



**Faculdade INESUL**  
Instituto de Ensino Superior de Londrina

RENATA RODRIGUES TORRES

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS  
EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Londrina  
2017

RENATA RODRIGUES TORRES

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS  
EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, como parte dos requisitos para obtenção do grau em Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Claudineia Santos Margonar.

Londrina  
2017

RENATA RODRIGUES TORRES

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM  
INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto de Ensino  
Superior de Londrina – INESUL, como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau em Bacharel em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.º Orientadora Claudineia Santos  
Margonar.  
INESUL – Instituto de Ensino Superior de  
Londrina

---

Prof. Ednalva Guizi.  
INESUL – Instituto de Ensino Superior de  
Londrina

---

Prof.º  
INESUL – Instituto de Ensino Superior de  
Londrina

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

# CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Renata Rodrigues Torres<sup>1</sup>

## RESUMO

O Cuidado Paliativo, sem dúvida, é o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência à arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida. Trata-se de um cuidado individualizado para cada paciente incluindo sua família, seu lado emocional e espiritual, fazendo com que o mesmo viva com qualidade o tempo que lhe resta e tenha uma morte digna ao lado de sua família. O Cuidado Paliativo realizado na Atenção Domiciliar traz inúmeros benefícios ao paciente no final da vida, a presença de sua família não deixando passar por nenhum momento sozinho e o conforto de seu lar. É preciso desmistificar a ideia que esse cuidado não trará nenhum benefício para o paciente ou que irá acelerar sua morte (eutanásia), onde o paciente irá morrer sem nenhuma assistência já que sua doença não possui cura, por isso, é preciso cada vez mais falar sobre os cuidados paliativos, seus princípios e seus benefícios para o paciente e sua família. Enfatiza também da importância desse cuidado na área da enfermagem e da importância da humanização dos profissionais de saúde para prestar um serviço de qualidade para o paciente e sua família.

**Palavras-chaves:** Cuidados Paliativos. Pacientes Oncológicos. Internação Domiciliar.

## ABSTRACT

Palliative Care is undoubtedly the exercise of the art of caring, allied to scientific knowledge, in which it is an association between science and action, providing the relief of suffering related to illness. Because it is a fundamental part of clinical practice, it can occur in parallel to therapies for healing and prolonging life. It is an individualized care for each patient, including his family, his emotional and spiritual side, making it live with quality the time that reestablishes to a dignified death alongside his family. The Palliative Care carried out in Home Care brings endless benefits to the patient without the end of life, the presence of his family does not leave the end of time and the comfort of his home. It is necessary to demystify the idea that this care will not bring any benefit to the patient or his own death (euthanasia), where the patient is killed without the disease and has no cure, so it is increasingly necessary to talk about palliative care, its principles and its benefits for the patient and his family. It also emphasizes the importance of care in the nursing area and the importance of the humanization of health practices for a quality service for the patient and his family.

**Keywords:** Palliative Care. Oncologic Patients. Home Hospitalization.

---

<sup>1</sup> Acadêmico do curso Graduação em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

## INTRODUÇÃO

Dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2015 estima-se o surgimento de cerca de 596 mil novos casos de câncer no Brasil nos anos de 2016/2017. Atualmente no mundo 8,2 milhões de pessoas morrem por ano de câncer, até 2020 estima-se que 15 milhões de pessoas no mundo morrerão vítimas da doença, previsão feita em 2005 pela UICC (*Internacional Union Against Câncer*) (INCA, 2016).

O tratamento de pacientes com câncer com diagnóstico fechado (sem chance de cura) coloca a equipe de enfermagem diante de um quadro em que independente de seus esforços não apresentará regressão. Portanto, é necessário que a equipe concentre seus esforços em ações que visam melhorar a condição de sobrevivência destes pacientes no sentido de oferecer conforto de sua dor física e de sua condição espiritual e psicossocial. Esses cuidados devem estender-se à família que se encontra fragilizada num momento difícil como este.

Para esse tipo de atendimento especializado em melhorar a qualidade de vida do paciente até a morte, não se trata de abandonar os tratamentos terapêuticos e nem antecipar sua morte, mas, fazer com que ele viva com mais conforto até o dia de sua morte, chamamos de Cuidados Paliativos.

Esse cuidado é baseado em princípios, não em protocolos e normas, pois, cada paciente é único. Em nenhum momento se fala em morte ou não há mais nada a se fazer, mas sim da chegada do final da vida. O Cuidado Paliativo é indicado para qualquer paciente desde que o diagnóstico da doença seja fechado pela equipe médica que o acompanha, assim podendo ser feita uma expansão no campo de atuação. Também não será em nenhum momento negada a cura, porém, não se descarta a possibilidade dela existir.

A espiritualidade também é levada em conta, existem várias crenças e religiões e como o paciente é único e será visto como um todo é preciso saber seus medos, ansiedades, vontades e desejos para poder fazer o melhor por ele.

A família faz parte desse cuidado, pois, estará presente em todos os momentos e ajudará na tomada de decisões e será assistida juntamente com paciente até no período de luto após a morte do paciente, para que não venha adoecer depois. (SILVA; ANDRADE; NASCIMENTO, 2013)

## REVISÃO DE LITERATURA

### Cuidados Paliativos

Segundo a definição da OMS, Cuidado Paliativo é:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (MATSUMOTO, 2009, p.16).

A história do Cuidado Paliativo começou na antiguidade onde existiam abrigos e hospedarias que recebiam peregrinos e viajantes que por lá ficavam para receber cuidados e se alimentar. Um dos relatos mais antigos é do século V, quando uma discípula de São Jerônimo chamada Fabíola cuidava dos viajantes que vinham da Ásia, África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma.

Em vários países, através da história, há relatos de cuidados a pessoas com doenças avançadas sem possibilidade de cura, nos séculos XVII e XVIII na Europa foram criadas várias instituições de caridade para abrigar e cuidar de doentes em fase terminal. Somente no século XX foram criadas enfermarias dentro dos hospitais para cuidar desses doentes.

Entre 1948 e 1955 em Londres, a inglesa Cicely Saunders que era Assistente Social e veio se formar enfermeira, e anos depois, médica, não se conformava ao ver o sofrimento vivido por pacientes com doenças avançadas, recebeu o apoio de David Tasma, portador de um câncer em fase terminal e um de seus pacientes, para fundar uma instituição voltada a atender as reais necessidades dos enfermos. O Movimento Hospice Moderno que em 1967 fundou o St. Christopher's Hospice, cuja estrutura permitiu a assistência aos doentes. Cicely Saunders desenvolveu:

- Conceito de Dor Total;
- Cuidado Holístico;
- Suporte Familiar;
- Suporte no Luto;
- Equipe Interdisciplinar;
- Cuidados Domiciliares;

- Controle de sintomas.

Cicely resgata o conceito de cuidar com humanização e cria uma atitude na medicina visando oferecer aos doentes, conforto, qualidade de vida, alívio da dor (física, psicológica e espiritual), procurando fazer tudo quando se pensa que “não há mais nada a fazer”, daí surgem os cuidados paliativos. Ela faleceu em 2005 aos 87 anos, sendo cuidada no St. Christopher’s em paz (SILVA; ANDRADE; NASCIMENTO, 2013).

No ano de 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo hospice que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer. O termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo hospice em alguns idiomas e já o paliativo vem de (pallium) que significa “cobrir com um manto” (JORGE, 2016).

A OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990 que foi revisada em 2002 e substituída pela atual (JORGE, 2016):

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.

## **Princípios dos Cuidados Paliativos**

Os Cuidados Paliativos não segue somente uma linha de conhecimento, mas, agrega diversas especialidades, várias possibilidades de intervenções clínicas e terapêuticas em todas as áreas de conhecimento da ciência médica e de conhecimentos específicos. A OMS publicou, em 1986, princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Esses princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002 e estão listados adiante (MATSUMOTO, 2009).

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis.

É muito importante o conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, abordagem de medidas não-farmacológicas e dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, pois muitas vezes a dor não é física e causada pelo avanço da enfermidade, mas sim pelo emocional,

pela culpa que às vezes o paciente sente em determinada área da sua vida, sendo também individual, pois a dor não é igual para todos pacientes.

- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida.

A verdade é que não gostamos de ouvir falar em morte e nem estamos preparados para tal em momento algum de nossas vidas, apesar de todos termos a certeza de que ela é eminente para nós mesmos, familiares ou amigos, porém, não sabemos como, quando e onde será nossa morte. Os médicos pouco aprendem a lidar com moribundos. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o “prolongamento interminável do morrer”. O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de uma doença ameaçadora à vida, colocando ênfase nos dias que ainda podem ser vividos (MATSUMOTO, 2009).

- Não acelerar nem adiar a morte.

Ressalta-se que o Cuidado Paliativo nada tem a ver com antecipar a morte. (eutanásia), como muitos ainda pensam. Por esse fato, muitos pacientes ou familiares não aceitam esse cuidado pelo simples fato de achar que desistiram do tratamento acelerando a morte. Para isso a equipe deve estar bem treinada dentro dos princípios do Cuidado Paliativo e esclarecer todas as dúvidas, respeitando, sabendo ouvir e dialogar com paciente e seus familiares, para que fiquem cientes que não será acelerada a morte, porém, não será adiada.

- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.

Toda doença, principalmente o câncer, que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer certa frustração ao paciente e seus familiares, obviamente por não estarem preparados para lidar com essa nova situação. O paciente se sente frustrado pela perda da autonomia, capacidade física que fica delimitada, pela sua autoimagem que dependendo do tratamento irá ser modificada como, por exemplo, perda dos cabelos ou de uma das mamas em mulheres, afastamento do emprego, gasto extra que acabará acontecendo com o decorrer do tratamento. Tudo isso pode causar angústia, depressão e irá interferir nos sintomas e na evolução da doença. Nessa fase o acompanhamento psicológico é essencial. O diferencial desse cuidado é a abordagem da espiritualidade, fazer com que o paciente e sua família renovem e confirmem sua fé (MATSUMOTO, 2009).

- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte.



Não podemos somente falar em dar uma qualidade de vida para paciente, sendo assim, não podemos nos esquecer de que cada paciente é único e seu atendimento individualizado. É necessário ver o paciente como um todo, é preciso antes entender sua vida, seus recursos, avaliar seu psicológico, para fazer com o mesmo tenha a oportunidade de viver com dignidade até o dia de sua morte. Para isso a equipe deve estar sempre empenhada em resolver ou pelo menos amenizar esses problemas.

- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto.

O ser humano não foi feito para ser sozinho, por isso nunca estamos sós. A família por maior ou menor que seja, unida ou desunida, biológica ou adquirida, sempre irá se compadecer com doença. Nesses casos, os mais próximos do paciente que irão acompanhar o desenvolvimento da doença também irão adoecer, isso ocorre por conhecerem o paciente sabendo de suas vontades, desejos, medos, angústias as quais muitas vezes o doente não relata para a equipe. Dessa forma, o cuidador ou família também sofrem e precisam ser cuidadas psicologicamente e espiritualmente tanto quanto o paciente.

- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.

Quando falamos do cuidado ao paciente, o cuidado paliativo é o cuidado do paciente de uma forma geral, observando toda a dimensão, para poder ser elaborada uma abordagem que seja eficaz para ele e sua família, por isso, é necessário ser uma equipe multidisciplinar, pois serão vários olhares e várias percepções de cada profissional realizando assim uma avaliação completa e um atendimento de qualidade durante o período de luto (MATSUMOTO, 2009).

- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença

Realizando um cuidado individualizado para cada paciente, sabendo que cada um irá progredir de forma diferente no curso da doença tanto fisicamente quanto psicologicamente, conseguimos respeitar seus desejos, suas necessidades, melhorar sua qualidade de vida e assim conseguir prolongar sua sobrevida, controlando os sintomas e reações. Esse conhecimento permite atender as necessidades do doente lhe oportunizando o convívio com a família e estendendo sua sobrevida.

- Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com

outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Os Cuidados Paliativos conforme a definição da OMS devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença ameaçadora da vida. Dessa forma, iremos cuidar do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, onde ela passa por fases como Negação, Revolta, Barganha, Depressão, Aceitação e a Morte. Não devemos privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina pode oferecer. Muito pelo contrario, devemos utilizá-los de forma hierarquizada, considerando os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados. A abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações da doença principal, tudo o que for preciso fazer para proporcionar melhor conforto ao paciente será realizado e nenhum tratamento ou procedimento estará descartado (MATSUMOTO, 2009).

### **O Cuidado Paliativo no Brasil**

No Brasil, o Cuidado Paliativo teve seu início na década de 1980. Um dos pioneiros foi o Instituto Nacional de Câncer (INCA), que inaugurou em 1998 o hospital unidade IV, dedicado exclusivamente aos Cuidados Paliativos. Em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos que influenciou um salto institucional enorme no Brasil. Atualmente são mais de 40 iniciativas, ainda é pouco quando se considera a extensão geográfica e as necessidades do nosso país. Ainda existe um preconceito relacionado ao Paliativo, pois, é muito confundido com a eutanásia e está bem longe disso. A conscientização é essencial para que o sistema único de saúde consiga mudar sua abordagem aos pacientes portadores de doenças ameaçadoras da vida. Cuidado Paliativo não é só uma necessidade de saúde pública, mas, também uma necessidade humanitária (MATSUMOTO, 2009).

Por isso, para pacientes com câncer, onde não podemos mais conter o avanço da doença, podemos oferecer um processo de alta hospitalar, com o cuidado continuado em domicílio, chamado Atenção Domiciliar (A.D.), proporcionando ao paciente a diminuição de risco como infecções hospitalares, uma longa permanência no ambiente hospitalar, desgaste físico e emocional da família que tem que se deslocar todos os dias, e trazendo para o doente o benefício de continuar o

tratamento no conforto de seu lar (BRASIL, 2012).

Segundo a Portaria Nº 2.527/2011, redefinida pela Portaria Nº 825/2016 do Ministério da Saúde, apresenta (BRASIL, 2016):

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e66

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

O Art. 3º do SAD que tem como objetivo, conforme apresentado na Portaria Nº 825/2016 do Ministério da Saúde são (BRASIL, 2016):

I- redução da demanda por atendimento hospitalar;

II - redução do período de permanência de usuários internados;

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários;

IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Informa também de acordo com o Art. 4º que a Atenção Domiciliar (AD) seguirá as seguintes diretrizes (BRASIL, 2016):

I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS;

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

As equipes que compõe o SAD, conforme apresentado no Art. 16 são (BRASIL, 2016):

- I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como:
    - a) EMAD Tipo 1; ou
    - b) EMAD Tipo 2; e II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).
- [...]

O Art. 17. A EMAD apresentará a composição mínima apresentada abaixo, de acordo com I – EMAD, Tipo 1 (BRASIL, 2016):

- Médico(s)
- Enfermeiro;
- Fisioterapeuta ou Assistente Social;
- Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem.

II - EMAD, Tipo 2: é composto pelos mesmos profissionais do Tipo 1 a diferença entre eles será as horas semanais de trabalho.

Ainda apresentado na Portaria nº 825/2016, o Art. 18. A EMAP (BRASIL, 2016):

- terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir:
- I - assistente social;
  - II - fisioterapeuta;
  - III - fonoaudiólogo;
  - IV - nutricionista;
  - V - odontólogo;
  - VI - psicólogo;
  - VII - farmacêutico; ou
  - VIII - terapeuta ocupacional.

## **Comunicação com o paciente**

A relação entre profissionais de saúde e paciente deve ser estruturada na integridade e verdade, combinada com sensibilidade e compaixão.

Aos pacientes que estão morrendo, deve ser permitido viver seus últimos dias de uma maneira consistente com suas crenças, personalidades e valores.

A comunicação com o paciente em cuidados paliativos deve ser realizada pela equipe AD em ambiente tranquilo, reservado, silencioso e com privacidade. Não mentir para o paciente mesmo que seja por piedade, ser honesto e sincero para conseguir a confiança do paciente, mostrar ser confiável sendo capaz de guardar

segredos pessoais do mesmo quando revelados, perguntar o que ele entende da sua doença, deixá-lo ciente da realidade de sua doença melhorando sua qualidade de vida (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Às vezes, pode-se pensar qual é a vantagem de um paciente com câncer cujo médico fecha o diagnóstico e descarta a possibilidade de cura em ter alta hospitalar e continuar seu tratamento em casa, onde não vai ter uma equipe de enfermagem e médica 24 horas. Nesses casos, muitos vão achar que o médico deu alta porque não há mais nada a fazer pelo doente no hospital, que o mesmo vai para a casa somente para morrer ou para desocupar leito no hospital, que ficará em casa definhando a espera da morte e que não lhe será prestado nenhum tipo de assistência terapêutica.

Porém, é exatamente ao contrário, os Cuidados Paliativos vão proporcionar para o paciente um tratamento terapêutico melhor do que teria dentro do hospital, pois o mesmo estará no conforto de sua casa, irá dormir na sua cama, descansar no seu sofá, comer sua comida à qual já está acostumado e sua família estará mais próxima e irá participar de cada etapa de seu tratamento.

Cada etapa será pactuada com a família ou cuidador e paciente, ambos sempre estarão cientes de tudo, todas as dúvidas serão esclarecidas. É recomendada uma reunião prévia da equipe com todos os membros da família que estarão envolvidos na assistência domiciliar antes de iniciar o tratamento em casa assim que o médico do hospital encaminhar para esse serviço, desde então, tanto a família, cuidador e o paciente devem estar de acordo com assistência que será prestada. Essas reuniões serão realizadas periodicamente ou sempre que a família/cuidador acharem necessário conforme a evolução da doença (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A partir dessas reuniões é que a equipe irá desenvolver objetivos terapêuticos a serem alcançados, a equipe deverá criar um vínculo com a família/cuidador e também com o paciente para conseguir entender as dificuldades e prioridades daquela família, já que o cuidado paliativo é único e cada família e paciente será diferente um do outro. Haverá lições que poderão ser aprendidas e levadas como aprendizado para outras famílias, mas, o atendimento sempre será único, pois, cada uma terá seus medos, aflições, sofrimentos, dificuldades, ansiedades e a equipe deve estar atenta a todos eles para poder fornecer o melhor

cuidado possível durante todo o período de atenção domiciliar e a após no período de luto.

O cuidador do paciente não necessariamente deve ser da família ou ter um vínculo de sangue com o mesmo, o cuidador pode ser qualquer pessoa que possua um vínculo emocional com o paciente. Ele terá o papel mais importante, pois sua participação implicará na eficácia e evolução do cuidado e na qualidade de vida do paciente em AD (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Tanto a família quanto o cuidador será incluída no plano de cuidados dos profissionais de saúde, sendo necessário orientá-los sobre um período de descanso, da importância de revezar com mais um familiar ou cuidador para que o mesmo não seja sobrecarregado não só fisicamente, mas, também psicologicamente porque o mesmo passará junto com o paciente a maior parte do tempo, sendo assim acabará sendo seu confidente, e estará ciente de todos os tipos de sentimentos (angústia, raiva, amor, ódio, compaixão etc...). Por isso, o cuidador passará por um treinamento para aprender os cuidados que deverá realizar com o paciente como administração de medicação, alimentação, higiene pessoal, que deve fazer se ocorrer uma emergência e prepará-lo para situações como a falta de paciência e como lidar com a morte, como aceitar que está cada dia mais próxima. É muito importante lembrar que a partir do momento que escolhido, o cuidador sendo da família ou não é preciso deixá-lo ciente da complexidade que será a assistência prestada ao paciente, mesmo parecendo ser mais fácil por estar em casa, pois, a transformação é constante todos os dias, é sim uma tarefa muito bonita, podemos dizer que é nobre de sua parte, mas, muito complexa (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A espiritualidade também é trazida para perto do paciente independente de sua crença ou religião, para que o mesmo tenha fé e coragem para aceitar o diagnóstico da doença, suportar o tratamento e aceitar a chegada do final da sua vida.

Essa questão é uma forma estratégica de enfrentamento para o sofrimento, que é inegável para pacientes com câncer em qualquer estágio da doença, mas, principalmente para os que estão em fase terminal. Contribui para que o mesmo aceite e consiga diminuir seu sofrimento e de sua família. A enfermagem deve compreender e estar preparada profissionalmente para a necessidade de cada paciente e buscar subsídios para cuidar de forma integral do doente e também de sua família.

Lembrando que cada paciente é único, então a questão espiritual será individualizada também, não é seguido nenhum tipo de protocolo para se prestar esse apoio, é mais uma forma de aliviar a dor e o sofrimento do doente, garantindo um cuidado de qualidade (CARVALHO; PARSONS, 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar do Cuidado Paliativo de ser uma área da enfermagem mais nova e não tão explorada, mas que, com toda certeza daqui para frente será muito válida e muito utilizada já que seu crescimento vem sendo considerável dentro dos hospitais, os quais já possuem quartos exclusivos para esse tipo de paciente e até mesmo alas inteiras destinadas aos cuidados paliativos, e o SAD que veem sendo implantado nas cidades. O fato de que, como citado anteriormente, até 2020 mais de 15 milhões de pessoas morreram de câncer no mundo, portanto, todo esse público precisará de tais cuidados, e cada paciente será único e visto como um todo tendo um atendimento integral observando-se todas as suas necessidades (SILVA, 2004).

A enfermagem tem papel fundamental nos cuidados paliativos, além de dominar as técnicas, conhecer anatomia, patologia, tratamentos, medicações, o enfermeiro deve conhecer a essência do ser humano, não deixando que os anos na profissão na qual se depara constantemente com a morte o torne indiferente ao sofrimento do paciente que está chegando ao final de sua caminhada na vida.

Cada paciente tem uma história de vida diferente da outra, não interessa se o enfermeiro conheça seu diagnóstico e histórico de doença, é preciso prescrever os cuidados a serem prestados a ele durante o período que utilizará o serviço. O mais importante é compreender que o mesmo tem uma vida anteriormente à doença independente de sua idade e deve ser respeitado na sua condição de ser humano. Conhecer a história do paciente ao qual será prestada a assistência ajudará não somente a lidar com o mesmo, mas, será ganho para o enfermeiro, não somente no profissional, mas, também na vida pessoal já que cada história é única, cada um dará valor diferente à sua vida, cada história contada é uma experiência adquirida pelo profissional, ao conseguir escutar o doente permite ao enfermeiro repensar a própria vida, os valores e reaprender a viver. Estando diante de um paciente sem possibilidades de cura podemos dizer que, por mais que seja por um período pequeno, o enfermeiro está participando também da sua história e tem a

oportunidade de transformar em um período mais tranquilo, mais humano e natural como a morte e uma dessas formas de transformação é a internação domiciliar, desde que o paciente queira e a família esteja de acordo com ele.

Como disse a fundadora dos cuidados paliativos, Cicely Saunders, “Nós não podemos curar você, mas continuaremos a cuidar de você” (CARVALHO; PARSONS, 2012).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>. Acesso em: 22 jun. 2017.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

INCA. **Números de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dmdc/2016/numeros-cancer-brasil.asp>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

JORGE, Alice Batitucci. **Há relevância em promover o acesso aos cuidados paliativos como um direito humano?**. Sotamig, 2016. Disponível em: <[http://sotamig.org.br/wp-content/uploads/2016/01/trab\\_01.pdf](http://sotamig.org.br/wp-content/uploads/2016/01/trab_01.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In.: CARVALHO, Ricardo Tavares de (Ed.). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <[http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SILVA, José Vitor da; ANDRADE, Francisco Noronha de; NASCIMENTO, Rosa Maria do. **Cuidados paliativos – fundamentos e abrangência**: revisão de literatura. Revista Ciência em Saúde, v.3, n.3, jul./set. 2013. Disponível em: <[http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/242/210](http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/242/210)>. Acesso em: 22 abr. 2017.



SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticos:** reflexões. In.: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **H00**umanização e Cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.