Revista Ciências do Unifadap

ISSN: 2674-6158 (online)

V.1, n.7, dez. 2024, p. 10-28

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO PALIATIVO DO CÂNCER DE PULMÃO

Karolaine Perluiz Clapis[1], discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário da Alta Paulista;
Karen Chiecco Bezerra[2], docente do Centro Universitário da Alta Paulista.

RESUMO. A neoplasia pulmonar tem crescido todos os anos, no mundo todo, ela representa aproximadamente 13% dos casos de câncer, é o segundo mais frequente em homens e mulheres no Brasil, e se encontra em primeiro lugar, no mundo, desde o ano de 1985, tanto nas taxas de incidência, como de mortalidade. Em 2015, o câncer de pulmão foi causador de 26.498 mortes no Brasil. Nos dias atuais, é considerado como uma morte inevitável. Um dos fatores responsáveis pelo aumento desse tipo de doença é o tabagismo. A sobrevida desses pacientes, em cinco anos, com taxas relativas, é de 18%, e o mais difícil é o diagnóstico precoce, já que a neoplasia só dá sinais, quando está em estágio avançado, 16% dos pacientes apenas recebem o resultado da análise no início. Vale ressaltar que a chance de um fumante, comparado com pessoas que não fazem o uso do tabaco de desenvolver o câncer de pulmão, é de 20 a 30 vezes maior; os fumantes passivos também aumentam em até três vezes mais a chance de desenvolver a doença, se comparado com aqueles que não têm contato algum com a substância. Então, é a partir deste momento que o tratamento paliativo é iniciado, quando o diagnóstico é tardio e não há cura, o paciente entra no cuidado, em que o importante é o conforto e o controle dos sintomas da doença por meio da prevenção ou do alívio da dor. O objetivo do trabalho é fornecer informações, aos familiares e aos doentes, de como é que o tratamento paliativo funciona, os direitos dos pacientes terminais e de suas famílias. Mostrando que o falecimento por mais doloroso que seja, quando se tem uma morte digna e sem dor, pode se tornar mais leve para o paciente que se vai e para as famílias que ficam. O sofrimento pode ser menor por saber que seu ente querido foi bem tratado, enquanto esteve vivo. A metodologia usada foi a de revisão bibliográfica, em que foram pesquisados e achados 500 artigos sobre o assunto e utilizados 34 destes, e o trabalho dividido em um total de 5 capítulos. Assim, considera-se que o tratamento paliativo é de grande valia para aqueles pacientes para quem a cura se torna impossível diante da medicina. Mas nada está perdido, o trabalho nos traz um pouco do conhecimento e dos cuidados humanizados que são de direito do paciente, no estágio final de vida e de seus familiares.

Palavras-chave: Cuidado paliativo. Câncer de pulmão. Tratamento. Enfermagem.

NURSING CARE IN PALLIATIVE TREATMENT OF LUNG CANCER

Karolaine Perluiz Clapis[1], student of the Nursing course at Centro Universitário da Alta Paulista;
Karen Chiecco Bezerra[2], professor at Centro Universitário da Alta Paulista.

ABSTRACT. Lung cancer is the fastest growing every year worldwide, it represents approximately 13% of cancer cases, it is the second most frequent in men and women in Brazil, and it is ranked first in the world since 1985, both in incidence and mortality rates. In 2015, lung cancer caused 26,498 deaths in Brazil, nowadays it is considered as an inevitable death, one of those responsible for the increase of this type of disease is smoking. The survival of these patients in five years with relative rates is 18%, where the most difficult is early diagnosis, since the neoplasm only shows signs when it is in an advanced stage, 16% of patients only receive the result of the analysis at the beginning. It is worth mentioning that the chance of a smoker, compared to people who do not use tobacco to develop lung cancer is 20 to 30 times higher, passive smokers also increase up to three times the chance of developing the disease compared with those who have no contact with the substance. So, it is from this moment that palliative treatment begins, when the diagnosis is late and there is no cure, the patient enters the care where the important thing is the comfort and control of the symptoms of the disease through prevention or pain relief. The aim of the work is to provide information to family members and patients, how palliative treatment works, the rights of terminally ill patients and their families. Showing that dying, however painful it may be when you have a dignified and painless death, can become lighter for the patient who leaves and for the families who stay, the suffering can be lessened by knowing that your loved one has been treated well while he was alive. The methodology used was that of bibliographic review where 500 articles on the subject were searched and found, 34 of which were used, and the work was divided into a total of 5 chapters. Thus, it is considered that palliative treatment is of great value for those patients where it is impossible to cure in the face of medicine, but nothing is lost, the work brings us a little knowledge and humanized care that is the patient's right and family members in the final stage of life.

Keywords: Palliative care. Lung cancer. Treatment. Nursing.

INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão passou de uma doença rara para a neoplasia mais comum e com a maior taxa de mortalidade em todo o mundo. Na América Latina, Ásia e África sua mortalidade vem crescendo significativamente. Essa mudança veio a partir da década de 20, quando o número de casos só cresceu e se tornou uma verdadeira epidemia mundial, no início do século XXI (ZAMBONI, 2002, p.41-42).

Uma das principais causas de morte no mundo é o câncer, no ano de 2014-2015 apontava-se que, no Brasil, iriam ocorrer mais de 500 mil incidências de neoplasias, o que o levou a ser o país com maior número de casos novos, no mundo e na atualidade (PANIS; KAWASAKI; PASCOTTO, et al. 2018, p.1-2).

Estima-se que ao ano morrem cerca de 1,2 milhões de pessoas, em países subdesenvolvidos. Segundo o ministério da saúde, em 2009 ocorreram 20.835 novos casos do câncer de pulmão com 15.145 mortes no Brasil (FREITAS, 2010, p.55).

Existem dificuldades por parte de pacientes e familiares em saber lidar com a morte, principalmente, em locais, como hospitais onde a prevenção e a

cura das doenças prevalecem, mas auxiliar a essas pessoas nessa etapa é um exemplo de atenção à saúde, conhecido como cuidado paliativo. (MONTEIRO; VALL; OLIVEIRA, 2010, p.242-243).

A palavra “paliativo” se origina do *palliun* que denota proteção e manto, ou seja, que tem como objetivo proteger aqueles que a medicina curativa já não pode mais acolher, ela se funde, segundo o manual de cuidados paliativos com o hospice, designação para os abrigos para peregrinos e viajantes doentes, os quais eram mantidos por religiosos, como uma ação de caridade (HERMES; LAMARCA, 2013, p.2578).

A enfermagem tem uma importante participação nesse cuidado, permitindo assim compartilhar e vivenciar terapeuticamente momentos de amor e compaixão, tendo em vista que é possível tornar a morte iminente e digna, dando segurança, suporte e acolhimento nesse instante. Para prestar um cuidado competente, é necessária equipe multiprofissional, em que cada profissional atua, respectivamente, dentro de sua área de competência; sendo que a enfermagem tem, nessa equipe um importante papel: a prescrição de cuidados (MONTEIRO; VALL; OLIVEIRA, 2010, p.243).

O mundo sempre teve uma visão da morte como um tabu cheio de mistérios, porém, com o surgimento de novas tecnologias, isso vem mudando, ou seja, agora é possível atenuar e também diminuir a dor dos pacientes terminais. Diante disto, a morte deixa de ser um episódio e se torna um processo. Aries dizia que na idade média, a morte era tida como justa e natural, o cliente era o protagonista e na hora de sua morte era importante que seus familiares e amigos estivessem presentes, incluindo as crianças, para que ele pudesse pedir perdão a todos que o cercavam e, assim, estava preparado para partir (HERMES; LAMARCA, 2013, p.2580).

Atualmente, o paciente com câncer maligno pode ser tratado no domicílio com o apoio familiar, livrando-se, assim, de intervenções desnecessárias. Em qual momento e como deve ser o tratamento domiciliar para este tipo de paciente? O cuidado paliativo é um tratamento utilizado para pacientes com doenças, para as quais não há cura; tratamento aplicado pela saúde pública e privada, caracterizado pelo conforto para o paciente que, até então, não tinha esperança de ter um tratamento para o alívio da dor, podendo levar a vida “normal”, até o dia que infelizmente deve partir deste mundo. Diante

disto, qual a importância do cuidado paliativo para pacientes com câncer de pulmão?

Observou-se que à medida que o câncer maligno progride, tendem a transferir os pacientes para a atenção domiciliar, a fim de impedir que passem por tratamentos desnecessários e também evitar os gastos para a instituição de saúde. Com o tratamento domiciliar, a família enfrenta desafios a todo instante e precisa superá-los. Um familiar terá que ser o cuidador principal, ou seja, será aquele que deve assumir diversas funções, o que pode lhe causar uma sobrecarga. O tratamento é assistencial e individualizado ao doente e à família. Equipes da Estratégia Saúde da Família fazem o acompanhamento de perto, durante todo esse processo, dando auxílio a todos os envolvidos, bem como identificando a fragilidade e a carência que o doente e a família vivenciam durante o processo (MARCHI; PAULA; SALES, et al. 2016, p.02-03).

O cuidado paliativo exerce uma abordagem humanista e integrada para os pacientes com a neoplasia pulmonar e sem possibilidade de cura, diminuindo os sintomas e proporcionando uma qualidade de vida melhor, contribuindo assim para o aumento de resultados satisfatórios, diante do tratamento prescrito (MELO; MAIA; MAGALHÃES, et al. 2013, p.551).

JUSTIFICATIVA

Justifica-se o tema apresentado para mostrar aos leitores a importância do afeto, do carinho, da paciência e da valorização do enfermeiro no cuidado paliativo. Mesmo diante de uma patologia “sem cura”, o importante, no trabalho apresentado,é a escuta qualificada do doente e de seus familiares, sem o prognóstico da cura. Para o paciente, faz-se importante a analgesia e os cuidados, para que haja conforto e alívio da dor, durante o tratamento**.** Sabemos que muitas vezes não é possível fazer com que a sobrevida do paciente se estenda por muito tempo, mas o tratamento paliativo é justamente isso, não irá adiar e nem prolongar a vida do paciente, mas deverá ser oferecido o conforto para que ele possa viver seus “últimos dias” sem dor, com dignidade, tornando acolhidos todos os seus pedidos e suas necessidades humanas básicas.

A equipe de enfermagem é a que mais se esforçará, para que tudo ocorra bem, pois a preocupação não é somente com o paciente, mas também com os familiares, haja vista que eles precisam de ajuda para entender todo esse

processo, desde o diagnóstico da doença até o processo da morte, são fases nas quais se faz necessário muito apoio e entendimento, oferecendo sempre tratamento psicológico.

O vínculo entre enfermeiro, equipe multiprofissional e família é um dos laços que não devem se quebrar, a confiança nessa fase é importante, muitas vezes, quando o paciente escolhe viver em casa o resto do tempo que lhe resta, a equipe irá fazer visitas diariamente ou semanalmente, dependendo do caso, e passa a fazer parte dessa família, o convívio é grande e assim como ele a confiança também terá que ser. Por isso, é necessária muita paciência e cautela com a família e o paciente. É uma fase pela qual ninguém gostaria de passar.

A escolha desse tema é de extrema importância, pois este se configura um tratamento bem pouco conhecido e entendido pela sociedade; a maioria das pessoas entende que após um diagnóstico de câncer maligno, não há mais tratamento, melhora ou qualidade durante o processo de diagnóstico da doença e mais, faz-se necessário despertar a atenção da sociedade para esta doença cujas incidências aumentam absurdamente a cada ano.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar a assistência da enfermagem no tratamento paliativo do câncer de pulmão.

Objetivos Específicos

a. Fornecer informações do valor do cuidado paliativo para a família e para os pacientes com diagnóstico da doença;
b. Definição do cuidado paliativo;
c. Informações sobre o que é o câncer de pulmão, sintomas e tratamentos;
d. Destacar o papel do enfermeiro, quanto à assistência de enfermagem voltada aos pacientes sem prognósticos positivos e evidenciar a importância do cuidado paliativo para eles.

METODOLOGIA OU PROCEDIMENTO DE PESQUISA E DELINEAMENTO DA PESQUISA

A metodologia utilizada no presente trabalho foi realizada por pesquisa de revisão bibliográfica, na qual foram utilizadas as bases de dados do Google acadêmico, Scielo e programas do Ministério da Saúde, as literaturas apresentadas são de língua portuguesa. Entre os anos de 2002 a 2020, foram encontrados, durante a pesquisa, 500 artigos, dos quais foram utilizados 34. A formatação segue o padrão da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), e as normas do Manual Unifadap.

O presente estudo se configura em uma revisão bibliográfica, divididos em 5 capítulos. O primeiro capítulo relata a definição e manifestações clínicas do câncer de pulmão, desde a fisiologia pulmonar até a definição do que é o câncer e as opções de tratamento. No segundo capítulo, são abordados os dados epidemiológicos da doença sobre casos já existentes e as estimativas para os próximos anos. O terceiro, nos mostra o conceito do cuidado paliativo, ou seja, como é definido esse cuidado e também sobre como ele é utilizado, em tratamentos hospitalares ou domiciliares. O quarto capítulo do trabalho, relata a importância do cuidado paliativo para o doente e sua família, o quanto os enfermeiros são importantes nessa fase, o valor que este cuidado tem aos olhos dos familiares, depoimentos de quem já passou por isso, como são os cuidados prestados pela enfermagem, nas últimas horas de vida. Por fim, o quinto e último capítulo, descreve o papel do enfermeiro, no cuidado paliativo e seus valores.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA LITERATURA

Definição e manifestações clínicas do câncer de pulmão

Segundo o autor Silverthorn (2017, p.536), os pulmões são constituídos por tecidos esponjosos e leves, sua dimensão é composta por áreas cheias de ar. Sendo um órgão em forma de cone e irregular, por pouco não preenche a cavidade torácica onde suas bases sustentam-se, no diafragma. As vias aéreas semirrígidas e os brônquios, conectam os pulmões à traqueia que é a principal via área.

E nenhum aspecto dos seres vivos é tão fundamental para a respiração, quanto os pulmões, sendo eles os principais órgãos do sistema respiratório (PARANAÍBA; LIMA; PEREIRA, et al. 2016, p.01).

Os pulmões são, em sua totalidade, revestidos por uma parede dupla de saco pleural, a qual forma o interior do tórax e envolve a superfície externa dos

pulmões. A pleura é formada por várias camadas de tecidos e também por uma grande quantidade de vasos capilares. As camadas opostas da membrana pleural são compostas por uma fina camada de líquido, que tem diversas finalidades: ele cria uma face escorregadia e úmida, para que as membranas distintas deslizem umas sobre as outras ao mesmo tempo que os pulmões se movem dentro da cavidade torácica, e se mantém presos à parede do tórax (SILVERTHORN, 2017, p.536).

O oxigênio que é proveniente dos pulmões é usado constantemente para o funcionamento celular, o metabolismo libera energia a partir dos nutrientes que geram energia, denominada trifosfato de adenosina (ATP), a mesma ação produz grandes quantidades de dióxido de carbono, substância que produz acidez, é tóxica para as células e precisa ser eliminada da forma mais eficaz e rápida. O sistema respiratório se compõe de: nariz, faringe, laringe, traqueia, brônquios e pulmão. Cada um destes órgãos é responsável pela hematose — processo de captação de oxigênio e eliminação de dióxido de carbono. Este mesmo sistema também contribui para a regulação do pH sanguíneo, livra o organismo de água e calor, no ar inspirado dentre outras funções (TORTARA; DERRICKSON, 2017, p.449).

Um fator muito importante da fisiologia respiratória é a filtração, umidificação e aquecimento do ar inspirado, para que este chegue aos pulmões na temperatura correta, contribuindo para que a oxigenação seja adequada ao organismo (VERON; ANTUNES, et al. 2016, p.243).

O câncer de pulmão, raro no século XX, atualmente, tornou-se umas das neoplasias com a maior taxa de mortalidade. Essa mudança teve início na segunda década do século, os casos passaram a ser mais frequentes e aumentaram em todo o mundo (ZAMBONI, 2002, p.41 e 43).

De acordo com o Ministério Da Saúde, as células normais do organismo humano criam os tecidos que se multiplicam por um processo contínuo e natural. Estas células crescem, se multiplicam e morrem de maneira organizada, no entanto nem todas são iguais, algumas nunca se dividem como os neurônios. Já o crescimento de células cancerosas é diferente, estas células ao invés de fenecerem, continuam se desenvolvendo incontrolavelmente, formando diversas células anormais, se dividindo de forma agressiva, rápida e incontrolável, espalhando-se para outras regiões do corpo. O câncer se define pela perda do

controle da divisão celular, como apresenta a imagem 1 (BRASIL, 2017, p.17 e 18).

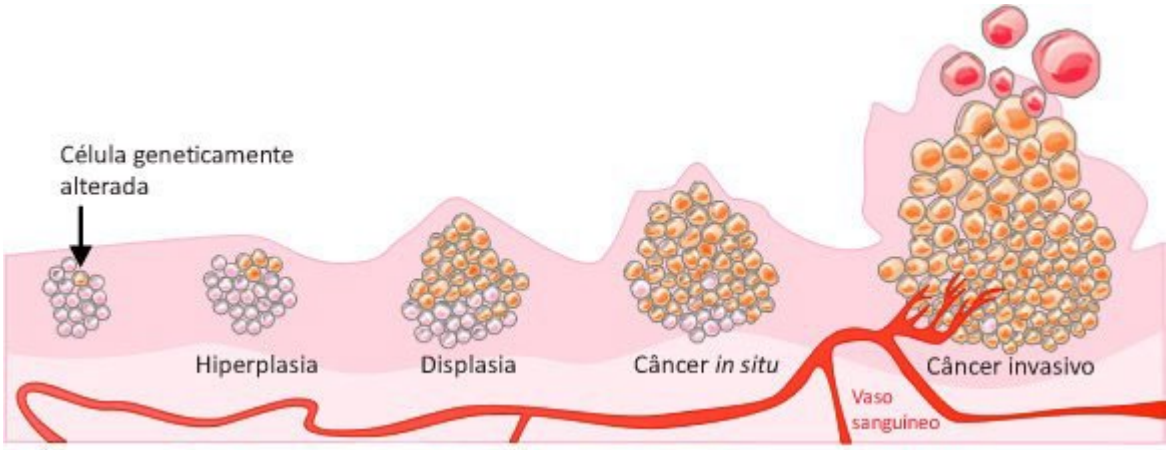
Imagem 1- Como se comportam as células cancerosas



Fonte: Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-se-comportam-celulas-cancerosas>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

Os tumores benignos têm um crescimento lento e se parecem com os tecidos dos quais se originam, por exemplo, um lipoma, que é um câncer benigno que surge embaixo da pele de um tecido gorduroso. Este tipo de tumor não é considerado um câncer, mas deve ser removido para evitar que alcance órgãos e tecidos importantes do nosso corpo. Os tumores malignos são o inverso, eles não se parecem absolutamente em nada com os tecidos de origem, essas células geralmente têm formas e estruturas irregulares com tamanhos e formas modificáveis. O que gera maior medo do câncer são as metástases, que é a propagação dessas células malignas para outros tecidos vizinhos e para outras partes do corpo, os tipos de crescimento celular apresentam-se na imagem 2 (PRADO, 2014, p. 21).

Imagem 2 - Tipos de crescimento celular



Fonte: Brasil, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2019.

Na teoria, uma única célula maligna é que inicia a neoplasia pulmonar, e assim segue em duplicação constante (UEHARA; JAMNIK; SANTORO, 1998, p. 268).

Fatores hereditários, ambientais e genéticos levam ao crescimento descontrolado de células que podem dar início ao câncer de pulmão. O carcinógeno é multicausal. O ambiente de trabalho é um lugar de possível exibição dos agentes cancerígenos. O tabagismo ainda se encontra como o principal fator de risco (ALGRANTI; BUSSCHINELLI; CAPITANI, 2010, p. 01).

Sintomas como tosse, dor torácica, dispneia, hemoptise seguidos de fadiga e emagrecimento, disfagia, rouquidão, tamponamento do pericárdico podem vir a se presumir como um início de diagnóstico para o câncer de pulmão. A definição da patologia do tumor e do estadiamento da doença, são os principais objetivos da avaliação diagnóstica, que se confirma através de exame histopatológico ou citológico adquirido por broncoscopia, mediastinoscopia ou biopsias (OLIVEIRA; SARAIVA, 2010, p.230).

Dados epidemiológicos

No século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das mais inevitáveis e principais causas de morte. No Brasil, foram a óbito no ano de 2015 a afluência de 26.498 pessoas (BRASIL, 2018, p. 01).

Atualmente, o câncer com a maior taxa de mortalidade mundial no sexo masculino é a neoplasia pulmonar, já no sexo feminino esse tipo de câncer se

encontra em segundo lugar só perdendo para o câncer de mama (NOVAES; CATANEO; JUNIOR, et al. 2008, p.02).

A neoplasia é um problema de saúde pública, com uma estimativa para 2030, a ocorrência de 27 milhões de casos incidentes com 12,6 milhões de mortes pela doença, entre estes números 2,4 milhões correspondem ao câncer de traqueia, brônquios e pulmão. O principal fator de risco para este tipo de câncer é o tabagismo. A utilização do tabaco é responsável por 79% do câncer de pulmão nas mulheres e 90% nos homens, a exposição a esta substância como fumante passivo tem uma porcentagem de 30% a mais em relação aos que não têm contato algum com este elemento (PEREIRA; PORTELA, et al. 2017, p.02). A imagem 3 e 4 apresentam os números de casos existentes em diferentes anos, o primeiro no ano de 2017 e o segundo no ano de 2018.

Imagem 3 - Casos em mulheres e homens, 2017

Em mulheres, Brasil, 2017

Localização Primária	Óbitos	%
Mama	16.724	16,1
Traqueia, Brônquios e Pulmões	11.792	11,4
Cólon e Reto	9.660	9,3
Colo do útero	6.385	6,2
Pâncreas	5.438	5,2
Estômago	5.107	4,9
Localização primária desconhecida	4.714	4,6
Fígado e Vias biliares intra-hepáticas	4.292	4,1
Sistema Nervoso Central	4.401	4,1
Ovário	3.879	3,7
Todas as neoplasias	**103,583**	100

Fonte: Brasil, 2017. Acesso em: 12 de abril de 2020.

Em homens, Brasil, 2017

Localização Primária	Óbitos	%
Traqueia, Brônquios e Pulmões	16.137	14,0
Próstata	15.391	13.4
Cólon e Reto	9.207	8,0
Estômago	9.206	8.0
Esôfago	6.647	5,8
Fígado e Vias biliares intra-hepáticas	5.908	5,1

Pâncreas	5.316	4,6
Localização primária desconhecida	4.941	4,3
Cavidade oral	4.923	4,3
Sistema Nervoso Central	4.795	4,2
Todas as neoplasias	**115.057**	**100,0**

Fonte: Brasil, 2017. Acesso em: 12 de abril de 2020.

A procura por explicações para o aumento de incidências de neoplasias a cada ano, os investimentos em pesquisas biológicas, epidemiológicas, médicas e sociais mostraram que os fatores de risco se mostraram diferentes entre países e em cada país. Hoje, sabemos que o câncer se manifesta por uma multiplicidade de fatores; a genética é muito importante, juntamente com o modo de vida, as condições e o ambiente que determinam o maior risco de se adoecer (BRASIL, 2006, p. 18).

Embora haja diversos esforços voltados ao diagnóstico precoce, os fatores de risco para o crescimento da patologia estão vigorosamente presentes na população do Brasil, sobressaindo-se a dieta ocidental, obesidade, o tabagismo, e o sedentarismo (PANIS; KAWASAKI; PASCOTTO, et al. 2018, p.2).

Os estudante da universidade de Harvard School of Public Health dirigidos por Goodarz Danaei no ano de 2001, previram que 35% das mortalidades do mundo por câncer estavam relacionados à combinação de 9 fatores de risco, divididos em 5 grupos: Saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis); dieta e inatividade física; riscos ambientais (tabagismo passivo, poluição do ar, combustíveis sólidos); substancias ativas (álcool e tabaco) e contaminação pelo vírus da hepatite B e C (BRASIL, 2006, p.22).

Imagem 4 - Casos de homens e mulheres, 2018

Em mulheres, Brasil, 2018

Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	59.700	29,5
Cólon e Reto	18.980	9,4
Colo do útero	16.370	8,1
Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2

Glândula Tireoide	8.040	4,0
Estômago	7.750	3,8
Corpo do útero	6.600	3,3
Ovário	6.150	3,0
Sistema Nervoso Central	5.510	2,7
Leucemias	4.860	2,4
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	202.040	**100,0**
Todas as Neoplasias	282.450	

Fonte: Brasil, 2018. Acesso em: 12 de abril de 2020.

Em homens, Brasil, 2018

Localização Primária	**Casos Novos**	**%**
Próstata	68.220	31,7
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7
Cólon e Reto	17.380	8,1
Estômago	13.540	6,3
Cavidade Oral	11.200	5,2
Esôfago	8.240	3,8
Bexiga	6.690	3,1
Laringe	6.390	3,0
Leucemias	5.940	2,8
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	214.970	**100,0**
Todas as Neoplasias	300.140	

Fonte: Brasil, 2018. Acesso em: 12 de abril de 2020.

Observa-se que, nas mulheres, houve maior incidência da neoplasia de mama deixando a pulmonar em 4° lugar na tabela. A preocupação é grande pois a tendência é aumentar, devido ao estilo de vida que levamos, estilo de vida este em que é normal fazer uso de bebidas alcoólicas e utilizar substâncias como tabaco.

É comum acreditar que o câncer é uma doença do desenvolvimento, as condições de risco são prevalentes nas regiões industrializadas e urbanas. Nos grandes países em desenvolvimento há um aumento na incidência e morte, mais de 60% dos casos novos e 50% do total de óbitos ocorrem nesses países em crescimento. Os cânceres de pulmão, intestino, próstata e mama que são os mais característicos dos países com maior nível socioeconômico se espalharam

Localização primária - Mulheres	Casos	%
Mama feminina	3.760	26,3%
Colo do útero	1.320	9,3%
Cólon e Reto	1.260	8,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	910	6,4%
Glândula Tireoide	660	4,7%
Estômago	550	3,9%
Corpo do útero	430	3,0%
Ovário	420	2,9%
Sistema Nervoso Central	410	2,9%
Linfoma não Hodgkin	330	2,3%

em regiões menos favorecidas. Com a globalização este processo cresceu em níveis surpreendentes, o que leva à constatação de que a globalização se configura em um dos fatores de risco para as neoplasias (BRASIL, 2006, p.22).

Na imagem 3, estão expostas as estimativas de novos casos para 2020 em homens e mulheres para a região centro-oeste do estado de São Paulo.

Imagem 5 - Estimativa de casos novos no ano de 2020, na região centro-oeste do estado de São Paulo

Localização primária - Homens	Casos	%
Próstata	5.350	33,9%
Cólon e Reto	1.260	8,0%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.230	7,8%
Estômago	770	4,9%
Cavidade Oral	740	4,7%
Esôfago	550	3,5%
Sistema Nervoso Central	500	3,2%
Laringe	450	2,8%
Linfoma não Hodgkin	420	2,7%
Bexiga	400	2,5%

Fonte: Brasil, 2020. Acesso em: 22 de maio de 2020.

No Brasil, entre 2020-2022, estima-se a ocorrência de 17.760 casos novos do câncer de pulmão na população masculina e 12.440 nas mulheres. No ano de 2018, a incidência do câncer foi de 1,37 milhões de casos em homens e 725 mil em mulheres em todo o mundo, o que corresponde a um risco de

35,5/100 mil homens e 19,2/100 mil mulheres. Em 2017, ocorreram 16.137 óbitos em homens e 11,792 em mulheres, correspondente há 15,98/100 mil homens e 11,39/100 mil mulheres. A diferença desses números entre os sexos é reflexo da adesão ao tabagismo (INCA, 2020, p.36).

Conceito do cuidado paliativo

O cuidado paliativo teve seu início na década de 1960, como uma prática diferente na área da atenção em saúde, no Reino Unido. Sua pioneira foi a médica Cicely Saunders que também era enfermeira e assistente social, o trabalho dela iniciou o movimento do cuidado paliativo que integra a pesquisa, o ensino e a assistência. Em Londres, no ano 1967, foi o marco da trajetória, criado por St. Christophers Hospice. Foi trazido no ano de 1970 para a América através de Elisabeth Kübler-Ross, uma médica psiquiatra suíça, que teve contato com sua criadora do Reino Unido. A partir de 1974 e 1975, com a fundação do hospice, nos Estados Unidos (Connecticut), este movimento passou a agregar os cuidados aos pacientes sem possibilidade de cura, em vários países (GOMES; OTHERO,2016, p.157 apud BOULAY,2007).

A palavra *palliare* tem origem no Latim, e tem como significado proteger, amparar e abrigar. O curar deixa de ser o mais importante, e o cuidar se torna o principal foco naquele momento. Esta expressão resulta em alívio para o sofrimento do paciente e não na cura, e são medidas terapêuticas que visam amenizar as consequências negativas da patologia, seja na ala hospitalar ou domiciliar (MONTEIRO; VALL; OLIVEIRA, 2010, p.242-243).

De acordo com Organização Mundial da Saúde, no ano de 2002 (2008, p.16):

> Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A principal finalidade do cuidado paliativo é garantir a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e seus familiares. Tem como objetivo o alívio dos sinais e sintomas dando o maior apoio psicológico, emocional, espiritual e social ao longo de todo acompanhamento, até mesmo depois de sua morte. É de extrema importância deixá-los sempre bem informados sobre a doença,

acolhendo-os e prestando toda a orientação sobre os cuidados a serem realizados. Isso acaba diminuindo a ansiedade do paciente e de seus familiares, criando um vínculo de segurança e confiança com a equipe profissional (MONTEIRO, 2010, p. 243).

Uma unidade que trabalha com cuidados paliativos deve contar com: fisioterapia, musicoterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, massagens e técnicas de relaxamento corporal, acupuntura, possibilidade de acesso a procedimentos anestésicos e cirurgias como forma de amenizar os sintomas (CRESMESP, 2008, p.21 e 22).

O cuidado paliativo tem como filosofia a atuação na promoção da melhora na qualidade de vida e na prevenção para alívio da dor, o cuidado precoce para pacientes desta patologia é de extrema importância, pois reforça a necessidade de uma abordagem por equipes multidimensionais (funcional, social emocional, física e econômica), das fases que se encaminham para diagnóstico, tratamento e pós tratamento da doença (SILVA; SANTOS; ANDRADE, et al. 2017, p.226).

Em fase final de vida, o quadro clínico do paciente pode mudar diversas vezes ao longo de um dia. A atenção nesse período deve ser constante; por este motivo; a equipe que responsável pelos cuidados deste paciente deve estar devidamente treinada para observar e alertar o mais rápido possível no caso de ocorrência destas mudanças. O apoio ao doente, assim como na ajuda de tomadas de decisões e uma boa conversa com os familiares é indispensável. Logo, se manter disponível neste momento é importantíssimo (CRESMESP, 2008, p.22).

Atualmente, o cuidado paliativo foi ampliado para várias áreas como: oncologia pediátrica, neonatologia, pediatria, especialidades hematológicas, prematuros extremos, bebês com má formação congênita grave dentre outras doenças consideradas raras. Os cuidados aqui têm os mesmos objetivos: uma assistência integrada e efetiva, voltada às crianças e adolescentes sem perspectiva de vida e aos seus familiares (SILVA; SUDIGURSKY, 2008, p.506).

Em 2002, Harlos adequou a escala do Karnofsky, elaborando o PPS (Palliative Performance Scale), para definir o prognóstico nos cuidados paliativos, a reta final da vida corresponde a um PPS em torno de 20%, como mostra o quadro 1 abaixo (CRESMESP, 2008 p. 24 e 25).

Quadro 1- Escala de Performance Paliativa (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingestão	Nível da consciência
100	Completa	Normal; sem nenhuma evidencia da doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; sem nenhuma evidencia da doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidencia da doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para trabalho; alguma evidencia de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	Idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	__	__	__	__

Fonte: CRESMESP, 2008. Acesso em: 16 de abril de 2020.

O PPS deve ser usado todos os dias na avalição do paciente internado, ou em todas as consultas na unidade de atendimento e domiciliares. Realizar o prognóstico sempre com associação aos sintomas que podem surgir como: dispneia, edema, delirium e baixa ingestão alimentar (ANCP, 2009, p.39 e 40).

Os princípios encontrados sobre os cuidados paliativos são: qualidade de vida, abordagem humanista e valorização a vida, controle e alívio da dor e dos demais sintomas, questões éticas, abordagem multidisciplinar, morrer como processo natural, a prioridade do cuidado sobre a cura, a comunicação, a espiritualidade e o apoio ao luto (SILVA; SUDIGURSKY, 2008, p.506 e 507).

A avaliação dos sintomas dos pacientes paliativistas são essenciais para o acompanhamento, devendo ser feita de forma sistemática na admissão, nas consultas domiciliares ou ambulatórias, e nas evoluções. A escala de Edmonton desenvolvida no Canadá é um material valioso nessa tarefa. Um pequeno questionário com 9 sintomas já determinados e o 10° fica a escolha do paciente, que deve preencher tranquilamente, e o profissional dever ser imparcial nesta hora para que o cliente expresse a sua avaliação. A escala vai de 0 a 10 onde 0 é ausência da dor e 10 é a sua maior intensidade. Como mostra o quadro 2 (ANCP, 2009, p.40 e 41).

Quadro 2 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Avaliação de sintomas
Paciente: Registro:
Preenchico por: Data:
Por favor circule o n°, que melhor descreva a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)
Sem dor= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior dor possivel
Sem cansaço= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior cansaço possivel
Sem naúsea= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior naúsea possivel
Sem depressão= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior depressão possivel
Sem ansiedade= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior ansiedade possivel
Sem sonolência=0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sonolência possivel

Muito bom apetite=0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior apetite possivel
Sem falta de ar= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior falta de ar possivel
Melhor sensação de= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sensação de bem estar possivel
Outro problema= 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 =

Fonte ANCP, 2009. Acesso em: 16 de abril de 2020.

Com a evolução da doença, chega a hora final. A morte é inevitável e com isso diversos sintomas anunciam sua imediação. Nesta fase, conhecida como “final da vida”, requer atenção dobrada e especial, especialidades terapêuticas todas voltadas com atenção para o alívio dos sintomas do paciente, sem deixar que comprometam a consciência do paciente ao ponto de este não conseguir se comunicar (CRESMESP, 2008, p.23).

A importância do cuidado paliativo para o doente e sua família

Na fase final dos cuidados paliativos, quando já se é também o final de vida do paciente, pressupõe-se que a família e a equipe já tenham um vínculo que se torna essencial e que já conheçam os limites uns dos outros e das possibilidades. Essa aproximação muitas vezes pode ser complicada, e ocorre somente, quando ambas as partes demonstram interesse e espaço. Conhecer os limites e as possibilidades de cuidados, envolvendo todos (família, equipe e paciente) é crucial, pois é a partir desse conhecimento que vem a tranquilidade essencial para que a equipe possa atuar corretamente, não solicitando e nem exigindo demais dos parentes, além do que eles podem oferecer (ANCP, 2009, p. 283).

Quando se trata de adoecimento e família, muitas são as trajetórias entre diagnóstico e o luto sofrido pela morte, de modo que o cuidado se estende além de procedimentos técnicos. O essencial nesta hora é a ausculta sensível, e uma comunicação de qualidade, prestando sempre atenção no que dizer e como dizer, nas expressões faciais, nos sentimentos e gestos. Não é somente informar sobre o que acontece, mas sim, ter empatia com a dor do próximo e se por no lugar dele (FURTADO; LEITE, 2017, p.970 e 971).

Os doentes com câncer avançado, como no caso de um paciente com câncer de pulmão, relatam que a espiritualidade ajudou a lidar com a doença e, para a família, esse tratamento corresponde de uma forma positiva sobre os sintomas da doença, melhorando os aspectos emocionais e físicos. Os tratamentos espirituais incluem: meditação, oração, cirurgias espirituais dentre outros (THOFERHN; SCHAEFER; FONSECA, et al. 2018, p.03).

Quando são hospitalizados é de extrema importância que os familiares possam acompanhar os pacientes, pois eles se sentem tirados do seu ambiente social que para eles é seguro, e colocados em um lugar desconhecido, frio e temeroso. Com um ente querido ao lado, este se torna o refúgio e um meio de conexão com o mundo lá fora (MATOS; BORGES, 2018, p.2400).

Os pacientes em sã consciência deverão ser respeitados até o fim, devem ser ouvidos e consideradas todas as suas vontades, pendências e desejos a serem realizados (ANCP, 2009, p.284).

É de extrema importância deixar sempre a família e o paciente bem informados sobre a doença, acolhendo-os e prestando toda a orientação sobre os cuidados a serem realizados. Dessa forma, diminui a ansiedade do paciente e de seus familiares, e é criado um vínculo de segurança e confiança com a equipe profissional (MONTEIRO; VALL, 2010, p.243).

O papel do cuidador domiciliar durante o tratamento paliativo tem como objetivo levar o conforto e garantir o bem-estar do paciente, apesar de sua clara importância, muitas vezes o cuidador passa por dificuldades pela falta de recursos materiais, questões emocionais, físicas, espirituais e mentais (SORATTO, 2013, p.8).

Há que ressaltar que um dos aspectos importantes do tratamento paliativo é a valorização da família, que deve estar sempre ao lado do paciente e que ambos devem receber adequadamente o tratamento e o conforto, relembrando sempre que para o cuidador ele é um paciente, mas dentro do contexto social ele/ela ainda são filhos/pais/avós/irmãos/esposos, e a enfermagem deve trabalhar para encorajar atitudes positivas desses familiares (MATOS; BORGES, 2018, p.2400).

Diante do adoecimento de um parente e principalmente, durante o tratamento paliativo, os familiares encaram momentos de tristeza e insegurança, em relação à assistência do paciente, impotência, culpa, solidão, se ressente com a privação da convivência social, com a falta de lazer e com problemas

financeiros, sente também a falta de apoio para saber lidar e oferecer esses cuidados ao paciente já que não estão preparados adequadamente para isso (SORATTO, 2013, p.8).

A importância da conscientização da família, no cuidado com a saúde e a motivação, para que não saiam do lado do paciente, durante o tratamento é uma das ações para garantir uma boa qualidade na assistência desse paciente ((MATOS; BORGES, 2018, p.2401).

A fé, a tristeza e a aceitação do processo de adoecimento do paciente foram descritas nas falas de familiares (SORATTO, 2013, p.14). Como mostradas abaixo:

> Enfrento com tristeza, mas com fé de que Deus pode agir ainda na vida dele e fazer um milagre, pois acontecem com tanta gente hoje" … (Familiar 1).
> A situação do adoecimento eu enfrento com garra; tento ser forte, não chorar perto dele, dar força; tento cuidar da melhor maneira possível. Faço tudo o que ele quer: tudo que ele quer comer eu faço, tudo que ele quer eu dou um jeito e faço (Familiar 2).
> No começo me senti triste, mas, com o tempo, vi que é uma doença que não tem cura e tive que me conformar. Enfrento a necessidade de cuidar como uma obrigação, pois um dia ela me cuidou; hoje eu faço isso por ela (Familiar 3).

As últimas horas de vida são seguidas de muitos sentimentos como o de tristeza, saudade e melancolia. É a hora também de desejar uma boa partida, paz e boa hora. Assim como nascemos sozinhos o momento da morte é também do mesmo modo, único e sozinho, os familiares e os profissionais envolvidos narram um momento de muita dor, mesmo com os sintomas do paciente controlados (ANCP, 2009, p.290).

A enfermagem tem um papel muito importante nessa área, uma vez que podem ter influência significativa, na maneira como os clientes vivem até sua partida desse mundo, e sobre as memórias da morte para a família (BRUNNER & SUDDARTH, 2011, p.394).

O quadro abaixo nos mostra os sintomas mais frequentes apresentados entre as últimas 48 a 72 horas, a partir de um estudo de revisão bibliográfica dos estudantes de medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

QUADRO 3 - Sinais e sintomas em pacientes oncológicos terminais, nas últimas 48 a 72 horas

	(Lichfert & Hunt, 1990)		(Ellershaw et al, 2001)	(Nauck et al, 2001)	(Gonçalves et al, 2003)	(Zuylen et al, 2006)
Tempo de vida	48h		48h	72h	48h	48h
Nº de doentes	200		168	150	300	157
			Frequência dos sintomas (%)			
Dor	51		46	51	56	56,5
Estridor	56		45	56	46	
Dispneia	22			26	36	35,5
Delirium/confusão	42/9		52	43/55	49	26,6
Incontinência urinária	53				22	
Náuseas e vômitos	14			14	17	23,4
Febre					39	
Hipersudorese	14				31	
Hemorragias					15	
Mioclonias/convulsões	12			12	6/2	
Retenção urinária					8	

Fonte: COSTA; AZEVEDO, 2010. Acesso em: 18 de abril de 2020.

O objetivo que precisamos ter nesses últimos momentos é controlar completamente os sintomas, suavizar a agonia, precaver os agravos, nessas últimas horas, e evitar tratamentos considerados fúteis no momento, aqueles que nada vão resolver (ANCP, 2009, p.291).

O quadro a seguir mostra um estudo com 1OO pacientes oncológicos de como é a consciência desses clientes, nos momentos finais.

QUADRO 4 - Evolução da consciência ao longo da última semana de cuidados em 100 pacientes oncológicos terminais

Tempo antes de morrer	Vigília	Sonolência	Coma

1 semana	56%	44%	0%
24 horas	22%	62%	12%
6 horas	8%	42%	50%

Fonte: MORITA et al, 1998, apud COSTA; AZEVEDO, 2010. Acesso em: 18 de abril de 2020.

Nas últimas 48 horas, os seguintes sintomas e intervenções devem ser feitos: no caso de anorexia, optar pela hidratação artificial SC 1.500 ml diário de solução isotônica, evitando acúmulos e edemas supérfluos, cubos de gelos e gases molhados para hidratação dos lábios; quanto à mobilidade, é preciso ter cuidado e evitar trocar o paciente de lugar por ser muito desconfortável, devido a sua situação, orientação à família sobre a prevenção de úlceras por pressão, cuidados com a mucosa e a pele, manter o quarto o mais tranquilo e calmo possível, estimular os familiares a tocar no paciente com carinho, conversar com ele ainda que não esboce respostas; em casos de alterações de cognição, utilizar medicamento em doses baixas, a fim de controlar o delirium, como haloperidol 1 mg via oral ou subcutânea de 6/6 horas ou 8/8 horas, clorpromazina 12,5 mg a cada 12 horas; Exacerbação da dor e da dispneia: no caso da dispneia, depois que descartar qualquer outro problema, como infecções respiratórias ou ascite, o medicamento usado deve ser a morfina em baixas doses 10 mg/24 horas, associados ou não com os benzodiazepínicos, o midazolam é uma boa escolha, os dois em infusão contínua 0,5 mg/hora a 1mg/hora e parenteral; para a dor, são usados os opioides via SC; em infusão continua, o mais usado é a morfina; ronco: neste caso, os medicamentos anticolinérgicos em doses generosas, a hioscina 10 a 20 mg a cada 4 ou 6 horas é o suficiente; na hora da morte as respirações podem ser superficiais e pausadas ou longas e suspirosas, logo após o fim da respiração vem a parada dos batimentos cardíacos e por fim acontece o relaxamento da expressão facial, o apoio e também o preparo espiritual sem confundir com religiões se tornam essenciais. O cuidador deve evitar de se sentir culpado, ou qualquer outro sentimento que traga medo ao paciente. A assistência espiritual deve ser simples, amorosa e livre, a escuta neste momento é mais importante que o falar, conduzir a presença de um essencial e constante acolhimento (ANCP, 2009, p.292 a 296).

Quando a fase do luto chega em muitos locais e estados, as enfermeiras são autorizadas a assinar a certidão de óbito e fazer o pronunciamento da morte,

quando ela já é esperada, para as famílias que receberam o apoio e a preparação adequada juntamente com o ente querido que acaba de partir, a morte se torna um momento pacífico e que acontece sem conflitos. O exame físico para declarar o óbito é feito com uma ausculta para confirmar a ausência de batimentos cardíacos e respiração. No cuidado domiciliar ou cuidados de hospice (asilo) em que as enfermeiras fazem a visita na hora da morte, deve-se deixar imediatamente os familiares ficarem um tempo ao lado do falecido, deixar que realizem seus rituais e logo após todos esses momentos, a funerária deve ser comunicada (BRUNNER & SUDDARTH, 2011, p.415).

O papel do enfermeiro no cuidado paliativo

A enfermagem tem uma importante participação no cuidado paliativo, permitindo assim compartilhar e vivenciar terapeuticamente, momentos de amor e compaixão, tendo em vista que é possível tornar a morte iminente e digna dando segurança, suporte e acolhimento nesse momento. Para prestar um cuidado competente, é necessária uma equipe multiprofissional, cada profissional atuando respectivamente dentro de sua área de competência. A enfermagem tem nesse contexto um importante papel: a prescrição de cuidados (MONTEIRO; VALL; OLIVEIRA, 2010, p.243).

Ao designar uma área da atividade humana, seja em termos de profissão e de campo, dificilmente conseguimos fazê-lo sem mencionar o ato de cuidar como aspecto específico da enfermagem. No cotidiano desta profissão, o cuidado está presente em quase todos os momentos, não apenas na execução de procedimentos e no processo de prestação de cuidados diretos, mas em todas as formas que se estabelece uma relação unida ao doente, como uma escuta compreensiva, um carinho e conforto por meio de expressões ou palavras e um olhar atento. De formas simples, o cuidado paliativo se revela quase que invisível aos olhos de pessoas desatentas, mas revela um valor imensurável para o paciente que recebe esse cuidado (MACIEL; ERDTMANN; ANDRADE; et al. 2016, p. 12).

O paciente deve ser considerado pela enfermagem como um ser único, multidimensional (emocional, social, biológico, espiritual) e complexo. Para que o cuidado seja integral e humanizado, os profissionais dessa área realizam comunicações, a fim de que os clientes entendam e compreendam a linguagem verbal e não verbal (por meio de desenhos, leituras labiais etc.). Enfermeiros

acreditam que a comunicação para pacientes sem prognóstico de cura é essencial (ARAUJO; SILVA, 2007, p.669).

O papel do enfermeiro faz conexão com a família, com a equipe de saúde, com o ambiente onde trabalha e também com a comunidade. Essa profissão está obrigatoriamente inserida numa relação processual, direta, interativa e dialógica no cuidado da vida humana. Dentro dos cuidados paliativos, a enfermagem exerce o seu papel aprimorando e desenvolvendo ações gerenciais e práticas, de acordo com toda a equipe da área da saúde, desenvolvendo habilidades clínicas imanentes à diminuição e controle dos sinais e sintomas ((ANCP, 2009, p.2016).

Em uma entrevista realizada no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, no hospital Dr. Sampaio Góes Jr., localizada na região leste de São Paulo, os pacientes relatam (ARAUJO; SILVA, 2007, p.669 a 671).

> Você vê, eu acho que se você falar uma palavra de carinho, conforta mais do que se você por um medicamento. [...] A gente já tá deprimida pela doença, ainda vê que ninguém te dá uma atenção! [...] Então o meu conselho é: se a pessoa por em todo o tratamento o amor, já é suficiente (P32).
>
> É a mesma coisa que você vir me dar uma injeção e vir com um sorriso: Oi d. I., tudo bem? A senhora vai bem? Nossa, tá melhor, a senhora tá com uma carinha melhor hoje.... Isso é mais animador do que você chegar assim: Olha, vim aplicar uma injeção, tá. E vai embora. E é o caso que eu acho aqui, porque as meninas estão sempre rindo, contentes, felizes da vida, e eu sei que é um trabalho muito duro o delas [...] Teve enfermeiras que eu achei ótimas, porque vinham com disposição, vinham com vontade de você levantar, de você comer, e às vezes vinham umas que não, que nem conversavam. Então a gente se apega mais à umas do que outras. Então é isso que eu falo, você se apegar nas coisas boas é ótimo. O ruim é você se apegar a nada, não é (P32).

A enfermagem tem o cuidado paliativo como todas aquelas medidas não curativas, quando sinais e sintomas vão ficando cada vez piores e debilitando ainda mais o paciente, causando sofrimento. O cuidado paliativo não visa à cura e deve ser feito independentemente disto, o objetivo é ofertar uma boa qualidade de vida ao paciente enfermo e à família (LIMA; OLIVEIRA, 2015, p.594).

É claro que existem dificuldades em saber lidar com a morte, principalmente em um local onde a prevenção e a cura das doenças prevalecem, no caso, um hospital, mas poder ajudar a essas pessoas e seus familiares nessa fase se configura em um modelo de atenção à saúde conhecido como cuidado paliativo (MONTEIRO; VALL; OLIVEIRA, 2010, p.242-243).

Portanto, é importante que sempre haja diálogos diários e constantes entre a família, o enfermeiro e o doente, de modo a criar um laço de confiança, empatia e respeito, para poder contribuir no reestabelecimento desse paciente,

mas muitas vezes o medo da morte, e a ansiedade vinda dos profissionais de enfermagem sobre como os pacientes vão enfrentar essa doença, pela falta de treinamento desses profissionais e também pela falta de tempo necessário, é o que dificulta a comunicação destes profissionais com os clientes em fase terminal (PETERSON; CARVALHO, 2011, p.693).

CONCLUSÃO

Neste estudo, iniciou-se uma reflexão voltada para o trabalho da enfermagem em relação aos cuidados paliativos, o valor que a família exerce nesse tratamento e como o doente que é o principal foco se sente diante de uma doença tão devastadora. O trabalho nos mostra como é lindo o cuidado, para quem recebe a pior notícia de sua vida, aquela que muda não só a vida do paciente, mas a de todos que o rodeiam, e acender aquela luz de esperança e saber que existe sim uma morte digna e sem dor.

O cuidado paliativo teve seu início lá em 1960 no Reino Unido, e a cada ano com as novas tecnologias ele vem se aperfeiçoando. Ele visa não só a dignidade de vida do paciente, mas também a de seus familiares. É um conjunto de práticas para aqueles cuja doença é incurável e foge das mãos da medicina, e oferece excelência no tratamento, além da diminuição do sofrimento em pacientes terminais, sem intuito curativo.

Diversas doenças podem necessitar dos cuidados paliativos, por exemplo, Alzheimer, Parkinson, doenças degenerativas crônicas, dentre outras, mas as neoplasias são em especial as que mais necessitam destes cuidados. O câncer de pulmão, especificamente, a cada ano, tem um grande número de incidências. O modo de vida das pessoas e seus hábitos influenciam este tipo de câncer, e é o que tem maior taxa de mortalidade na atualidade, diferente do século XX, quando ainda era raro. O pulmão é o órgão responsável pela hematose que é a troca gasosa que ocorre nos capilares sanguíneos dos alvéolos pulmonares, onde o gás carbônico é trocado pelo oxigênio, que mantém nossos órgãos vivos e assim nos mantendo também, portanto podemos perceber que uma grave doença neste órgão é de extrema importância e necessita de cuidados.

A família, diante de uma doença grave e incurável para a medicina, vê-se perdida e com diversas dúvidas sobre a doença, por exemplo, como será a vida deles e do paciente dali para a frente, e este trabalho relata como é importante

o apoio da equipe multiprofissional e principalmente do enfermeiro que presente, desde a entrada do paciente no âmbito hospitalar, no cuidado domiciliar e sua morte. Uma ausculta qualificada dada a esses familiares faz a diferença, assim como um “Bom dia !” muda a vida dos pacientes e como uma partida calma e serena faz a diferença para quem parte dessa para uma melhor e para quem fica e tem que se acostumar com a ausência desse familiar.

É um trabalho árduo e cansativo, são horas da vida dedicadas a alguém que acabou de conhecer e em breve irá partir. Portanto os enfermeiros necessitam de treinamentos, tratamentos psicológicos e de ajuda para que possam acolher o próximo. São muitos dias de luta e de dedicação, muitas vezes sem o material necessário, o que leva ao desgaste físico e emocional dos profissionais.

Portanto este estudo teve como objetivo auxiliar os leitores para que possam perceber e exigir, quando necessário, cuidados adequados e humanizados, caso alguém de sua família venha a passar por uma situação semelhante. O presente trabalho também traz aos leitores, um pouco de conhecimento sobre o assunto, visto que pode haver sim uma “partida” do ente querido, sem sofrimentos e angústias e o mais importante, com suporte clínico adequado e amor dos profissionais capacitados envolvidos no cuidado paliativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCP. Manual de cuidados paliativos. Editora diagraphic, 1° edição, p.1-340, 2009, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. Acesso em: 10 de março 2019.

ALGRANTI, A.; BUSCHINELLI, J. T.; CAPITANI, E. M. Câncer de pulmão ocupacional. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.36, n.6, p.784-794, novembro/dezembro 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n6/v36n6a17.pdf>. Acesso em: 16 de agosto 2019.

ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Revista da escola de enfermagem da USP, v.41, n.4, p.668-674, dezembro 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>. Acesso: 2 de abril 2020.

BRASIL. A situação do câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer – INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev, p.1-177, 2006. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>. Acesso em: 27 de janeiro 2020.

BRASIL. Estimativa/2020, incidência do câncer no Brasil. Ministério da saúde Instituto nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva,p.1-122, 2019.Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 27 de janeiro 2020.

BRASIL. Câncer de pulmão. Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde, p.1-2, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao>. Acesso em: 18 de setembro 2019.

BRASIL. ABC do câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde, p.1-128, janeiro 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 16 de agosto 2019.

BRUNNER & SUDDARTH; Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Editora Guanabara Koogan ltda, v.1, n.12, p.1-1.117, 2011.Acesso:15 de abril 2020.

COSTA, J.M.N; AZEVEDO, C.P.C.; AGONIA - ÚLTIMOS MOMENTOS DE UM DOENTE TERMINAL. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, p.1-55, março 2010. Disponível em:<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18763/1/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf>. Acesso em: 01 de abril 2020.

CREMESP; Cuidado paliativo. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, p.1-690, 2008. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/livros_digitalizados/livro_cuidado_paliativo_crm.pdf#page=15>. Acesso em: 03 de março 2020.

FURTADO, M. E. M. F.; LEITE, D. M. C. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. Interface comunicação, saúde, educação; v.21, n.63, p.969-980, fevereiro 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160582.pdf>. Acesso em: 1 de abril 2020.

FREITAS, E. D. Aspectos epidemiológicos do câncer de pulmão em uma instituição privada. Revista brasileira de oncologia clínica, v.7, n. 22, p. 55-59, outubro/novembro/dezembro 2010. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/22/artigo10.pdf>. Acesso em: 29 de abril de 2020.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. Estudos avançados, São Paulo, v.30, p.155-166, setembro/dezembro 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>. Acesso em: 03 de março 2020.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Rio de Janeiro. Artigo article, p. 2577-2588, maio de 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>. Acesso: 21 de abril de 2020.

LIMA, M. P. O.; OLIVEIRA, M. C. X. Significados do cuidado de enfermagem para familiares de pacientes em tratamento paliativo. Revista da rede de enfermagem do nordeste, v.16, n.4, p. 593-602, julho/agosto 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041519017.pdf>. Acesso: 02 de abril 2020.

MACIEL, A. P. S.; ERDTMANN, B. K.; ANDRADE, E. F.; POETINI, G. M. B.; SCHMITZ, J.; ROSA, L. M; VARGAS, M. A. O.; VICENSI, M. C,; SANTOS, M. J.; ANDRADE, M. S. Coren/SC orienta- Enfermagem em Cuidados Paliativos, v.4, parte 1, p.1-64, Letra Editora Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/Cuidados-Paliativos-Parte-1-Site.pdf >. Acesso em: 23 de março de 2019.

MARCHI, J. A.; PAULA, C. C.; PELINI, N. M. O. G.; SALES, C. A. Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a paliação. Enf. vol.25, no.1, Florianópolis, p. o2-o3, março 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100311&lang=pt>. Acesso em: 26 de março de 2019.

MATOS, J.C; BORGES, M.S.; A FAMÍLIA COMO INTEGRANTE DA ASSISTÊNCIA EM CUIDADO PALIATIVO. Revista de enfermagem UFPE on line, v.12, n.9, p.2399-2406, setembro 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/234575-121277-1-PB.pdf>. Acesso: 01 de abril 2020.

MELO, T. P. T.; MAIA, E. J. O.; MAGALHÃES, C. B. A.; NOGUEIRA, I. C.; MORANO, M. T. A. P.; ARAÚJO, F. C. S.; ALVERNE, D. G. B. M. A Percepção dos Pacientes Portadores de Neoplasia Pulmonar Avançada diante dos Cuidados Paliativos da Fisioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia, v.59, n.34, p. 548, setembro 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/08-artigo-percepcao-dos-pacientes-portadores-neoplasia-pulmonar-avancada-diante-dos-cuidados-paliativos-fisioterapia.pdf>. Acesso em: 14 de março 2019.

MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M.; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. Rev. Dor. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 242-248, julho/setembro 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1470.pdf>. Acesso em: 13 de março 2019.

NOVAES, F. T.; CATANEO, D. C.; JUNIOR, R. L. R.; DEFAVERI, J.; MICHELIN, O. C.; CATANEO, A. J. M. Câncer de pulmão: histologia, estádio, tratamento e sobrevida. Jornal Brasil Pneumologia, v.34, n.8, p. 595-600,2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n8/v34n8a09.pdf>. Acesso em: 21 de outubro 2019.

OLIVEIRA, C.; SARAIVA, A. Estudo comparativo do diagnóstico de câncer pulmonar entre tomografia computadorizada e broncoscopia. Radiologia

Brasileira, v.43, n.4, p.229-235, julho/agosto 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v43n4/v43n4a06.pdf>. Acesso: 20 de novembro 2019.

PRADO, B. B. F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. Ciência e Cultura, v.66, n.1, p.21-24, são Paulo 2014.Disponivel em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n1/a11v66n1.pdf>. Acesso: 16 de agosto 2019.

PANIS, C; KAWASAKI A. C. B.; PASCOTTO, C. R; JUSTINA, E. Y. D.; VICENTINI, G. E.; LUCIO, L. C.; PRATES, R. T. C. Revisão crítica da mortalidade por câncer usando registros hospitalares e anos potenciais de vida perdidos. Einstein (São Paulo), v.16, n.1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n1/pt_1679-4508-eins-16-01-eAO4018.pdf>. Acesso em: 27 de janeiro 2020.

PERTERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. Revista brasileira de enfermagem reben, v.64, n.4, p.692-697, dezembro 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>. Acesso em: 2 de abril 2020.

PORTELA, C; PEREIRA, C.C.A; FORTES, G.B; et al. Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência. Revista Saúde Pública, p.1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006665.pdf>. Acesso em: 15 agosto 2019.

PARANAÍBA, J.F.F.S; LIMA, F.C; et al. Morfo-histologia dos pulmões e árvore bronquial de Procyon cancrivorus (Carnivora: Procyonidae). Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia, v.68, n.2, p.354-360, março/abril 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abmvz/v68n2/0102-0935-abmvz-68-02-00353.pdf>. Acesso em: 15 de agosto 2019.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paulista de Enfermagem v.21 n.03 p.505-508, 2008. Disponivel em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf>. Acesso: 03 de março 2020.

SILVA, C.P; SANTOS, A.T.F; ANDRADE, J.D; et al. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, v.62, p.225-235, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/05-artigo-significado-dos-cuidados-paliativos-para-a-qualidade-da-sobrevivencia-do-paciente-oncologico.pdf>. Acesso em: 03 de março 2020.

SALVADORI, A. M; LAMA, J. L. T; ZANON, C. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, v.12, n.1, p.131-135, março 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a20> Acesso em: 16 de agosto 2019.

SORATTO, M. T. As dificuldades de enfrentamento do familiar de paciente em cuidados paliativos. Saúde em revista, Piracicaba, v.13, n.34, p.7-17, maio-agosto 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/1773-10626-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 de abril 2020.

THOFERHN, M. C. O.; ARRIEIRA, L. C. O.; SCHAEFER, O. M.; FONSECA, A. D.; KANTORSKI, L. P.; CARDOSO, D. H. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. Rev. Gaúcha Enfermagem, v.38, n. 3, p.1-9, Porto Alegre, abril 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e58737.pdf>. Acesso em: 13 de março 2019.

VERON, H.; ANTUNES A. G; MILANESI, J; VERON, H. L.; CORRÊA, E. C. R. Implicações da respiração oral na função pulmonar e músculos respiratórios. Revista CEFAC, v.18, n.1, p.242-251, janeiro/fevereiro 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00242.pdf>. Acesso em: 15 de agosto 2019.

ZAMBONI, M.; Epidemiologia do câncer do pulmão. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 28, n. 1, p.41-75, janeiro/fevereiro 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jpneu/v28n1/a08v28n1.pdf>. Acesso em: 08 de março
2019.