

A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO HUMANIZADO EM PACIENTES TERMINAIS

THE IMPORTANCE OF HUMANIZED TREATMENT IN TERMINALLY ILL PATIENTS

Ana Laura Silva Correia¹

Iara Maria Pires Perez²

RESUMO: A humanidade é um tema recorrente no setor saúde nos dias atuais, seja nas redes privadas ou públicas. É fundamental vinculá-la à prática de todo e qualquer profissional que componha equipes multidisciplinares em qualquer setor desenvolvido. Este estudo teve como objetivo avaliar, por meio da literatura e artigos científicos, como o tratamento humanizado de pacientes com diagnóstico avançado de câncer pode contribuir para a eficácia de seu tratamento por meio de recursos clínicos. A humanização no cuidado tem sido amplamente discutida em diversos estudos sobre sua importância, sua implementação, os desafios de sua implantação não somente no âmbito da terapia intensiva como em todos os graus de complexidade da assistência.

Palavras-Chave: Humanização. Enfermagem. Paliativos.

ABSTRACT: Humanity is a recurring theme in the health sector today, whether in private or public networks. It is essential to link it to the practice of any and all professionals who make up multidisciplinary teams in any developed sector. This study aimed to evaluate, through literature and scientific articles, how the humanized treatment of patients with advanced cancer diagnosis can contribute to the effectiveness of their treatment through clinical resources. Humanization in care has been widely discussed in several studies on its importance, its implementation, and the challenges of its implementation not only in the context of intensive care but also in all degrees of complexity of care.

Keywords: Humanization. Nursing. Palliatives.

INTRODUÇÃO

A humanidade é um tema recorrente no setor saúde nos dias atuais, seja nas redes privadas ou públicas. É fundamental vinculá-la à prática de todo e qualquer profissional que componha equipes multidisciplinares em qualquer setor desenvolvido (WALDOW; BORGES, 2011).

¹ Acadêmica do 10º Período do Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Rio Verde.

² Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Unibras, Especialista em Educação para à Enfermagem e Enfermagem em Saúde da Família e orientadora da pesquisa.

Hoje, está abandonado - se as coisas têm um preço e podem ser trocadas, trocadas ou trocadas, as pessoas têm dignidade e exigem respeito. Manipulando a existência, roubando sutilmente o que há de mais precioso na vida humana: sua dignidade (CARERO et al., 2001)

Bolela e Jericho (2006, p.304) concluíram: “A mecanização e a robotização das ações da equipe de enfermagem, por serem rotineiras e muitas vezes rígidas e rígidas, tornam o atendimento ao paciente impessoal, imponente e fragmentado”, por isso é impossível fazê-lo, e a assistência humanizada constitui um obstáculo para a implementação da política de tratamento humanizado da rede de saúde para pacientes com câncer avançado.

Humanização, oncologia e radioterapia são termos que são vistos em conjunto, dada a gravidade do câncer ao longo dos anos. Afinal, a expectativa de vida e incidência da doença da população brasileira é igual à proporção de novos casos diagnosticados a cada ano, contribuindo para a busca por um tratamento eficaz e diferenciado e, em suma, representando um desafio para os pacientes. (DUARTE; NORO, 2010; Haddad; ZOBOLI, 2010).

“A proposta de uma humanização saudável incita a repensar o processo de formação profissional, que permanece centrado na tecnologia, na aprendizagem racional e individualizada, e na tentativa de crítica, criatividade e sensibilidade” (SOUZA, MOREIRA, 2008, p. 333), a incorporação de valorização, ética e respeito entre os profissionais da equipe tem efeito positivo no relacionamento entre a equipe e, portanto, uma relação mais harmoniosa para quem será cuidado. Quando ocorre a integração, os pacientes sentem-se confiantes e seguros com o tratamento prestado pela equipe assistencial, com menos ansiedade e um ambiente mais esperançoso. (Green, 1963).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cuidados paliativos são definidos como: "Tratamento abrangente e agressivo de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo; portanto, o objetivo principal é poder controlar a dor e outros sintomas, bem como os psicológicos, problemas sociais e mentais. Não sobre como uma pessoa deve morrer, mas sobre "viver bem" e ser cuidado mesmo quando não há cura. National Hospice and Palliative Care Organization em "Avaliar, prever e aliviar a dor" O mesmo é definido em, há abordagens amplas que podemos adotar para reafirmar a vida, aceitando a vida e a morte como um processo natural para qualquer

pessoa.

"Às vezes cura, muitas vezes alivia, sempre conforta" - Oliver Wendell Holmes (Siqueira 2000), Oliver Wendell Holmes (1809-1894) desde o século XVI, médico, escritor e poeta. se não acontecer, muitas vezes a dor é aliviada com o remédio certo, mas mesmo com remédio, você sente dor, e remédio é necessário para o alívio, para as emoções, o conforto psicológico está sempre próximo e o alívio espiritual. Cuidado paliativo é cuidar, cuidar, empatia, solidariedade, cuidado, autonomia e precisão.

Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar, por meio da literatura e artigos científicos, como o tratamento humanizado de pacientes com diagnóstico avançado de câncer pode contribuir para a eficácia de seu tratamento por meio de recursos clínicos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura baseada em buscas de artigos publicados entre 2000 e 2022. As bases de dados utilizadas serão: BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os descritores utilizados para a busca foram: fisioterapia; oncologia; tabagismo. Os critérios de inclusão utilizados serão: artigos que respondam às questões metodológicas do projeto, e os critérios de exclusão são: editoriais, artigos de revisão de literatura e artigos que não respondam a outras questões metodológicas levantadas por este estudo.

Como mostrou o estudioso Andrade (2013), a pesquisa é um processo sistemático baseado no raciocínio lógico que visa encontrar soluções para problemas por meio do método científico. De acordo com Ferrão (2013) quanto aos objetivos, a pesquisa é dividida em exploratória, descritiva e explicativa. Para analisar os objetivos da pesquisa, será utilizada a pesquisa exploratória e descritiva. A investigação pode ser dividida em três áreas: em termos de objetivos, em termos de resolução de problemas e em termos de procedimentos. Quanto aos seus objetivos, a pesquisa que deu origem a este artigo é descrita como exploratória e descritiva. Os estudos exploratórios visam "[...] revelar mais contexto para um problema, tornando-o mais explícito ou estabelecendo hipóteses, portanto, o principal objetivo desses estudos é melhorar as ideias." (Gill, 2018, p. 45).

O tipo de pesquisa é uma revisão de literatura, onde o principal objetivo desse tipo de pesquisa é revelar a natureza de um determinado fenômeno ou declará-lo em

suas variáveis (GIL, 2018). Portanto, as recomendações têm as seguintes características: tomar a análise atmosférica como fonte direta de dados e usar os pesquisadores como ferramentas de transformação; não usar ferramentas e métodos estatísticos para entender mais sobre a interpretação de fenômenos e a estimativa de resultados, o método deve ser o foco principal do método, e não resultados ou desfechos, a apreciação dos dados deve ser feita de forma intuitiva e indutiva pelo pesquisador (Gill, 2018).

Quanto aos métodos de investigação, os métodos qualitativos são considerados mais adequados face aos objetivos identificados. Segundo Richardson (2019), mostra que, como resultado, alguns estudos que utilizam métodos qualitativos “[...]”

Segundo Ferrão (2013), são considerados documentos: livros, revistas, jornais, internet, anuários, dados estatísticos, monografias, mapas, documentos audiovisuais e outras fontes que contenham informações essenciais sobre uma proposta de trabalho. Possibilidade de tratamento e análise dos dados após a recolha, análise e interpretação dos dados.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Humanização hospitalar aspectos teóricos e relação entre paciente e equipe de enfermagem

Deixando de lado as questões culturais e éticas, a humanização da saúde é construída por relações de qualidade, trata-se basicamente de olhar o cliente/paciente de forma diferente, vê-lo como um todo que busca tratamento e aceitação para uma recuperação satisfatória. No início da década de 1950, surgiram os primeiros equipamentos e UTIs mais avançados, o que justificava o distanciamento entre profissionais de saúde e pacientes. Acreditamos que a humanização se baseia no respeito e na valorização das pessoas e constitui um processo de transformação da cultura institucional por meio da estruturação coletiva de compromissos éticos e abordagens da ação em saúde e da gestão dos serviços.

"Humanizar o quê? Não somos humanos?"

(Assistente de Enfermagem da UBS da SMS-SP)

Em um hospital humanizado, os pacientes/clientes são preparados psicologicamente após a admissão e orientados durante a execução de procedimentos delicados e invasivos, exames e cirurgias para evitar dores, ansiedades e traumas

desnecessários (COSTA; LUNAARDI; SOARES, 2003).

Segundo Buss (apud TASCIA, BUSS, 2006, p. 16): "Humanizar o cuidado é humanizar o profissional de saúde, humanizar a pessoa. Depende da atitude, da postura e de como nos relacionamos com os outros".

Silva (2008, p. 252) defende que a humanização é uma operação que visa salvar as relações com as pessoas, a tecnologia, o meio ambiente ou outros locais onde ocorre a assistência, minimizando as dificuldades que os profissionais encontram para humanizar a assistência. Voltar; Lunardi; Lunardi (2006, p. 133) acrescentou:

Perceber os outros requer uma atitude profundamente humana. Reconhecer e promover a humanidade sob a ótica de considerações éticas requer esforços para examinar as atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado ao paciente, que também estão enraizados na ética dos profissionais de enfermagem.

Segundo Collection Sanitário (2010), a exploração do cuidado humanizado começa pelos próprios profissionais de saúde, com iniciativas pioneiras e inovadoras em diversas áreas, a exemplo da saúde da mulher (parto humanizado, maternidade segura) e da criança (The Kangaroo Project, brinquedoteca para recém-nascidos de baixo peso e hospitais). A partir do final da década de 1990, o movimento Humane alcançou uma dimensão maior e exigiu uma posição oficial sobre o tema (COLLECCIÓN SANITARIA, 2010).

A humanização durante o tratamento do câncer permite relações mais próximas e globais entre equipes multidisciplinares e pacientes, encontrando soluções para problemas que impactam negativamente na qualidade de vida. Além disso, contribui para a implantação e desenvolvimento de tratamentos de forma mais humana, tratando o paciente como um indivíduo individualizado com características próprias (sejam elas físicas ou emocionais), e aumentando a eficácia dos tratamentos utilizados (DUARTE; NORO, 2010).

A humanização do cuidado ao paciente oncológico visa resgatar o respeito à vida humana, levar em conta a complexidade e singularidade de cada indivíduo, respeitar seus sentimentos, crenças, percepções e valores, acolher suas dores e inseguranças, orientar e facilitar a Enfermagem (MEDRADO et al. , 2019).

Especialmente no campo da oncologia, destaca-se que os pacientes oncológicos apresentam algumas dúvidas e expectativas sobre os tratamentos utilizados, além de

se sentirem vulneráveis à condição causada pela doença. Nesse contexto, é muito importante a presença de uma equipe multidisciplinar relevante para o paciente, que facilita a escuta acolhedora, cria espaço, facilita a expressão de sentimentos e opiniões pessoais e presta esclarecimentos, com o objetivo de minimizar o sofrimento do paciente. decisões de tratamento (MEDRADO et al. 2019).

3.2 A humanização e oncologia: conceito

A humanização é entendida não tanto como a restauração ou reavaliação da imagem humana idealizada, mas como a incitação do processo de produção de um novo domínio da existência (BENEVIDES & PASSOS, 2005a).

Segundo o HumanizaSUS, humanização é a valorização do processo de mudança de sujeito na produção saudável.

Humanizar significa humanizar, tornar uma pessoa humana, dotar um determinado comportamento ou atitude de condições humanas, humanizá-lo. Também significa gentil, amável e fácil de se conviver. Refere-se a qualquer comportamento no qual o ser humano é visto como um ser único e complexo, no qual o respeito e a empatia pelo outro são inatos (FERREIRA, 2009).

A humanização em saúde é específica da prática, voltada para a produção de sujeitos saudáveis e produtivos (CAMPOS, 2000), e deve atender melhor os pacientes com melhores condições de trabalho e participação.

O estudo dos tumores é chamado de oncologia. Os tumores podem ser cancerosos e muitas vezes fatais, ou podem ser inofensivos. Tumores cancerosos são chamados de tumores malignos ou tumores malignos. Uma propriedade da maioria dos tumores é a capacidade de metastatizar [...] Um tumor benigno é aquele que não metastatiza (TORTORA; DERRICKSON, 2016, p.68).

No entanto, Cestari e Zago (2005) enfatizaram a dimensão do câncer como problema de saúde pública, mostrando que sua prevenção inclui reduzir significativamente ou mesmo eliminar a exposição a agentes cancerígenos, bem como minimizar os efeitos de tais substâncias. Em oncologia, as medidas preventivas podem ser classificadas em primárias, secundárias e terciárias.

Potter (2014, p.76) afirma: “A prevenção primária é a verdadeira prevenção porque precede a doença ou disfunção e se aplica a pacientes considerados física e emocionalmente saudáveis”.

O diagnóstico precoce e o tratamento de doenças pré-cancerosas é um marco da prevenção secundária do câncer, que visa reduzir a prevalência do câncer e prevenir a progressão da doença. Pode ser realizada com base na apresentação clínica inicial do indivíduo ou por triagem, desde que possa haver lesões no câncer ou doença inicialmente diagnosticada (GUIMARÕES; CHOJNIK, 2015).

Portanto, a prevenção terciária visa tratar doenças pré-existentes e reduzir o risco de complicações por meio de intervenções que melhorem a qualidade de vida dos pacientes com câncer. (KOVACS et al. 2008).

3.3 Humanização: importância

Para compreender a humanização da saúde, é preciso saber que o processo tem suas origens no humanismo, corrente filosófica que foca o ser humano e seus valores acima de tudo. Ao contrário do que se poderia pensar, o humanismo não é um processo recente, e pensadores como Protágoras e Sócrates têm se preocupado com questões humanísticas na antiguidade grega (MELLO, 2008).

Segundo Gondim e Andrade (2014, p. 62):

De certa forma, humanizar significa reduzir as iniquidades em saúde, o que de certa forma significa compreender as implicações da saúde em relação ao bem-estar subjetivo e qualidade de vida. Esse entendimento sugere uma associação entre dimensões da saúde (ausência de doença, função física normal) e componentes da qualidade de vida [...]. Como vários estudos têm apontado, na área da saúde, a humanização também significa que a qualidade da assistência baseada nos serviços públicos disponibilizados ao cidadão é um indicador relevante de satisfação do paciente.

Deslandes (2006, p.26) concluiu que no campo da saúde, hoje, o termo "humanismo" tornou-se uma política, uma proposta, um debate, um tema de pesquisa e através da palavra "humanidade" Humanizar o setor saúde significa construir a valorização da intersubjetividade nos movimentos e relações da enfermagem. Segundo Barbosa Filho, (2010).

A saúde humanística pode fortalecer as relações interpessoais e tem claramente um impacto na melhoria do estado geral dos indivíduos acometidos. Além disso, o cuidado humanizado possibilita um cuidado holístico que empodera o paciente para desenvolver a capacidade de superação da doença (GONDIM; ANDRADE, 2014).

De certa forma, humanizar significa reduzir as iniquidades em saúde, o que de certa forma significa compreender as implicações da saúde em relação ao bem-estar subjetivo e qualidade de vida. Esse entendimento sugere uma associação entre dimensões da saúde (ausência de doença, função física normal) e componentes da qualidade de vida [...]. Como vários estudos têm apontado, na área da saúde, a humanização também significa que a qualidade da assistência baseada nos serviços públicos disponibilizados ao cidadão é um indicador relevante de satisfação do paciente. (GONDIM e ANDRADE (2014, p. 62).

Ao contrário do que se poderia pensar, o humanismo não é um processo recente, e pensadores como Protágoras e Sócrates têm se preocupado com questões humanísticas na antiguidade grega (MELLO, 2008).

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Humanização

O significado comum da palavra fazer uma pessoa significa o ato ou efeito de fazer uma pessoa, fazer uma pessoa ou mais em uma pessoa, fazer bondade, fazer bondade. Focar nessa realidade da enfermagem significa prestar assistência profissional ao paciente, o que inclui o aspecto biopsicoespiritual. A humanização é um tema muito importante, pois pelo cuidado com os equipamentos e a barreira posta para impedir a intimidade envolvida, faz com que o ato de desenvolver o lado humano enfrente todo o processo.

A doença e os problemas clínicos devem ser abordados, mas outros fatores que podem afetar a saúde do paciente, tais como: questões sociais, ambientais, psicológicas e espirituais, devem ser considerados. A necessidade de cuidado humano em um ambiente hospitalar existe em um ambiente social onde outros fatores contribuíram para a fragmentação da pessoa como uma pessoa apenas com necessidades biológicas: a tecnologia, a ideia de que a equipe de saúde sabe tudo e é incompetente. o conceito de integridade do homem é um exemplo disso.

O atendimento pessoal tem relacionamento interno e motivação da equipe e, com isso, contribui para a produtividade da empresa. Pesquisas globais mostram que trabalhar em um ambiente artificial promove uma relação de confiança e gera grande satisfação entre funcionários e clientes (SBIE, 2017).

Silveira *et al.*, (2015) ressalta que “a comunicação é um dos principais meios para favorecer as interações entre a equipe, pacientes e familiares. Porém, essa interação não ocorre ao acaso; necessita ser conscientemente planejada pela equipe de enfermagem”.

A humanização está na equipe de saúde, que não deve ser feita apenas de técnicas e equipamentos, que deve mostrar seu lado humano a cada procedimento e acima de tudo demonstrar que tem sentimentos. A humanização renasce para valorizar as características do gênero humano. É imprescindível no processo de humanização uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos (SILVEIRA *et al.*, 2015).

Pauli e Bouso (2013) destacam as crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. Apesar da humanização da assistência e o cuidado com a família da criança ser vista como a filosofia ideal para prestar o cuidado; ainda não estavam estabelecidos os métodos para sua implementação (PAULI E BOUSSO, 2013)

Segundo estudo realizado por Pinho e Santos (2014) que tinha como objetivo desvelar as contradições existentes no cuidado humanizado do enfermeiro o discurso dos enfermeiros levava a entender que conheciam o significado e a importância da humanização no cuidado de enfermagem e preocupavam-se com as necessidades de cuidados do paciente e as necessidades psicoemocionais dos familiares, contudo na prática revelava-se as dificuldades pessoais e interpessoais desses profissionais para lidar com o sofrimento do outro.

De acordo com Silveira *et al.*, (2015) “A humanização do cuidado não pode estar presente somente nos discursos dos profissionais que se dedicam a esta atividade; todas as ações que compõem este cuidado necessitam estar impregnadas de humanização”.

Apesar de amplamente discutido no âmbito da unidade de terapia intensiva como citado por Vila e Rossi (2013) é um assunto “muito falado e pouco vivido” em que os atores da assistência discutem e reconhecem a importância da

Humanização na Assistência de Enfermagem, porém na prática propriamente dita tomam atitudes que são contrários aos seus relatos. A UTI por vezes é considerada como um ambiente “hostil” (SALICIO, GAIVA, 2013; MARTINS E RIBEIRO, 2014) de “rotina diária e complexa” (VILA E ROSSI, 2013) em que torna-se complicado implementar medidas de Humanização, dentre os revés que podem estar relacionados a essa falta do cuidar como citado por Vila e Rossi (2013) estão o distanciamento da equipe

de enfermagem com o paciente que pode ser usado como medida de defesa da própria equipe devido ao estresse pela sobrecarga de trabalho ou mesmo dificuldade em lidar com a angústia do outro.

Acredita-se que mesmo pequenas atitudes de humanização podem mudar um ambiente, trata-se de um desafio que merece ser vencido principalmente pelos profissionais que fazem parte desse “cuidar”. Mas não deve limitar-se a isso como mencionado por Vila e Rossi (2013) é preciso “Cuidar de quem cuida” para que o atendimento e a assistência de qualidade realmente aconteçam. Os mesmos autores mencionam ainda que

A teoria da Horta conceituava a enfermagem como a arte do cuidar de assistir o ser humano visando suas necessidades humanas básicas. Partindo desse princípio o profissional de equipe de enfermagem deve funcionar como um facilitador do trabalho da equipe (JATOBÁ e RIBEIRO, 2015).

Segundo os mesmos autores dentre as principais ações que podem fortalecer a humanização estão: Identificar-se pelo nome ao receber o paciente, tratar o paciente pelo nome não pelo número do leito ou pela doença; saber ouvir o paciente e valorizar suas queixas, proporcionar privacidade; ser tolerante diante das situações de conflito; permitir a presença de um familiar por mais tempo conforme a necessidade do paciente, individualizar a assistência conforme a necessidade do paciente (MARTINS, RIBEIRO, 2014; JATOBÁ, RIBEIRO, 2015).

Logo, o paciente necessita ser considerado como um ser biopsicossocioespiritual em que não somente o aspecto fisiopatológico deve ser avaliado, mas também as questões familiares, psicossociais dentre outras questões que podem estar ligadas a recuperação do paciente, ou seja, para que todos esses aspectos sejam realmente considerados a humanização deve estende-se não somente ao paciente, mas a família, o ambiente e a equipe multiprofissional que presta esse cuidado humanizado (VILA e ROSSI, 2013).

Essa pesquisa apesar de simples foi realizada de forma bastante estruturada, trouxe uma análise de dados objetiva sendo mostrada através de gráficos.

A pesquisa revelou dados intrigantes e contraditórios no contexto da percepção de humanização na Terapia Intensiva de acordo com os autores Vila e Rossi (2013) que consideraram que as subcategorias descritas acima e o estudo realizado poderia ser sintetizado na seguinte afirmação “O CUIDADO HUMANIZADO: muito falado e

pouco vivido” que deu título ao artigo. Segundo os mesmos autores “Esse tema desvela a realidade do processo de cuidar, em terapia intensiva, de uma equipe de enfermagem que tem um conceito sobre humanizar sintetizado na afirmativa: amar ao próximo como a si mesmo, mas, na prática, o cuidar não reflete essa tão profunda expressão”.

Em contrapartida essa falta de humanização e distanciamento da equipe de enfermagem ao seu paciente e familiares poderia ser justificada como mecanismo de defesa, em função do estresse pela sobrecarga de trabalho. Os informantes referiam que o cuidar que por vezes é tecnicista e mecânico, desprovido de sentimento. “Executar a técnica, limpar, manter a ordem na unidade são procedimentos que estão fortemente enraizados nesse cenário cultural” (VILA E ROSSI, 2013).

Em outro estudo demonstrado por Inaba, Silva e Teles (2015) realizado em hospital da USP, demonstrou dentre outros pontos relevantes existe a comunicação com os familiares que são benéficas e uma forma muito importante de manter o cuidado humanizado. Segundo os mesmos autores alguns participantes da pesquisa relataram “vivenciar com a equipe de Enfermagem um relacionamento seco e técnico, na maioria das vezes, sem humanização. Para esses entrevistados, o ideal seria que existisse um relacionamento mais humano e maleável”.

4.2 Assistência de enfermagem em oncologia

As células normais do corpo humano possuem características morfológicas que fazem com que elas se agrupem em tecidos que formam os órgãos para uma boa manutenção da vida. Entretanto, em certas situações pode ocorrer uma ruptura dos mecanismos que regulam a multiplicação celular, assim, uma célula começa a crescer e dividir-se desordenadamente, originando células indiferentes aos mecanismos reguladores normais. Dessa forma, causando o que se chama de câncer (PENG, CROCE, 2016).

Os tumores são classificados em benignos e malignos os quais se diferenciam pela habilidade de grande crescimento, através da divisão de suas células e de escaparem ao controle do hospedeiro. São uma expansão clonal de células transformadas, as quais adquirem vantagem proliferativa através de um processo com várias etapas. As células de tumores benignos apresentam uma taxa de diferenciação maior que as células malignas. Já as malignas tem um elevado numero de mitoses

acelerando o seu processo e permitindo que as mesmas causem metástase (PIACENTINI, MENEZES, 2012).

A enfermagem precisa estar cada vez mais preocupada com formação, aperfeiçoamento profissional de qualidade, para aplicar técnicas de enfermagem baseadas no conhecimento científico, para que o cuidado possibilite a promoção e avanço na saúde de sua clientela (SILVA et al., 2018).

Para isso, também é necessário que se utilize no âmbito do trabalho de enfermagem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a qual é instituída pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem. Essa é um instrumento de trabalho, que subsidia a prática do cuidado em enfermagem baseada em pressupostos científicos (BRASIL, 2018).

Essa ferramenta pode e deve ser utilizada em todas as áreas de enfermagem, dentre as que vem ganhando destaque a Oncologia devido ao seu grande impacto epidemiológico, coloca o câncer no centro das discussões da saúde. Sendo que para o Brasil para cada ano do triênio 2020-2022 as estimativas apontam 625 mil novos casos de câncer. Dentre eles o mais incidente o melanoma, seguido pelos canceres de mama, próstata, colón e reto. (INCA, 2020).

Em oncologia diversas peculiaridades permeiam o cotidiano desses profissionais: o estigma que a doença ainda suscita; a relação com o paciente/ família; o cuidado nos procedimentos invasivos e/ ou dolorosos; as situações de gravidade e morte (SILVA, CRUZ, 2014). Devido a isso, o diagnóstico de câncer está atrelado a um cuidado de alta complexidade, em sentido amplo, as responsabilidades e objetivos na no cuidado ao cliente com essa patologia independente da possibilidade de cura. Dessa forma a SAE corrobora com a efetivação das necessidades desses, sendo capaz de tornar o cuidado altamente específico (OLIVEIRA et al., 2020).

Salienta-se ainda que as atribuições do enfermeiro na oncologia vão desde prestar assistência na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares, desenvolvendo ações educativas, ações integradas com outros profissionais, além de apoiar medidas legislativas e identificar fatores de risco ocupacional. Desse modo, este profissional está inserido na prevenção, antes do início da doença, durante ou ainda no final (ROLIM et al.,2019).

A preferência pelo tipo de tratamento para o câncer ocorre pelo tipo, estágio e grau específico do câncer. Os objetivos do tratamento são de cura da doença maligna,

sobrevida e controle das células neoplásicas, e diminuição dos sintomas relacionados à doença e melhoria no bem-estar. Não se inicia o tratamento até que o diagnóstico do câncer seja comprovado, além do esclarecimento de seu estadiamento e sua gradação, que está relacionado com o tipo das células tumorais (HINKLE, CHEEVER, 2017).

Os principais tratamentos realizados em pacientes acometidos por essa patologia, são a quimioterapia, a radioterapia, tratamento cirúrgico e quando não há possibilidades de cura os cuidados paliativos são ofertados. A quimioterapia é uma das modalidades amplamente utilizada para o câncer, representada pelo emprego de substâncias químicas isoladas, ou em combinação, que interferem no processo de crescimento e de divisão celular, destruindo as células tumorais e também agredindo as células normais que possuem características semelhantes (GUIMARÃES et al, 2015).

A mesma possui maior incidência de cura em diversos tumores dentre os tratamentos, e a que mais aumenta a sobrevida do portador de câncer. Pode-se classificá-la em quimioterapia neo-adjuvante, quando administrada antes de um procedimento cirúrgico, com os objetivos de avaliar a resposta antineoplásica e de reduzir o tumor, e em quimioterapia adjuvante, administrada após o tratamento cirúrgico, com a finalidade de erradicar possíveis micrometástases (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2016).

Os efeitos colaterais dos quimioterápicos variam conforme com a classe do medicamento, a dose, o tempo de intervalo entre os ciclos dentre outros fatores. podem ocorrer são a fraqueza, diarreia, perda de peso, aumento de peso (edema), feridas na boca (mucosite), queda de cabelos (alopecia) e outros pelos do corpo, enjoos, vômitos e tonteiras (INCA, 2021).

Segundo a resolução de 1998 do Conselho Federal de Enfermagem, é de competência do enfermeiro administrar, elaborar protocolos para prevenção, tratamento e diminuição de efeitos colaterais nos pacientes em uso da quimioterapia. Somado a isso, proporcionar ações de prevenção de riscos e agravos, através da educação dos pacientes e familiares, para garantir melhor qualidade de vida.

A enfermagem faz-se de grande relevância durante todo o tratamento quimioterápico, devem acompanhar o paciente continuamente e fornecer informações relacionadas a todos os envolvidos. Sendo isso, essencial para o entendimento do

paciente e seu familiar, sanar dúvidas, possibilitando maior aderência ao tratamento e no enfrentamento a doença (CUNHA et al., 2017).

Já a radioterapia é um tratamento localizado, que usa radiação ionizante produzida por aparelhos ou emitida por radioisótopos naturais. É, na sua grande maioria, feita em regime ambulatorial. Estima-se que 50% dos pacientes irão precisar deste tipo de tratamento. Apesar de ser um tratamento eficaz, traz algumas manifestações clínicas agudas e crônicas. Entre elas, os principais são: as reações de pele (radiodermite, eritema), náuseas, mucosite, xerostomia, fadiga, anorexia, diarreia e disfagia.

São de fundamental importância a prevenção e controle desses efeitos, uma vez que eles podem limitar o tratamento, levar à necessidade de sua interrupção temporária ou definitiva, diminuir a motivação do paciente em prosseguir com o planejamento terapêutico e, dessa forma, comprometer o controle local do tumor e as taxas de sobrevida. Logo, a equipe de enfermagem precisa agir para minimizar os efeitos, realizar cuidados específicos conforme ordenados pela SAE, atuar na educação do paciente e familiar no que diz respeito a radioterapia (LEITE et al., 2013).

Quando realizado o tratamento cirúrgico os cuidados de enfermagem devem ser estabelecidos em todo o perioperatório. Sendo que novas técnicas são frequentemente introduzidas para melhorar a qualidade de vida do paciente, considerando a idade e as condições clínicas, assim como suas condições de autocuidado (MACEDO, ROMANEK, AVELAR, 2013).

A assistência de enfermagem relacionada com as características destes pacientes, os tratamentos instituídos e a evolução ao longo do seguimento. O planejamento da assistência de enfermagem deve ser realizado com a coleta de dados sobre tratamentos prévios, complicações, evolução, queixas, suporte social e avaliação clínica para identificar necessidade de cuidados prioritários e prevenir complicações e, assim, possibilitar uma recuperação pós-operatória mais rápida e o alcance da reabilitação (SONOBE et al., 2016).

Durante a internação hospitalar, a assistência de enfermagem perioperatória deve focalizar os aspectos físicos e psicossociais. O enfermeiro se defronta com situações mais complexas, que envolvem maior incorporação de tecnologia para a alta resolubilidade da demanda de cuidados destes pacientes. Assim, a caracterização do perfil dos pacientes atendidos com câncer de bexiga favorece o planejamento da

assistência de enfermagem perioperatória (ROVERON, DE TOMA, BARBIERATO, 2016).

Quanto aos cuidados paliativos são aqueles oferecidos a pacientes em que não há perspectiva de cura. Seus aspectos fundamentais são o controle dos sofrimentos físico, emocional, espiritual e social. Pode ser oferecido em instituições de saúde, assim como na própria residência. Quando qualquer indivíduo se aproxima dos últimos momentos de uma condição de saúde debilitante, a precisão de cuidados paliativos aumenta, e neste momento é importante assegurar que seja garantido um cuidado de qualidade (VASCONCELOS, SANTANA, DA SILVA, 2012).

O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura é rotulado como "terminal". Isso traz a falsa ideia de que nada mais pode ser feito. Porém, o paciente em fase terminal está vivo e tem necessidades especiais que, se os profissionais de saúde estiverem dispostos a descobrir quais são, podem ser atendidas e proporcionarão conforto durante essa vivência. Dessa maneira o enfermeiro, em sua atuação profissional, pode ofertar condições favoráveis ao bem-estar do paciente fora de possibilidade de cura, assim como prover conforto, cuidados básicos e fisiopatológicos e dar atenção aos anseios, desejos e vontades dos pacientes (HERMES, LAMARCA, 2015).

Somado a isso os pacientes oncológicos requerem outros cuidados como o controle, cuidados com dispositivos médicos. A dor é um dos principais incômodos do paciente oncológico a qual se manifesta em todo os estágios da neoplasia. No Brasil sugere-se que até 90% dos pacientes com câncer sofram com algum tipo de dor (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais. Assim, a dor é considerada como uma síndrome resultante da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da sua interação com as características individuais como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos (CUNHA, REGO, 2015).

O exercício de atender um paciente com dor oncológica é muito ampla e a sua avaliação é o ponto fundamental para o planejamento do cuidado, exigindo do profissional de enfermagem suporte educacional para o manuseio e gerenciamento dessa sensação álgica. É imprescindível o despertar da enfermagem quanto à aquisição

de conhecimento e treinamento, para que consiga desempenhar seu papel de forma eficaz, conduzindo assim para o sucesso na administração da dor (SOUZA, SANTANA, 2012).

Quanto aos dispositivos um dos mais comuns utilizados pelos pacientes oncológicos é o cateter totalmente implantado. O uso desse tipo de cateter tem se destacado em pacientes oncológicos por se tratar de um acesso vascular seguro quando comparado com outros tipos de dispositivos. A possibilidade do acesso venoso central possibilita inúmeras ações terapêuticas e intervencionistas que promoveram o progresso da saúde e da qualidade de vida ao longo das últimas décadas (PACHECO et al, 2014).

Cabe aos profissionais da área de saúde, em especial aos de enfermagem, um melhor conhecimento e domínio sobre estes cateteres, sua manipulação, respeitando a assepsia do mesmo, de modo a minimizar as complicações infecciosas, tendo em conta que grande parte dos portadores tem baixa imunidade, uma vez que estão sob tratamento quimioterápico. Estas medidas impedem invasão de microrganismos através do túnel do cateter resultando em infecção e até em sepse. É necessário que o enfermeiro, ao puncionar o cateter, tenha consciência que a sua função durante o procedimento não é apenas garantir a infusão de medicamentos por aquela via, mas garantir que a técnica aplicada é segura (OLIVEIRA, FONTES, SILVA, 2019).

Importante salientar que além disso tudo o cuidado de enfermagem dentro da oncologia torna-se ainda mais complexo quando a doença acomete o público infantil. Nas crianças o câncer se difere do observado em adultos quanto a frequência e ao tipo histológico. O sistema afetado nas crianças é principalmente o hematopoiético e os tecidos de sustentação. O mesmo era considerado uma doença aguda e de prognóstico desfavorável. Mas com o avanço da ciência há grande possibilidade de cura e aumento da sobrevida (MONTEIRO et al., 2014).

O tratamento é personalizado para o funcionamento do metabolismo da criança, da biologia tumoral, e as abordagens terapêuticas atingem objetivos de cura até em doença disseminada, aumentando as taxas de sobrevida e minimizando os efeitos tardios do tratamento. O sucesso terapêutico depende do controle local e sistêmico da doença e do suporte para os efeitos colaterais (MONTEIRO et al., 2014).

Para a criança, o tratamento vem alterar rapidamente o seu momento de vida atual, as suas perspectivas e as suas possibilidades de escolhas. Ela é retirada

bruscamente do convívio social a que estava acostumada, devido à sua atual condição, e passa a habitar em um mundo estranho e doloroso: o mundo do hospital, dos medicamentos e seus efeitos; do tratamento e seus procedimentos invasivos, do afastamento dos amigos e da escola (VIEIRA, CASTRO, COUTINHO, 2016).

Nesse momento, a enfermagem, em sua ação de cuidar, transmite atitudes como formação de elo, informando, orientando, dedicando um tempo para a família, deixando-a expressar seus sentimentos, medos, anseios e esperanças; e ações simples, como o toque, a escuta, estar sensível e perceptivo ao sofrimento do outro (SILVA et al., 2013).

O uso do lúdico também é indispensável com esse público, estudos mostram que aqueles em tratamento quimioterápico, fica evidenciada a sua importância por permitir confiança e maior vínculo com a criança, adolescente e família, por trazer um cuidado humanizado, diminuindo medos e traumas, tornando o ambiente mais confortável com benefícios à terapia. Infelizmente, se notam também algumas dificuldades na utilização desse instrumento devido à grande demanda dos cuidados, deficiência de funcionários especializados, adolescentes que estão na era da tecnologia, profissionais sem afinidades e, ainda falta de implementação e capacitação para equipe (RODRIGUES, SIQUEIRA, SIQUEIRA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional da Enfermagem responsável por realizar o acompanhamento de um paciente e seus familiares através dos cuidados paliativos não verifica, apenas, os sinais vitais desse paciente. A relação construída nesse ambiente vai além do controle da dor e os protocolos médicos. Conversas, visitas frequentes, auxílio com limpeza e higiene, atendimento familiar são algumas das atividades que fazem parte das atribuições do enfermeiro, oferecendo sempre atenção e conforto.

É importante que a Enfermagem ofereça também um sistema de apoio às famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. A comunicação entre todos auxilia o próprio processo de aceitação da morte. Mesmo após o óbito a equipe deve seguir com a atenção aos familiares, buscando facilitar a compreensão sobre a causa da morte e os procedimentos a serem tomados a seguir. Os cuidados paliativos abrangem desde as primeiras medidas de assistência, ainda em casa ou no hospital, até o momento pós-morte.

A humanização no cuidado tem sido amplamente discutida em diversos estudos sobre sua importância, sua implementação, os desafios de sua implantação não somente no âmbito da terapia intensiva como em todos os graus de complexidade da assistência.

Nesse estudo de revisão de literatura foi possível conhecer, compreender e analisar alguns aspectos que norteiam a Assistência de Enfermagem Humanizada no setor da Unidade de Terapia Intensiva.

Entretanto mesmo com todas as dificuldades encontradas sobre Humanização considero que não há motivo admissível que justifique a falta de Humanização no Cuidar, principalmente em um ambiente em que o paciente é crítico; a interação do mesmo com o ambiente está por vezes prejudicada; o contato com a família é limitado às visitas, logo a equipe de enfermagem tem um papel essencial na assistência e na melhora significativa desse paciente.

O cuidado humanizado visa diversos focos em que não somente o aspecto fisiopatológico do paciente é avaliado, devendo o mesmo ser considerado um ser biopsicossocial em que todos os seus aspectos e limitações devem ser relevantes, além disso a família deve ganhar atenção nessa assistência humanizada.

Com todo o exposto, nota-se a importância da enfermagem oncológica e do estudo da mesma dentro dos cursos de graduação e pós-graduação para a formação do futuro profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁDAMO, Peter D'. **A dieta do tipo sanguíneo**: para prevenção e tratamento do câncer: o programa ideal para cada tipo sanguíneo. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 192 p.

ALBERTS, Bruce. et al. **Biologia molecular da célula**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 1464 p.

AMBROSIO, Daniela Cristina Mucinhato; SANTOS, Manoel Antônio. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, V.27, n.4, p. 475-484, 2011.

ALMEIDA, Mirian. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**. I. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 320p.

ALMEIDA, Vera Lúcia de. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Química Nova**, Belo Horizonte, V.28, n.1, p. 118-129, 2005.

ARAÚJO, Davi Said; JUNIOR, Paulo Rocha de Pádua. Prevenção do Câncer. In: VIEIRA, Carlos Sabas. et al., **Oncologia Básica**. 1 ed. Teresina: Fundação Quixote, 2012. 324 p.

AZEVEDO, Deleusi Russi. **Psicooncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação a distância**. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. 379 p.

BERGEROT, Caroline. **Câncer: O poder da alimentação na prevenção e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Pensamento cultrix, 2006. 514 p.

BIAZUS, Jorge V.; MELLO, Márcia P. de; ZUCATTO, Ângela E. **Cirurgia da Mama**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 400 p.

BONTRAGER, Kenneth L.; LAMPIGNAMO, John P. **Tratado de Posicionamento Radiográfico e Anatomia Associada**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 824 p.

BORGES, Durval Rosa. et al. **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**. 25. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2016. 2064 p.

BORGES, Durval Rosa. et al. **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**. 25. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2016. 2064 p., il. color.

BRAGA, Katiúscia Leandro. **A importância da ressonância magnética no diagnóstico do câncer de mama**. Recife: Instituto Nacional de Ensino, Sociedade e Pesquisa, 2016. 27 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção primária: Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 97 p.

____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento básico para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

____. Ministério da Saúde. **Oncologia: Manual de bases técnicas**. 22.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 141 p.

____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 61, de 1 de outubro de 2015**. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 01 out. 2015. 1 p. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/101473261/dou-secao-1-05-10-2015-pg-693/pdfView>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

BRITO, Natália Tatiani Gonçalves; CARVALHO, Rachel de. **A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2010. p.221-227.

CAMARA, Diana; PIRES, Vesta. **Câncer 360º: Orientações Jurídicas**. 1.ed. Recife: Carpe diem, 2014. 606 p.

CAMPBELL, Margaret L. **Nurse to nurse: Cuidado paliativos em enfermagem**.1. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011. 293 p.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.54, n.1, p.87-96, 2008.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em ginecologia**. 3. ed. São Paulo: EPU, 2004. 235 p.

CAVALCANTE, Sirlei de Azevedo Monteiro. et al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.459-466, 2013.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **REBEN**, Ribeirão Preto, v.58, n. 2, p. 218-221, 2005.

CHABNER, Bruce A.; LONGO, Dan L. **Manual de Oncologia de Harrison**. 2.ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. 896 p.

COSTA, Cleonice Antonieta; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; SOARES, Narciso Vieira. Assistência Humanizada ao Cliente Oncológico: reflexões junto a equipe. **REBEN**, Brasília, v.56, n.3, p. 310-314, 2003.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.25, n.1, p.1-7, 2010.

DECHERNEY, Alan H. et al. **CURRENT: Ginecologia e Obstetrícia**. II. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016. 1040 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416p.

DOHERTY, Gerard M.; WAY, Lawrence W. **Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento**. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

FORNAZARI, Sílvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/ Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Psicologia teoria e pesquisa**, Brasília, v.26, n.2, p.265-272, 2010.

FRANÇA, Martha San Juan. Tratamento Multidisciplinar: novo paradigma em oncologia. **Revista Onco&**, Minas Gerais, v.5, n.27, p.13-14, 2015.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 573-579, 2013.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Esc. Enfermagem USP**, 39(4): pag: 423-9, 2015.

MARTINS, W.N; RIBEIRO, V.S. Humanização da Assistência Hospitalar em Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Florence, Maranhão, maio 2014.

MASSAROLI, Rodrigo et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 252-258, 2015.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. Porto Alegre: Sulina. 2012.

MENDONÇA, Anna Valeska Procópio de Moura. **Cuidados paliativos e ser-para-morte: reflexões sobre um atendimento psicológico**. 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

JATOBÁ, M.C.M.; RIBEIRO, R.F. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva. In: CHEREGATTI A.L.; AMORIM C.P. (orgs.). *Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo: Martinari, 2015.

SALICIO, Dalva Magali Benine. GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2013.

SILVEIRA, R.S. et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de Enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis: pag 125-30, 2013.

SMITH, S. E. "O que é uma UTI". *sábioGEEK*. Sparks, Nevada: Conjectura Corporation. Bronwyn Harris (ed.), 2013.

PAULI, M.C.; BOUSSO R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 2013.

PINHO, L.B.; SANTOS S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Revista Esc. Enfermagem USP*, pag 66-72, 2014.

PINTO, Fabricia Passos et al. Práticas de humanização na assistência de enfermagem prestadas aos clientes em unidades de terapia intensiva. **Enfermagem Brasil**, v. 11, n. 6, p. 365-372, 2012.

VILA, V.S.C., ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Revista Latino-am Enfermagem*, março-abril, pag.137-44, 2013.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 7 abr. 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

DA SILVA, Neylany Raquel Ferreira et al. Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. **Uningá Journal**, v. 55, n. 2, p. 59-71, 2018.

OLIVEIRA, Thais Reis et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: análise da produção científica em oncologia–revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 2, p. 9541-9555, 2020.

PENG, Yong; CROCE, Carlo M. The role of MicroRNAs in human cancer. **Signal transduction and targeted therapy**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2016.

ROLIM, Dulcemar Siqueira et al. Produção científica de enfermeiros brasileiros sobre enfermagem e oncologia: revisão narrativa da literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, 2019.

PIACENTINI, Amanda Bernardini; MENEZES, Hércules. Recentes aspectos sobre a biologia do câncer e das metástases. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, 2012.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem em oncologia: estudo da estrutura das representações sociais de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 116-123, 2014.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Ribeiro et al. Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v. 7, n. 2, p. 2440-2452, 2015.

HINKLE JL, CHEEVER KH. Tratado de enfermagem médico –cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017; 788p.

RODRIGUES AB, OLIVEIRA PP. Oncologia para enfermagem. São Paulo: Manole, 2016; 528p.

Tratamento do câncer. Quimioterapia. 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/quimioterapia>> Acesso em: 09 de maio 2022.

Tratamento do câncer. Radioterapia. 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>> Acesso em: 09 de maio 2022.

CUNHA, Fernanda Furtado da et al. Representações de pacientes oncológicos sobre o tratamento de quimioterapia antineoplásica. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 840-847, 2017.

CHAGAS, Camila Blanco. Cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de radiodermites: Uma Revisão Integrativa. 2019.

ROVERON, Gabriele; DE TOMA, Giorgio; BARBIERATO, Maria. Declaração de posição conjunta da Sociedade Italiana de Cirurgia e Associação de Enfermeiros de

Cuidados com Estoma sobre a localização do estoma pré-operatório. **Revista de Enfermagem de Feridas, Ostomia e Continência**, v. 43, n. 2, pág. 165-169, 2016.

MEGUMI SONOBE, Helena et al. Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 2, p. 159-169, 2016.

MACEDO, Amanda Cristina Prado de Almeida; ROMANEK, Flávia Alves Ribeiro Monclús; AVELAR, Maria do Carmo Querido. Gerenciamento da dor no pós-operatório de pacientes com câncer pela enfermagem. **Revista Dor**, v. 14, p. 133-136, 2013.

VASCONCELOS, Esleane Vilela; DE SANTANA, Mary Elizabeth; DA SILVA, Sílvio Éder Dias. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 3, p. 127-130, 2012.

Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc saúde coletiva**. [Internet]. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA: Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2014.

SOUZA, Elisângela; SANTANA, F. T. Como os enfermeiros identificam a dor do paciente oncológico. **Rev Digital**, v. 12, n. 1, p. 12-8, 2012.

PACHECO, Giovana Cristine et al. Conhecimento do enfermeiro em relação ao cateter totalmente implantado. **Journal of Health Sciences**, v. 16, n. 3, 2014.

934

OLIVEIRA, Diego Augusto Lopes; DE ALMEIDA FONTES, Rodrigo; DA SILVA, Maria Betânia. Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico portador de cateter totalmente implantado. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 52-60, 2019.

Coelho AR, Santos FS, Poggetto MTD. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **REME- Rev Min Enferm**. 2013 [citado em 2013 set 13];17(2):258-67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130021>.

Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Junior FJGS. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. **Rev Bras Enferm**. 2011 [citado em 2015 abr 08];64(6):1043-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600009&lng=en.
Doi:10.1590/S0034-71672011000600009.

MONTEIRO, T. A. et al. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 778-783, 2014.

SILVA, T.P. et al. Cuidados de enfermagem a criança com câncer: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm UFSM**., Rio Grande do Sul, v. 3, n.1, p.68-78, 2013.

VIEIRA, A. P. M. S.; CASTRO, Daniele Lima; COUTINHO, Mislene Silva. Assistência de enfermagem na oncologia pediátrica. **Rev Eletrônica Atual Saúde [periódico na Internet]**, v. 3, n. 3, p. 67-75, 2016.

RODRIGUES, Josiane Ramos Garcia; JÚNIOR, Antonio Carlos Siqueira; SIQUEIRA, Fernanda Paula Cerântola. Nursing consultation in pediatric oncology: a tool for empowering parents/Consulta de enfermagem em oncologia pediátrica: ferramenta para o empoderamento dos pais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 211-221, 2020.