

Elisa Miranda Costa  
(Organizadora)

# Bases Conceituais da **Saúde 9**

**Elisa Miranda Costa**  
(Organizadora)

# **Bases Conceituais da Saúde**

## **9**

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

#### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 9 [recurso eletrônico] / Organizadora  
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.  
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 9)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-140-4

DOI 10.22533/at.ed.404191502

1. Saúde – Brasil. 2. Saúde – Pesquisa. 3. Sistema Único de  
Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos  
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Sistema Único de Saúde), cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

A inserção das práticas integrativas e complementares, especialmente na Atenção Primária (APS), corrobora com um dos seus principais atributos, a Competência Cultural. Esse atributo consiste no reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Considerando a singularidade do indivíduo quanto aos processos de adoecimento e de saúde -, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens ampliam a corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo para o aumento do exercício da cidadania. Nesse volume serão apresentadas pesquisas quantitativas, qualitativas e revisões bibliográficas sobre essa temática.

Elisa Miranda Costa

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS	
<i>Flávia de Souza Fernandes</i>	
<i>Hevelin Aline da Silva</i>	
<i>Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915021</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>4</b>
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS	
<i>Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão</i>	
<i>Laize Santana da Silva</i>	
<i>Adriana Vilhena Lima</i>	
<i>Polyana Sousa dos Santos</i>	
<i>Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailibe</i>	
<i>Francisca Bruna Arruda Aragão</i>	
<i>Fabrcício e Silva Ferreira</i>	
<i>Livia Carolina Sobrinho Rudakoff</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915022</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>19</b>
A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO	
<i>Taynara Carrijo Moreira</i>	
<i>Thiago Melanias Araujo de Oliveira</i>	
<i>Geovana Louise Franco</i>	
<i>Ana Cristina de Almeida</i>	
<i>Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago</i>	
<i>Adriana Vieira Macedo Brugnoli</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915023</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>27</b>
A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADA À SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PREVENÇÃO DE ULCERAS POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA DE BELÉM DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Alzinei Simor</i>	
<i>Gabriela De Nazaré E Silva Dias</i>	
<i>Glenda Keyla China Quemel</i>	
<i>Iara Samily Balestero Mendes</i>	
<i>Jaqueline Pinheiro Moraes</i>	
<i>Jully Greyce Freitas De Paula</i>	
<i>Leticia Almeida De Assunção</i>	
<i>Maira Cibelle Da Silva Peixoto</i>	
<i>Mattheus Lucas Neves De Carvalho</i>	
<i>Marcelo Williams Oliveira De Souza</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4041915024</b>	

**CAPÍTULO 5 ..... 35**

ANÁLISE CLÍNICA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA NA INFÂNCIA DURANTE ESTÁGIO NA ALA PEDIÁTRICA

*Nandson Henrique da Silva*  
*Lais Raissa Lopes Caetano*  
*Sonally Waldemira Guimarães Rodrigues da Silva*  
*Mayara Rayssa Farias Barroso*  
*Natally Calixto Lucena*  
*Maine Dayane Martins Lins*  
*Sandra Mendes de Abreu*  
*Jailton José Ferreira de Freitas*  
*Iluska Natyelle Nunes da Silva Lima*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915025**

**CAPÍTULO 6 ..... 41**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE ESTERNECTOMIA DE OSTEOSSARCOMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Jamil Michel Miranda do Vale*  
*Antônio Corrêa Marques Neto*  
*Paulo Victor Caldas Soares*  
*Marcella Fernanda Martins Ximenes Soares*  
*Marlete Nascimento de Castro*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915026**

**CAPÍTULO 7 ..... 47**

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA COMISSÃO DE FERIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

*Manuely Pinto de Souza*  
*Regiane Ferreira Bezerra*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915027**

**CAPÍTULO 8 ..... 51**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Amanda de Oliveira Bernardino*  
*Marília Gabrielle Santos Nunes*  
*Laryssa Grazielle Feitosa Lopes*  
*Karla Romana Ferreira de Souza*  
*Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915028**

**CAPÍTULO 9 ..... 61**

O PERFIL DO PACIENTE ONCOLÓGICO ASSISTIDO NO DOMICÍLIO PELO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA

*Suellem Regina Pimentel de Araújo*  
*Mayrlla Aleixo Marçal*  
*Jéssica Fernanda Scerni Gondim Costa*  
*Maria de Belém Ramos Sozinho*

**DOI 10.22533/at.ed.4041915029**

**CAPÍTULO 10 ..... 77**

APLICAÇÃO DO MÉTODO DÁDER EM PACIENTES HIPERTENSOS DE UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE CARUARU

*Maria Aparecida Farias Souto Maior*  
*Kawannny Millena Alves de Melo*  
*Carlos Henrique Tabosa Pereira da Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150210**

**CAPÍTULO 11 ..... 88**

AValiação DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Andrezza Araújo do Nascimento*  
*Celidarque da Silva Dias*  
*Flávia Pessoa de Belmont Fonseca*  
*Lorena Aquino de Vasconcelos*  
*Luciana Lucena Aranha de Macêdo*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150211**

**CAPÍTULO 12 ..... 99**

O PAPEL SOCIAL DO FARMACÊUTICO FRENTE À EVOLUÇÃO HISTÓRICA DE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

*Mônica Cristina Sampaio Majewski*  
*Fernanda Cristina Ostrovski Sales*  
*Carla Corradi-Perini*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150212**

**CAPÍTULO 13 ..... 106**

A PESQUISA DA OBESIDADE, DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES MELLITUS EM AFRODESCENDENTES NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ABACATAL NO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA – PARÁ

*Fabíola Vasconcelos da Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150213**

**CAPÍTULO 14 ..... 111**

A PREVALÊNCIA DE LEIOMIOMA DE ÚTERO EM MULHERES NO NORTE DE MINAS GERAIS

*Vinicius de Almeida Cavalcante Galdino*  
*Giovanna Rodrigues Perez*  
*Mariana Gabriela Ferreira Mota*  
*Isadora Carla Batista Chaves*  
*Magna Carolina Santos Tanajura*  
*Maria Luiza Gonçalves Ribeiro da Cruz*  
*Melissa Xavier Menezes*  
*Rômulo Magalhães Duarte*  
*Virgílio Silveira Rizério*  
*Rodrigo Magalhães Duarte*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150214**

**CAPÍTULO 15 ..... 120**

DOENÇA CELÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

*Álef Lamark Alves Bezerra*  
*Ricardo Montenegro Nóbrega de Pontes*  
*Ravena de Sousa Borges da Fonseca*  
*Vinicius Gonçalves Ferraz*  
*José Artur de Paiva Veloso*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150215**

**CAPÍTULO 16 ..... 128**

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DO ATENDIMENTO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DO BAIXO AMAZONAS

*Caio Lucas Martins Dourado Gonçalves*  
*Marcelo José Sanches da Rocha*  
*Shirley Iara Martins Dourado*  
*Breno Henrique Silva da Silva*  
*Arthur Menezes Vaz*  
*Gabriel Tavares de Oliveira Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150216**

**CAPÍTULO 17 ..... 135**

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES EM PERNAMBUCO SOBRE CURSO DE ÉTICA E BIOÉTICA ENTRE 2014 E 2016

*Arthur Fernandes da Silva*  
*Helena Maria Carneiro Leão*  
*Magaly Bushatsky*  
*Sandra Maria de Araújo Silva*  
*Zilda do Rêgo Cavalcanti*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150217**

**CAPÍTULO 18 ..... 141**

PREVALÊNCIA DE AVC EM HIPERTENSOS DO HIPERDIA EM GOIÁS (2010 - 2013)

*Taynara Carrijo Moreira*  
*Thiago Melanias Araujo de Oliveira*  
*Geovana Louise Franco*  
*Nathália Marques Santos*  
*Pedro Henrique de Oliveira Alcantara Paniago*  
*Adriana Vieira Macedo Brugnoli*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150218**

**CAPÍTULO 19 ..... 144**

ANÁLISE DE COMPLETUDE NAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS), NO MUNICÍPIO DE PETROLINA – PE, DE 2012 A 2016

*Herydiane Rodrigues Correia Wanderley*  
*Larissa de Sá carvalho*  
*Lorena Maria Souza Rosas*  
*Maiara Leite Barberino*  
*Marcelo Domingues de Faria*  
*Gleise Gomes Soares*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150219**

**CAPÍTULO 20 ..... 153**

COMPARAÇÃO DE ATIPIAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO RIO GRANDE DO SUL, 2007 A 2014

*Maria Eduarda Teló*  
*Juliana Schreiner*  
*Isabela Nizarala Antonello*  
*Camila Urach dos Santos*  
*Maíra Maccari Strassburger*  
*Ana Leonora Cobalchini de Bortoli*  
*Lia Gonçalves Possuelo*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150220**



**CAPÍTULO 21 ..... 157**

CÂNCER DE OVÁRIO E POSSÍVEIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

*Camila Clementino Cardoso*  
*Luiza Akilma De Souza Alves*  
*Marycleid Santos Costa*  
*Mayara Alcântara De Oliveira*  
*Giovanni Tavares de Sousa*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150221**

**CAPÍTULO 22 ..... 162**

DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA PUBERDADE: REVISÃO DE LITERATURA

*Karina de Sousa Maia*  
*Andrew Bonifácio Ferreira*  
*Ailla Sibebe de Almeida Bidô*  
*Alyne da Silva Portela*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150222**

**CAPÍTULO 23 ..... 170**

INFECÇÃO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*Janiere Vidal Ferreira*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150223**

**CAPÍTULO 24 ..... 177**

INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE PRÓSTATA:  
UM ESTUDO DE REVISÃO

*Heloane Medeiros do Nascimento*  
*Amanda Haissa Barros Henriques*  
*Bárbara de Souza Ferreira*  
*Érica Dionísia de Lacerda*  
*Juliana de Castro Nunes Pereira*  
*Suzana Santos da Costa*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150224**

**CAPÍTULO 25 ..... 185**

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO DE  
PERNAMBUCO

*Alaine Santos Parente*  
*Fábia Maria de Santana*  
*Fabíola Olinda de Souza Mesquita*  
*Fernanda Rodrigues da Silva Vasconcelos*  
*Nathalia Matos de Santana*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150225**

**CAPÍTULO 26 ..... 195**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE  
SENHOR DO BONFIM-BAHIA

*Nayara Oliveira Santos*  
*Silvana Gomes Nunes Piva*  
*Antônia Adonis Callou Sampaio*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150226**

**CAPÍTULO 27 ..... 209**

REVISÃO SOBRE ASPECTOS TOXICOLÓGICOS DA *MORINDA CITRIFOLIA* (NONI)

*Maria Rhayssa Silva Bezerra*

*Fabírcia Morgana Teixeira de Lima*

*Hemilly Alanna da Silva Lima*

*Jeilsa da Silva Santos*

*Sérgio Luiz da Rocha Gomes Filho*

**DOI 10.22533/at.ed.40419150227**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 217**

## A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

### **Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão**

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.  
São Luís-MA

### **Laize Santana da Silva**

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.  
São Luís-MA

### **Adriana Vilhena Lima**

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.  
São Luís-MA

### **Polyana Sousa dos Santos**

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.  
São Luís-MA

### **Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailibe**

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.  
São Luís-MA

### **Francisca Bruna Arruda Aragão**

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem  
São Luís-MA

### **Fabrcício e Silva Ferreira**

Universidade Federal do Maranhão, HUUFMA  
São Luís-MA

### **Lívia Carolina Sobrinho Rudakoff**

Instituto Federal do Maranhão, Departamento de Nutrição  
Zé Doca-MA

**RESUMO:** Observa-se que ao longo do tempo alguns fatores internos e externos influenciam diretamente na vida dos indivíduos, nos trabalhadores da saúde mais precisamente na equipe de enfermagem esta realidade não se torna diferente, pois estes lidam diretamente com momentos e fatores que geram grande estresse, podendo desencadear alguns transtornos psicológicos. Neste estudo foi abordado um contexto de caráter bibliográfico de análise descritiva e recorte qualitativo, onde foram utilizados critérios de inclusão de artigos científicos na língua portuguesa no período de 2005 a 2017 disponíveis na íntegra análise de dados produzidos no Brasil. O estresse e outros fatores importantes tais como, a morte dos pacientes, o processo de luto, a família que não dá o devido apoio, a difícil missão dos profissionais para ajudar o paciente oncológico e a sua família a lidar com esse processo de doença, o apoio psicológico ao paciente sobre sua religiosidade, entre outros, são fatores determinantes no processo de adoecimento desses profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Institutos de Câncer. Religião. Família. Espiritualidade.

**ABSTRACT:** It is observed that over time some internal and external factors directly influence the lives of individuals, health workers more precisely in the nursing team this reality does

not become different, because these deal directly with moments and factors that generate great stress, and may trigger some psychological disorders. In this study, a bibliographic context of descriptive analysis and qualitative analysis was used, where criteria for the inclusion of scientific articles in the Portuguese language in the period from 2005 to 2017 were available, in full analysis of data produced in Brazil. Stress and other important factors such as the death of patients, the process of mourning, the family that does not give due support, the difficult mission of the professionals to help the cancer patient and his family to deal with this disease process, the psychological support to the patient about their religiosity, among others, are determining factors in the process of sickness of these professionals.

**KEYWORDS:** Institutes of Cancer. Religion. Family. Spirituality.

## 1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem em seu processo de cuidar tem por objetivo garantir e promover ao paciente um cuidado amplo com visão holística, na qual consiste atender o ser humano visando suas necessidades humanas básicas, tais como: necessidades psicossociais, psicoespirituais e psicobiológicas, e não somente visando sua patologia, levando em conta que o paciente é um ser humano provido de dignidade. Sendo assim, os cuidados paliativos são práticas que tem por finalidade promover a qualidade de vida do paciente minimizando o sofrimento e a dor, auxiliando esta a adaptar-se com as limitações diante da impossibilidade de cura, visando também um acolhimento aos seus familiares (FERNANDES, 2013; EVANGELISTA et. al, 2013; MATSUMOTO, 2012).

Por mais que haja várias possibilidades de tratamento e/ou cura, deve-se lembrar de que existe um ciclo natural da vida dos seres vivos. O preparo emocional do profissional de enfermagem é imprescindível, pois ele precisa oferecer uma assistência digna, considerando a terapia de um ambiente tranquilo e seguro, tanto para os familiares como para o profissional e acima de tudo para o paciente. Segundo a Organização Mundial de Saúde estimou-se que, no ano de 2030 podemos esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de pessoas anualmente com câncer.

As práticas e os métodos adotados por estes profissionais atendem as reais necessidades desses pacientes? Os enfermeiros são essenciais no processo de tomada de decisão, uma vez que podem auxiliar os pacientes e seus familiares e os serviços de saúde na escolha de terapêuticas ou cuidados alternativos, independente do seu local de atuação (SECOLI, PADILHA E LEITE (2005):

Possibilitar a compreensão do enfermeiro no cuidado a esses pacientes permitindo o aperfeiçoamento de suas técnicas e práticas profissionais.

- Descrever as diferentes circunstâncias de medo, incertezas e com perspec-

tivas de morte em seu cotidiano;

- Identificar a importância do enfermeiro frente aos familiares desses pacientes oncológicos;
- Elucidar a importância da religiosidade e espiritualidade para o tratamento desses pacientes.

Para compreender a atuação do enfermeiro no cuidado paliativo com pacientes oncológicos foram realizadas revisões de literatura e pesquisas de com abordagens descritivas de natureza qualitativa através da análise de conteúdos de artigos contendo questões pertinentes ao objetivo do estudo realizado no período de 2005 a 2017. Foram realizadas pesquisas no site do Bireme, Scielo e Revistas Eletrônicas de Enfermagem.

A abordagem do estudo descritivo tem como fundamento observação, definição, disposição das informações e a qualitativa discorrem em explicar as dinâmicas das relações igualitárias, relações que, por sua vez são depositárias de crenças, valores, atitudes e costumes.

## **2 | A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA MORTE**

A morte que antigamente era vista como um tabu para muitos, hoje com o avanço da tecnologia e conseqüentemente a melhoria do atendimento na saúde é vista como um processo natural da vida (HERMES, 2013; LAMARCA, 2013).

Nos dias atuais, os enfermeiros por terem uma perspectiva diferenciada da morte tendo a mesma como natural se propõe a atender e assistir o paciente em seu estado terminal até seus últimos momentos buscando minimizar a dor e desconforto, oferecendo todo suporte necessário ao doente e seu familiar, respeitando o desejo do paciente de morrer em um ambiente familiar e harmonioso (HERMES, 2013; LAMARCA, 2013).

Estes profissionais se empenham em tornar essa etapa final da vida do doente, em um momento digno dando voz e permitindo que os mesmos façam escolhas, principalmente onde deseja morrer. (HERMES, 2013; LAMARCA, 2013).

Sugere o ensino de novas habilidades com o controle e manejo da dor, estresse, o treinamento dos familiares para ajudar o paciente a expressar suas necessidades e pensamentos. A motivação dos familiares no cuidado progressivo que ajuda no processo de luto, as atividades e o apoio comunitário que favoreçam os cuidados domiciliares (SANTOS, 2000).

A visão da morte de um paciente oncológico é particular, e o contato com ela é constante, mesmo nas pequenas perdas. Cada indivíduo tem uma percepção da morte dependendo da etapa em que se encontra (KUSTER, 2010; BISOGNO, 2010).

O enfermeiro fica em conflito de como irá posicionar-se frente à dor e sofrimento que nem sempre pode aliviar. Percebe-se que em alguns momentos as mortes dos

pacientes causam maior sofrimento pelo fato da permanência com os mesmos ser quase diária, criando um vínculo (KUSTER, 2010; BISOGNO, 2010).

Alguns criam algumas maneiras de enfrentamento no decorrer do processo, a fim de evitar prejuízos no ambiente de trabalho e ter sua saúde emocional prejudicada (KUSTER, 2010; BISOGNO, 2010).

Em estudos realizados, os profissionais de enfermagem demonstram que o contato contínuo com o paciente ajuda para que tenha um melhor enfrentamento da morte dos pacientes, mesmo havendo diferenças individuais. Os profissionais com mais tempo de trabalho, parecem ser mais preparados para enfrentar a situação do que o recém-formado (SHIMIZU, 2007).

O autor supracitado ainda afirma que os profissionais podem criar defesas contra situações depressivas. Relata também que não entrar na depressão, não o deixa imune ao sofrimento com o passar do tempo.

O modo como o enfermeiro entende o conceito da morte, e a forma a qual entende esse conceito com sua forma de existir e suas vivências pessoais das perdas anteriores sejam dentro ou fora do ambiente de trabalho, são aspectos que influenciarão na atuação diante da morte (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

A morte nem sempre atinge toda equipe de saúde de forma igual, sendo que o grau da perda do paciente é avaliado pela condição em que o mesmo se apresenta e pelo envolvimento, onde se desfaz um relacionamento afetivo, se rompe um vínculo (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

A dor da perda se torna maior quando se trata de crianças, onde o envolvimento se torna maior com o enfermeiro. Esse fato foi comprovado com alguns depoimentos onde se verificou muito sofrimento enfrentado pelos profissionais que atuam com crianças.

Então, é difícil, no meu caso assim, são crianças, sofrem muito. E a gente se apega, não é? Tem toda uma relação de carinho, de confiança na gente, de esperança que elas também depositam nelas, de que vão ficar curadas, de que a gente vai vê-las crescer, estudar, e às vezes, de repente, a gente é surpreendida tanto quanto a família por uma piora clínica da criança e aí a gente tem como consequência a morte. E assim é muito difícil.

Porque criança é sempre mais chocante, não é? Poxa! A gente pensa... tem toda vida pela frente. Eu sou muito envolvida com elas, sou muito envolvida com minhas crianças. Então, para mim, que trabalho diretamente com elas é mais doloroso.

O maior desafio enfrentado diante da morte de criança na maioria das vezes se dá pelo fato de interromper seu ciclo de vida ainda na infância, tirando o direito da mesma de crescer, se desenvolver, casar, ter filhos e não desfrutar dos bons momentos da vida, dos sonhos, não ter esperança (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

Mas em outro ponto, o profissional que está envolvido com a criança a quem presta cuidados, a morte às vezes se torna a melhor opção por diminuir o sofrimento

da mesma. Por mais que seja doloroso presenciar a morte de uma criança, é mais doloroso ainda vê-la sofrer coma doença (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

O profissional que fica responsável por cuidar de pacientes terminais deve ser bastante preparado para enfrentar situações extremas de sofrimento. Muitas vezes a capacitação desse profissional é com técnicas e práticas, mesmo com bastante conhecimento sobre todas as necessidades dos pacientes e familiares, sempre procuram fazer o melhor possível para confortar os mesmos (SOUSA, 2009; SOARES, 2009; COSTA et al 2009).

O vínculo que existe entre profissional e paciente é visto como um apego, um comportamento que acontece quando dois ou mais indivíduos diferentes passam a conviver por muito tempo. A partir disso, podemos dizer que o profissional vive a perda e se enluta coma morte do paciente que lhe é querido (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

A situação de vida e morte sempre traz sofrimento para equipe de enfermagem, principalmente por lidar com seres humanos e o lado afetivo é sempre abalado, pois ele necessita se envolver para que a terapêutica flua e o profissional conheça melhor o paciente e lhe dê o melhor conforto necessário (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

Alguns sentimentos podem surgir, tais como: frustração, raiva, cobrança quanto aos limites de assistência, desamparo, choque, sentimento de impotência, entre outros. Esses sentimentos podem prejudicar o profissional, onde o mesmo fica se questionando sobre o que fez ou deixou de fazer em cada situação para recuperar a vida de cada paciente (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

Um ponto que os profissionais devem estar atentos é a comunicação, pois ela envolve informações, sentimentos, emoções, sendo assim um dos principais desafios e ela oferece segurança ao paciente. A comunicação tem um papel importante no relacionamento terapêutico paciente- profissional- família (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

A família também tem papel essencial no processo de comunicação, pois envolve a tríade paciente- família e enfermeiro, envolvida no processo de assistência. É normal o paciente terminal não querer falar sobre sua condição, pois existe sofrimento, tristeza e consciência sobre o fim da vida (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

Nos dias atuais, falar de morte é bem evitado em qualquer local. É algo que assusta, traz medo e ninguém nunca está preparado para enfrenta-la. O enfermeiro aprende a salvar vidas, ajudar com a cura e bem estar dos pacientes, mas a maioria se esquece de que a morte faz parte do ciclo natural da vida, é algo inevitável, e quando isso acontece acaba se frustrando. Se a sociedade não fosse despreparada para lidar com toda essa vivência, o processo seria menos estressante (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

É preciso conhecer as fases do processo de morte de uma paciente oncológico terminal, pois a identificação delas melhora a comunicação, e cada fase será um tipo de

comunicação. A idade, sexo influenciam no processo da comunicação; em pacientes jovens e crianças é sempre vista com mais pesar, já que a morte nessa idade não é tão esperada. Já em idosos é algo mais esperado, já que é um ciclo natural crescer, envelhecer e morrer (RODRIGUES, 2010; FERREIRA, 2010; MENEZES, 2010).

A sociedade exige que as pessoas enfrentem o luto calado e exigem que voltem as atividades de forma regular. As pessoas foram encorajadas a deixar pra trás o luto, dessa forma o indivíduo vive esse processo sozinho. O processo de luto deve ser por completo, devem passar por cada fase, pois somente assim conseguirá viver a nova vida sem o ente querido (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

O luto quando não é vivido e os sofrimentos dos profissionais estão interligados, e devemos ficar atentos, pois o desprazer do trabalho pode desencadear a Síndrome de Burnout, que se define como desgaste e sofrimento do profissional com as atividades do trabalho (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

A síndrome acomete alguns trabalhadores no decorrer do seu exercício profissional apresentam envolvimento afetivo e emocional com pessoas em sofrimento. As equipes precisam ficar atentas a essa síndrome se desencadear nos profissionais no ambiente de trabalho, pois o nível moderado da doença é considerado preocupante e é passível de intervenções (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

Os profissionais estão sofrendo e estão sozinhos nessa batalha entre a vida e a morte. Precisam compreender que a morte é uma etapa que precisa ser vivida, e o seu luto como a resposta necessária à perda e morte das crianças e adolescentes que estavam sob seus cuidados (COSTA, 2005; LIMA, 2005).

### 3 | PERCEPÇÃO DO FAMILIAR NA VISÃO DO ENFERMEIRO

Quando o familiar se faz presente e se propõe a ajudar na realização do cuidado com o paciente, além de proporcionar um treinamento que auxilia na assistência domiciliar e/ou hospitalar, este proporciona ao mesmo uma relação de confiança diante de procedimentos técnicos, um conforto e um sentimento de valorização por parte do enfermeiro e do familiar conforme relato de alguns depoimentos (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

*“A participação do familiar é fundamental, pois no cuidado paliativo ele é nosso aliado. Ele não está aqui para assumir os cuidados prestados pela enfermagem, mas sim para aprender como cuidar do seu doente, porque a gente trabalha sempre com a possibilidade de alta”.* Para os autores, a relação da família com o enfermeiro e a equipe é positiva, pois existiria uma melhor comunicação, troca de informação sobre o quadro clínico do cliente. Contudo, em alguns casos o familiar recusa-se a ajudar, ou não tem equilíbrio emocional, alega não ter tempo ou até mesmo não ter habilidade para cuidar. (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

Diante do quadro clínico do paciente, cabe ao enfermeiro e a equipe esclarecer



dúvidas, encorajar atitudes positivas, sobretudo ser sincero e acessível. Em relação ao cuidado, a família apresenta dificuldade para a prática desses cuidados, no entanto, é preciso elaborar algumas estratégias tais como: treinamento para o cuidado, diálogos, uso de folheto explicativo, abordagens claras para que o mesmo compreenda. (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

A comunicação é de grande importância, pois auxilia a compreender a situação do paciente, e em contra partida o enfermeiro deve estar atento à demanda de cada situação, pois cada indivíduo reage de forma diferente. (SILVA, 2014; LIMA, 2014).

A presença dos pais também é de grande importância para a equipe, pois deles provém todas as informações necessárias, representam sentimentos, atitudes, comportamentos; são os mediadores dentro do hospital. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

Precisamos conhecer as experiências e observações da equipe de enfermagem sobre a família do paciente em cuidados paliativos na oncologia. Geralmente quando o paciente portador de neoplasia é internado por um longo período, o doente e família precisam adquirir os referenciais preestabelecidos pela instituição e situar-se neste novo mundo. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

A pessoa que está morrendo, necessita de amor incondicional. Não é necessária nenhuma especialização, basta que ele seja um bom amigo para que o mesmo sintase amparado. A família deve também se sentir segura e amparada durante esse processo, uma atenção diferente, mostrando sua força e seu potencial. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

A enfermagem tem o compromisso para o bem estar do paciente e da família, pois o momento do óbito é incerto, o que significa uma atenção plena voltada para a família. O objetivo da enfermagem é cuidar, independente do desfecho precisamos cuidar do próximo, além disso, as vitórias sobre o adoecimento e morte é sempre temporária, mas a necessidade de suporte frente aos pacientes será permanente. (SILVA, 2011; ISSI, 2011; MOTTA, 2011).

A presença do familiar é valorizada pela equipe de enfermagem, sendo uma oportunidade de participar do cuidado, ajudar para o conforto físico e psicológico do seu familiar. É certo que cada pessoa, profissional e paciente tem visões diferentes sobre o que está vivenciando, como as coisas ocorrem, como acontece o cuidado da enfermagem, mas é de grande importância lembrar que os profissionais também podem apresentar suas próprias necessidades, como a negação. (SILVA, 2012; MOREIRA et al 2012).

Os familiares destacam a importância de contribuir para o conforto emocional e psicológico do seu ente durante a internação, e desenvolver ações sobre o cuidado, pois ajuda o seu familiar. (SILVA, 2012; MOREIRA et al 2012).

No processo de hospitalização, a presença do familiar é de suma importância, pois ela dará suporte emocional, transmitir segurança e proteção para que o mesmo não tenha muita insegurança. O processo de hospitalização é muito exaustivo e

traumático para um paciente terminal, e com a presença do familiar ele se sente mais acolhido. (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

O familiar pode ser um grande colaborador para o tratamento do paciente, pois ele vai oferecer informações que auxiliam no cuidado e devem ser colhidas pelo enfermeiro, pois o familiar consegue absorver pequenas alterações na saúde do paciente. Por esse motivo deve sempre haver um clima de relacionamento saudável entre família e profissional de enfermagem (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

Em algumas situações nos deparamos com algum enfermeiro que se sente como único sabedor de todo conhecimento e que seja capaz de elaborar um cuidado a esse paciente e acaba não ouvindo o familiar. As informações repassadas pelo familiar são importantes para a prestação de cuidado (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

O familiar presente e comprometido em cada etapa é de fundamental importância, pois pode ajudar o paciente a evoluir no tratamento, pois o mesmo pode se responsabilizar por seus cuidados básicos necessários e seu suporte emocional e afetivo. (MURAKAML, 2011; CAMPOS, 2011).

O profissional deve explicar todos os procedimentos a serem realizados para o familiar acompanhante e o mesmo consiga exercer em casa. Quando se coloca o familiar para interagir com as atividades no ambiente hospitalar, o mesmo poderá se sentir acolhido pela equipe de enfermagem, sendo assim acaba se sentindo mais a vontade para interagir (MURAKAML, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes; 2011).

O cuidado precisa ser de forma mais humanizada, necessitamos ter uma abordagem para o paciente e uma para o paciente com a família. Precisamos conhecer quem cuida, quais são as suas possibilidades, as suas limitações e forças para resolver as questões de saúde (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

Precisamos criar medidas que facilitem a presença do familiar durante o processo de internação, profissionais capacitados para atender a necessidade dos pacientes, inclusive os emocionais. O processo de cuidar vai além da internação, envolve a família, procurando formas de amenizar suas necessidades físicas e emocionais (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

A angústia do paciente e familiar em dividir momentos de insegurança, incerteza, sofrimento, medo do desconhecido com os profissionais do ambiente hospitalar são bastante relevantes. O diálogo precisa ser reconhecido e vivenciado entre paciente e família, as ideias precisam ser valorizadas (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

Durante a internação do paciente, a família não abandona seus referenciais, por isso é comum presenciarmos nos leitos o cuidado prestado pelas famílias e pacientes. Ambos passam a fazer parte do hospital. A presença da família, além de fornecer condições emocionais satisfatórias, tem várias outras vantagens, tais como: cria um relacionamento bem mais próximo, é uma informação direta sobre a evolução da doença, evita acidentes, tem uma participação ativa e enorme no cuidado (GOMES, 2005; ERDMANN, 2005).

A família por ser mais próxima e conviver diariamente com o paciente, possui

grandes condições de acompanhar todo o processo de saúde-doença do seu ente. A parceria entre a equipe de enfermagem e o familiar é recomendável. A equipe orienta sobre as atividades em que poderá participar e auxiliar (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

Cada profissional deverá ser ciente da singularidade de cada acompanhante, exercendo solidariedade, colaborando para recuperação do paciente, no alívio do seu sofrimento e conseqüentemente de seus familiares, promovendo assim a saúde em grupo (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

Por vezes também o acompanhante não corresponde as expectativas que a equipe de enfermagem imagina, alguns são resistentes e não aceitam a permanência como acompanhante. Dessa maneira dependendo do estado do paciente, a equipe usa o seu poder para decidir pela permanência ou não do familiar no ambiente hospitalar (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

Frisamos que a responsabilidade sobre o cuidado do paciente é de inteira responsabilidade da equipe de enfermagem, e não deve ser exigida do acompanhante. Os mesmos devem ser orientados sobre os cuidados que podem exercer com segurança, sem risco de vida para o paciente (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

É necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta à realidade social, econômica e cultural do familiar acompanhante. Precisam estabelecer uma relação de confiança e parceria ajudando a lidar com a doença e com as dificuldades relacionadas a dinâmica familiar e os sentimentos tanto dos acompanhantes quanto a família como um todo (SZARESKI, 2010; BEUTER, 2010; BRONDANI, 2010).

#### **4 | A RELIGIÃO NO PROCESSO DE CURA**

A atenção na espiritualidade vem sendo cada vez mais praticada na assistência de saúde, a importância do espiritual no ser humano. Nos cuidados paliativos a espiritualidade torna-se realmente de grande importância, pois além de cuidar do físico e emocional precisamos também nos preocupar com o espiritual de cada paciente (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

Pacientes querem ser tratados como pessoas e não como doenças e devem ser tratados de uma forma geral, incluindo o físico, emocional, social e espiritual. Desprezar qualquer um desses fatores torna o processo de trabalho mais difícil. Muitos profissionais não perguntam sobre a espiritualidade do paciente, que se sentem desconfortáveis ou que não sabem lidar com o assunto. Alguns não consideram como parte do seu trabalho, não entendem e nem sabem o porque da importância de falar com o paciente sobre seu lado espiritual (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

Alguns estudos apontam a religiosidade e/ou espiritualidade com muitos aspectos

da saúde mental. A grande maioria apontam melhoras na saúde mental e estresse nas pessoas que se dizem mais religioso. O impacto da atividade religiosa é comparado ao abandono do tabagismo e um acréscimo na expectativa de vida (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

A religião em algum momento pode ser prejudicial? Existem alguns riscos a serem considerados. Pensamentos que são negativos geram culpa vindo de alguma crença religiosa, e podem levar mais sofrimento ao paciente levando ao pensamento de abandono e baixa autoestima (PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

Na literatura sobre cuidados paliativos, a religião e o lado espiritual do paciente tem bastante importância. E o papel da espiritualidade em pacientes com câncer ou HIV e dor, ressaltando os domínios do significado da esperança, do amor e dos relacionamentos. E o perdão, as experiências espirituais, a religião, o conhecimento sobre sua religiosidade ajudam de forma significativa a saúde mental do paciente (NEWSHAN, 1998 apud PERES, 2007; ARANTES, 2007; LESSA et al 2007).

A religião é uma cultura realizada como estratégia no ocidente para lidar com as doenças e terapêuticas. A representação do câncer, a crença religiosa para terapêutica, a religião como sobrevivência, todas essas questões são estratégias para os pacientes viverem (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

Os pacientes em estágio terminal buscam o apoio na religião, invocam a Deus no seu pior estado, seria uma estratégia para ajudar em tal sofrimento, pois no contexto popular são disponibilizados vários serviços religiosos e os mesmos utilizam influenciados pela sua família ou até mesmo pelos profissionais de enfermagem (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007). Alguns pacientes mesmo estando em boas condições físicas e social o medo da recidiva estão sempre presente, quando eles frequentam redes de apoio escutam relatos de pacientes que estão ou estiveram em situações parecidas, e a crença religiosa de cada indivíduo supre as necessidades e os levam a ter uma expectativa de vida (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

A busca religiosa não deve ser entendida como alguma forma de fugir da doença ou dos problemas, mas sim como uma perspectiva para um futuro sobre essa doença. Quando os pacientes entendem essa visão, os mesmos possuem uma eficácia no seu bem – estar e autocontrole (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007). A religião desempenha várias funções, e isso é cultural. Criam uma identidade entre as pessoas, ganham novas energias na batalha contra a doença e reforçam a busca pela religião. Alguns pacientes passaram por várias religiões, e a forma como se referem a tudo que envolve sobre fé é algo caracterizado como católico (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

Ressaltando a importância que alguns pacientes seguem a religião católica, seja por tradição ou algum outro fator é algo pessoal dele, ou seja, a doutrina em que ele acredita por isso a forma de se praticar a fé é algo específico de cada indivíduo. Mesmo seguindo sua religião católica eles alegam participar de cultos ou rituais como oração coletiva ou individual (AQUINO, 2007; ZARGO, 2007).

O câncer embora com muitas formas de tratamento ainda seja considerado

incurável pela sociedade, que seja uma proximidade da morte. Sendo assim os pacientes e familiares diante da esperança e o sofrimento buscam no lado espiritual uma forma positiva ou negativa tudo que estão vivenciando (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

O enfermeiro é o responsável por elaborar um planejamento adequado e individualizado para cada paciente, precisa compreender e valorizar a relação entre espiritualidade e a doença no olhar do paciente(GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A forma como o paciente enfrenta a doença e morte está ligada a sua fé e religiosidade, ou seja, a forma como apresenta seu lado espiritual. A fé em Deus é algo cultural, e se faz tão necessário quanto aos outros modos de enfrentar a doença. O lado espiritual fica em destaque na vida de algumas pessoas, e com isso nos mostra que devemos compreender a espiritualidade e religiosidade de cada paciente e assim elaborar um plano terapêutico individual (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

Os pacientes terminais passam por vários períodos, desde que descobre até o tratamento. De início eles passam por um estado de choque, afinal ninguém está preparado para tal doença, depois começam a entender a realidade na qual estão passando e não sabem como agir, futuramente começam a fazer planos com bastante esperança. Diante disso, é necessário levar em consideração o lado espiritual do paciente para abordar a esperança e trabalhar o enfrentamento da doença, por isso é de grande importância conhecer o mundo e a cultura a qual ele está inserido (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A espiritualidade é uma forma de expressão da identidade de cada paciente, juntamente com sua própria história e experiências. O alívio da dor acontece na mesma proporção em que a fé permite transformações onde o paciente e comunidades percebem a doença (GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A importância de reconhecer o lado espiritual como estratégia para enfrentar e identificar as carências espirituais de cada indivíduo faz com que o profissional de enfermagem planeje e forneça uma assistência íntegra(GUERRERO, 2011; ZAGO, 2011; SAWADA et al 2011).

A sociedade ocidental vem estabelecendo controle e padrão cultural que interfere também no comportamento do indivíduo em relação a sua saúde. Os religiosos tem grande poder, pois acham que possuem poderes de conhecimento em grande prazo, ou seja, do saber depois da morte e acabam buscando significados que desvende os mistérios da vida (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

Esse controle que a sociedade vem exercendo, pode gerar efeitos irreversíveis, sendo a culpa por erros e pecados e o medo do amanhã infeliz e incerto. Em momentos de maior fragilidade, no momento da dor, o enfrentamento religioso é utilizado para conforto e poder proporcionar controle que vai muito além do humano (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

Quando o paciente atribui seu controle a um ser supremo, ele se liberta e acaba reduzindo ansiedade e medo. O profissional que está envolvido com pacientes oncológicos deve ser atento aos seus próprios limites e dificuldades para lidar com a fragilidade humana e com suas próprias fragilidades (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

A religião e a espiritualidade significam uma nova demanda apresentada para o paciente, visando compreender sua doença e sofrimento, morte e existência. A religião se configura em ideias cognitivas ou comportamentais e que utilizam da fé, da religiosidade e da espiritualidade para que estejam relacionadas à saúde (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

O paciente oncológico deve ser compreendido de forma total, que seus aspectos religiosos necessitam ser considerados, que ele seja respeitado de forma singular assim como suas crenças e valores (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

A religião podemos destacar como um elemento que contribui para o tratamento, para o processo de enfrentamento da doença, reduz a ansiedade e estresse e o mesmo consegue buscar um significado para o processo que está vivenciando (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

O paciente precisa ser considerado como um indivíduo que carrega consigo suas histórias. Os profissionais de enfermagem precisam manter as atitudes abertas frente a cada paciente em sofrimento, de forma que o relacionamento profissional e paciente seja o mais significativo possível (FORNAZARI, 2010; FERREIRA, 2010).

## 5 | CONCLUSÃO

Atualmente sabe-se que o enfermeiro busca um olhar diferenciado no que diz respeito a cuidados paliativos, objetivando a importância de suas habilidades e práticas utilizadas nesse processo com uma visão mais humanizada com propósito de amenizar o sofrimento a dor e a angústia desse paciente priorizando o seu bem estar, e incluindo a família nesse contexto, visto que, esse é um membro integrante nesse cuidado que esse indivíduo não reage a nenhuma terapêutica curativa.

Diante disso, observou-se que o enfermeiro é um profissional indispensável, e como tal deve reconhecer as reais necessidades desse paciente com a finalidade de proporcionar a este um pouco de dignidade em sua fase final. Seguindo esse pensamento é que nos fez reconhecer que esse profissional não busca nesse processo de cuidado paliativo somente a cura desse enfermo, mas também um conforto, uma melhor qualidade de vida e um bem-estar biopsicossocioespiritual do doente e da sua família diante dessa realidade.

Perante esses fatos, cabe a esses profissionais enfermeiros um trabalho sério, respeitoso e ético onde o mesmo aplica suas habilidades técnicas, desenvolvendo sua competência para o benefício dos pacientes terminais e de seus familiares, buscando

sempre alternativas para superar os desafios que surgem diariamente e suprir as dificuldades desses pacientes que requerem cuidados paliativos.

O presente estudo trouxe como contribuição uma percepção diferenciada da assistência de enfermagem como forma de repensarmos atitudes perante esses cuidados, buscando também a capacidade que esses profissionais têm em formar opiniões e condutas distintas que melhore esse processo, despertando a estes sua capacidade crítico-reflexiva. Ressaltamos também a importância de qualificação dos enfermeiros especialistas no cuidado paliativo para atender a demanda hospitalar e domiciliar, promovendo estratégias eficazes através de pesquisas, fóruns e palestras informativas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido; ALVES, Adriana Marques Pereira de Melo, et. al. **Cuidados paliativos ao paciente em fase terminal**; Rev baiana de enfermagem, Salvador, p.126-133, maio/agosto, 2014.

AQUINO, Verônica Vrbán; ZAGO, Marcia Maria Fontão. **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação**. Rev latino americana enfermagem, jan- fev, 2007.

BERNARDES, Caroline; BITTENCOURT, Julia Valeria de Oliveira Vargas; et al. **Percepção do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal**. Rev baiana de enfermagem, Salvador, p.31-40, Janeiro/Abril, 2014.

CARDOSO, Juliana; SANTOS, Maria; MORGADO, Sara Santos de Mello. **Atuação do enfermeiro no cuidado do paciente oncológico no domicílio**. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde, Salvador, v.6, n.6, p.36-42, Julho/Dezembro, 2017.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer**. Rev Latino-am Enfermagem, março-Abril, 2005.

FERNANDES, Maria Andrea; EVANGELISTA, Carla Braz. **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal**. Ciência & Saúde Coletiva, 2013.

FORNAZARI, Sílvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Religiosidade/ Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde**. Psicologia, teoria e pesquisa, Abr- Jun, vol 26, num 02, pg 265- 272, Brasília, 2010.

GARCIA, Gerline de Oliveira; SANTOS, Walquiria Lene. **Percepção e sentimentos dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados paliativos**. Rev de divulgação Científica Sena Aires; Janeiro/Junho, 2014.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, Abril, 2005.

GUERRERO, Gisele Patrícia; ZAGO, Marcia Maria Fontão; SAWADA, Namie Okino; et al. **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente**. Rev brasileira de enfermagem, vol 64, num 1, Jan- Fev, Brasília, Brasil, 2011.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados Paliativos**: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência saúde coletiva, vol.18, Rio de Janeiro, 2013.

KUSTER, Darleia Konig; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo. **A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes**. Ciências da Saúde, Santa Maria, v.11, n.1, p.9-24, 2010.

MACHADO, Jaqueline Holz; SILVEIRA, Rosemary Silva; et al. **Paciente que requer cuidados paliativos**: percepção de enfermeiras. Enferm. Foco 2013.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos**: conceito, fundamentos e princípios. ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), Agosto, 2012.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes; JUNIOR, José Jailson de Almeida; et al. Rev Bioét., 2014.

MURAKALM, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas**. Rev Bras Enferm, Brasília, Mar- Abr, 2011.

PERES, Mario F.P.; ARANTES, Ana Cláudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia silva; et al. **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos**. Rev Psiq Clin, 34, 2007.

RODRIGUES, Michele Viviane de Carvalho; FERREIRA, Eliane Dias; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. **Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura**. Rev Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

SALES, Catarina Aparecida; SILVA, Vladimir Araújo. **A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital**. Cienc. Cuid. Saúde 2011, Jan/Março 2010.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; TEIXEIRA, Simone de Rezende, et al. **O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico**. Cogitare Enferm. Janeiro/Março 2013.

SANTOS, Cleicy Kelly da Costa; ANDRADE, Cristianni Garrido; et al. **Comunicação em cuidados paliativos**: revisão integrativa da literatura. Rev brasileira de ciência da saúde, vol 18, p.63-72, 2014.

SILVA, Adriana Ferreira da; ISSI, Helena Becker; MOTTA; Maria da Graça Corso da. **A família da criança oncológica em cuidados paliativos**: o olhar da equipe de enfermagem. Cienc Cuid Saúde, 2011.

SILVA, Marcelle Miranda; LIMA, Lorhanna da Silva. **Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar**: perspectiva de enfermeiros. Rev gaúcha enferm, Dezembro, 2014.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas; LEITE, Josete Luzia; et al. **Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica**. Texto contexto enferm, Florianópolis, Jul- Set, 2012.

SOUSA, Daniele Martins de; SOARES, Erida de Oliveira, et al. **A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos**. Contexto Enferm., Florianópolis, 2009 Jan-Mar, 2009.

SOUSA, Janaina Meirelles; ALVES, Elioenai Dornelles. **Cuidados Paliativos de Enfermagem na atenção domiciliar**. Rev de enfermagem UFPE, online, Recife, Fevereiro, 2015.

SZARESKI, Charline; BEUTER, Margrid; BRONDANI, Cecília Maria. **O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem**. Rev gaúcha Enferm, Porto Alegre, Dez, 2010.



VENEGAS, Maritza Espinoza; ALVARADO, Olivia Sanhueza. **Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer.** Rev latino americano enfermagem, Julho/Agosto, 2010.

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Cuidados Paliativos:** a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. Rev gaúcha de enfermagem, Porto Alegre, 2010.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-140-4

