

A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE À FAMÍLIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

NURSE ASSISTANCE TO THE FAMILY OF ONCOLOGICAL PATIENTS WITHOUT THERAPEUTIC POSSIBILITIES: INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

Nurielly Monteiro Campos Pires¹

Thays Sandy Martins Borges de Oliveira²

Margarida do Socorro Silva Araújo³

Resumo: No câncer terminal, todos os profissionais estão voltados para as necessidades do paciente em prol de uma melhor qualidade de vida. Contudo, é comum que a família desse paciente fique à margem desse cuidado. Nesse sentido, este estudo possui como objetivo conhecer através de uma revisão integrativa da literatura a assistência prestada pelo enfermeiro à família do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas. Tendo como método a realização de uma revisão bibliográfica, embasada em obras de diversos autores, bem como estudos realizados sobre o tema, utilizando-se de periódicos científicos, teses e artigos encontrados em bases de dados eletrônicos como: Scielo, Lilacs, e Biblioteca virtual em saúde publicada entre os anos de 2011 e 2016. Este estudo foi realizado a partir de uma seleção de 10 artigos que consideraram os objetivos propostos. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, bibliográfica, e descritiva, com informações coletadas a partir de um fichamento criado pelas autoras. Como resultado, observou-se que as principais dificuldades encontradas pela família foram: a sobrecarga emocional, medo do futuro e dificuldades financeiras. Já as estratégias mais utilizadas pelo enfermeiro foram: a comunicação, a assistência individualizada e o suporte emocional. A atuação do enfermeiro ao familiar do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas, portanto é um desafio. Dessa forma, é crucial que se aprofunde mais no tema a fim de prestar uma assistência cada vez mais humanizada.

Palavras-chaves: Câncer. Enfermagem. Família.

Abstract: In terminal cancer, all professionals are focused on the patient's needs for a better quality of life. However, it is common for this patient's family to stay on the sidelines of such care. In this sense, this study aims to know through an integrative review the literature of the assistance provided by the nurse to the cancer patient's family without therapeutic possibilities. Based on the work of several authors, as well as studies carried

1 Enfermeira pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC; Acadêmica de Medicina na Universidade Estadual do Tocantins. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1518615418529909>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1849-6780>. E-mail: nurielly.monteiro@gmail.com

2 Enfermeira pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC; Pós graduada em Didática do Ensino Superior pelo IDESP Educacional. Lattes: ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0008-6111-2424>. Email: thaysandy.borges@gmail.com.

3 Enfermeira pela Universidade Federal do Pará, Especialista em enfermagem Médico-cirúrgica; Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7491272967537067> ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4151-7612> Email: margaujo@gmail.com

out on the subject, using scientific journals, theses and articles found in electronic databases such as: Scielo, Lilacs, and Virtual Library Of health published between the years of 2011 and 2016. This study was carried out from a selection of 10 articles that considered the proposed objectives. It is a quantitative/qualitative, bibliographic, and descriptive research, with information collected from a file created by the authors. As a result, it was observed that the main difficulties encountered by the family were: emotional overload, fear of the future and financial difficulties. The strategies most used by nurses were: communication, individualized care and emotional support. The nurse's role to the cancer patient's family member without therapeutic possibilities is therefore a challenge. In this way, it is crucial to go deeper into the subject in order to provide increasingly humanized assistance.

Keywords: Cancer. Nursing. Family.

Introdução

A percepção sobre morte ganhou nova roupagem ao longo dos anos. Antigamente, a morte nada mais era que um processo biológico que os familiares acompanhavam de perto. Hoje, com a institucionalização da doença e morte, faz-se necessário repensar na assistência que o paciente oncológico em cuidados paliativos e seu familiar recebem no ambiente de internação.

É consenso que os profissionais da enfermagem passam a maior parte do tempo com o paciente oncológico e seu familiar/cuidador. Nesse sentido, entender essa relação entre o enfermeiro, líder da equipe de enfermagem e o familiar/cuidador do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas é crucial (Souza; Almeida, 2012).

Consoante a isso, é de suma importância compreender como a família do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas recebe a assistência de enfermagem com base na literatura nacional.

Na proa dessa tese, as autoras acreditam que a família do paciente sem possibilidades terapêuticas aceita de forma positiva a assistência dos enfermeiros durante a doença e luto, uma vez que se supõe que estes profissionais aliam seu conhecimento técnico-científico às peculiaridades de cada indivíduo.

Quando a doença já está em estágio avançado, desencadeia-se no familiares diversas reações. Nesse sentido, o suporte que o profissional dá a família do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas reflete numa melhor qualidade de vida tanto para o cuidador quanto para o paciente. Dessa forma, esta pesquisa é essencial para despertar os profissionais quanto a humanização da assistência (Reigada et al., 2014).

O objetivo geral do trabalho é analisar as produções científicas disponíveis na literatura nacional

dos seis anos sobre o enfrentamento das famílias dos pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas.

Tratou-se de uma pesquisa quali-quantitativa, bibliográfica, descritiva, relacionada à atuação humanizada do enfermeiro ao familiar do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas. Para essa pesquisa foram utilizadas bases de dados eletrônicas como: Scielo, Biblioteca virtual da saúde, bases de dados da Revista Brasileira de Enfermagem.

Revisão bibliográfica

O câncer

O câncer é a denominação para um conjunto de mais de 100 doenças, que se originam de uma desordem nas divisões celulares, capaz de formar tumores malignos que por sua característica agressiva são capazes de invadir tecidos e órgãos rapidamente (Aguar; Silva, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou que em 2014 houve em média 13 milhões de mortes por câncer no mundo todo. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa de novos casos de câncer no Brasil no ano de 2016 é de 596.070 (Inca, 2016).

O tratamento oncológico é cercado de incerteza, pois mesmo após esta rotina e o fim do tratamento, o paciente e a família tem de conviver com as sequelas do tratamento e com o medo de recidivas. Todo esse impacto influencia diretamente na qualidade de vida do paciente e da família que o cerca. (Fleck et al citado por Mansano –Schlosser e Ceolim, 2012).

Dentro do tratamento, pode haver a cura quando a doença é erradicada, o controle quando a sobrevida é o foco. Mas quando o paciente está em estado terminal da doença, é preciso encarar que ele necessita de cuidados paliativos para ter uma morte digna (Brunner e Suddarth,2011).

Cuidados paliativos

A palavra “paliativo” origina-se do termo em latim *pallium*, que tem como significado coberta, manta, capa, proteger, amparar, cobrir, abrigar. Todos esses significados remetem à proteção do indivíduo, o cuidar com o foco no alívio do sofrimento do paciente (Martal; Hanna e Silva, 2010; Sousa et al., 2010; Castro e Barroso, 2012; Monteiro; Oliveira; Vall, 2010).

A organização Mundial da Saúde (OMS) descreve os cuidados paliativos como “os cuidados totais e ativos prestados ao paciente cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos, e quando o controle da dor e outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais, tornam-se prioridade” (Leitão; Araújo, 2012; e Wittmann-Vieira; Goldim, 2012).

A OMS considera como princípio fundamental que em cuidados paliativos deve-se avaliar o paciente como um todo, holisticamente, não priorizando o diagnóstico ou a doença, mas a dignidade do indivíduo (Martal; Hanna; Silva, 2010).

O cuidado paliativo pode ser realizado em ambiente hospitalar ou domiciliar, ambos visam à diminuição das consequências que a doença traz ao indivíduo (Monteiro; Oliveira; Vall, 2010).

Aguar e Silva (2012), ao se referirem à importância dos cuidados paliativos, enfatizam que embora não seja uma terapia curativa, esse procedimento proporciona alívio da dor e promove uma qualidade de vida considerável.

Para Maciel (citado por Santos, Lattaro e Almeida, 2011) o objetivo dos cuidados paliativos não é

abreviar o tempo de vida que ainda resta àquele paciente ou prolongar os dias que antecedem sua morte. O interesse é diminuir o sofrimento e a dor enquanto a inevitável morte se aproxima de forma natural.

Silva *et al.*, (2012) relatam como inadmissível o uso de terapias que visem à busca infundável da cura centrada na doença, quando se sabe que as necessidades do paciente em cuidados paliativos vão além dos aspectos físicos.

Araújo e Leitão (2012) relatam que a OMS defende como sendo prioridade a assistência às necessidades de cuidadores dos pacientes em cuidados paliativos e considera necessária a existência de um sistema de suporte para apoiar a família durante o processo adoecer/morrer. “Existe um inter-relacionamento entre sintomas psicológicos apresentados pelo paciente e pela família. A família é afetada pela doença e a dinâmica familiar afeta o paciente” (Araújo; Leitão, 2012, p. 03).

Quando o indivíduo enfrenta o processo adoecer/morrer toda sua família é envolvida e o cotidiano de ambos muda de forma que toda a atenção é voltada para as necessidades de seu ente querido. (Cape-
llo *et al.*, 2012).

Araújo e Leitão (2012) afirmam que a família do paciente em cuidados paliativos não deve ser encarada como cuidadores que são “naturalmente” preparados para enfrentar esse tipo de situação. Há um grande envolvimento social, físico e emocional que deve ser avaliado pelos profissionais de saúde.

Assistência de enfermagem ao paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012), O enfermeiro é o profissional graduado que mais trabalha com o paciente oncológico. Entretanto, nem sempre a recuperação é possível e o enfermeiro deve estar preparado para oferecer uma assistência de qualidade com outras formas de cuidar (Almeida *et al.*, 2014).

Caldeira (2013) diz que o despreparo dos enfermeiros para cuidar do paciente terminal é uma realidade. Em sua publicação, a pesquisadora cita que a formação acadêmica dos enfermeiros não dá ênfase ao paciente terminal e que a morte e o morrer ainda são tabus até mesmo para esses profissionais.

É certo que vem ocorrendo uma revolução na definição de doença incurável. Hoje, a falta de cura pra o câncer não quer dizer finitude terapêutica, mas uma diversificação na abordagem e uma mudança nos objetivos a serem alcançados de acordo com as necessidades do paciente (Caires *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a avaliação de enfermagem é um método eficaz para traçar condutas a serem tomadas perante o paciente oncológico terminal. Uma boa avaliação permite um levantamento de diagnósticos e um melhor planejamento da assistência, priorizando o bem-estar do indivíduo doente (Caldeira, 2013)

Para Theobald (2015), a assistência humanizada ao paciente oncológico dá-se primeiramente pela liberdade do mesmo ao verbalizar sentimentos, expressar suas opiniões, expor suas dúvidas e ter essas dúvidas sanadas a fim de desenvolver o autocuidado.

Cunha e Rêgo; Tamborelli *et al.* (*apud* Andrade e Torres, 2015) mencionam que o paciente que se encontra em cuidados paliativos enfrenta durante todo o curso de sua doença limitações que vão desde sintomas físicos, como psíquicos e espirituais. Principalmente durante a fase terminal os fatores se intensificam o que causa grande estresse para o paciente e sua família.

Dor e sofrimento são conceitos com elementos comuns, mas não são a mesma coisa. Dor é uma vivência sensorial e emocional desagradável frente a um estímulo, geralmente uma lesão, com repercussões físicas, sociais e espirituais. Sofrimento resulta da ameaça de ruptura do eu frente a situações-limite como dor, perdas, morte, quebra de valores etc. O sofrimento está relacionado à subjetividade do sujeito, aos valores adquiridos ao longo

da vida, traduz o temor do incontrolável e reflete a fragilidade e vulnerabilidade do ser humano. (Castro; Barroso, 2012, p.2).

O papel do profissional enfermeiro, ao atuar em cuidados paliativos, vai desde o estabelecimento de relações entre pacientes, familiares e equipe de saúde até o momento em que o paciente não está mais sob seus cuidados diretos, como por alta hospitalar, ou pelo óbito (Firmino in Manual de Cuidados Paliativos, 2009).

Conforme Waterkemper e Reibnitz (2010), o que se sabe sobre os sintomas do paciente é através do auto relato dado que, repetidas vezes, tais sintomas ultrapassam barreiras físicas. Para elas, a subjetividade é o maior obstáculo enfrentado, uma vez que através da voz do paciente o enfermeiro deverá avaliá-lo.

Consoante a isso, a comunicação verbal ou não verbal consiste em instrumentos de humanização no cuidado a pacientes em modalidade paliativa. Através de gestos, do toque, por meio do olhar e de mímicas é possível identificar sinais e sintomas. Dessa forma, o enfermeiro deve desenvolver habilidades novas e resgatar outras para se comunicar com o paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas, a fim de atendê-lo da melhor forma possível (Brito et al., 2014).

É importante enfatizar que a maior parte dos pacientes com câncer já está em fase terminal. Nesse sentido, o trabalho da enfermagem está voltado para o controle de sinais e sintomas, como a dor que chega a estar presente de 51% a 70% nos mais diversificados estágios da doença (Waterkemper; Reibnitz, 2010).

Controle da dor

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a dor acomete 60 a 80 % dos pacientes com câncer, sendo 25 a 30% na ocasião do diagnóstico e 70 a 90% quando a doença já está avançada (Carvalho in Manual de Cuidados Paliativos, 2009).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua a dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou não a lesões reais e potenciais. A dor é um evento individual, uma experiência única que não pode ser contestada por outrem, pois a dor é exatamente o que o paciente refere e descreve vivenciar no momento (Cardoso in Manual de Cuidados Paliativos, 2009).

Rangel e Telles (2012) ressaltam que ignorar a dor referida pelo paciente é o mesmo que ignorar seu sofrimento, limitando sua qualidade de vida. Para o benefício do paciente algumas medidas devem ser priorizadas para um controle eficaz da dor oncológica: antecipação à exacerbação da dor e prevenção e tratamento dos efeitos colaterais.

Consoante a isso, Morete e Minson (apud Rangel e Telles, 2012) mencionam a dor como quinto sinal vital, devendo ser avaliada junto a outros sinais vitais, sempre que o paciente for submetido à avaliação. A dor é um sintoma subjetivo, por isso, a fim de avaliar com clareza o que o paciente descreve foram desenvolvidos escalas de dor que apontam o grau de intensidade e a característica da dor que o paciente está vivenciando, facilitando a intervenção por parte do profissional de saúde.

Nesse sentido, Farias (2013) aponta que existem diversas escalas que auxiliam o profissional na avaliação da dor: visual, numérica, descritiva, de carinhas etc. Ela reforça que independentemente do método adotado, o enfermeiro deve observar as diferenças de cada indivíduo na aplicação das escalas, e ser ágil em sua utilização, poupando o paciente de sofrimento desnecessário.

O manual de cuidados paliativos (2009) da ANCP (Academia nacional de cuidados paliativos) e os autores Borges e Oliveira (2015) elegem a escala visual analógica (EVA) como sendo um instrumento eficaz de avaliação da dor. Sobre a escala em formato de régua que é apresentada ao paciente, orienta-se que aponte qual o seu nível de dor. O profissional quantificará essa dor através das pontuações equivalentes, sendo a de 1 a 3 considerada dor leve; a de 4 a 7 dor moderada e de 8 a 10 dor severa. Para sua eficácia ser

completa, ela deve ser utilizada após intervenção proporcionada pelo profissional, para que seja possível observar se o método utilizado para cessar a dor foi capaz de aliviá-la ou se a mesma foi exacerbada.

A OMS (1996) preconiza que o paciente que sente dor deve receber analgesia, dado que em 90% dos casos soluciona o incômodo causado. Entretanto, segundo Lima et al (2013), é difícil diagnosticar a dor e mensurá-la uma vez que ela varia de acordo com o sexo, os fatores biológicos e biopsicossociais.

A primeira escolha para alívio da dor ainda é o uso de terapia medicamentosa, sendo que deve ser avaliado o nível de dor para a escolha correta do fármaco a ser utilizado (Rangel; Telles, 2012).

Segundo Borges e Oliveira (2015), o alívio da dor crônica no paciente oncológico é possível pela combinação medicamentosa de analgésicos opiáceos e não opiáceos.

Para Castro e Barroso (2012), implementa-se para o controle algico, intervenções não farmacológicas como apoio emocional, métodos físicos, educativos e cognitivo-comportamentais, procedimentos essenciais para lidar de forma adequada com a dor do paciente em cuidados paliativos.

Assistência Espiritual

“A espiritualidade engloba as necessidades humanas universais. Ela pode ou não incluir crenças religiosas específicas e fornece uma filosofia ou perspectiva que norteia as escolhas da pessoa.” (Cervelin; Kruse, 2014, p.137).

Cervelin e Kruse (2014) relatam que o ser humano usa a espiritualidade para explicar razões existenciais como o porquê da vida, do sofrimento ou da morte. O tema espiritualidade permeia ainda mais a vida do indivíduo quando este se depara com o adoecer.

Essa força superior ajuda os pacientes e familiares a encontrar esperança e coragem. Acredita-se que Deus e o apoio da comunidade religiosa dão sensação de apoio, bem-estar e paz e ajuda os pacientes a enfrentar a terminalidade da vida com serenidade. Mesmo quando se enfrenta a difícil experiência do câncer, o paciente e a família encontram na crença, religiosidade e espiritualidade, um meio de recuperar sua qualidade de vida. (Cervelin e Kruse, 2014; Gobatto e Araujo, 2013).

Mediante as influências que a espiritualidade tem sobre o estado geral do indivíduo, cabe ao profissional de saúde solicitar o acompanhamento de líderes religiosos que o paciente e família sejam adeptos e proporcionar a eles um apoio psíquico. Maciejewski et al. (citado por Gobatto e Araujo, 2013) relata que esse acompanhamento é ainda mais especial quando se trata de pacientes em cuidados paliativos. (Gobatto e Araujo, 2013).

Coelho e Geronasso (2012) pontuam que a fé ajuda ressignificar a doença. Ela reforça ainda que cada indivíduo, independente da religião, tende a se apegar a algo para obter esperança durante todo o processo de doença. Já Pinto et al (2015) enfatizam que o cuidado de enfermagem deve valorizar a dimensão espiritual, uma vez que isso faz a assistência ser mais humanizada.

Terapias Complementares

Em busca de amenizar a dor e desconforto, as terapias complementares estão sendo mais procuradas. Tal procura dá-se por não excluírem os tratamentos convencionais, e sim integrarem esses tratamentos, proporcionando mais formas de cuidar dos pacientes com doenças incuráveis. (Caires et al., 2014)

Caires et al. (2014) pontuam que a musicoterapia, acupuntura e massagem são as terapias alternativas mais utilizadas em cuidados paliativos. Elas reforçam que sintomas como ansiedade, depressão e dor são reduzidos consideravelmente, através do relaxamento e melhora do relacionamento entre os profissionais da saúde e o paciente.

Seki e Galheigo (2010) por sua vez declaram que a musicoterapia atua de forma benéfica dado que a música é um estímulo competitivo com o estímulo doloroso. As autoras afirmam que a música em si já produz relaxamento e promove melhor enfrentamento da doença e aceitação do luto.

A massagem também pode ser aplicada no doente oncológico em fim de vida. Comprovadamente os toques na pele possuem um profundo impacto na qualidade de vida do doente, promove seu conforto e é um cuidado de enfermagem de fácil execução com efeitos positivos (Dias, 2012).

Da Silveira, *et al.* (2013) dizem que a acupuntura promove o bem estar de forma integral ao indivíduo. O autor enfatiza ainda que a prática desta terapia milenar minimiza dores diversas, possui boa aceitação do paciente e promove satisfação ao enfermeiro que a executa.

Dessa forma, as terapias alternativas são constantemente procuradas para aliviar efeitos colaterais do tratamento convencional. Os pacientes oncológicos buscam métodos alternativos uma vez que o consideram mais humanizados, dado que assistem ao paciente holisticamente e não só na sintomatologia (Souto, 2014).

Suporte da enfermagem à família durante doença e luto

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)(2015) família é um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar.

Muito mais do que conceitos, a palavra “Família” remete a arranjos familiares complexos que comportam sentimentos variados, com valores e crenças peculiares e que indicam a identidade de cada indivíduo, suas ações e reações, além de ser a primeira referência social do ser humano (Biroli, 2014).

Quando o diagnóstico de câncer entra no cenário familiar o impacto é grande. Contudo, a maneira como se comunica a doença, seu estágio e a possibilidade ou não de cura é determinante positivamente ou negativamente no tratamento do paciente (Firmino; Sousa, 2013).

Para Vieceli *et al.* (2013), o câncer difere de outras doenças crônicas pelo impacto que possui na sociedade. De acordo com o pesquisador, o diagnóstico de tal doença provoca drásticas mudanças no cotidiano familiar. Reações de angústia, raiva e desilusão com a vida são constantes e devem ser consideradas pela equipe de saúde.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015) afirma que deve haver um engajamento em níveis primário, secundário e terciário de toda a equipe multiprofissional a fim de criar laços com este núcleo familiar. Dessa forma, o INCA ressalta que muito mais do que executores de procedimentos terapêuticos é necessário um acolhimento individualizado.

Corroborando com essa ideia, Nunes e Rodrigues (2012) analisam que a qualidade de vida dos pacientes terminais relaciona-se ao ambiente no qual está inserido. Para elas, o paciente que recebe cuidados em casa convive mais com os familiares e amigos, por ser um ambiente mais flexível, e a formação da família enquanto cuidadora é beneficiada.

Guimarães e Lipp (2012) reforçam que o laço familiar define quem será o cuidador do paciente terminal. Contudo, as autoras afirmam que apesar da obrigatoriedade do cuidar pela família, o cuidado é visto ainda como obrigação moral e social, e a partir disso, o cuidador vai atribuir ao ato de cuidar como demonstração de afeto, ou um peso a ser carregado.

É importante destacar que o integrante da família que se dispõe a ser cuidador do paciente, sem possibilidades terapêuticas, leva a uma sobrecarga física, emocional e financeira uma vez que ele assume a responsabilidade sobre as necessidades do paciente. Tais atribuições podem desestruturar os papéis de cada membro familiar e afetar ainda o convívio social (Laurindo *et al.*,2012).

Este cuidador reconhece novos sintomas e apoia o doente nessa etapa cheia de dúvidas. Esses são

pontos que exigem muito e leva a família a duvidar de sua capacidade na promoção da saúde do enfermo, afetando ainda sua autoestima (Stanko *et al.*, 2015).

De Almeida (2013) refere em sua pesquisa que o cuidador se afasta do convívio social pela falta de tempo. Outro fator citado por ela é a tentativa de esquecer os momentos antes do diagnóstico do câncer, uma vez que isso ajuda na aceitação da doença como sua nova realidade.

Para Nascimento *et al.* (2011), a percepção de que o paciente precisa de apoio faz com que o cuidador camufle seus medos e sofrimento. Nesse sentido, o cuidador não reconhece sua existência individual e biopsicossocial como importantes, mas um estágio de “viver-em-função”, do outro e das suas necessidades.

Apesar de serem cuidadores, os familiares ainda possuem outras atribuições como pais, donos de casa, provedores etc. De forma geral, o cuidador do paciente oncológico é um só, e este assume a responsabilidade sobre o cuidado, pedindo ajuda somente em casos extremos (Oliveira *et al.*, 2011).

Auxiliar a família na resolução de problemas e oferecer assistência às suas necessidades pode proporcionar um melhor relacionamento com a equipe de enfermagem e tornar os cuidados específicos a cada paciente com a colaboração dessa família. (Nunes, Rodrigues; 2012).

Segundo Manoel *et al.* (2013), entender a sobrecarga que a família está vivenciando, propicia ao profissional de enfermagem um campo fértil para apoiar, promover autoconfiança e trazer esse familiar enquanto cuidador para colaborar no tratamento do paciente, visando mais qualidade de vida a ambos, uma vez que reforça o valor deste cuidador.

Para Theobald (2015), é essencial que haja superação dos obstáculos que interferem no cuidado. Ela ressalta que os conhecimentos técnicos e a tecnologia são cruciais nos cuidados paliativos e no enfrentamento da morte, entretanto ser um profissional humanizado é que fará com que esse cuidado seja aplicado de forma significativa no paciente enquanto vivo, e na família mesmo quando a terminalidade bater à porta.

Outro fator que influencia a família do paciente em cuidados paliativos são as experiências que a mesma possui com a morte. Compreende-se na área da saúde que morte é quando o indivíduo perde sua capacidade vital e identidade de forma irreversível. (Lôbo, Anghebem; 2014)

Boff (2012, p.31) cita em seu livro, que a morte sempre suscitou temor. É uma experiência absolutamente solitária, incompartilhável: cada um morre sua própria morte. Embora rodeado de pessoas queridas, todo ser humano parte deste mundo absolutamente só.

Na proa dessa tese, Cordeiro, Roberta *et al.* (2011) falam que a morte, apesar de ser uma etapa natural do ciclo da vida, é uma realidade suprimida. Para elas, investir nos profissionais da enfermagem que atuam na oncologia é um caminho viável para que se minimize as dificuldades no cuidar e haja valorização das relações humanas através do cuidado.

Nesse sentido, Kubler-Ross (*apud* Cunha, Freitas, Oliveira; 2011) exemplifica que existem estágios diferentes de adaptação a partir do momento em que a família recebe o diagnóstico. Segundo a autora, os estágios podem ser classificados em cinco: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

A negação é o primeiro mecanismo emocional utilizado como escudo para que não haja desestruturação mental do paciente e do familiar. Nesse estágio, há uma recusa na notícia da doença e uma descrença nos laudos dos exames. Este é o período no qual o interior do indivíduo adapta-se à notícia, conseguindo um tempo maior para criar mais mecanismos de aceitação e encontrar forças para lutar pela vida do doente (Taverna; Souza, 2014)

Quando negar já não é mais possível, a raiva invade a família e o paciente, tornando-os por muitas vezes violentos. Eles manifestam-se hostis contra o tratamento, contra os profissionais de saúde e contra Deus. Nesta fase, é necessário muita paciência e entendimento da equipe multiprofissional, sobretudo do enfermeiro, dado que essa exteriorização da raiva é inevitável para a aceitação da morte (Tojal, 2011).

Ao final do segundo estágio, a família inicia a barganha. Nesta etapa ocorrem as promessas e negociações em prol da cura e é caracterizada pela busca do sagrado, de Deus ou de algo na qual a pessoa acredita. Sabe-se pouco deste estágio uma vez que ele é muito pessoal (Neto,2012).

Taverna e Souza (2014) detalham que a Depressão é o penúltimo estágio para se chegar à aceitação do prognóstico de morte. Nessa fase, o doente se conscientiza de sua real situação: é um luto antecipatório, ligado a perdas futuras principalmente do convívio familiar, marcado por sentimento de perda, vergonha e culpa.

Quando vividos todos esses estágios, chega-se à aceitação. Nesse estágio, o paciente compreende sua terminalidade e fala sobre isso. É crucial salientar que nem todos os pacientes vivem esta etapa, mas os que a vivenciam tem a possibilidade de despedir-se de forma menos agressiva de familiares e amigos (Cunha; Freitas; Oliveira,2011 ;).

Kubler-Ross (*apud* Neto, 2012) ressalta que nesse momento é substancial que a equipe se volte para a família do paciente. Segundo ela, esse período final do doente oncológico em cuidados paliativos é difícil para a família, ao ver sem energias, aceitando a morte e se deparar que o processo de luto é iminente.

Guedes (2012) definiu luto da seguinte forma: “O luto é o lento processo de redefinição do nosso mundo sem a presença de alguém que amamos”. Cunha; Freitas; Oliveira, (2011), por sua vez, afirmam que é preciso que o familiar viva o luto para continuar sua caminhada e que os profissionais da saúde podem tornar esse processo menos traumático.

Santos e Sales (2011) apontam que são muitos os fatores que influenciam o familiar ao lidar com o luto, destacando dentre eles: o tipo de morte, como foi trabalhado o luto, como era o envolvimento do familiar com o doente e o tempo que foi dado para a aceitação da perda. Acrescido a esses fatores, as autoras elencam a formação do enfermeiro enquanto assistencialista e as estratégias implementadas na elaboração do luto.

Já Viero *et al.* (2012) dizem que o profissional enfermeiro está em contato constante com a terminalidade. Para eles, vivenciar a experiência de estar diante da morte é desafiador, uma vez que a sensação de frustração é uma realidade. Os autores ainda afirmam que os sentimentos de angústia, desânimo e a sensação de perda vivenciados por ele devem ser valorizados.

A percepção que cada profissional possui perante a morte são particulares. Essa particularidade advém da educação recebida, das experiências vividas e das influências culturais, familiares e sociais. Essa compreensão a respeito da morte do paciente dá-se a partir do momento em que os profissionais se reconhecem como seres frágeis e finitos e, a partir desse momento, é desenvolvida a humanização (Souza; Almeida,2012).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, bibliográfica, descritiva, relacionada assistência do enfermeiro frente à família do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas. A presente revisão é composta por periódicos científicos, teses e dissertações encontradas em bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e bases de dados da Revista Brasileira de Enfermagem.

Para reforçar o objetivo dessa pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o intuito de agrupar o conhecimento pré-existente sobre o assunto supracitado. A revisão integrativa possui grande participação na área de enfermagem nos últimos anos. Dessa forma está relacionada à compreensão do cuidado em saúde, seja no âmbito coletivo ou individual. Torna assim, um trabalho de grande complexidade que precisa de integração e colaboração de várias áreas do conhecimento (Watson, Smith, *apud* Soares, 2014).

As autoras utilizaram 92 artigos incluindo revistas eletrônicas, teses, jornais e livros. Totaliza refe-

rências de base como método de inclusão os artigos que estavam diretamente ou indiretamente relacionados com a atuação do enfermeiro com a família do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas, sendo 35 artigos em geral falando sobre cuidados paliativos, voltada para as outras áreas da saúde como também para outras doenças entre os anos de 2011 a 2016, contendo 10 artigos sendo unicamente relatando sobre o tema. Sendo assim ,57 excluídos aqueles que não se encontravam no período estipulado ou que não se adequavam ao tema.

Análise e discussão de dados

Para a realização deste estudo, procuramos informações em bancos de dados eletrônicos como: Scielo (Biblioteca Científica Eletrônica Online), Google acadêmico, Revista Brasileira de Enfermagem e etc.

As informações foram apresentadas em forma de fichamentos logo em seguida em forma de tabelas e quadros que apresentaram atribuição e frequência dos resultados.

Tabela 1. Frequência e porcentagem de estudos sobre oncologia, cuidados paliativos, cuidador/família e enfermagem, identificados nos periódicos nacionais indexados nas bases de dados eletrônicos, publicados entre o ano de 2011 a 2016, segundo o nome do periódico, Araguaína, 2016

Nome do periódico	Frequência	%
Revista de Enfermagem UERJ	1	10
Texto Contexto Enfermagem	1	10
Revista Escola Enfermagem USP	1	10
J Health Sci Inst	1	10
Semina: Ciências biológicas e da saúde	1	10
Escola Anna Nery	1	10
Revista HCPA	1	10
Dissertação MSC - CPQRR	1	10
Revista Brasileira Enfermagem	1	10
Dissertação Escola de música e artes cênicas - UFG	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Dados coletados pelas autoras (2016).

Pode-se observar na **Tabela 1**, que a amostra é composta por 10 artigos encontrados em 10 periódicos nacionais, observa-se que cada artigo representa uma porcentagem de 10%.

As autoras compreenderam a relevância dos periódicos encontrados nas bases de dados eletrônicas para a pesquisa de assuntos relacionados ao tema do estudo proposto, pois tais periódicos possibilitaram a construção desta revisão integrativa com informações verídicas, tornando a pesquisa de caráter confiável.

Tabela 2. Frequência e porcentagem de estudos sobre oncologia, cuidados paliativos, cuidador/família e enfermagem, identificados nos periódicos nacionais indexados nas bases de dados eletrônicos, publicados entre o ano de 2011 a 2016, segundo o ano de publicação, Araguaína, 2016

Ano do periódico	Frequência	%
2011	2	20
2012	2	20
2013	2	20
2014	2	20
2015	1	10
2016	1	10
TOTAL	10	100

Fonte: Dados coletados pelas autoras (2016).

A **tabela 2** apresenta os anos de 2011-2016 com o número de periódicos escolhidos para o tema em questão, tendo frequência variada entre 1-2 periódicos por cada ano. A porcentagem, consequentemente, apresentou variantes de 10-20% de ocorrência de acordo com o ano.

As autoras com base nisso, afirmam que este tema é bem abordado e há periódicos de diferentes anos que servem como base de comparação com os avanços a cerca deste assunto.

Quadro 1. Frequência e porcentagem de estudos sobre oncologia, cuidados paliativos, cuidador/família e enfermagem, identificados nos periódicos nacionais indexados nas bases de dados eletrônicos, segundo as dificuldades enfrentadas pela família publicados entre o ano de 2011 a 2016, Araguaína, 2016

Dificuldades enfrentadas pela família	Frequência	%
Ausência de habilidade para cuidar	2	4.44
Sobrecarga emocional	9	20
Dificuldade financeira	5	11.11
Isolamento social	8	17.77
Mudança de rotina	4	8.88
Falta de informação/Comunicação	3	6.66
Adoecimento físico do cuidador	4	8.88
Sofrimento espiritual	2	4.44
Depressão/Medo do futuro	6	13.33
Luto antecipatório	2	4.44
Total	45	99.95

Fonte: Dados coletados pelas autoras (2016).

No **Quadro 1**, as dificuldades que os familiares enfrentam que mais tiveram destaque foram sobrecarga emocional sendo citado em 9 artigos, logo após isolamento social sendo citado em 8 artigos e depressão/medo do futuro citados em 6 artigos. Tais índices apontam que as famílias do paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas enfrentam muitas dificuldades que abalam principalmente a questão emocional.

Ser cuidador de paciente com doença em estágio avançado, pode gerar ansiedade, depressão,

irritabilidade, piora na qualidade de vida o que desenvolve a fadiga física e mental. Nesse sentido, o cuidar pode se transformar em uma sobrecarga emocional intensa, podendo desencadear um processo de adoecimento também no cuidador por ter que lidar com a responsabilidade de assistir o doente terminal (Ignacio, MG et al;2011)

O isolamento social também é uma realidade enfrentada por cuidadores de pacientes sem possibilidades terapêuticas. Isso se dá pela necessidade do cuidador de dedicar-se ao doente em tempo prolongado. Tal contexto dificulta a interação social uma vez que o cuidador prioriza o cuidado ao doente em detrimento de demais atividades ou relacionamentos, o que gera o isolamento social, fator que pode ser fundamental para o desenvolvimento de um quadro depressivo (Delalibera M et al,2015).

A depressão e ansiedade pelo medo do futuro existem em número elevados. As alterações na vida diária levam a mudanças somáticas como a insônia, perda do interesse sexual, fadiga e variações no peso corporal de cuidadores de pacientes terminais. Ocorre ainda mudanças nas interações sociais como o isolamento, a incapacidade de desenvolver tarefas que antes eram comuns e a apatia (Rezende *apud* Moreira, Turrini,2011).

Essas alterações na vida do cuidador terminal podem gerar a culpabilização, perda da esperança e sentimento suicida. Nesse sentido, o cuidador tente a negligenciar seu estado como receptor de cuidados em prol do cuidado do doente em estágio terminal (Rezende *apud* Moreira, Turrini,2011).

As autoras entenderam, portanto, que é necessário assistir esses familiares de perto a fim de ajudá-los a enfrentar esse processo de adoecimento/morte de seu ente querido.

Quadro 2. Frequência e porcentagem de estudos sobre oncologia, cuidados paliativos, cuidador/família e enfermagem, identificados nos periódicos nacionais indexados nas bases de dados eletrônicos, segundo as estratégias de apoio utilizadas pelos enfermeiros publicados entre o ano de 2011 a 2016, Araguaína, 2016

Estratégias de apoio utilizadas pelos enfermeiros	Frequência	%
Comunicação/Informação	6	25
Flexibilidade	1	4.16
Capacitação do cuidador	2	8.33
Assistência individual/holística/planejada	6	25
Apoio espiritual	3	12.5
Suporte emocional/social	6	25
Total	24	99.9

Fonte: Dados coletados pelas autoras (2016).

No **Quadro 2**, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que mais tiveram destaque foram comunicação/informação sendo citado em 6 artigos, logo após assistência individual/holística/planejada sendo citado em 6 artigos e suporte emocional/social também citados em 6 artigos. Estes foram os que obtiveram maiores índices, o que nos mostra claramente o quanto o enfermeiro tem influência no desfecho de uma família que tem um familiar com câncer sem possibilidades terapêuticas.

Na enfermagem em cuidados paliativos, a comunicação representa uma estratégia muito eficaz. Muito além de palavras, comunicar-se é ouvir o paciente e o familiar e expressar de forma clara e considerando o contexto emocional desses indivíduos. Dessa forma, a comunicação revela atitude, sensibilização e atenção às necessidades do paciente e do seu cuidador (Andrade, Costa e Lopes, 2013)

Cabe elencar que são inúmeras as condutas que podem ser estabelecidas ao paciente sem possibilidades terapêuticas e seu cuidador/familiar. Para que o cuidado de enfermagem seja humanizado, é

crucial entender cada indivíduo é único e possui necessidades biopsicossociais diferentes. Desse modo, a construção da humanização é legitimada quando se observa que a assistência deve ser planejada para cada paciente/ familiar e não somente seguir um padrão pré-estabelecido (Oliveira, FT;2011).

O suporte emocional e social dado pelo profissional que acompanha de perto o enfrentamento da morte de um ente querido é mais importante que qualquer intervenção terapêutica. Esse é um momento delicado que pode ser trabalhado com base nas crenças de cada família de forma que o conforto e o apoio psicossocial seja estabelecido (Silva , *et al.*, 2013).

As autoras, portanto, acreditam que esta é uma oportunidade do enfermeiro manter a unidade da família que sofre pelos danos do câncer de modo que ocorra uma ressignificação das relações humanas para que se otimize a qualidade de vida dessa família no estágio final da doença.

A dificuldade de encarar a morte é inerente ao ser humano. A possibilidade de morrer ou perder quem se ama pelo câncer é assustadora e desperta o uma gama de sentimentos diante da terminalidade da vida (Rodrigues,2011).

A múltipla tarefa ligada ao cuidar do paciente no fim da vida tem repercussões na vida de toda a família e substancialmente no cotidiano do cuidador. Os sinais e sintomas físicos se manifestam à medida que vai ocorrendo um esgotamento. Nessa etapa fica evidente a expressão de cansaço, dores repetitivas, uso de calmantes, afastamento de outras pessoas e sentimento de solidão (Cruzeiro *et al.*, 2012).

Na tentativa de ocultar suas emoções, o cuidador apresenta grande carga de estresse. Nessa tentativa de camuflar os sentimentos, ocorre uma queda na qualidade de vida desse indivíduo, que pode passar a apresentar diminuição do sistema imune e desencadear até mesmo sinais de doenças a nível psicológico (Nogueira, Sousa, Casarin; 2014).

Prado *et al* (2014) apontam que a falta de informação sobre o funcionamento dos aparelhos usados no paciente e dos serviços oferecidos pela unidade em que se encontram é uma das dificuldades mais presente em cuidados paliativos.

A precariedade de informações sobre efeitos adversos de medicações, suporte psicológico, e falta de compartilhamento de sua dor com famílias que passam pelo mesmo processo também são mencionados (Prado *et al.*, 2014).

Outra dificuldade de grande impacto na vida do familiar cuidador é se manter trabalhando enquanto cuida do paciente sem possibilidades terapêuticas. Os atrasos, frequência de folgas ou licenças são muito comuns no dia-a-dia do cuidador que possui vínculo empregatício. Essa problemática eleva as chances de crises financeiras e possui grande impacto uma vez que a demanda por recursos é maior (Prado *et al.*, 2014).

A estrutura física pode ser determinante para o estresse ou conforto para o paciente e seu cuidador. Já a rigidez no horário de visitas impede que o paciente sem possibilidades terapêuticas receba mais amigos para compartilhar seus últimos momentos (Pinto *et al.*, 2011).

Já quanto as formas de enfrentamento, os familiares pontuam a lembrança de bons momentos, o apoio da equipe ,amigos e familiares e a esperança em Deus como sinônimos de força para lidar com a câncer em estágio terminal (Bandeira e Lins,2012).

Todos os sentimentos e ações desenvolvidas no ambiente de cuidados paliativos podem ser observadas pelo enfermeiro que os assiste. Essa observação permite que este profissional estabeleça vínculo entre o paciente e cuidador a fim de elaborar estratégias de enfrentamento do estresse de das mudanças na rotina (Cruzeiro *et al.*, 2012).

Nessa análise, é possível estabelecer a troca de informações com os envolvidos para que se conheça seus dúvidas e temores. Essa atitude é de suma importância uma vez que cada grupo familiar nutre atitudes diferentes a respeito de cada adversidade sendo uma conduta relevante do enfermeiro a avaliação do histórico de cada núcleo familiar (Cruzeiro *et al.*, 2012).

Sobre essa temática, Toffoletto *et al.*, (2005) citado por Borges (2013, p.185) fala:

“Estudiosos do assunto, tanto na literatura nacional como internacional, concordam sobre a necessidade de se discutir amplamente com a família todas as alternativas terapêuticas possíveis, a fim de que ela possa contribuir para a solução dos dilemas éticos inerentes ao tratamento intensivo.” (Toffoletto *et al.*, 2005, p.308).

Logo, o enfermeiro é crucial uma vez que atua mais diretamente com os receptores do cuidado, podendo prestar uma assistência pautada em uma boa comunicação pelo esclarecimento de dúvidas ou simplesmente pelo ouvir de modo a estabelecer um vínculo de confiança entre o profissional, o paciente e a família (Souza, Silva, Souza; 2016)

É crucial reforçar a importância do cuidador ao lado do paciente uma vez que a sua presença apoia o doente e pode colaborar para uma melhor qualidade de vida de modo a gerar um ambiente mais otimista no que se refere ao futuro (Sales *et al.*, 2012).

Pinto *et al.* (2011) aponta que a fé na vida após a morte é um refúgio para os profissionais, cuidadores e pacientes. Para eles, o valor que se atribui à vida proporciona melhor elaboração de sentimentos como a raiva, a frustração e a ansiedade, sendo o suporte espiritual de grande valia.

Marcondes *et al.* (2010) fala que é preciso a sensibilidade para identificar quando flexibilizar as rotinas hospitalares. Para eles, o câncer terminal requer essa flexibilização uma vez que o propósito dessa institucionalização é promover o conforto para o doente e para a família em prol de uma melhor qualidade de vida para ambos.

É fundamental portanto que a equipe multidisciplinar atue de forma conjunta em prol de uma melhor qualidade de vida para os participantes desse cenário de modo a promover o conforto do paciente e do familiar/cuidador. (Souza, Silva, Souza; 2016).

Considerações Finais

A equipe de enfermagem é mais presente na vida de pacientes e familiares que precisam de cuidados paliativos. No que se refere ao câncer, os medos e crenças individuais dificultam o processo de aceitação da morte, daí surge a necessidade de explorar o tema.

No tocante ao problema de pesquisa, considera-se que este foi respondido, pois nota-se que o familiar do paciente oncológico possui muitas limitações principalmente daqueles que estão cuidados paliativos. Desse modo, esse estudo foi essencial para abordar aspectos biopsicossociais desse cuidador bem como a postura do enfermeiro frente a essas dificuldades.

O objetivo geral foi atingido através da avaliação de 10 artigos científicos realizados entre os anos de 2011 a 2016, contendo informações que envolviam o tema da pesquisa.

Este estudo, portanto, trouxe muito conhecimento no que se refere as contribuições que o enfermeiro pode dar ao paciente e ao familiar que lidam com o câncer em sua fase paliativa. Contudo, há muito a se estudar para que se aproxime ao máximo de uma assistência prestada com a qualidade necessária.

Nesse sentido, as autoras acreditam que o estudo evidenciou informações relevantes para acadêmicos, profissionais enfermeiros e professores desta instituição dado que o cuidado pautado na ética e nas singularidades dos indivíduos são preceitos cruciais para o exercício de sua profissão.

Referências

AGUIAR RM; SILVA GRC. Os Cuidados de Enfermagem em Feridas Neoplásicas na Assistência Paliativa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 11, Abril / Junho de 2012.

ALBERNAZ FRMZ; SCHUNEMANN JUNIOR E. Câncer no ovário ou do ovário? O grande dilema atual. **Femina**, julho/Agosto, 2015, vol 43, nº 4.

ALMEIDA C et al. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. enferm. USP**, vol.48, no.1. São Paulo fev. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-34.pdf> Acesso em: 21/03/16.

ALMEIDA SSL. **Adoecer por câncer: sentidos do cuidado, enfrentamento e bem-estar de homens e seus cuidadores**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/6765>> Acesso em: 01/04/16.

ANASTÁCIO et al. Comparação entre técnicas para segmentação automática de fígado utilizando crescimento de região. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em saúde**, v. 5, n. 4 (2015).

ANDRADE DS, TORRES VPS. Perspectivas do enfermeiro frente aos cuidados para alívio da dor no paciente terminal oncológico. **Persp. Online: biol. & saúde**, Campos dos Goytacazes, 19 (5), 63-77, 2015. Disponível em: seer.perspectivasonline.com.br

ANDRADE MM. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 10. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ANDRADE, CG; COSTA, SFG; LOPES, MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.9, pp.2523-2530. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>.

ANJOS, ACY; ZAGO, MMF. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. **Rev Bras Enferm.** set-out; 67(5):752-8, 2014. Disponível em:<<http://search.proquest.com/openview/504a51ea3f7b-233c36e6e6bda8c6eb79/1?pq-origsite=gscholar>>. Acesso em: 20/10/16.

ARAÚJO JÁ; LEITÃO EMP. Cuidador do Paciente em Cuidados Paliativos: Sobrecarga e Desafios. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 11, Abril/Junho de 2012.

BANDEIRA, MS, LINS SF Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** [en linea] 2012, 64 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 24 de octubre de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229025830001>> ISSN 0100-8692

BIROLI F. **Família: novos conceitos**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014. 86 p.; 18 cm – (Coleção o que saber).

BOFF CM. **Escatologia Breve Tratado Tológico-Pastoral**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Ave Maria, 2012.

BONASSA AEM; SANTANA TR. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3º edição, São Paulo: Editora

Atheneu, 2005.

BORGES AWM. A assistência de enfermagem ao paciente terminal em unidade de terapia intensiva (uti). Interdisciplinar: **Revista Eletrônica da Univar**. Ago 2013, n.º 10, Vol – 2, p. 182 –187. On-line <http://revista.univar.edu.br> ISSN 1984-431X

BORGES DA; OLIVEIRA AS. Assistência de enfermagem ao paciente com dor oncológico. **Revista científica Facmais**, 2015.

BRITO F et al. **Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem**. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200317> Acesso em: 21/03/16.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 12º edição, volume 1.

CAIRES J, et al. A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. **Cogitare Enferm**. 2014, Jul/Set; 19(3):514-20. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33861/23228>> Acesso em: 21/03/16.

CALDEIRA E. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2013. Disponível em: <http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/CUIDADOS%20PALIATIVOS%20EM%20PACIENTES%20TERMINAIS.pdf>> Acesso em: 30/03/16.

CAPELLO EMCS et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **J Health Sci Inst**. 2012;30(3):235-40.

CASTRO EK et al. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. **Psic., Saúde & Doenças**, vol. 16, no.3, Lisboa dez., 2015.

CASTRO MMC, BARROSO CL. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental nos cuidados paliativos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 101-108.

CERVELIN AF, KRUSE MHL. Espiritualidade e religiosidades nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Esc Anna Nery**, 2014; (18)1: 136-142.

COELHO D, GERONASSO MCH. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde Meio Ambiente**. v. 1, n. 1, jun. 2012. Disponível em: <http://www.cienciasnews.com.br>> Acesso em: 01/04/16.

CORDEIRO R et al. **O processo de morte/morrer em oncologia: perspectivas de cuidado na Enfermagem**. Relatório de pesquisa UNIFRA, 2011. Disponível em: <www.unifra.br/eventos/enfermagem2011/Traba

lhos/450.pdf> Acesso em: 01/04/16.

CRUZEIRO NF ET AL. Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):913-21. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a20.htm>.

DELALIBERA M ET AL. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: Revisão Sistemática da Literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(9):2731-2747, 2015. Disponível em : <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2731.pdf> Acesso em: 24/10/16

DIAS G. **A massagem como promotora de conforto à pessoa em fim de vida**. 2012. Relatório de estágio. Instituto Politécnico de Santarém. Disponível em: <<http://repositorio.ipsantarem.pt/>> Acesso em: 01/04/16.

ENCARNAÇÃO, JF; FARINASSO, ALC. A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 1, p. 137-148, 2014. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/16076>>. Acesso em: 17/10/2016.

FARIAS R. **Reflexão teórica sobre a família frente ao paciente oncológico em cuidados paliativos**. Recife: FUNESO, 2013. 37 p.; 30 cm.

FERNANDES, MFP; KOMESSU, JH. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. **Rev Esc Enferm USP**; 47(1): 250-7, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/52877/0>>. Acesso em: 19/10/2016.

FIRMINO E SOUSA. Sentimentos e vivências de familiares em frente ao diagnóstico de câncer na criança. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 15(2): 6-12, abr-jun, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/>> Acesso em: 21/03/16.

GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOBATTO CA, ARAUJO TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, 2013, 24(1),11-34.

GUEDES, Andréa. **Lidando com o luto**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/aids/cartilh/luto.html>>. Acesso em: 04/05/16

GUIMARÃES CA, LIPP MEN. Os possíveis porquês do cuidar. **Rev. SBPH**, 2012. 15(1), 249-63. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100014> Acesso em: 02/04/16.

IGNACIO, MG ET AL. Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: Revisão de

Literatura. **Psicol. hosp.** (São Paulo) [online]. 2011, vol.9, n.1, pp. 24-46. ISSN 1677-7409

KARST, L.T. A musicoterapia na assistência domiciliar aos cuidadores da criança em cuidados paliativos oncológicos. **Dissertação (Mestrado em Música) – UFG**, 139 f., 2015. Disponível em: < <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4902>>. Acesso em: 21/10/2016.

LAURINDO A, et al. Os sentimentos e os cuidados dos familiares em relação aos pacientes terminais. **Revista Intellectus**, Ano IX, Nº 25-2012. Disponível em: <<http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.ashx?codigo=313>> Acesso em: 01/04/16.

LIMA A, et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. **Rev. Dor**. vol.14 no.4. São Paulo, Out/Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000400007> Acesso em: 21/03/16.

LIMA LM et al. Adoecer de câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. **Cienc Cuid Saude** 2012, Jan/Mar; 11(1):106-112.

MANOEL MF et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2013;17(2):346-53.

MANSANO-SCHLOSSER TC, CEOLIM MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012, Jul-Set; 21(3): 600-7.

MANZINI, E.J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso – NEMO**. Maringá, v. 4, n. 2, p. 149- 171, 2012.

MARCONDES SHM et al. **“A visão do enfermeiro diante do paciente sob cuidados paliativos”**. XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba – 2010 http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0556_0306_01.pdf

MARCONI MA, LAKATOS EM. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTAL GN; HANNA AS; SILVA JLF. **Cuidados paliativos e ortotanásia**. Departamento de Radioterapia do Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês, Diagn Tratamento. 2010;15(2):58-60.

MENEGUIN, S; RIBEIRO R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. **Texto Contexto Enferm**; 25(1): e3360014, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/>

scielo.php?pid=S0104-07072016000100312&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 19/10/2016.

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

MOREIRA , SR;Turrini, RNT .”**Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador.**” Enfermería Global 10.22 (2011): 0-0.

NETO VBL. Tanatologia e logoterapia: um diálogo ontológico. **Revista logos & existência:** Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise existencial. 1(1),38-49,2012.

NOBESCHI L; BERNARDES W; FAVERO N. Diagnóstico e prevenção do câncer de pâncreas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, vol. 16, nº 1, Ano 2012, p. 167-175.

NOGUEIRA AS, SOUSA RAR, CASARIN RG. O estresse nos cuidadores de pacientes em internação domiciliar. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** 5(2): 50-64, jul-dez, 2014

NOGUEIRA FL, SAKATA RK. Sedação Paliativa do Paciente Terminal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Vol. 62, No 4, Julho-Agosto, 2012.

NUNES M.G.S, RODRIGUES, B.M.R.D. Tratamento paliativo: perspectiva da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):338-43. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a10.pdf>> Acesso em: 01/04/16.

NUNES, MGS. **Assistência paliativa em oncologia na perspectiva do familiar:** contribuições da enfermagem / Maria da Glória dos Santos Nunes. - 2010. 82 f. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Maria_Gloria_Santos_Nunes.pdf Acesso em 25/10/16.

OLIVEIRA JBA , LOPES RGC.O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA ,FT.Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. **Rev. bioét** (Impr.) 2011; 19(1): 247 – 58. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/553/635 Acesso em:24/10/16

OLIVEIRA MFV e CARRARO TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64 (2) 376-380, 2011.

OLIVEIRA MM et al.Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, Dez 2015; 18 Suppl 2: 146-157.

Os tempos no hospital oncológico / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: **INCA**, 2015.

PINTO AC et al. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Rev.Saúde.Com** 2015; 11(2): 114-122. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a02.pdf>> Acesso em: 01/04/16.

PINTO MH et. **O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais**. Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe. The Lancet Oncology Comissão. Vol. 14, Abril 2013. Disponível em: WWW.thelancet.com/oncology.

PRADO, GM et al. O cuidador de paciente com neoplasia cerebral maligna primária: os desafios do cuidado. **Arch Health Invest** (2014) 3(5): 16-23 2014 - ISSN 2317-3009. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArCHI/article/viewFile/795/1072> Acesso em:25/10/16

RANGEL O, TELLES C. Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. Ano 11, Abril / Junho de 2012.

REIGADA et al. O suporte à família em cuidados paliativos. **Textos & contextos** (porto alegre), v. 13, n. 1, p. 159 - 169, jan./jun. 2014

RODRIGUES, IAA. A Família do Paciente Terminal: um Estudo à Luz da Logoterapia. **Revista Princípia - Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB | N° 18**.JOÃO PESSOA, Junho 2011.Disponível em: Acesso em <http://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/viewFile/212/175>

SALES, c.a.et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n 5, p. 736-741, 2012.

SANTOS DBA; LATTARO RCC;ALMEIDA DA. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de iniciação científica da Libertas**, São Sebastião do paraíso, v.1, n.1, pág 72-84, dez. 2011.

SANTOS, SALES. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 214-22. Disponível em: <http://www.lareferencia.info/>>. Acesso em: 01/04/16.

SEKI NH e GALHEIGO SM. The use of music in palliative care: humanizing care and facilitating the farewell. **Interface - Comunic.,Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.273-84,abr./jun. 2010.

SILVA MEDC, et al. Nursing care to cancer patients in the hospital. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, 2(spe):69-75, dec., 2013.Disponível em : <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1359> Acesso em:24/10/16

SILVA MM, MOREIRA MC, LEITE JL, ERDMANN AL. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 658-66.

SILVA RCV; CRUZ, EA. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc Anna Nery** (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1): 180-185, 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/2806>>. Acesso em: 18/10/16.

SILVA, DIS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. **Rev HCPA**; 31(3), 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/17550/13966>>. Acesso em: 16/10/2016.

SILVEIRA R et al. **Acupuntura como instrumento de trabalho do enfermeiro: revisão integrativa da literatura**. (2013). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.09>>

SOUSA ATO, FRANÇA JRFD, SANTOS MFO, COSTA SFG, SOUTO CMRM. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. **Revista Cubana de Enfermeria**. 2010; 26(3)117-129.

SOUTO K. Utilização das terapias alternativas e complementares no tratamento do câncer frente ao tratamento convencional. **EF Deportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 19, N° 196, Setembro de 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 30/03/16.

SOUZA A. **Reflexões da enfermagem sobre a morte e o morrer na oncologia**. Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Barbacena – MG, 2012. Disponível em: <<http://www.unipac.br/>> Acesso em: 02/04/16.

SOUZA MGG. **Representações sociais do câncer para o familiar do paciente oncológico em tratamento quimioterápico**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

STANKO N et al. Autoestima dos cuidadores de doentes oncológicos com capacidade funcional reduzida. **Revista Esc. Anna Nery** vol.19 no.2. Rio de Janeiro Abril/Junho, 2015. Universidade de São Paulo. São Paulo - SP, Brasil. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.2015004>> Acesso em: 21/03/16.

TAVERNA G, SOUZA W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno Teológico da PUC PR**, Curitiba, V.2, N.1, P.38 - 55, 2014.

THEOBALD MR. **Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Disponível em: <<http://www.posgraduacao.ufms.br>> Acesso em: 21/03/16.

TOJAL A. **Atitude do enfermeiro perante a morte**. Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Coimbra, 2011. Disponível em:<<http://www.repositorio.esenfc.pt>> Acesso em: 02/04/16.

VIECELI G et al. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando fam**. vol.17 no.2. Porto Alegre dez. 2013. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1679-494X2013000200009#end2> Acesso em: 21/03/16.

VIERO MD et al. **O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência**. II Jornada internacional de Enfermagem UNIFRA, 2012. Disponível em:<<http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/trabalhos/3978.pdf>>. Acesso em: 20/04/2016.

VISONÁ F, PREVEDELLO M, SOUZA EN. Câncer na família: percepções de familiares. **Rev Enferm UFSM** 2012 Jan/Abr; 2(1):145-155

WATERKEMPER R, REIBNITZ KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS) 2010 mar; 31(1):84-91.

WITTMANN-VIEIRA R, GOLDIM JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paul enferm** 2012; 25(3):334-9.

World Health Organization: **Cancer pain relief: with a guide to opioid availability**. 2nd ed. Geneva: Switzerland: WHO, 1996.

Untoigich, Gisela. **As oportunidades clínicas com crianças com sinais de autismo e seus pais**. Estilos clin., São Paulo, v. 18, n. 3, set./dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v18n3/v18n3a8.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

Recebido em 20 de novembro de 2023.

Aceito em 04 de dezembro de 2023.