financeiros para iniciar a construção de um Centro de Cancerologia, que foi inaugurado em 14 de maio de 1938 pelo Presidente da República, Getúlio Vargas. Kreoff foi o primeiro diretor da instituição e a sua fundação aconteceu devido as preocupações com o aumento elevado das taxas de mortalidade relacionadas a esta enfermidade.

Muitos possuíam dúvidas sobre a sua fundação não depositavam esperanças de que aquele centro iria para frente e melhoraria a qualidade de vida dos doentes oncológicos. O Inca é a instituição pioneira no combate ao câncer e tornou-se uma das maiores referências nacionais no combate à doença. Anualmente, a instituição disponibiliza informações sobre os índices de pessoas atingidas por esta doença oncológica.

Estas informações são de grande relevância para obter informações sobre os perfis dos variados tipos da doença, bem como muitos conhecimentos sobre a quantidade de ocorrências acometidas e o grande desenvolvimento progressivo da enfermidade (BRASIL/INCA, 2017).

A estimativa de números de casos novos só no ano de 2018, em homens brasileiros, aumentou 300.140 casos de câncer de todas as neoplasias como: câncer de próstata, esôfago, bexiga, entre outros. Já em mulheres a taxa foi um pouco menor com 282.450 casos de câncer de todas as neoplasias. Tornando-se assim um caso alarmante, pois as taxas não param de crescer e muitos doentes oncológicos não procuram um tratamento adequado para melhorar a sua recuperação, muitos desistem do tratamento colocando em risco a sua vida e chegando ao estado de óbito (BRASIL/INCA, 2018).

Mediante o exposto, torna-se relevante discorrer sobre a humanização e os cuidados necessários aos portadores da doença.

### 2.3 HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS AOS PORTADORES DE DOENÇA ONCOLÓGICA

A questão da humanização a pacientes na área de enfermagem sempre foi motivo de preocupação desde o século XIX, quando o médico François Lemaire adotou conceitos da teoria dos miasmas e da teoria microbiana; desenvolvendo estudos sobre infecção e contágio; higiene, limpeza e arejamento do ambiente (NAGY; SILVA, 2005).

Posteriormente, os postulados de Lemaire embasaram os estudos epidemiológicos de Florence Nightingale (1859) comprovando a necessidade de cuidados de higiene na prevenção de doenças. Assim sendo, sua proposta de trabalho de enfermagem foi desenvolvida no ambiente do doente, ou seja, a

enfermagem deve proporcionar condições adequadas tanto no ambiente (circulação de ar, iluminação, limpeza); como também ao doente no que refere a higiene corporal, alimentação e atividades variadas (NAGY; SILVA, 2005).

Segundo Nightingale (1859; apud NAGY; SILVA, 2005) a doença seguiria seu curso natural, mas o cuidado ao doente deveria ser influenciado pela prática de enfermagem. As medidas de higiene, estímulo à limpeza para evitar a infecção e o contágio defendidas por Lemaire foram incorporadas nas práticas que Florence orientava.

No Brasil, a partir da década de 1970, Wanda Aguiar Orta divulgou um modelo de atendimento disponibilizando aos pacientes um tratamento direcionado ao autocuidado, sem desvincular o acompanhamento da enfermagem, levando o profissional a reconhecer e compreender o homem como um todo (BRITO; CARVALHO, 2010).

Diante disso, vale ressaltar que a humanização busca assegurar o desenvolvimento construtivo dos valores éticos e morais; pondo em prática os cuidados acolhedores, dignos, e solidários diante do enfermo/ser debilitado. Para Pessini e Bertachini (2004, p. 13), “A humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, além de tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor ao seu principal objetivo, o doente/ser fragilizado”.

Atualmente, não existe mais lugar à prática de uma assistência meramente técnico-científica e desvinculada do saber ético e humanístico. Segundo Pessini e Bertachini (2004, p. 15), “Tornar uma assistência humanizada é revelar os valores que constituem o ser humano como pessoa de forma abrangente e completa”.

Com o decorrer do tempo, o profissional de enfermagem vai adquirindo experiências na arte do cuidar, tendo assim maior capacidade de vivenciar seu conhecimento nas práticas diárias, cuidado este de excelência e ética profissional; de modo a não expor suas emoções e sentimentos pessoais ao paciente (BRITO; CARVALHO, 2010).

Na avaliação de Brito e Carvalho (2010), é de grande relevância que exista um bom convívio e integração entre os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que atua na área hospitalar com o paciente. Normalmente, quando existe boa interação entre as equipes de saúde que tratam o paciente oncológico, este se sente mais confiante e seguro diante da internação e dos cuidados que ali serão

prestados. Este procedimentos são de grande relevância e contribuem, sobremaneira, para diminuir o estresse e a ansiedade do paciente; proporcionando um ambiente hospitalar mais harmonioso e de esperança.

A Secretaria de Assistência à Saúde criou através da Portaria nº 881/2001 do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tem por finalidade aprimorar as relações entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, objetivando modificar o padrão da assistência prestada e proporcionar melhoria da qualidade e eficácia dos serviços de saúde (BRASIL/MS, 2001, p. 1).

Na avaliação de estudiosos como Martins e Farias (2000), o cuidado está diretamente relacionado ao profissional que o executa, seu estado psicológico, físico e mental. Assim sendo, o cansaço físico e a escassez de funcionários podem ser fatores desfavoráveis para executar essa prática. Além disso, o paciente direito a manter sua dignidade

[...] respeito às suas necessidades, aos seus valores, princípios éticos e morais, às suas crenças e de seus familiares; ter alívio da dor e de seu sofrimento com todos os recursos tecnológicos e psicológicos disponíveis no momento de seu atendimento, ter sua privacidade preservada, assim como ter condições e ambiente que facilitem o restabelecimento, a manutenção e a melhoria da assistência à saúde (MARTINS; FARIA, 2000, p. 389).

Desta maneira, a humanização já é uma realidade em grande parte da rede pública hospitalar; tornando-se meta em todas as esferas do cuidar e especialidades que assistem às pessoas. Um exemplo disso foi o *Projeto Cuidando com Arte* como parte integrante do Programa MAIS: Manifestações de Arte Integradas à Saúde, desenvolvido com pacientes internados no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (COSTA et al., 2016).

Como a internação ocasiona ao paciente o afastamento de sua rotina diária e do ambiente familiar, segundo Costa et al. (2016), a arteterapia está contribuindo, transformando e humanizando o espaço frio dos hospitais; haja vista que as atividades desenvolvidas proporciona “a fuga do estresse causado pela hospitalização, desenvolvendo a humanização no processo de cuidar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de pacientes, acompanhantes, estudantes e profissionais que ali atuam” (COSTA et al., 2015, p. 1).

Nesse contexto, vale ressaltar que os programas de humanização da assistência hospitalar são de grande relevância para melhorar o bem-estar do paciente durante a internação; haja vista que com atividades simples e de baixo custo, é possível promover o resgate da autoestima e sensação de bem-estar, ocupando horas ociosas impostas pelo processo de internamento. Além disso, proporciona uma nova perspectiva aos integrantes do projeto no sentido de reatar a sua autonomia com o desenvolvimento de sua personalidade durante o processo de participação criativa e a se empoderar quanto às suas vontades e opiniões (COSTA et al., 2015).

Vale ressaltar que “Pacientes portadores de tumores malignos demandam uma assistência diferenciada, pois carregam junto com a patologia o estigma da doença, a incerteza do prognóstico, o medo da morte, a depressão, a ansiedade, mas também a vontade de viver” (LEITE et al., 2007, p. 187).

Nas unidades oncológicas, é bastante comum encontrar pacientes com longos períodos de internações, em função disso o enfermo e sua família encontram-se psicologicamente bastante fragilizados; fazendo-se necessário um acompanhamento humanizado. O paciente oncológico precisa de ajuda contínua em sua vida diária, o que é essencial não apenas no momento da doença, mas também ao longo de sua vida e em eventuais internações (VOLPATO; SANTOS, 2007).

Os profissionais que atuam no serviço de oncologia no dia a dia de seu trabalho, estão expostos a situações geradoras de conflitos, dentre as quais estão: as frequentes perdas por morte, as pressões que impõe a tradicional responsabilidade em relação à cura e à longevidade, o constante convívio com doentes graves e com a tristeza dos familiares e o convívio frequente com eles, coisas que levam à criação de vínculos (FERREIRA, 1996).

Conforme Oliveira (2015), a partir do momento em que uma pessoa sai do seu ambiente e é internado em um lugar completamente estranho e sem o convívio familiar, fica totalmente exposto a normas, procedimentos e rotinas diferentes do seu dia a dia; por isso, na maioria das vezes o paciente passa por um processo de transtorno depressivo.

A enfermagem por ter maior contato com os pacientes durante a internação deve estar predisposta a ter uma atenção redobrada durante os cuidados, desenvolvendo maior empatia e apego a estes.

Geralmente, o paciente oncológico tem maior tempo de internação na unidade hospitalar, por isso é importante o serviço de enfermagem oferecer amparo e tratamento diferenciado, pois levam com eles a patologia e o estigma da doença, uma tristeza profunda, o medo da morte a perda da fé. Mediante esta realidade, ansiedade e baixa autoestima são explosões de sentimentos variados que na maioria das vezes acarreta a piora do paciente (SALES et al., 2008).

A humanização nestes casos é de extrema importância devido o estado psicológico e a fragilidade do enfermo, ela deve estar presente em todos os momentos, não só com o paciente e sim com toda a família. Os serviços prestados a área da oncologia são cheios de altos e baixos no dia a dia dos profissionais sendo assim: a convivência com os enfermos graves e seus familiares, as percas por morte, responsabilidades em relação aos cuidados e melhoras do enfermo e o convívio criam laços fortes (BRITO; CARVALHO, 2010).

O avanço tecnológico é uma grande conquista, porém o melhor é associá-lo à humanização e à comunicação terapêutica no intuito de obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem-estar dos pacientes e da ciência.

Estudos realizados com pacientes oncológicos sobre o atendimento e cuidado recebido durante tratamentos hospitalares apontaram que os principais fatores que facilitaram a humanização da assistência foram: “carinho, simpatia, compreensão do momento, respeito e qualidade no atendimento” (BRITO; CARVALHO, 2010, p. 226).

Dentre os aspectos negativos, Brito e Carvalho (2010, p. 226), destacaram “o mau humor dos profissionais, o barulho, a interrupção do sono e o excesso de idas ao quarto do paciente”. Diante destes resultados, torna-se necessário que os profissionais de saúde, façam uma reflexão, solidário e humanitário que vise à valorização do ser humano em todos os aspectos que o norteiam”.

Em razão destes aspectos apontados por Brito e Carvalho (2010), humanizar o atendimento em enfermagem tem sido um desafio constante, pois ainda se encontra resistência entre os próprios profissionais.

É imprescindível acreditar que o cuidado humanizado é sempre essencial para a prática junto ao enfermo durante sua internação (CAMPOS, 2003).

Neste sentido, Brito e Carvalho (2010), ressalta que a humanização tem que se tornar uma meta em todos os hospitais públicos e privados do cuidar e especialidades que assistem às pessoas.

### 2.3.1 Assistência de Enfermagem ao Portador de Doença Oncológica

A equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico deve ser detentora de conhecimentos, habilidades e responsabilidades inerentes ao cargo. Em função disso, torna-se imprescindível que as metas sejam determinadas, claras e direcionadas ao paciente, a família e demais pessoas do relacionamento interpessoal do paciente, contemplando assim os aspectos físico, emocional, social e espiritual (STUMM et al., 2008).

Dentre as funções de responsabilidade na área da saúde, o enfermeiro precisa conhecer a assistência de enfermagem direcionada ao portador de doença oncológica, para compreender que esta enfermidade prejudica o paciente física e emocionalmente; sendo, portanto, necessário que este profissional tenha um preparo específico e esteja devidamente qualificado, para atender a convocação para trabalhar com este paciente. Logo adiante a profissional irá de forma conveniente atender as exigências do enfermo, para que assim ele se sinta querido e amado dentro do ambiente hospitalar.

Todavia a compreensão das necessidades são análises específicas que podem ser expressas de modos diferenciados que assim variam de acordo com a cultura vivenciada de cada um. As modificações entre saúde e doença é uma experiência proativa e individualizada (SILVA; MOREIRA, 2011).

Vale lembrar, que é de fundamental importância que a assistência de enfermagem utilize o Processo de Enfermagem (PE), aprovado e usado como ferramentas para o cuidado. Este processo é efetuado pela SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) que compreende em cinco etapas interligadas: planejamento, avaliação, diagnóstico de enfermagem, histórico de enfermagem e coleta de dados (SILVA; MOREIRA, 2011).

A SAE através do PE é de grande relevância para o profissional de enfermagem, pois além do gerenciamento dos cuidados ofertados, também possui o planejamento de suas atividades que permite a individualização dos cuidados baseados nos problemas de cada paciente, contribuindo assim para a recuperação, promoção e prevenção da saúde (SALES et al., 2012).

Segundo Sales et al. (2008), para a elaboração da SAE é preciso um bom entretenimento terapêutico entre paciente e enfermeiros, além de conhecer a patologia da doença entre outras questões.

Sendo assim, um emprego bastante efetivo diante dos processos organizados no trabalho ao cuidado, garantindo melhorias e tratamentos de melhor e maior qualidade de vida ao paciente, inclusive aos portadores de doença oncológica.

Tentar compreender as perdas diárias dentro de uma unidade hospitalar que tem a cura e a prevenção predominantes ali é de difícil aceitação, pois diante do momento da perda de um ente querido o psicológico fica abalado, muitos entram em tristezas profundas e acabam caindo na nova doença do século que é a depressão.

No entanto, este problema acaba sendo um grande desafio onde muitos profissionais evitam debater sobre o assunto e muito menos encarar a situação. Está ali dando forças a família e aos pacientes enfermos e de grande importância nesse momento, pois o câncer pode colocar os seus indivíduos e familiares em condições de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença (MONTEIRO et al., 2010).

Os enfermeiros são os profissionais da saúde que têm maior contato com estes pacientes; sendo responsáveis por atendê-los de maneira satisfatória e de melhor qualidade de vida dentro do ambiente hospitalar (SOUZA et al., 2017).

Os profissionais da enfermagem podem proporcionar uma melhora e maior qualidade de vida para os enfermos, atuando na adesão e continuidade do tratamento, exercícios físicos moderados, apoio psicológico, prevenção de infecções e amenizações de sinais e sintomas que possam comprometer a autoestima, e isso se dá através da PE (SILVA; CRUZ, 2011).

A PE é aplicada em uma ampla variedade de ambientes como: Associações comunitárias, internações hospitalares, escolas e em uma ampla diversificação de situações clínicas onde as necessidades humanas acompanham as clientelas.

Contudo o processo de enfermagem é caracterizado como um dos principais modelos de características metodológicas para um bom desempenho nas práticas profissionais (SILVA; CRUZ, 2011).

A assistência aos portadores de doença oncológica vem se tornando mais frequente aos longos dos anos e acaba sendo um ponto positivo diante disto, a equipe de enfermagem assume grandes responsabilidades diante a estes pacientes, tendo como competência apoio aos familiares, diagnósticos e tratamento.

Esses profissionais lidam também com morte frequente de pacientes, tendo em vista assim os seus uma exigência maior na assistência com o paciente e a sua família (MOREIRA et al., 2010).

### **2.3.2 Consulta de Enfermagem nos Processos de Quimioterapia e Radioterapia**

Quando uma pessoa normal recebe o diagnóstico do câncer toda a sua perspectiva de vida muda, trazendo assim alterações físicas e emocionais devido ao grande desconforto da dor da doença.

Muitos associam a doença como uma ameaça de vida e se priva, perdendo assim a esperança de melhora, a expectativa de vida é um fator muito importante para o enfrentamento dos doentes. A qualidade de vida do enfermo muda completamente e a única coisa que vem em mente é o medo da morte (WAKIUCHI et al., 2015).

O enfermo dependendo do grau da gravidade da doença passa pelos processos de quimioterapia, que consiste em um tratamento em que são utilizados medicamentos via oral, subcutânea, intramuscular tópica e enteral para combater o câncer, esses medicamentos caem na corrente sanguínea e são transportados para toda parte do corpo humano destruindo as células cancerígenas e evitando também a sua multiplicação no organismo, pacientes submetidos a esse tipo de tratamento ficam de alguma maneira prejudicados devido os seus efeitos colaterais e o receio da não cura (BRASIL, 2010, p. 7).

A radioterapia tem como uma grande especialidade radiações pela qual são ionizantes no tratamento dos portadores de neoplasias malignas, ocasionalmente em clientes com neoplasias benignas. Doses de radiações são liberadas e tem o objetivo de ocasionar o menor dano possível de radiação á tecidos saudáveis vizinhos. Dependendo do tipo de câncer a radioterapia pode ser feita em conjunto com a quimioterapia, isso vai depender do tipo do câncer e o tratamento pela qual o paciente vai ser submetido (BRASIL, 2011).

Cabe aos profissionais de enfermagem que atuam na área de radioterapia, coordenar, planejar e prestar serviços aos pacientes do setor, que se inicia com a consulta de enfermagem e que merece grande enfoque do profissional pelo fato de ser uma das atividades mais exercidas pelo enfermeiro na área. O profissional trabalha a partir de orientações de autocuidados e de exames físicos prestados ao cliente, tendo assim uma grande participação na vida do enfermo e de sua família (ANDRADE et al., 2014).

De acordo com a Resolução do COFEN nº 159/193, a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e utiliza componentes do

método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e colocar em prática ações de enfermagem que contribuam para promoção da saúde, prevenção e proteção de agravos, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2017).

Este atendimento busca oferecer grandes benefícios para pacientes diante deste serviço. A consulta prestada aos necessitados requer atenção ao indivíduo e a sua família, que obtém a finalidade de promover a saúde diante o diagnóstico e o tratamento precoce (ARAÚJO; FRAN CZ et al., 2014).

### **2.3.3 Cuidados Paliativos**

A expressão ‘Cuidados Paliativos’ é utilizada para denominar “a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2578). O termo ‘paliativa’ vem do latim *pallium* cujo “significado é manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2578).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), a origem do termo se confunde historicamente com a palavra *Hospice* – cujo significado são os abrigos que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Essas instituições eram mantidas por religiosos cristãos numa perspectiva de caridade.

A partir das últimas décadas do século XX, tem havido um aumento progressivo da longevidade humana no mundo e conseqüentemente o envelhecimento da população, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 23).

Nesse contexto, o avanço tecnológico conquistado associado ao desenvolvimento científico principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento científico, “fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade dos portadores dessas doenças” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2579).

Entretanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento científico acumulado, “a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de

cura e preservação da vida, para o qual os profissionais da saúde, são treinados (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 23).

Neste novo cenário do século XXI, os pacientes sem possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, mas utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia que nem sempre é o melhor para o paciente.

Estudiosos e pesquisadores ressaltam que estes métodos invasivos adotados ora são insuficientes e/ou exagerados e desnecessários, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, “por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, ou seja, o principal sintoma e o mais dramático, a dor” (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 31).

Não se trata de adotar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas de refletir e questionar sobre as condutas das pessoas “diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz” (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 23).

Mediante esta realidade existe um progressivo envelhecimento populacional, associado a um predomínio de doenças crônico-degenerativas de evolução lenta, a um crescente e constante aumento de novos casos de câncer, a números também impressionantes de infecção pelo vírus HIV, que geram de forma direta, comprometimento funcional e dependência (MATSUMOTO, 2012).

Além destes fatores, há uma nova reorganização familiar, com mais pessoas morando solitariamente, que acompanham algumas mudanças sociais dos nossos tempos, onde permeiam o individualismo, racionalismo e falta de espiritualidade. Desta forma, ter uma doença que ameaça a vida pode resultar em um morrer lento, com muito sofrimento físico, mental, social e emocional.

No cenário mundial, em 1982, a Comissão do Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou uma associação de serviços voltados aos cuidados com o paciente oncológico, tendo em vista o conforto e a assistência ao paciente com neoplasia em fase terminal. A partir desta realidade, foi criado o termo cuidado paliativo (manto e proteção) (OMS, 1982).

Posteriormente, nos anos 1990, a OMS divulgou a primeira definição relacionada a cuidados paliativos, “onde tratamentos voltados a pacientes com câncer não corresponderiam mais ao seu organismo, tendo assim em vista o

cuidado humanizado com o indivíduo, o alívio da dor e uma qualidade de vida plausível ao indivíduo e a sua família” (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 25).

Mediante o exposto, vale ressaltar que os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica(6) e de conhecimentos específicos.

Em 1986, segundo Matsumoto (2012), a OMS publicou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos; os quais foram reafirmados na revisão de 2002 e estão descritos a seguir:

- 1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis**
- 2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida**
- 3. Não acelerar nem adiar a morte**
- 4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente**
- 5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte**
- 6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto**
- 7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto**
- 8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.**

Segundo Matsumoto (2012), este paciente deve ser observado como um ser biográfico e mais que um ser simplesmente biológico, pode-se respeitando seus desejos e necessidades, melhorar sim o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevivência. “Vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares, resgatando pendências, com certeza nossos pacientes também viverão mais” (MATSUMOTO, 2012, p. 29).

**9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida**, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (MATSUMOTO, 2012).

No Brasil, os Cuidados Paliativos iniciaram nos anos 1980; tendo se expandido significativamente a partir do ano 2000, “com a consolidação dos serviços

já existentes, pioneiros e a criação de outros não menos importantes” (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 30).

Desde então, considerando-se a dimensão territorial do país e as enormes desigualdades regionais, ainda há muito o que se fazer para expandir e assegurar estes cuidados a toda população que precisa; haja vista que sempre surgem novas iniciativas para implementar e assegurar a assistência para que todo cidadão brasileiro possa se beneficiar dessa boa prática dos Cuidados Paliativos.

### 2.3.3.1 Assistência e cuidados ao paciente terminal

Nos últimos anos, houve um aumento significativo da vivência do processo final de vida dentro dos hospitais; buscando ajuda de profissionais para conduzir os cuidados finais tanto para garantir melhor controle dos desconfortos secundários ao adoecimento, como também para conseguir apoio e dividir a responsabilidade dos cuidados com o paciente terminal. Daí a importância de ampliar conhecimentos sobre o processo de sofrimento, sinais e sintomas na fase final de vida.

A abordagem ao paciente oncológico em fase terminal e a sua família é feita por uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos. Estes profissionais se revezam em atividades relacionadas às necessidades biopsicossociais do doente. Além destes, motoristas, capelães, voluntários e cuidadores também participam; apoiando a família e a equipe em prol do bem-estar do paciente (INCA, 2017).

No âmbito da enfermagem, a comunicação tem um papel preponderante na prática dos cuidados paliativos do paciente; sendo relevante a este profissional ter uma relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade; este instrumento é um importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o paciente em fase terminal. Assim sendo, esta comunicação deve contemplar a escuta atenta, o olhar e a postura (RODRIGUES et al., 2010).

Segundo Mullan e Kothe (2010), para o cuidado integral e humanizado do paciente terminal, faz-se necessário que haja uma comunicação adequada; pois por meio desta é possível reconhecer e acolher, empaticamente, as necessidades do paciente e de seus familiares. Desta maneira, a enfermagem permite ao paciente

participar nas decisões e cuidados específicos relacionados a sua doença; obtendo assim um tratamento digno.

Para Leles (2019), o período de agonia de um paciente terminal compreende as últimas horas ou dias de vida; sendo geralmente acompanhado por sinais e sintomas de diversas naturezas, que vão desde mudanças fisiológicas, até sofrimento emocional, social e espiritual. Vários estudos têm tentado sistematizar os sinais e sintomas da fase agônica, considerando manifestações precoces (>3 dias antes da morte) e tardias (<3 dias antes da morte, refletindo processos fisiológicos não reversíveis).

Desta maneira, “O reconhecimento precoce da agonia é essencial para melhor adaptação da atenção prestada ao doente e à família, pois possibilita minimizar o sofrimento relacionado à vivência geral e aos sintomas, promovendo maior conforto” (LELES, 2019, p. 3).

Um estudo realizado em 2019, demonstrou que pacientes em fases terminais, que conseguiram realizar seus desejos apresentaram níveis mais baixos de depressão e ansiedade, e níveis mais altos de esperança. Duas fundações norte-americanas, a *Make-A-Wish Foundation* e a *Dream Foundation*, ajudam doentes terminais a realizarem seus sonhos. Estas entidades divulgaram uma lista com os cinco desejos mais comuns entre estes pacientes (LELES, 2019).

Entre os pacientes adultos, os pedidos mais comuns foram: ajuda no pagamento de contas, férias, viajar para uma reunião familiar e ingressos para a Disney. Entre os pacientes mais jovens: ingressos para Disney e viagens internacionais também aparecem na lista das crianças com doenças terminais. Os desejos mais pedidos está também o encontro com grandes estrelas do esporte, da música e do cinema. Outro pedido bastante comum também são pedidos de dinheiro para comprar presente para os familiares.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo teve por objetivo geral analisar as atribuições da enfermagem na assistência hospitalar ao paciente portador de doença oncológica; e dentre os objetivos específicos identificar as ações que visam contribuir para a qualidade do atendimento e/ou assistência a pacientes com doenças oncológicas.

Os métodos de procedimentos constituem as etapas mais concretas da investigação de um estudo e tem como finalidade mais restrita a explicação geral dos fenômenos menos abstratos. O que se pressupõe uma atitude concreta em relação ao fenômeno e estão limitadas a um domínio particular (LAKATOS; MARCONI, 2006).

A metodologia expõe as etapas concretas da investigação a ser estudada, devendo-se, portanto definir o modo de obtenção dos dados que sustentarão a pesquisa, ou seja, qual será o procedimento adotado. Pois, a pesquisa é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (GIL, 2002, p. 42).

Na sequência estão descritos os procedimentos para alcançar os objetivos gerais e específicos propostos na metodologia deste estudo.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo metodológico descritivo de abordagem qualitativa e procedimento bibliográfico. Essa revisão consiste na busca sistematizada de materiais já elaborados, constituídos de artigos científicos relacionados ao tema em pauta, ou seja, a assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos.

A pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as principais características de uma determinada variável, podendo ser uma população, um fenômeno natural ou até mesmo a formulação do relacionamento entre estas variáveis. Desta maneira, a principal característica e de maior significância se refere às técnicas padronizadas de coleta dos dados para obtenção das informações (GIL, 2008).

Nesse sentido, Triviños (1987) explica que a pesquisa descritiva exige do pesquisador uma demarcação concisa de métodos, técnicas, modelos e teorias que irão subsidiar a coleta de dados, objetivando conferir a autenticidade e a veracidade científica da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de livros, artigos, dissertações, teses, periódicos e matérias específicas sobre o tema publicados em sites na Internet. Para Gil (2002, p. 45):

Fontes desta natureza podem ser muito importantes para a pesquisa, pois muitas delas são constituídas por relatórios de investigações científicas originais ou acuradas revisões bibliográficas. [...] A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Desta maneira, a pesquisa bibliográfica pode ser entendida, portanto, como um processo que envolve as etapas: escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do problema; elaboração do plano provisório de assunto; busca das fontes; leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto; e redação do texto (GIL, 2008).

A revisão de literatura consiste em um “processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica” (IP/USP, 2016, p. 2).

### 3.2 ABORDAGEM DO ESTUDO

Do ponto de vista da abordagem do problema de pesquisa, a análise dos dados aplicados nesta pesquisa foi por meio da abordagem qualitativa.

A escolha pela pesquisa qualitativa justifica-se pelo fato de que esta “preocupa-se com a compreensão, com a interpretação do fenômeno, considerando o significado que os outros dão às suas práticas” (GONÇALVES, 2001, p. 64).

Segundo Gil (2008, p. 45), a abordagem qualitativa considera que “existe uma relação entre o mundo e o sujeito que não pode ser traduzida em números; a pesquisa é descritiva, o pesquisador tende a analisar seus dados indutivamente”.

### 3.3 OBJETO DE ESTUDO

Considerando-se os objetivos propostos, este estudo se constitui de uma revisão de literatura que consiste em um “processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica”; trata-se, portanto, de todo o material publicado sobre o tema (IP/USP, 2016).

Os métodos de revisão de literatura podem ser por revisão narrativa, revisão sistemática e revisão integrativa.

A revisão de literatura narrativa não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (IS/USP, 2016, p. 2).

Desta maneira, para embasamento teórico do tema, foi realizada uma revisão de literatura narrativa a partir de referências específicas na área de enfermagem e assistência hospitalar a pacientes portadores de doença oncológica.

O embasamento teórico deste estudo está vinculado ao método dedutivo e a técnica de pesquisa bibliográfica foi desenvolvida mediante revisão de literatura nos indexadores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google acadêmico e *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo). Os descritores utilizados para a revisão de literatura foram os seguintes: Oncologia, Enfermagem e Assistência.

A escolha pelo método dedutivo de pesquisa se dá pelo fato de que este parte do geral para se chegar ao particular, reformulando explicitamente a informação obtida. A partir de princípios, leis ou teorias consideradas verdadeiras e indiscutíveis, prediz a ocorrência de casos particulares com base na lógica. Esse método é tradicionalmente definido como um “conjunto de proposições particulares contidas em verdades universais” (GIL, 2008, p. 28).

### 3.4 FONTE DE DADOS

As principais referências do estudo foram: Inca, Ministério da Saúde, Brito e Carvalho (2010), Monteiro et al. (2010), Melo et al. (2012).

A revisão de literatura foi realizada nos indexadores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google acadêmico e *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo). Os descritores utilizados para a revisão de literatura foram os seguintes: Assistência, Enfermagem e Oncologia.

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão adotados foram os artigos publicados em idiomas de língua portuguesa, conforme supracitado no período de janeiro de 2010 a maio de 2020, tendo como abordagem o papel assistencial do enfermeiro na assistência ao portador de doença oncológica, pela qual apresentam os descritores mencionados anteriormente em seu título.

O levantamento bibliográfico dos trabalhos científicos compreendeu inicialmente da leitura do título dos artigos e respectivos resumos, observando-se as produções relevantes direcionadas exclusivamente ao tema em pauta e/ou que apresentaram maior correlação com o objetivo do estudo e que pudessem contribuir para o enriquecimento do trabalho.

Foram excluídos os artigos que não contemplaram os critérios citados, os que não estavam diretamente relacionados ao tema do estudo, os textos repetidos e os que não apresentaram a publicação na íntegra.

### 3.6 COMPILAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta etapa da pesquisa foi realizada a leitura criteriosa e dinâmica dos estudos e trabalhos selecionados na pesquisa; bem como os fichamentos em *Word* dos textos relevantes à produção e redação deste trabalho.

A análise do levantamento bibliográfico foi realizada mediante a integração da literatura pesquisada, buscando aproximar as ideias e discussões dos autores pesquisados, ordenando e compilando os dados relevantes das fontes pesquisadas, buscando assim encontrar as respostas a problemática de pesquisa em foco. Posteriormente, foi feita uma análise qualitativa das informações documentais obtidas, relacionando-as aos objetivos propostos neste estudo por meio da análise de conteúdo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os resultados e discussões pertinentes aos objetivos deste trabalho os quais destacam-se: a análise das atribuições da enfermagem na assistência hospitalar ao paciente portador de doença oncológica e a identificação das ações que visam contribuir para a qualidade do atendimento e/ou assistência a pacientes com doenças oncológicas; bem como promover conhecimento sobre os cuidados específicos de enfermagem aos portadores de doença oncologia, em especial os Cuidados Paliativos.

Vale ressaltar, que as discussões foram levantadas a partir da visão dos autores pesquisados com a finalidade de encontrar as possíveis respostas a problemática da pesquisa em foco.

### 4.1 CONHECENDO O CÂNCER E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE DOENÇA ONCOLÓGICA

Historicamente, a neoplasia é descrita como sendo um aumento anormal do tecido, que foge parcialmente ou totalmente do controle do organismo e tende a causar efeitos agressivos ao indivíduo e não possui uma etiologia única.

O processo de formação de câncer, denominado de carcinogênese, muito embora este processo seja lento, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. Este processo passa por vários estágios antes de chegar ao tumor: iniciação, promoção e progressão.

Após avançar estes estágios, as células cancerosas adquirem capacidade de se desprender do tumor e de migrar. Invadem inicialmente os tecidos vizinhos, podendo chegar ao interior de um vaso sanguíneo ou linfático e, através desses, disseminar-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor se iniciou, formando as metástases (BRASIL/MS, 2008).

Conforme as células cancerosas vão substituindo as normais, os tecidos invadidos vão perdendo suas funções. Por exemplo, a invasão dos pulmões gera alterações respiratórias, a invasão do cérebro pode gerar dores de cabeça, convulsões, alterações da consciência, entre outros. No entanto, verifica-se que

apesar deste processo, o corpo humano possui defesas naturais. É o sistema imunológico que cuida do mecanismo de defesa.

Dentre os principais agentes causadores de câncer estão: genética, o tabaco, a dieta e a radiação. Vários estudos e pesquisas desenvolvidas para erradicar a doença indicam que a maioria das pessoas tem conhecimento sobre os agentes causadores da doença.

Vários mecanismos de mutações em genes protetores e reguladores já foram descritos. Mas, o cigarro já está cientificamente comprovado em todas as pesquisas realizadas nos últimos anos, como sendo o responsável pela maioria dos tumores de vários órgãos. Desta maneira, os estudos apontam que a prevenção e a conscientização das pessoas sobre como evitar a doença é um grande aliado

Identificou-se, diversas causas externas e internas em que o câncer pode desenvolver: As causas externas são relacionadas com o meio ambiente, as causas internas estão associadas aos fatores como condições imunológicas, hormônios e alterações genéticas. Estes elementos podem se comunicar de formas variadas, dando assim uma iniciação ao surgimento do câncer.

Todavia esta neoplasia vem se expandindo de maneira aterrorizante e preocupante onde 80% e 90% dos casos estão agregados a causas externas. Tal crescimento, no entanto vem sendo dado as diferentes formas de exposição a fatores ambientais e condições de vida que variam de intensidade em função das desigualdades sociais (BRASIL/INCA, 2018).

O paciente portador de doença oncológica não deve ser considerado como apenas mais um caso. Neste momento delicado de sua vida em que recebe o diagnóstico da doença, ele precisa ser preparado para ter uma visão integral e multidisciplinar que vise compreender e proporcionar uma assistência humanizada a este indivíduo e sua família envolvida. No entanto cada família tem uma maneira diferente de se expressar diante da existência humana, principalmente quando o assunto está relacionado a doença e a morte (MELO et al., 2012).

Os profissionais de enfermagem que trabalham na oncologia possuem conhecimentos, responsabilidades e habilidades, onde também estão expostos no seu cotidiano a situações geradora de conflitos emocionais como: perdas por morte, trabalho constante com doenças graves, tristeza dos familiares, contato frequente entre paciente e família etc.

Segundo Estuum et al. (2008), é de grande importância a maneira como o profissional vai motivar e trabalhar a assistência emocional ao indivíduo com câncer e sua família, a maneira com que a equipe interage com eles a comunicação, assistência e o cuidado englobam a interação multiprofissional pela qual reconhece o cliente e seus familiares como um ser singular.

#### 4.2 O CÂNCER SOB A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

No Brasil, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), foi implantado em 2001, para aprimorar as relações entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, objetivando modificar o padrão da assistência prestada e proporcionar melhoria da qualidade e eficácia dos serviços de saúde.

Para Martins e Farias (2000), o cuidado está diretamente relacionado ao profissional que o executa, seu estado psicológico, físico e mental. Assim sendo, o cansaço físico e a escassez de funcionários podem ser fatores desfavoráveis para executar essa prática. Além disso, o paciente tem direito a manter sua dignidade.

Nesse contexto, vale ressaltar que a humanização já é uma realidade em grande parte da rede pública hospitalar; tornando-se meta em todas as esferas do cuidar e especialidades que assistem às pessoas. Um exemplo disso foi o *Projeto Cuidando com Arte* como parte integrante do Programa MAIS: Manifestações de Arte Integradas à Saúde, desenvolvido com pacientes internados no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (COSTA et al., 2016).

Como a internação ocasiona ao paciente o afastamento de sua rotina diária e do ambiente familiar, segundo Costa et al. (2016), a arteterapia está contribuindo, para transformar e humanizar o espaço frio dos hospitais; haja vista que as atividades desenvolvidas proporciona “a fuga do estresse causado pela hospitalização, desenvolvendo a humanização no processo de cuidar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de pacientes, acompanhantes, estudantes e profissionais que ali atuam” (COSTA et al., 2015, p. 1).

Nesse contexto, vale ressaltar que os programas de humanização da assistência hospitalar são de grande relevância para melhorar o bem-estar do

paciente durante a internação; haja vista que com atividades simples e de baixo custo, é possível promover o resgate da autoestima e sensação de bem-estar, ocupando horas ociosas impostas pelo processo de internamento.

Além disso, na visão de Costa et al. (2015), a arteterapia proporciona uma nova perspectiva aos integrantes do projeto no sentido de reatar a sua autonomia com o desenvolvimento de sua personalidade durante o processo de participação criativa e a se empoderar quanto às suas vontades e opiniões.

Vale ressaltar que “Pacientes portadores de tumores malignos demandam uma assistência diferenciada, pois carregam junto com a patologia o estigma da doença, a incerteza do prognóstico, o medo da morte, a depressão, a ansiedade, mas também a vontade de viver” (LEITE et al., 2007, p. 187).

Nas unidades oncológicas, é bastante comum encontrar pacientes com longos períodos de internações, em função disso o enfermo e sua família encontram-se psicologicamente bastante fragilizados; fazendo-se necessário um acompanhamento humanizado. O paciente oncológico precisa de ajuda contínua em sua vida diária, o que é essencial não apenas no momento da doença, mas também ao longo de sua vida e em eventuais internações (VOLPATO; SANTOS, 2007).

Cabe lembrar, que os profissionais que atuam no serviço de oncologia no dia a dia de seu trabalho, estão expostos a situações geradoras de conflitos, dentre as quais estão: as frequentes perdas por morte, as pressões que impõe a tradicional responsabilidade em relação à cura e à longevidade, o constante convívio com doentes graves e com a tristeza dos familiares e o convívio frequente com eles, coisas que levam à criação de vínculos (FERREIRA, 1996).

Conforme Oliveira (2015), a partir do momento em que uma pessoa sai do seu ambiente e é internado em um lugar completamente estranho e sem o convívio familiar, fica totalmente exposto a normas, procedimentos e rotinas diferentes do seu dia a dia; por isso, na maioria das vezes o paciente passa por um processo de transtorno depressivo.

A enfermagem por ter maior contato com os pacientes durante a internação deve estar predisposta a ter uma atenção redobrada durante os cuidados, desenvolvendo maior empatia e apego a estes. Geralmente, o paciente oncológico tem maior tempo de internação na unidade hospitalar, por isso é importante o serviço de enfermagem oferecer amparo e tratamento diferenciado, pois levam com eles a patologia e o estigma da doença, uma tristeza profunda, o medo da morte a

perca da fé. Mediante esta realidade, ansiedade e baixa autoestima são explosões de sentimentos variados que na maioria das vezes acarreta a piora do paciente (SALES et al., 2008).

A humanização nestes casos é de extrema importância devido o estado psicológico e a fragilidade do enfermo, ela deve estar presente em todos os momentos, não só com o paciente e sim com toda a família. Os serviços prestados a área da oncologia são cheios de altos e baixos no dia a dia dos profissionais sendo assim: a convivência com os enfermos graves e seus familiares, as percas por morte, responsabilidades em relação aos cuidados e melhoras do enfermo e o convívio criam laços fortes (BRITO; CARVALHO, 2010).

O avanço tecnológico é uma grande conquista, porém o melhor é associá-lo à humanização e à comunicação terapêutica no intuito de obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem-estar dos pacientes e da ciência.

A equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico deve ser detentora de conhecimentos, habilidades e responsabilidades inerentes ao cargo. Dentre as funções de responsabilidade do enfermeiro está o fato de que precisa conhecer a assistência direcionada ao portador de doença oncológica, para compreender que esta enfermidade prejudica o paciente física e emocionalmente; sendo, portanto, necessário que este profissional tenha um preparo específico e esteja devidamente qualificado, para atender a convocação para trabalhar com este paciente.

A compreensão das necessidades dos pacientes oncológicos podem ser expressas de modos diferenciados; haja vista que as modificações entre saúde e doença é uma experiência proativa e individualizada. Muito embora a assistência de enfermagem disponha do PE aprovado e usado como ferramentas para o cuidado; que compreende cinco etapas interligadas: planejamento, avaliação, diagnóstico de enfermagem, histórico de enfermagem e coleta de dados (SILVA; MOREIRA, 2011)

Na avaliação de Brito e Carvalho (2010), é de grande relevância que exista um bom convívio e integração entre os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que atua na área hospitalar com o paciente. Normalmente, quando existe boa interação entre as equipes de saúde que tratam paciente oncológico, este se sente mais confiante e seguro diante da internação e dos cuidados que ali serão prestados. Este procedimentos são de grande relevância e contribuem,

sobremaneira, para diminuir o estresse e a ansiedade do paciente; proporcionando um ambiente hospitalar mais harmonioso e de esperança.

Na avaliação de Matsumoto, (2010), atualmente, não há mais lugar à prática de uma assistência meramente técnico-científica e desvinculada do saber ético e humanístico. Pois, “tornar uma assistência humanizada é revelar os valores que constituem o ser humano como pessoa de forma abrangente e completa”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Cuidados Paliativos são utilizados para denominar a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

A partir das últimas décadas do século XX, tem havido um aumento progressivo da longevidade humana no mundo e conseqüentemente o envelhecimento da população, assim como o aumento de conhecimentos da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 23).

Nesse contexto, o avanço tecnológico conquistado associado ao desenvolvimento científico principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento científico, “fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade dos portadores dessas doenças” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2579).

Entretanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento científico acumulado, “a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de

A OMS divulgou a primeira definição relacionada a cuidados paliativos, “onde tratamentos voltados a pacientes com câncer não corresponderiam mais ao seu organismo, tendo assim em vista o cuidado humanizado com o indivíduo, o alívio da dor e uma qualidade de vida plausível ao indivíduo e a sua família”.

Verificou-se que é de grande relevância que exista boa integração entre os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que atua na área hospitalar com o paciente oncológico. Pois, o bom convívio entre as equipes faz com que o doente se sinta mais confiante e seguro diante da internação e dos cuidados que ali serão prestados. Também contribui, para diminuir o estresse e a ansiedade do paciente; proporcionando um ambiente hospitalar mais harmonioso e de esperança.

Em 1986, segundo Matsumoto (2012), a OMS publicou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos; os quais foram reafirmados na revisão de 2002 e estão descritos a seguir:

Dentre os quais estão: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; Não acelerar nem adiar a morte; Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema

de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida.

A assistência aos portadores de doença oncológica vem se tornando mais frequente aos longos dos anos e acaba sendo um ponto positivo diante disto, a equipe de enfermagem assume grandes responsabilidades diante a estes pacientes, tendo como competência apoio aos familiares, diagnósticos e tratamento.

Esses profissionais lidam também com morte frequente de pacientes, tendo em vista assim os seus uma exigência maior na assistência com o paciente e a sua família (MOREIRA et al., 2010).

. Quando uma pessoa normal recebe o diagnóstico do câncer toda a sua perspectiva de vida muda, trazendo assim alterações físicas e emocionais devido ao grande desconforto da dor da doença.

Muitos associam a doença como uma ameaça de vida e se priva, perdendo assim a esperança de melhorar, a expectativa de vida é um fator muito importante para o enfrentamento dos doentes. A qualidade de vida do enfermo muda completamente e a única coisa que vem em mente é o medo da morte (WAKIUCHI et al., 2015).

A realização deste estudo foi de grande relevância para ampliar conhecimentos que serão muito importantes no meu desempenho profissional.

## REFERÊNCIAS

ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

ANDRADE; Carla Bianca Silva; FRAN CZ, Anna Clara Lima; GRELLMANN, Mariane dos Santos; BELCHIOR, Priscila Cortez; OLIVEIRA, Josiana Araujo; WASSITA, Dayse do Nascimento. Consulta de enfermagem: A avaliação da adesão ao autocuidado dos pacientes submetidos a radioterapia. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):622-8. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a07.pdf>> Acesso em: 23/abr./2019.

BARBOSA, A.M. **Câncer: direito e Cidadania**. 4 ed. São Paulo: Arx, 2003.

BASTOS, Rosângela Alves Almeida; LOPES, Ana Maria Cavalcante. A fitoterapia na rede básica de saúde: o olhar da enfermagem. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/3877/5299>> Acesso em: 20/abr./2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatísticas do câncer**. Rio de Janeiro 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> Acesso em: 23/abr./2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). **O que é o câncer?** Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)> Acesso em: 25/mai./2020.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo (CONTAPP). Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=318](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=318)> Acesso em: 25/mai./2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca) **Causas e prevenção, o que causa o câncer**. Rio de Janeiro 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-caoa-cancer>> Acesso em: 20/mar./2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Inca 80 anos de história da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro 2017. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/inca80anos/index.html>> Acesso em: 23/abr./2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Radioterapia, orientações aos pacientes**. Inca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//radioterapia-2010.pdf>> Acesso em: 23/abr./2019.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer (Inca). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/abc_do_cancer.pdf)> Acesso em: 20/abr./2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Quimioterapia, orientações aos pacientes**. Inca Rio de Janeiro 2010. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/orientações\\_quimioterapia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/orientações_quimioterapia.pdf)> Acesso em: 23/abr./2019.

BRITO, Natália Tatiane Gonsalves; CARVALHO, Rachel. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. São Paulo. **Einstein**. 2010; 8(2 Pt 1): 221-7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt\\_1679-4508-eins-8-2-0221.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0221.pdf)> Acesso em: 20/abr./2019.

CAMPOS, O.R. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde Debate**. 2003;27(64):123-30.

CARVALHO, Ricardo Soares; PARSONS, Henrique A. Fonseca. **Manual de cuidados paliativos** ANCP. São Paulo, 2ª. ed. p. 24-25, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética de profissionais de enfermagem. Revogada pela Resolução Cofen nº 544/2017. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html)> Acesso em: 23/abr./2019.

COSTA, Emmanuela Santos. et al. (2016). A importância da arte no ócio hospitalar: contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos na Enfermagem do 9o Norte do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Rev.Tempos Transversos**. Disponível em: <<http://www.clickpe.com/ienexc.com/ienexc/arquivos/saude/res005.pdf>> Acesso em: 20/mai./2020.

ESTUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaine. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**, vol. 13, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 75-82. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR. Disponível em: <<http://redalyc.org/articulo.oa?id=483648978010>> Acesso em: 15/mai./2020.

FERREIRA, A. L. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Rev Esc Enferm USP**. 1996;30(2):229-53.

GONÇALVES, Elisa Pereira. Escolhendo o percurso metodológico. In: \_\_\_\_\_. **Conversas sobre iniciação à pesquisa**. São Paulo: Alínea, 2001. p. 63-73.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Elisa Pereira. Escolhendo o percurso metodológico. In: \_\_\_\_\_. **Conversas sobre iniciação à pesquisa**. São Paulo: Alínea, 2001. p. 63-73.

HERZBERG, Vitória; FERRARI, Claudio Luiz S. **Tenho câncer e agora? Enfrentando o Câncer sem Medos ou Fantasias**. Associação Brasileira do Câncer. São Paulo: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Disponível em: <<http://www.abcancer.org.br/publicacoes.php?c=15&s=0&lang=16>> Acesso em: 25/mai./2020.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Izabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Rio de Janeiro 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000900012\\$sc&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000900012$sc&script=sci_arttext)> Acesso em: 15/mai./2020.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP. Biblioteca Dante de Moreira de Leite. **O que é Revisão de Literatura**. (2014). Disponível em: <[http://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2016/09/Folheto\\_RevisaoaoLiteratura\\_2014.pdf](http://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2016/09/Folheto_RevisaoaoLiteratura_2014.pdf)> Acesso em: 30/abr./2020.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2006.

LEITE, R. C. Assistência humanizada de enfermagem ao paciente oncológico. In: MOHALLEN, A. G; RODRIGUES, A.B. (organizadores). **Enfermagem oncológica**. Barueri (SP): Manole; 2007. p. 187-93.

LELES, Mariana Batista Leite. Reflexões sobre o estado de agonia em pacientes em fase final de vida terminal. (2019). **Portal PEBMED**. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/reflexoes-sobre-o-estado-de-agonia-em-pacientes-terminais/>> Acesso em: 4/jul./2020.

MARTINS, J.J.; FARIA, E. M. A (re)organização do trabalho da enfermagem em UTI através de uma nova proposta assistencial. **Texto & Contexto Enferm**. 2000;9(2):388-401.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. p. 23-30 In: CARVALHO, Ricardo Soares; PARSONS, Henrique A. Fonseca. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. São Paulo, 2ª. ed. p. 24-25, 2012.

MELO, Mônica Cristina Batista; BARROS, Erika Neves; CAMPELLO, Maria da conceição Vieira Arcoverde; FERREIRA, Leany Queiroz Lopez; ROCHA, Luciana Lins Carvalho; SILVA, Camille Izabella Mariana Gomes; SANTOS, Nelse Tainah Figueiroa. **O funcionamento familiar do paciente com câncer**. Belo Horizonte 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/105752/p.1678-9563.2012v18n1p73>> Acesso em: 20/abr./2020.

MOREIRA, Márlea Chagas; CARVALHO, Vilma de; FILGUEIRA, Michelle Bernardino; SILVA, Marcelle Miranda da; SANHUDO, Nádía Foutoura; FILGUEIRA, Michelle Bernardino. Produção de Conhecimento na Enfermagem em Oncologia: Contribuição da escola de enfermagem Anna Nery. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**. 2010 jul-set;14(3):575-584. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a20>> Acesso em: 23/abr./2019.

MONTEIRO, Fabiana Franco; OLIVEIRA, Mirian; VALL, Janaina. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Rev Dor**. São Paulo, 2010 jul-set;11(3):242-248. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1470.pdf>> Acesso em: 10/mar./2019.

MULLAN, B. A; KOTHE, E.J. Evaluating a nursing communication skills training course: the relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. **Nurse Educ Pract** 2010;10(6):374-378.

NAGY, Veronica; SILVA, Eliete Maria. **Florence Nightingale e a Teoria dos Miasmas**. Goiânia, 07 de novembro de 2005. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1581.htm>> Acesso em: 31/mai./2020.

NEDER, Patrícia Regina Bastos; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira; CARNEIRO, José Ronaldo Matos. **Relação entre ansiedade, depressão e adesão ao tratamento em pacientes com lúpus**. Revista Paranaense De Medicina, v. 29, n. 2, p. 7-15, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n2/a4976.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2018.

OLIVEIRA, Max Moura; MALTA, Deborah Carvalho; GUACHE, Heide; MOURA, Lenildo; AZEVEDO, Gulnar Silva. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, Dez 2015; 18 Suppl. 2:146-157. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>> Acesso em: 20/abr./2019.

OMS - Organização das Nações Unidas. **Comissão do Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS)**. (1982). Disponível em: <[www.oms.org](http://www.oms.org)> Acesso em: 25/mai./2020.

RODRIGUES, M.V.C; FERREIRA, E.D; MENEZES, T. M. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Rev Enferm UERJ** 2010;18(1):86-91.

SALES, Catarina Aparecida; GROSSI, Ana Cândida Martins; ALMEIDA, Carla Simone Leite de; SILVA, Juliana Dalcin Donini e; MARCON, Sonia Silva. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(5):736-42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/14.pdf>> Acesso em: 20/mar./2019.

SALES, Luane Mota; AFONSO, Emanuelle de S. Reguete; SANTOS, Tatiana Vasques. Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE): Uma pesquisa nas bases eletrônicas de dados. **Rev. Edu Meio Amb e Saúde** 2008; 3(1):197-207. Disponível em: Disponível em: <[http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3\(1\)197a207.pdf](http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3(1)197a207.pdf)> Acesso em: 10/mar./2019.

SCHEIN, Catia Fontinel et al. Efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes oncológicos hospitalizados. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 7, n. 1, p. 101-107, 2016.

SCHWARTSMANN, Gilberto. et al. **Cancerologia para leigo**. (Coleção Saúde, Educação e Prevenção; v.1). Porto Alegre: Conceito, 2001.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>> Acesso em: 10/jun./2020.

\_\_\_\_\_. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Rev. Eletr. Enf.** 2010;12(3):483-90. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7274>> Acesso em: 10/jun./2020.

SILVA, Rita de Cássia Velozo; CRUZ, Êneide Andrade. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc. Anna Nery** vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100025&script=sci.abstrac&tlng=pt>> Acesso em: 20/mar./2019.

SOUZA, Flávia dos Santos Lugão de; SILVA, João Wagner da; COELHO, Elciana Emerick. Nefrite Lúpica: Uma pesquisa integrativa sob o olhar da enfermagem ao portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research** - Bjsr, Maringá, PR, v. 20, n. 2, p.153-161, 12 set. 2017. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periódico/20171001\\_162007.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periódico/20171001_162007.pdf)> Acesso em: 10/mar./2019.

STEFANI, Marcos Antônio. Diagnóstico de câncer. (2001).

TEIXEIRA, Maryane Oliveira Campos; RODRIGUES NETO, João Felício; SILVEIRA, Marise Fagundes; NEVES, Daniele Malarded Rocha; VILHENA, Janine Moraes; OLIVEIRA, Juliana Fonseca; MAGALHAES, Júlio Cesar; DRUMOND, Daniel. Impacto nos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n3/873-882/pt>> Acesso em: 20/mar./2019.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

VOLPATO, Flávia Sordi; SANTOS, Gilcinéia Rose S. dos. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. **Imaginario. USP** 2007, vol.13, n.14, pp. 511-544. [online]. ISSN 1413-666X. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-666X2007000100024](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2007000100024)> Acesso em: 21/mai./2020.

WAKIUCHI, Julia; MARCHI, Joisy Aparecida; NORVILA, Loianne Sharlise; MARCON, Sônia Silva; SALES, Catarina Aparecida. Esperança de vida de um paciente com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paul Enferm.**

2015;28(3):202-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0202.pdf>> Acesso em: 20/mar./2019.