



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANTONIO ERISNALDO DA SILVA COSTA

A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Itaituba - PA

2024

ANTONIO ERISNALDO DA SILVA COSTA

A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

Itaituba – PA

2024

COSTA, Antonio Erisnaldo Silva

A humanização da enfermagem em cuidados paliativos/Antonio Erisnaldo Da Silva Costa. Itaituba: FAI, 2024.

52 f.: il.

Orientador: Rosângela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Itaituba, 2024.

1. Humanização. 2. Enfermeiro. I. Rodrigues, Rosângela de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2024.

ANTONIO ERISNALDO DA SILVA COSTA

A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente/orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues, Mestra.

Avaliador(a) 1: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador(a) 2: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba -PA: ____ de março de 2024.

Dedico este trabalho ao meu Deus, o maior orientador que será por toda a minha vida. Ele jamais me desamparou.

AGRADECIMENTOS

Para meu Deus, quem eu amo e sirvo, dedico o primeiro lugar, por sempre está comigo me ajudando a superar todas as dificuldades desses cinco e longos anos de faculdade e por ter me trago até aqui no final de tudo isso com saúde e perseverança para começar outra etapa da minha vida.

Quero agradecer principalmente a mim mesmo, por nunca ter desistido no primeiro “não” que recebi e muito menos com as palavras e atitudes que pessoas ao meu redor tinham comigo, quero deixar registrado que essas pessoas apenas e unicamente serviram e servem de degrau para o meu sucesso.

A minha querida mãe **Elisete Castro**, que nunca desistiu de mim e que ela mais do que ninguém é a mais responsável por transformar todas as lágrimas de dores que eu derramei no passado em lágrimas de felicidades hoje, sem ela eu não seria nada.

A minha irmã **Nagiane Samylla**, sempre esteve comigo me apoiando nessa longa jornada, aos meus dois irmãos **Natanel** e **Ezaquiel** que foram de alguma forma minha motivação para chegar até aqui, não posso esquecer das minhas sobrinhas **Clara** e **Eduarda** que me trouxeram alegria e esperança na hora certa para que hoje eu possa estar aqui.

Ao meu namorado **Mateus** que me incentivava sempre que podia e aos meus amigos de vida que sempre estiveram comigo nos momentos bons e ruins.

Quero agradecer também aos professores que não mediram esforços para me ensinar e me preparar para um futuro profissional da área excelente, mas em especial minha orientadora, mestra e poetisa **Rosângela de Aguiar Rodrigues**, que sempre esteve ao meu lado com muita paciência e dedicação quanto acadêmico e eu vou levar no meu coração e respeitar sempre.

*Exercitar as virtudes se faz
necessário para se chegar à ética e
posteriormente à humanização.*

“José Maria Ribeiro”

RESUMO

Tratando-se de um cuidado que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, para enfrentar os problemas associados com doenças que ameaçam a vida, através de intermédios de prevenções de alívio da dor e de outros sofrimentos. De acordo com a OMS, os cuidados paliativos estão hoje, categorizados como um dos melhores exemplos de humanização de cuidados. Assim para o profissional de enfermagem prestar o cuidado de forma humanizada, ele deve ser capaz de entender a si mesmo e ao próximo ampliando esse conhecimento na forma de ação e tendo consciência dos princípios e valores que norteiam esse cuidado. Os cuidados paliativos seguido da humanização, integram diferentes formas de cuidar, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver mais ativamente ajudando também aquelas pessoas que lhe são próximas, familiares e cuidadores. Esses cuidados direcionam-se para o alívio dos sintomas, físicos, espirituais, sociais e psicológicos, no sentido de controlar e aliviar, não somente o sofrimento físico, com objetivo de alcançar integralmente um cuidado, guiados pelos os princípios éticos dos direitos humanos. Este estudo é do tipo revisão bibliográfica, com análise exploratória, de natureza teórica e descritiva. Tem como objetivos específicos, apresentar aspectos protocolares gerais do cuidado em uma abordagem que aprimora o estado do paciente; especificar os impactos causados pelo atendimento humanizado, tanto no paciente como em sua família e analisar a assistência prestada pelo o enfermeiro ao indivíduo em assistência paliativa. A pergunta que norteou essa pesquisa foi: Quais os impactos da humanização da enfermagem em cuidados paliativos no estado de vida do paciente e sua família? Em resultados, a humanização em cuidados paliativos tem por finalidade proporcionar ao paciente e sua família melhor qualidade de vida durante o seu tratamento. Após todas as análises, conclui-se que para se ter bons resultados sobre o estado de vida do paciente, a enfermagem deve aplicar o diferencial da teoria humanística, para que seja possível compreendê-lo no processo de sua doença e a família como um dos eixos estruturantes da assistência deve ser integrada na equipe de cuidados tanto de forma passiva como também de forma ativa em favorecimento na melhora do paciente.

Palavras-chave: Cuidado. Humanização. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

This is care that aims to improve the quality of life of the patient and their family members, to face the problems associated with life-threatening diseases, through intermediaries to prevent pain relief and other suffering. According to the WHO, palliative care is today categorized as one of the best examples of humanization of care. Therefore, for nursing professionals to provide care in a humanized way, they must be able to understand themselves and others, expanding this knowledge in the form of action and being aware of the principles and values that guide this care. Palliative care accompanied by humanization, integrates different forms of care, offering support so that patients can live longer, also helping those close to them, family members and caregivers. This care is aimed at relieving symptoms, physical, psychological, social and psychological, in order to control and alleviate, not only physical suffering, with the aim of achieving comprehensive care, guided by the ethical principles of human rights. This study is a bibliographic review, with exploratory analysis, of a theoretical and descriptive nature. Its specific objectives are to present general protocol aspects of care in an approach that improves the patient's condition; specify the impacts caused by humanized care, both on the patient and their family and analyze the assistance provided by the nurse to the individual undergoing palliative care. The question that guided this research was: What are the impacts of the humanization of nursing in palliative care on the life status of the patient and their family? In results, humanization in palliative care aims to provide the patient and their family with a better quality of life during their treatment. After all the analysis, it is concluded that in order to have good results on the patient's life status, nursing must apply the differential of humanistic theory, so that it is possible to understand the patient in the process of his illness and the family as one of the Structuring axes of care must be integrated into the care team both passively and actively in favor of patient improvement.

Keywords: Care. Humanization. Family. Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	- Conselho federal de medicina
MS	- Ministério da saúde
OMS	- Organização mundial da saúde
PNH	- Política nacional de humanização
PNHAH	- Programa nacional de humanização da atenção hospitalar
SUS	- Sistema único de saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos artigos segundo o autor e Título da obra.	32
Quadro 2 - Distribuição dos artigos segundo o autor e Título da obra.	36
Quadro 3 - Distribuição dos artigos segundo o autor e Título da obra.	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 ANÁLISE DO TERMO CUIDADO.....	13
2.1.1 Cuidado na Enfermagem	14
2.1.2 Cuidados Paliativos	15
2.1.2.1 Cuidados Paliativos na Enfermagem.....	17
2.1.3 Cuidado Humanizado	19
2. 2 ANÁLISE DO TERMO HUMANIZAÇÃO.....	20
2.2.1 Humanização na Saúde	22
2.2.2 Humanização na Enfermagem.....	23
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS HUMANIZADOS NA ENFERMAGEM.....	25
2.4 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS	26
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS	30
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS	31
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO PALIATIVO HUMANIZADO	32
4.2 A FAMÍLIA COMO INTEGRANTE DA ASSISTÊNCIA EM CUIDADO PALIATIVO.....	35
A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores	36
4.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EXECUÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS HUMANIZADOS	39
5 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O conceito de "Cuidados Paliativos" refere-se à atuação de uma equipe multidisciplinar no suporte a pacientes cujo tratamento curativo não é mais viável, auxiliando-os a se adaptarem às mudanças de vida causadas pela enfermidade e pela dor. Suas diretrizes incluem a valorização da vida, encarando a morte como parte natural do ciclo, provendo um cuidado que não antecipe o término da vida nem a prolongue com métodos excessivos e artificiais; garantindo o alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis; abordando aspectos emocionais e espirituais; e oferecendo suporte à família para lidar com a doença e o processo de luto (HERMES; LAMARCA, 2013).

Os cuidados paliativos humanizados são fundamentais para aqueles que necessitam de assistência e também para quem os acompanha durante os processos de luto, aliviando seus sofrimentos, medos e angústias. Todos passam por momentos difíceis, seja pela possibilidade de perder alguém querido a qualquer momento, seja pela incapacidade de resolver a situação em que o doente se encontra. Portanto, é essencial que recebam cuidados integrados, já que o apoio dado a um deles impacta significativamente no outro (FERNANDES *et al.*, 2013).

De acordo com a pesquisa de Kübler-Ross (1998), é fundamental considerar a importância da família ao cuidar de um paciente terminal, pois suas reações influenciam diretamente na resposta do paciente. Tanto o paciente quanto os familiares passam por um processo de adaptação diante da morte iminente, por isso é essencial proporcionar um espaço para que possam expressar suas emoções, desabafar durante os momentos difíceis, compartilhar suas culpas e medos para lidar melhor com a possibilidade da perda e gradualmente aceitá-la.

Na área da saúde, a enfermagem desempenha uma função crucial na prestação de cuidados paliativos, atuando de forma a garantir o bem-estar dos pacientes de maneira integral. Além disso, promove a comunicação eficiente entre a equipe médica e os familiares, sempre levando em consideração a dignidade e a qualidade de vida daqueles que estão sob seus cuidados (MARKUS *et al.*, 2017).

Apesar dos progressos na área dos cuidados paliativos, evidencia-se que os enfermeiros não estão devidamente capacitados para atender a essa clientela e seus familiares, o que gera sentimento de frustração, impotência e falta de preparo e dificulta a prestação adequada de cuidados.

Segundo Costa *et al.* (2017), em meio a essa situação, poderia haver uma mudança significativa se os profissionais estivessem adequadamente preparados através de educação contínua. Isso inclui a busca por conhecimento teórico e experiências práticas, de forma a melhorar consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes nesse processo. Portanto, é crucial que os profissionais de enfermagem possuam conhecimento prévio em cuidados paliativos para fornecer uma assistência de qualidade e calorosa aos pacientes nessas circunstâncias. Dessa forma, a atuação do enfermeiro se torna essencial.

Assim, esta pesquisa se justifica em analisar a relevância do papel do enfermeiro nos cuidados paliativos, pois é a área em que ele atua ao lado do paciente em todo o processo, desde o diagnóstico até o falecimento, cuidando não apenas da saúde física, mas também do bem-estar emocional, oferecendo orientações e apoio durante o luto, conforto, alívio de sintomas e dores.

Diante do que foi exposto, este artigo apresenta uma análise de diversos materiais de referência, com o objetivo principal de discutir o papel do enfermeiro na prestação de cuidados paliativos humanizados. Além disso, tem como metas específicas: destacar a comunicação como uma ferramenta essencial para o cuidado paliativo humanizado e evidenciar a importância da participação dos familiares no suporte oferecido em cuidados paliativos. Partindo da pergunta orientadora: qual é o papel do enfermeiro na prestação de cuidados paliativos humanizados?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 ANÁLISE DO TERMO CUIDADO

A palavra cuidado tem sua origem no latim cogitatu, pensado, imaginado, meditado. A etimologia do termo cogitatus para Ferreira (1999) é que o cuidado também está ligado à dedicação, onde a conduta, aparência, educação moral e intelectual são exemplares (referindo-se a uma pessoa); cuidado especial, comportamento cauteloso, zelo, atenção dedicada a alguém ou algo (HEIDEGGER, 1997).

Os registros históricos das civilizações oferecem informações valiosas sobre os hábitos e rituais de diferentes períodos. Através da expressão artística, é possível compreender a cultura e o cotidiano de um povo. Disciplinas como a Arqueologia e a Antropologia nos permitem deduzir como as sociedades evoluíram ao longo do tempo, analisando seus hábitos, ações e comportamentos relacionados ao cuidado e não-cuidado (WALDOW, 2008).

Para o autor Waldow (1998) de forma simples e básica, o ato de cuidar pode começar de duas maneiras: como uma forma de garantir a própria sobrevivência e como uma demonstração de afeto e preocupação em relação a outro ser; sendo assim, uma questão de relação. O ser humano, por natureza, é um ser cuidadoso; essa capacidade nasce com ele, o que significa que todas as pessoas têm a capacidade de cuidar (ROACHA,1993).

Analizando a concepção de cuidar como uma estratégia de permanecer vivo, a sociedade atualmente continua exibindo essa atitude de cuidado, porém de maneira mais complexa e refinada. Frequentemente, não avalia as repercussões, já que a batalha agora é mais acirrada e o indivíduo está mais focado em si mesmo. O conceito de bem-estar passou a estar associado à posse de objetos, à aquisição de bens materiais e, em algumas situações, não importa o preço a ser pago (WALDOW, 2008).

Cuidar envolve um deslocamento em direção a algo ou alguém que desperta interesse ou cuidado. A prática de cuidar é, portanto, uma atividade com um objetivo específico e definido Torralba (1998). Tanto o indivíduo que recebe cuidados quanto aquele que cuida contribuem para isso; há responsabilidade, comprometimento. O ato de cuidar precisa ser reciprocado pelo outro para ser considerado uma relação de cuidado, e sempre está relacionado a fornecer, promover o bem para outro indivíduo.

É uma atitude que nos motiva a agir, que nos impulsiona. Trata-se de uma ação ética que visa, conforme mencionado anteriormente, aliviar, satisfazer, auxiliar, confortar, dar suporte. (WALDOW, 2008).

2.1.1 Cuidado na Enfermagem

A área da enfermagem é fundamental, pois desempenha funções e responsabilidades únicas no cuidado da saúde (ROCHA; ALMEIDA, 200). O cuidado prestado pelos enfermeiros é visto como uma forma de comunicação que demanda conhecimentos específicos e compreensão do ambiente em que as pessoas estão inseridas (BERMEJO, 1999).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na formação da identidade do indivíduo, envolvendo sua saúde e a forma como ele cuida de si mesmo, além de sua percepção sobre o processo de saúde e doença, bem como a importância do ambiente de cuidados e das condições de saúde (AYRES, 2005). Nesse contexto, a comunicação entre os profissionais de saúde, os gestores e os pacientes são essenciais, conforme preconizado por uma das diretrizes desta política, a transversalidade (BRASIL, 2008).

Cuidar na enfermagem envolve utilizar esforços interpessoais de um indivíduo para outro, com o objetivo de cuidar, encorajar e manter a humanidade, auxiliando indivíduos a encontrar significado na doença, no sofrimento e na dor, assim como na vida. Além disso, significa auxiliar o próximo a adquirir autoconhecimento, controle e autocura, de modo que um senso de equilíbrio interno seja recuperado, independentemente das circunstâncias externas (WALDOW; LOPES; MEYER, 1998).

A atenção na área da enfermagem, nesse enfoque de empatia, assemelha-se aos princípios do humanismo latino ao reconhecer os indivíduos por sua habilidade de cooperação e solidariedade para com o próximo. Desse modo, oferecer cuidado tanto em nível pessoal quanto social é uma qualidade que faz parte dos princípios básicos da profissão de enfermagem. Portanto, dividir experiências e oportunidades com outras pessoas, especialmente aquelas que envolvem o maior bem, a vida, é um dos pilares do humanismo, que está intrínseco no cuidado de enfermagem (SOUZA *et al.*, 2005).

Ao integrar a assistência de enfermagem no cenário de um agir solidário diante da vida e da morte, a Enfermagem demonstra consideração pelas convicções éticas

individuais de cada pessoa ao mesmo tempo em que lida com os desafios e as felicidades provenientes da relação entre indivíduos. Ao atuar nesse contexto, por vezes intenso, o cuidado impulsionado pela solidariedade busca a harmonia e a estabilidade em suas diversas tarefas como prestadora de cuidados (SOUZA *et al.*, 2005).

A atenção de enfermagem tem como objetivo primordial promover e restabelecer o equilíbrio físico, emocional e social, ampliando as oportunidades de viver e se desenvolver, além de capacitar para adaptar-se às diversas formas de funcionamento viáveis para o indivíduo. Dentro desse contexto, o cuidado na enfermagem está inserido no contexto intergeracional, manifestando-se através de um conjunto de atividades, intervenções, objetivos, eventos e princípios que ultrapassam o tempo da execução. Portanto, abraça várias gerações, proporcionando-lhes realização e qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2005).

2.1.2 Cuidados Paliativos

É importante ressaltar que a palavra paliativo tem sua origem no termo latino *pallium*, que significa manto. Esse termo em particular expressa a essência dessa concepção: de proteger, amparar, cobrir, abrigar, quando a cura de uma doença específica não é mais viável. Ademais, no latim, *pallium* se refere às vestes utilizadas pelo Papa, o que demonstra uma conexão significativa desse termo com a história sagrada e espiritual (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Os cuidados paliativos possuem uma ligação histórica com o conceito de hospice. Este termo tem suas origens nos primórdios da era cristã, quando essas instituições desempenharam um papel na propagação do cristianismo pela Europa. Os hospices eram locais de acolhimento destinados a cuidar de peregrinos e viajantes, e o registro mais antigo remonta ao século V, com o exemplo de Fabíola, discípula de São Jerônimo, que cuidava de viajantes que chegavam da Ásia, África e países do leste, no Hospício do Porto de Roma.

Diversas entidades beneficentes surgiram na Europa durante o século XVII acolhendo necessitados, crianças órfãs e enfermos. Essa prática se espalhou por meio de instituições religiosas católicas e protestantes, e no século XIX começaram a adquirir características de hospitais. As Irmãs de Caridade Irlandesas estabeleceram o "*Our Lady's Hospice of Dying*" em Dublin em 1879 e a Ordem de Irmã Mary

Aikenheads inaugurou o "*St Joseph's Hospice*" em Londres em 1905 (SAUNDERS, 2004).

De acordo com Cicely Saunders, a origem dos Cuidados Paliativos modernos está relacionada com o primeiro estudo detalhado de 1.100 pacientes com câncer em estágio avançado que foram cuidados no St. Joseph's Hospice entre os anos de 1958 e 1965. Esse estudo descritivo e qualitativo se baseou em notas clínicas e gravações das experiências dos pacientes. Os resultados demonstraram que o alívio da dor era mais eficaz quando os pacientes recebiam medicamentos analgésicos regularmente, em comparação com aqueles que só os recebiam "se necessário". Os relatos dos pacientes confirmaram que o alívio da dor era genuíno (SAUNDERS, 2004).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou sua primeira explicação sobre Cuidados Paliativos: "Atenção completa e eficaz para pacientes cujas condições não respondem ao tratamento de cura. O foco está no controle da dor, de outros sintomas, além de questões psicossociais e espirituais. O principal objetivo dos Cuidados Paliativos é assegurar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e seus familiares". Essa definição foi atualizada em 2002 e substituída pela versão atual (MATSUMOTO, 2012).

De acordo com a revisão realizada em 2002 pela Organização Mundial da Saúde - OMS, a definição de Cuidados Paliativos é uma forma de cuidado que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que estão enfrentando doenças graves que ameaçam a vida, com medidas para prevenção e alívio do sofrimento. É importante identificar, avaliar e tratar precocemente a dor e outros problemas de ordem física, psicológica e espiritual (MATSUMOTO, 2012).

Os cuidados paliativos no Brasil iniciaram-se na década de 1980 e tiveram um aumento significativo a partir de 2000, com a consolidação dos serviços já existentes e a criação de novos. Novas iniciativas estão surgindo em todo o país constantemente. Considerando a extensão territorial e as grandes necessidades do Brasil, ainda há muito a avançar. Portanto, é nossa responsabilidade unir esforços para construir um futuro promissor para os Cuidados Paliativos, de modo que, em um futuro próximo, todos os brasileiros possam se beneficiar dessa prática benéfica (MATSUMOTO, 2012).

Ainda nas palavras do autor supra citado, o cuidado paliativo não segue protocolos, mas sim princípios. Agora não se menciona mais a fase terminal, mas sim a enfermidade que coloca a vida em perigo. Em 1986, a OMS divulgou os princípios

que orientam o trabalho da equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, que são os seguintes:

- ✓ Incentivar o alívio de desconfortos e sintomas indesejados:
- ✓ Defender a existência e encarar o falecimento como uma etapa natural do ciclo vital:
- ✓ Não é recomendado apressar ou postergar o fim da vida:
- ✓ Incorporar os elementos emocionais e religiosos no atendimento ao indivíduo:
- ✓ Proporcionar um sistema de apoio que permita ao paciente desfrutar ao máximo de sua vida, até o fim de seus dias.
- ✓ Disponibilizar um sistema de assistência para ajudar os entes queridos durante o período de enfermidade do paciente, bem como a lidar com o processo de luto.
- ✓ Abordagem interdisciplinar destinada a atender às demandas dos pacientes e seus familiares, oferecendo suporte durante o processo de luto.
- ✓ Aprimorar o bem-estar e exercer um impacto positivo na trajetória da enfermidade.
- ✓ É importante começar o tratamento logo no início, junto com outras formas de tratamento para prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e também realizar todas as investigações necessárias para entender e controlar melhor situações clínicas difíceis.

De acordo com a definição dos Cuidados Paliativos pela OMS, é necessário iniciar esses cuidados logo após o diagnóstico de uma doença séria. Dessa maneira, podemos garantir o melhor acompanhamento do paciente em todas as fases da sua condição de saúde, sem deixar de considerar os tratamentos e exames disponíveis na medicina atual. É fundamental utilizá-los de forma organizada, pesando sempre os benefícios que podem trazer e evitando possíveis efeitos negativos (MACIEL, 2008).

2.1.2.1 Cuidados Paliativos na Enfermagem

Enfrentar as adversidades em um contexto onde a cura e a prevenção de doenças são priorizadas é um desafio muitas vezes deixado de lado, gerando obstáculos no tratamento e acompanhamento de pacientes em estágio terminal.

Oferecer suporte a esses pacientes e seus familiares nesse momento é uma prática fundamental de cuidado à saúde, conhecida como Cuidado Paliativo (BRASIL, 2006).

No campo da Enfermagem, a comunicação se destaca como uma ferramenta de grande importância para a prática dos cuidados paliativos. Quando baseada em atitudes, cooperação, emoção e empatia, essa ferramenta se torna um impulsionador fundamental na relação entre o enfermeiro e o paciente em estágio terminal (MULLAN; KOTHE, 2010).

É importante ressaltar que a comunicação vai além das simples palavras e do conteúdo, pois inclui a escuta atenta, o olhar e a postura. O uso eficaz desse recurso é uma abordagem terapêutica comprovadamente eficaz para pacientes em fase terminal que necessitam desse tipo de assistência (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Para a área da saúde fornecer cuidados paliativos significa experimentar e compartilhar, de forma terapêutica, momentos de afeto e empatia, reconhecendo a possibilidade de proporcionar uma passagem digna para aqueles próximos da morte, garantindo apoio e acolhimento ao paciente nesse momento delicado. Oferecer um cuidado competente, especializado e personalizado no estágio final da vida de um paciente é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um atuando dentro de sua área de atuação (MONTEIRO; OLIVEIRA; VALL, 2010).

O enfermeiro possui conhecimento técnico-científico adequado para cuidar do paciente, pois durante sua formação acadêmica ele estudou disciplinas na área das Ciências Humanas que o prepararam para lidar com os sintomas e sinais apresentados pelos pacientes em todas as suas dimensões. Além disso, ele une a ciência com a arte de cuidar em sua prática diária (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

Com esse preparo, o enfermeiro é capaz de identificar precocemente os sinais e sintomas, agindo de forma paliativa para prevenir, aliviar a dor e outros sintomas estressantes, garantindo a preservação da vida e compreendendo a morte como um processo natural. Ele não deve antecipar a morte nem prolongar desnecessariamente o estágio final, mas sim incluir em seus cuidados aspectos psicossociais e espirituais (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2009).

É fundamental que o enfermeiro modifique sua abordagem, priorizando a escuta em vez da ação direta, buscando compreender, identificar necessidades e planejar ações. O ato de escutar vai além de ouvir, envolvendo o silêncio, gestos de carinho e sorrisos que demonstrem acolhimento e incentivem a expressão de

emoções. Em contextos de cuidados paliativos, é essencial que os enfermeiros valorizem a comunicação verbal e não verbal, além da escuta atenta, como ferramentas terapêuticas eficazes, apesar de nem sempre serem adequadamente utilizadas.

2.1.3 Cuidado Humanizado

A expressão humanização tem sido cada vez mais frequente na literatura de saúde, desde o início do século XXI, possivelmente devido às diretrizes recentes do Ministério da Saúde que visam implementar uma Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006).

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada, baseando-se nos princípios do protagonismo dos grupos, na interligação entre atenção e gestão e na transversalidade (HECKET; PASSOS; BARROS, 2009). Com o intuito de implementar práticas de cuidados em saúde mais humanizadas, a PNH foi criada para provocar uma transformação no cenário atual, que tende a valorizar excessivamente o modelo técnico-científico de saúde. Desde então, essa política tem promovido o desenvolvimento de uma abordagem mais humanística entre os profissionais, abrangendo a gestão, a atenção à saúde e a formação. Seu fundamento reside na superação do reducionismo da racionalidade biomédica, priorizando o encontro genuíno com o outro (BRASIL, 2004).

A respeito dos princípios de humanização frequentemente mencionados na escrita nos últimos tempos, as autoras perceberam que os principais significados atribuídos a essa expressão incluem a ética nas relações, o cuidado e a comunicação com o próximo, a consideração do tema como um conceito guia para ações; e a reflexão sobre os resultados da humanização (MEDEIROS *et al.*, 2004).

É sabido que tornar a assistência à saúde mais humanizada é um processo demorado que está diretamente relacionado a cenários em constante mudança e complexidade. Durante esse processo, surgem resistências por parte dos envolvidos, uma vez que a humanização exige alterações em comportamentos que foram historicamente enraizados, principalmente em ambientes conservadores como a área médica. Assim, são destacadas diversas responsabilidades que englobam práticas humanizadas de cuidado, como a responsabilidade social, o respeito e a defesa da dignidade humana e da saúde integral do indivíduo (NOGUEIRA; BOGUS, 2004).

No seu texto, a PNH destaca que a humanização vai além de proporcionar um atendimento de excelência, sendo fundamental integrar os avanços tecnológicos com as necessidades subjetivas dos pacientes, como a empatia, aprimorar os ambientes de cuidado e também melhorar as condições de trabalho dos profissionais da saúde (BRASIL, 2004).

Humanizar consiste em destacar o aspecto humano nas ações, o que implica em zelo, pois apenas o ser humano possui a capacidade de zelar de forma abrangente, isto é, de maneira instintiva e, ao mesmo tempo, consciente, combinando assim os elementos racionais e emocionais (WALDOW; BORGES, 2011). Dessa forma, humanização e zelo estão interligados. Por humano, entende-se a essência humana, gentil, humanitária, que carrega consigo o mesmo significado de humanidade, que inclui bondade, misericórdia e compaixão FERREIRA, 1986.

2. 2 ANÁLISE DO TERMO HUMANIZAÇÃO

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre o atendimento nas unidades de saúde revelou aspectos preocupantes, que evidenciam a deficiência na qualidade dos serviços oferecidos aos usuários. Essa situação foi apontada como uma das principais prioridades que o Ministério da Saúde precisou enfrentar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

Conforme analisado, em um país marcado por diversas realidades, desigualdades sociais e econômicas, nota-se a desvalorização do profissional da saúde, longas jornadas de trabalho, condições precárias, falta de atualização dos trabalhadores. No entanto, seria equivocado afirmar que a responsabilidade recai apenas sobre os profissionais de saúde, a má gestão também contribui para esse cenário desumano, somando-se à fragilidade do vínculo entre profissional e paciente (BRASIL, 2004).

Neste cenário de descontentamento dos usuários do Sistema Único de Saúde, percebeu-se a urgência de implementar uma política governamental que pudesse transformar essa realidade. Foi assim que surgiu o Programa Nacional de Humanização, conforme mencionado por Mello (2008).

Conforme Brasil (2010), em virtude de diversas batalhas pela melhoria da saúde pública, por volta do ano 2000 surgiu o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) visando aprimorar o atendimento nos hospitais do Brasil

e as condições de trabalho dos profissionais da área de saúde. Em 2003, foi implementado o Programa Nacional de Humanização com o intuito de colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano dos profissionais e da gestão, promovendo um melhor relacionamento entre gestores, profissionais e usuários do serviço.

Conforme Brasil (2013), o Ministério da Saúde define a Assistência Humanizada como aprimoramento da atenção na promoção da saúde e transformações na maneira de atender, além de mudanças na organização do trabalho.

Humanizar consiste em aprimorar a interação entre paciente e profissional da saúde, enxergando o paciente como um indivíduo completo, não apenas como portador de uma doença, durante os momentos de vulnerabilidade física e emocional. Em meio a tantas dificuldades e temores, é essencial que o profissional tenha competências tanto humanas quanto técnicas (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

De acordo com Brasil (2013), é imprescindível adotar estratégias compostas por diferentes eixos para garantir o sucesso na implementação da Política Nacional de Humanização (PNH). Dentre essas estratégias, destacam-se o investimento em recursos para a humanização, a elaboração de planos de governo estadual e municipal pelas instituições do SUS, a promoção da educação e qualificação profissional contínuas, a divulgação na mídia de discursos abrangentes sobre saúde, a ampliação do acesso à saúde e o apoio à realização de pesquisas relacionadas à humanização. Todos esses elementos em conjunto contribuem para que a sociedade possa desfrutar dos benefícios da Assistência Humanizada.

No entanto, essa abordagem pode ser vista como uma maneira de conduzir os procedimentos relacionados à saúde de forma inclusiva, atendendo a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e tomando medidas para suprir suas carências, orientando, quando necessário, o paciente e sua família para outros serviços de saúde para continuidade do atendimento (RIBEIRO, 2004).

De acordo com Brasil (2013), é realizado um estudo das questões e obstáculos existentes em cada setor de saúde, utilizando como referência as práticas bem-sucedidas de Humanização do SUS que obtiveram êxito, sendo essas práticas a base para as diretrizes da Política Nacional de Humanização, a qual é estabelecida com base em métodos, princípios e orientações.

Dentro do contexto descrito por Passos (2006), ele aborda a questão da humanização, entendendo a importância de valorizar os diferentes indivíduos envolvidos no processo. Isso inclui promover a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, aumentar o nível de corresponsabilidade, estabelecer laços solidários e participação coletiva na gestão, identificar as necessidades sociais, modificar os modelos de atenção e gestão do trabalho, com foco nas necessidades dos cidadãos e na promoção da saúde, bem como se comprometer com a qualidade do ambiente e a melhoria das condições de trabalho e atendimento.

2.2.1 Humanização na Saúde

O termo Humanização é utilizado há várias décadas e sob as mais variadas perspectivas, de acordo com Dora (1998), a humanização leva o profissional da saúde a ser, mais ético e comprometido, na sua prestação de serviços, sob essa ótica as instituições de saúde estar focada em respeitar os direitos dos pacientes, com isso fortalecendo a relação profissional/paciente.

A humanização se coloca também em um conceito importante no que diz respeito as práticas de saúde intervencionistas que considerem apoio emocional e fisiológico no que concerne ao atendimento de saúde de um modo geral (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005).

Numa outra opinião Brasil (2008), fala que a Política Nacional de Humanização (PNH), é um compromisso, uma edificação coletiva que só pode ocorrer com a elaboração e a troca de conhecimentos, por meio do trabalho em grupos com equipes multidisciplinares, identificando necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, bem como o reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, para buscar dar atendimento de qualidade as prioridades de saúde são utilizar as diretrizes do SUS, implementados a Política Nacional de Humanização, procurando prestar um atendimento resolutivo, humanizado e acolhedor, para os cidadãos que necessitam de atendimentos nos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Conforme Brasil (2013), o ministério da saúde fez um levantamento das dificuldades vivenciadas na saúde, e mediante resultados, tornou necessário tomar por modelo o SUS que dá certo, e dele saem às políticas que norteiam o programa nacional de humanização, que são transformadas em métodos, princípios e diretrizes.

Brasil (2002) relata que a humanização procura avaliar os clientes dos serviços de saúde como dados significativos no processo para o cuidar. Esse grupo de regras e diretrizes políticas arquitetadas pelo Ministério da Saúde (MS), buscam estreitar as relações entre quem cuida (profissionais) e quem recebe o cuidado (os clientes do SUS). O documento humaniza SUS assegura que a humanização é observada como política, elaborada como uma medida transversal, podendo haver troca de conhecimentos, bate-papo entre os profissionais de saúde, gestores e pacientes, para juntos trabalharem e atenderem as necessidades no processo saúde doença dos pacientes que procuram atendimento (BRASIL, 2002).

2.2.2 Humanização na Enfermagem

Conforme Cardoso e Hennington (2011), a questão da humanização no ambiente de trabalho dos profissionais da saúde é bastante contraditória, pois frequentemente esses indivíduos são tratados de maneira desumana, com salários desvalorizados, carga horária extenuante e falta de infraestrutura adequada, resultando em um desgaste físico e emocional, o que contribui para a falta de motivação no atendimento. Para humanizar, é preciso investir nos profissionais de saúde para que possam oferecer um atendimento mais humano.

Conforme mencionado por Assis (2008), diversos elementos impactam na excelência do serviço prestado, tais como a carência de recursos e a desorganização, ocasionando na impossibilidade da equipe em oferecer o tratamento adequado para promover a recuperação da saúde.

Segundo Brasil (2016), é essencial enxergar o profissional de saúde de forma especial, já que ele desempenha um papel fundamental nas políticas e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Sua atuação visa garantir que o paciente tenha sua saúde recuperada com eficiência e respeito, pois ele atua como a ligação entre a gestão e o cuidado. É importante que ele saiba reconhecer suas limitações e promover um ambiente de comunicação, visando valorizar sua atuação profissional.

A humanização da área da saúde implica no respeito à singularidade de cada indivíduo, personalizando o atendimento. Além disso, a humanização da saúde está relacionada com questões políticas e econômicas, ou seja, em busca de igualdade no acesso aos cuidados; também influencia a estrutura e o funcionamento das organizações no sentido de torná-las mais acessíveis, organizadas e confortáveis;

está ligada à competência dos profissionais de saúde e, por fim, ao cuidado do cuidador (BARMEJO, 2008).

Pois cuidar envolve sentimentos como amor, amizade e cura. Podemos dizer, portanto, que a cura não ocorre apenas através de procedimentos técnicos, mas principalmente pela manifestação do sentimento de amizade e amor, presentes no cuidado (CORBANI *et al.*, 2009).

De acordo com Salla (2004), é possível perceber que o cuidado humanizado varia de acordo com o profissional que o realiza. Fatores como estado mental e físico, cansaço e dificuldades podem influenciar seu desempenho e sua saúde mental. Por isso, é essencial que a responsabilidade de cada área seja atribuída ao número correto de profissionais, seguindo as diretrizes do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Dessa forma, é fundamental que os profissionais estejam aptos para ouvir os pacientes e dar atenção às suas necessidades, mesmo que pareçam simples, pois são essenciais para o bem-estar dos mesmos.

Esses fatores por sua vez não podem ser desconjuntados da intenção de proporcionar o bem ao paciente, de afetividade e envolvimento profissional com os preceitos do cuidado ético e digno. Humanizar, tanto no ponto de vista político, quanto no modo do cuidado individualizado é essencial que o profissional tenha a percepção das decorrências éticas do cuidado. Prestar o cuidar de forma digna requer uma inter-relação e a conexão de vínculos entre a equipe prestadora do serviço e a família encarregada de estabelecer uma comunicação mais direta e diminuir o estresse do cliente frente ao problema de saúde enfrentado (CAMPOS, 2002).

Mesmo assim, é crucial que o profissional da área da saúde, principalmente o enfermeiro, que tem a responsabilidade de cuidar diretamente do paciente, saiba se colocar no lugar do outro, utilizando essa empatia na prática e respeitando os princípios que guiam sua atuação. Assim, o respeito ao paciente é essencial para garantir um atendimento humanizado. É essencial para o profissional de enfermagem levar em conta tais princípios em sua rotina de trabalho, já que a ética inclui a motivação, ações, crenças, valores e objetivos, sendo também um guia que regula as relações entre as pessoas e promove a coesão social, ao harmonizar os interesses tanto pessoais quanto coletivos (SELLI, 1998).

O respeito pela autonomia implica em permitir que as pessoas decidam por si mesmas, enquanto a falta de consideração envolve atitudes que desvalorizam, insultam ou restringem a autonomia do próximo, levando a uma violação da igualdade

fundamental entre os indivíduos. Dessa forma, a qualidade do cuidado humanizado pode ser prejudicada quando um paciente tem sua liberdade desconsiderada.

Na nossa visão, a valorização da humanização nos cuidados prestados pela enfermagem e a humanização das relações no ambiente de trabalho na área da enfermagem são aspectos fundamentais, oriundos de uma evolução histórica, e não apenas uma tendência momentânea na profissão que trata superficialmente essa questão. Esses elementos do exercício na enfermagem desempenham um papel importante na promoção de um cuidado de alto nível, contribuindo para a criação de um serviço de saúde de excelência (COLLET; ROZENDO, 2003).

Para promover a humanização na prestação de cuidados de enfermagem, é fundamental considerar não apenas os conhecimentos técnicos e científicos, mas também uma postura ética que reconheça e respeite as necessidades individuais tanto do paciente quanto do profissional de saúde, levando em conta as limitações de cada um diante de situações que requerem intervenções na área da saúde (COLLET; ROZENDO, 2003).

Os métodos de humanização do cuidado e das relações de trabalho na enfermagem seguem uma lógica que promove uma cultura organizacional pautada pelo respeito, solidariedade, incentivo à independência e cidadania tanto dos profissionais quanto dos pacientes (BRASIL, 2001). A meta é promover ações de cuidado à saúde que evidenciem consideração pelo próximo como um indivíduo autônomo e digno, levando em conta as particularidades de cada pessoa envolvida, suas características únicas e as exigências específicas apresentadas em momentos diferentes (COLLET; ROZENDO, 2003).

2.3 CUIDADOS PALIATIVOS HUMANIZADOS NA ENFERMAGEM

O atendimento em cuidados paliativos exige de todos os profissionais uma postura ética e humanizada, a fim de cuidar de demandas física, emocionais, sociais e espirituais do paciente e seus familiares (NAVES; MARTINS; DUCATTI, 2021).

Os cuidados paliativos são aqueles que visam o alívio do sofrimento de pacientes que se encontram com doenças graves e colocam em risco a continuidade de sua vida. O amenizar da dor é baseado no controle de sintomas, sejam eles de ordem física, psicológica, social ou espiritual. Por este motivo, ressalta-se a importância da humanização nos cuidados paliativos e também da comunicação, pois

sem comunicação não há humanização e conseqüentemente não há um atendimento adequado (COLLET; ROZENDO, 2003).

Nesse sentido a humanização vem resgatar a essência do ser humano que deveria seguir como princípio buscar humanizar o ser humano, pois a humanização está na capacidade de falar e também de ouvir para viabilizar o diálogo nas relações humanas, com o intuito de conhecer o outro, buscar compreendê-lo em suas amplitudes, demandas e especificidades, para que então seja gerado o bem-estar de ambas as partes, tanto do doente que necessita dos cuidados quanto do cuidador (CAMARGO, 2012).

O cuidado paliativo deve estar associado ao cuidado humanizado, nesse sentido os profissionais da saúde, sobretudo os enfermeiros, precisam ver o paciente em sua totalidade, promover qualidade de vida, não adiar ou prolongar a morte, mas prestar uma assistência integral e individualizada que permita, ao paciente e aos seus familiares, meios para encarar e lidar de maneira positiva com a situação enfrentada naquele momento, pois esses pacientes se encontram fragilizados, necessitando de cuidados especiais para lidar com a dor e o sofrimento que a doença causa (VICENSI; SCHMITZ, 2016).

Portanto, o enfermeiro precisa possuir além de aptidões técnicas, empatia e sensibilidade para prestar uma assistência ética e humanizada pautada às reais necessidades do paciente em cada fase do tratamento, considerando dessa forma as suas individualidades, enxergando-o como protagonista no planejamento da assistência, preservando seu direito de escolha (SILVA; CRUZ, 2011).

No âmbito dos cuidados paliativos, a comunicação realizada de forma adequada é considerada como um pilar fundamental para a implementação de tal prática. Trata-se de um suporte que o paciente pode empregar para expressar seus anseios. Para isso, precisa de um cuidado integral e humanizado, que só é possível quando o profissional recorre às suas habilidades de comunicação, essencialmente, com o paciente em fase terminal, para estabelecer uma relação efetiva com ele (JACOBSEN; JACKSON, 2009).

2.4 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O cerne da enfermagem reside no ato de cuidar. Ao considerá-lo como foco de atuação, é imprescindível que seja eficaz e prestado de maneira humanizada. No

estabelecimento do cuidado, é fundamental que seja sistematizado e holístico, visando garantir a qualidade da assistência e o cuidado emocional. Isso evidencia a importância da sensibilidade dos profissionais ao executarem os cuidados, percebendo as manifestações verbais e não-verbais do paciente, o que pode auxiliar o enfermeiro a identificar suas necessidades individuais (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

A hospitalização, mesmo que tenha como principal finalidade realizar diagnósticos e tratamentos, em diversas situações pode resultar em problemas físicos, emocionais e sociais para o paciente, frequentemente decorrentes do afastamento e isolamento de sua rotina habitual e da convivência com um ambiente estranho, gerando insegurança e ansiedade (GRAZZIANO; BIANCHI, 2004).

Assim, a comunicação desempenha um papel fundamental para oferecer um cuidado de qualidade ao paciente e sua família durante o processo de internação, evitando situações de estresse e aflição. Nesse sentido, o enfermeiro é treinado para identificar a interação enfermeiro-paciente-família, promovendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos os envolvidos, o que contribui para uma assistência humanizada (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Nesta situação, cabe ao enfermeiro o compromisso e a responsabilidade de envolver as famílias nos cuidados de saúde. A importância que a família atribui ao bem-estar e à saúde de seus integrantes, assim como sua influência sobre a doença, exige que este profissional leve em consideração a assistência centrada na família como parte essencial da prática de enfermagem (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2005).

É importante que a comunicação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares contribua para estabelecer um vínculo de confiança e alcançar resultados positivos na prestação de cuidados de qualidade. O papel do cuidador é fundamental, pois ele deve ter a capacidade de escutar, estar presente e demonstrar empatia pelo outro indivíduo. Dessa maneira, ambos os envolvidos se fortalecerão e poderão identificar juntos a melhor solução para o problema de saúde (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Em virtude da elevada demanda que pode tornar a prática do cuidar muitas vezes impessoal, ocultando o prazer do ser e do fazer da enfermagem. A atenção com os aspectos administrativos do cuidado consome parte significativa do tempo de trabalho do enfermeiro, afastando-o de seus objetivos. Como resultado, o cuidado ao

paciente atribuído a outros profissionais deixa de envolver a família como colaboradora nessa assistência (LINO, 2004).

É fundamental que os cuidadores priorizem o bem-estar de pacientes e familiares, reconhecendo a relevância do vínculo, da presença, da comunicação e da atenção de qualidade. Quando os profissionais de enfermagem delegam tarefas administrativas e se comprometem de forma integral com os cuidados humanos, aliados ao conhecimento técnico-científico, conseguem obter resultados mais favoráveis no processo de humanização da assistência (PAULA; FUREGATO; SCATENA, 2000).

Diz respeito a um ponto essencial para intermediar as relações humanas, promover a sustentabilidade e a consolidação da autonomia diante das perspectivas individuais, e se configura como um elemento diagnóstico e terapêutico, capaz de identificar demandas assistenciais e acolher terapeuticamente, proporcionando fortes vínculos dos profissionais de enfermagem com os pacientes no final da vida e com suas famílias.

A equipe de enfermagem, por vezes, assume posição de detentora do conhecimento, não se organizando para incluir o familiar acompanhante em uma abordagem de cuidados planejada, compartilhada. Ao invés disso, o que se observa é a ocorrência de uma simples divisão de tarefas ou, em outros casos, a transferência de responsabilidades. Transmite ao outro (ao familiar acompanhante) o que deve ser feito e como deve ser feito. Dita as regras que devem ser compreendidas como corretas e rigorosamente seguidas.

Assim, por meio de estratégias de inclusão do acompanhante no planejamento de cuidados, serão ampliadas as oportunidades de sua participação efetiva, ajudando na recuperação do paciente. Além disso, podem reduzir os conflitos, muitas vezes presentes, entre a equipe de enfermagem e esse familiar (CAMACHO; SILVEIRA; SABÓIA, 1998).

Durante a internação, as famílias muitas vezes se deparam com uma série de sentimentos conflitantes. Elas se veem envoltas em incertezas, nem sempre tendo a chance de expressar seus sentimentos e expectativas em relação ao diagnóstico ou tratamento do seu ente querido hospitalizado. Enquanto isso, os profissionais de enfermagem enfrentam uma carga de trabalho pesada. É importante que o enfermeiro apoie a presença do acompanhante, pois se a família não se sentir acolhida e a equipe

de saúde demonstrar indiferença aos seus sentimentos e necessidades, a família poderá dificultar o cuidado adequado.

Nestas circunstâncias, as interações e os momentos de conversa são essenciais para o estabelecimento da relação de cuidado, já que ao compartilhar as preocupações e o sofrimento do outro, esses profissionais conseguem enxergar o familiar sob uma nova perspectiva, passando a considerar suas necessidades, suas vontades, seus desejos, suas angústias e questionamentos sobre o que é possível ou não realizar no ambiente hospitalar, visando proporcionar um melhor conforto ao seu ente querido doente (SQUASSANTE; ALVIM, 2009).

A literatura destaca que o enfermeiro, ao fornecer assistência de maneira integral ao paciente, usando a comunicação como uma ferramenta para construir uma relação de confiança, atendendo às suas necessidades e enfrentando perdas, doenças, incapacidades e a morte. Esse fortalecimento resulta no cuidado, promovendo conforto, alívio da dor e preservando a autoestima do paciente. Dessa forma, ao estabelecer relação com o paciente com base na confiança, o enfermeiro favorece um vínculo de cuidado com ele, que fundamenta o relacionamento interpessoal, sentindo-se realizado e satisfeito com a missão cumprida (TOMLINSON *et al.*, 2006).

Observa-se que a interação com o paciente e seus familiares é essencial para que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, possam fornecer um atendimento de excelência. Somente por meio de uma comunicação eficaz com todos os envolvidos é que eles estarão capacitados para incluí-los de forma adequada no tratamento dos cuidados paliativos.

Além disso, disponibilizar um sistema de apoio que incentive o indivíduo a viver de forma ativa até o último momento de sua vida, assim como apoiar a família e entes queridos a se sentirem acolhidos durante todo o processo da doença e respeitar a autonomia do paciente com ações que promovam sua autoestima e garantam uma morte digna, no local escolhido pelo paciente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2009).

Percebe-se que a interação com o paciente e seus familiares é fundamental para que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, consigam proporcionar um atendimento de excelência. Somente por meio de uma comunicação eficaz com todos os envolvidos é possível incluí-los adequadamente no plano de cuidados paliativos (LIMA; SILVA; SILVA, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura de caráter descritivo, a fim de relatar a atuação e contribuição do enfermeiro, em cuidados paliativos humanizados. A Metodologia apresenta como deve ser desenvolvido o estudo. Conforme afirma Andrade (2010, p. 23) “a metodologia, é o conjunto de métodos e/ou caminhos que são cursados em busca de conhecimento”. No estudo será definida a classificação da pesquisa e os instrumentos para o seu desenvolvimento.

Esse estudo constitui-se de uma revisão bibliográfica, cujo percurso metodológico foi percorrido por meio de leituras exploratória. Observa-se que esse tipo de leitura, segundo Minayo (2006), procura fazer análises e resumo de todas e quaisquer informações que são disponibilizadas por estudos importantes sobre um assunto. Onde, foi feito um levantamento do conjunto de materiais publicados por autores sobre cuidados paliativos humanizados. A seleção destes estudos foi apenas com artigos e revistas que estavam disponíveis pela internet.

Gil (2007) confirma quaisquer pesquisas do tipo exploratória tem como principal objetivo desenvolver, elucidar e modificar opiniões e ideias, uma vez que a formulação dos problemas mais precisos ou hipóteses sejam pesquisáveis para estudos futuros”.

3.2 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Após a classificação de todo material bibliográfico, realizou-se a leitura exploratória, e com isso obter uma visão mais global do material, considerando o interesse, como também o não interesse para com pesquisa. Todos os estudos escolhidos permitiram estabelecer qual material bibliográfico realmente era significativo à pesquisa, sendo então selecionados, como também citados no transcorrer dessa pesquisa.

Para a busca dos materiais foram utilizadas as seguintes palavras: chaves; Cuidado; Humanização; Família; Enfermagem. De acordo com os autores Martins e Theóphilo (2009) onde os mesmos afirmam que amostra é o subconjunto da população. Beuren (2003), num estudo feito afirma que se torna, inexequível usar o

universo em sua totalidade, pois desta forma deve-se usar uma fração deste universo na pesquisa e, portanto, o universo foi a escolha das palavras chaves.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

Durante uma pesquisa bibliográfica, é fundamental garantir que as fontes utilizadas sejam confiáveis, o que torna essencial uma avaliação crítica para determinar a qualidade dos artigos e assim julgar a relevância de seus resultados (GIL, 1999). Recomenda-se iniciar a leitura crítica do material com uma abordagem exploratória, seguida por uma análise seletiva, para então conduzir uma leitura analítica e, por fim, uma leitura interpretativa (GIL, 2010).

Foram analisadas minuciosamente as fontes bibliográficas de todos os estudos pesquisados e que foram considerados pertinentes para o presente trabalho. Todos os autores foram devidamente mencionados conforme as informações contidas nos artigos, seguindo as diretrizes estabelecidas.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a coleta de dados, foram usados itens disponíveis eletronicamente na íntegra, feita também através das bases de dados: Literatura (ou Latino-Americana, como também do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no Google e Revista Digital. Os critérios de inclusão dos artigos foram: Artigos originais com resumos disponíveis na íntegra, no idioma português que enfocassem aspectos relacionados ao tema proposto. Foram excluídos artigos localizados em duas ou mais base de dados, artigos que foram duplicados, em editoriais, cartas ao editor, em boletins epidemiológicos e capítulos de livros.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender, os preceitos éticos de um estudo de revisão literária, todos os autores foram utilizados nesta pesquisa, estão sendo minuciosamente referenciados no corpo do texto, e na lista de referências, sempre respeitando a lei de direitos autorais, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Ressalta-se que esse estudo, não será submetido, ao Comitê de Ética, por ser uma revisão de obras literárias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar os dados, foi feita uma leitura analítica, com a finalidade de selecionar textos e ordená-los de maneira que, contribuam para solucionar os problemas propostos. Para tal, há a necessidade de uma leitura integral do texto, realçando as ideias-chave, e colocando-as em ordem de importância, para extrair a ideia principal do autor, por meio de síntese (GIL, 2010). Essa síntese analítica, segue dividida como nos quadros 3, 4 e 5 conforme os objetivos propostos nessa pesquisa. Pontua-se que alguns estudos foram utilizados em mais de uma categoria em virtude da amplitude da abordagem dos textos.

4.1 A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO PALIATIVO HUMANIZADO

Nos últimos anos, no âmbito da assistência de enfermagem vem sofrendo mudanças em seus processos de trabalho, que modificaram gradativamente, tais processos, fizeram o paciente deixar de ser visto apenas como uma doença ou um leito, e este passou a ser visto como um todo de forma individualizada, e a enfermagem passou a identificar as necessidades de cada paciente. E é pela comunicação estabelecida com o paciente, que o enfermeiro poderá compreendê-lo como um todo, seu modo de pensar, sentir e agir (STEFANELLI, 1993).

Quadro 1 - Distribuição dos artigos segundo o autor e Título da obra.

AUTOR (ANO)	TÍTULO DA OBRA
Stefanelli (1993)	Comunicação com paciente – teoria e ensino
Araujo e Silva (2019)	Cuidados paliativos: a comunicação como ferramenta no atendimento humanizado
Trevisan (2004)	Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro
Cianciarullo (2012)	Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência
Doenges e Moorhouse (2012)	Diagnóstico e Intervenção em enfermagem
Morais (2009)	Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado
Rezende, Gomes e Machado (2014)	A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos.
Araujo e Silva (2019)	Cuidados paliativos: a comunicação como ferramenta no atendimento humanizado
Santos <i>et al.</i> (2014).	Comunicação em Cuidados Paliativos: Revisão integrativa da literatura.
Freitas (2017).	Cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga.

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho (2024).

Numa pesquisa feita por Araújo e Silva (2019), analisando a publicação de 12 artigos científicos tratando sobre a importância da comunicação em cuidados paliativos como ferramenta para um atendimento humanizado é notório que a comunicação é essencial para um atendimento humanizado e que o seu uso correto deve e pode trazer resultados positivos para o paciente, equipe que o assiste e também para os seus familiares.

Os autores sintetizam que esse recurso “comunicação” deve ser uma “ponte” para novas práticas de atendimento no serviço de saúde, em especial, saúde pública. Nesse sentido, a construção das relações deve ser horizontais, baseada na ética, no respeito à autonomia do paciente, que deve ter a nossa atenção voltada para ele, não para a sua doença. Isso pode ser um fator determinante entre uma morte digna, ou não. É notável que no Brasil, morre-se muito mal. Em muitos casos, a falta de comunicação ou uma comunicação com ruídos pode ser preponderante para que isso aconteça.

Trevisan (2004) reforça que para a enfermagem a comunicação é um ato de competência que deve ser praticada diariamente entre os profissionais de saúde. No campo da enfermagem, essa atribuição é necessária em todas as ações das quais a enfermagem está incumbida a realizar, pois esta influencia diretamente o relacionamento com o paciente. Assim, a comunicação está presente em todas as ações desempenhadas com o paciente, seja para prestar-lhe uma informação, um apoio, orientar-lhe, atendê-lo ou confortá-lo (TEIXEIRA, 2004).

Para Cianciarullo (2012), a comunicação no relacionamento com os cuidados do paciente, deve ser utilizada como um instrumento de ajuda terapêutica, mas para que isso seja autêntico, é preciso que o enfermeiro tenha conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente.

Em vista disso, para que esse envolvimento com o paciente possa fluir de maneira satisfatória, deve então o enfermeiro, falar quando necessário, saber escutar, dar abertura para realização de perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades, conversar com o paciente e mostrar interesse (CIANCIARULLO, 2012).

Esse tipo de comunicação promove a assimilação dos problemas por parte do enfermeiro e consente uma melhor assistência ao paciente. Assim, deve fazer um planejamento, com estabelecimento de metas e procurar selecionar as intervenções

mais condizentes à elaboração de um plano de cuidados, bem como a prestação de uma assistência qualificada de enfermagem (DOENGES; MOORHOUSE, 2012).

Já nos comentário de Moraes (2009), comunicação é sim um instrumento básico e é tida como uma ferramenta imprescindível para a humanização da assistência em enfermagem ao doente, devendo esse instrumento ser percebido, tanto a partir da linguagem “verbal” quanto da “não-verbal”, pois toda a observação do sistema de comunicação verbal possibilita ao profissional de enfermagem, uma relação com o paciente, onde se possa também perceber características da comunicação não-verbal, sendo estas reveladas através de sinais, gestos e movimentos que expressam mensagens.

Dessa forma, o enfermeiro possa compreender as reais necessidades do paciente, e o paciente que precisa de cuidados paliativos, muitas vezes já não conseguem uma comunicação eficaz, cabendo ao enfermeiro a aptidão de uma assistência humanizada pela percepção de sinais e sintomas dos mesmos.

Ao tratar sobre humanização, esta deve estar inserida em um conjunto de habilidades que o profissional necessita adquirir ou desenvolver para atuar em Cuidados Paliativos, destaca-se a comunicação. Ela sempre foi primordial nas relações humanas. Por meio dela, profissionais de saúde podem desenvolver uma escuta singular que permita apreender todas as demandas dos pacientes.

Na medida em que há um avanço na comunicação, o vínculo profissional-paciente é estabelecido. Desse vínculo, nasce a confiança tão necessária na relação de ajuda que é essencial no ambiente hospitalar, onde geralmente o paciente despido da sua identidade, sendo “transformado” apenas em um número, e, ao mesmo tempo é atravessado por um turbilhão de sentimentos e emoções (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

Segundo Rennó e Campos (2014), existem várias barreiras (Falta de condições de trabalho adequada, salários defasados, dupla jornada, falta de envolvimento por parte de alguns profissionais, insatisfações diversas, falta de ética) que podem dificultar ou tornar essa comunicação ruidosa, o que traria prejuízos para os pacientes. Esses ruídos tendem a dificultar a fluidez tão necessária na comunicação entre pacientes, profissionais de saúde e familiares, levando a um atendimento não humanizado.

Os autores argumentam que a comunicação é uma ferramenta eficaz para transpor, romper esses obstáculos e barreiras, e que pode impedir que ocorra

verdadeiramente um acolhimento total. Ou seja, é através do emprego apropriado desse recurso, que de fato ocorre um atendimento humanizado, centrado no sujeito e em todo o mundo que envolve a sua subjetividade e seus direitos. Tornando as relações do paciente, profissional de saúde e familiares horizontais, democráticas.

Assim, a comunicação pode ser entendida como um meio de interação e compreensão de mútua influência entre dois ou mais indivíduos, partilhando ideias, pensamentos ou divergindo entre si. Essa interação pode ser de forma verbal, e, quando se dá de forma satisfatória, se traduz em um diálogo esclarecedor, onde, dúvidas e inquietações são esclarecidas. Havendo uma melhor compreensão de seu quadro clínico por parte do paciente, trazendo mais clareza e diminuindo possíveis tensões advindas do seu estado de saúde atual.

Por sua vez, a comunicação não verbal pode fortalecer a relação paciente e equipe de saúde e estabelecer uma confiança recíproca. A mesma se dá através de gestos, expressões faciais, contato físico como o toque principalmente nas mãos, braços e ombros (SANTOS *et al.*, 2014).

Outro ponto observado é que falta aos profissionais que já estão atuando no mercado de trabalho, a aquisição de novos conhecimentos através de cursos de atualização ou de capacitação e que estejam abertos a “novas” práticas de cuidar. Que são baseados no diálogo, afeto, respeito e na empatia. Ou seja, um atendimento humanizado (FREITAS, 2017).

4.2 A FAMÍLIA COMO INTEGRANTE DA ASSISTÊNCIA EM CUIDADO PALIATIVO

Segue a segunda análise a ser discutida mediante um estudo feito por Matos e Borges (2018), o estudo contou com o depoimento de dez enfermeiros que trabalhavam na ala de cuidados paliativos do Hospital de Apoio de Brasília (HAB) O HAB faz parte de uma rede denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal e é especializado no cuidado paliativo de pacientes com câncer em estágio avançado. Esse estudo foi extraído na dissertação de mestrado intitulado Percepção dos enfermeiros acerca do significado dos cuidados paliativos. Outros autores, como exposto no quadro 2, também colaboraram com a categoria em análise.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos segundo o autor e Título da obra.

AUTOR	TÍTULO DA OBRA
Borges (2018),	Família como integrante na assistência em cuidados paliativos
Germano; Meneguín (2013)	Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos
Ferreira et al., (2014)	A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores
Floriani (2004).	Cuidador familiar: sobrecarga e proteção.
Menezes (2004).	Em busca da boa morte - Antropologia dos Cuidados Paliativos.
Encarnação Farinasso (2014)	A família e o familiar cuidador de paciente fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa
Magalhães e Franco (2012).	Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos.

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho (2023).

Conforme os participantes da pesquisa de Borges (2018), é evidente que o suporte emocional e a presença da família são fundamentais durante o processo de doença e proximidade da morte. A presença dos familiares transmite ao paciente uma sensação de segurança, de não estarem sozinhos e de conforto com algo ou alguém que vai além da sua condição de saúde. Conviver com um paciente sem chances de cura acarreta mudanças na rotina e gera ansiedades e tensões nos familiares, que passam a dedicar-se integralmente aos cuidados. Muitas vezes, as famílias assumem funções anteriormente desempenhadas pelo paciente, o que pode sobrecarregá-los ou até mesmo afetar suas próprias responsabilidades em função dos cuidados prestados.

Destaca-se que, ao dar início aos cuidados paliativos e melhorar a qualidade de vida diante da proximidade da morte, os familiares percebem que algo está sendo feito, ainda que não compreendam totalmente a situação. As mudanças no tratamento com foco no alívio da dor, no conforto físico e emocional trazem uma sensação de melhora para o paciente. Isso, por vezes, leva os familiares a terem expectativas irreais de cura. A equipe de Enfermagem também trabalha continuamente para ajudar a esclarecer a diferença entre cuidados paliativos e curativos (BORGES, 2018).

Germano e Meneguín (2013) defendem a ideia de que a família é composta por um indivíduo ou grupo de pessoas que servem como alicerce social, ligando-se ao paciente através de laços legais ou sanguíneos. Mesmo diante da iminência da morte,

quando a família se encontra emocionalmente fragilizada, ela mantém a responsabilidade e um papel crucial no processo de decisão (GERMANO, 2013).

De acordo com Ferreira *et al.* (2014), o familiar ou cuidador é visto como parte integrante do contexto de cuidados, uma vez que, devido à complexidade da situação, o cuidador adota uma postura atenta, fazendo questionamentos e demonstrando curiosidade e insegurança. Todavia, essas atitudes podem ser mal interpretadas, muitas vezes, como intromissão, rigidez e incômodo pela equipe de saúde, que se sente incomodada com as perguntas feitas pelo familiar sobre o estado do paciente.

Segundo Germano Meneguim (2013), é fundamental que a família esteja envolvida desde o início no cuidado do paciente, especialmente quando ele ainda mantém suas funções neurológicas intactas. Dessa forma, é possível manter a ética no processo de cuidado, respeitando a autonomia do paciente mesmo em fases avançadas da doença, quando ele já não consegue mais se expressar.

Considerando a relevância da qualidade de vida dos parentes do indivíduo necessitado de cuidados paliativos e do apoio para lidar com esse processo, é fundamental compreender o papel do cuidador familiar, levando em consideração a subjetividade envolvida nessa responsabilidade. Ter esse entendimento pode resultar em uma assistência mais eficaz e, por conseguinte, em uma melhor abordagem no cuidado prestado (FLORIANI, 2004).

A partir do entendimento dos Cuidados Paliativos, esses familiares se tornam alvos de atenção por parte da equipe, passando a fazer parte do grupo de "cuidadores". Com a perspectiva de o familiar se tornar parte integrante da equipe, é necessário que ele internalize os princípios fundamentais dos cuidados paliativos, assuma a responsabilidade pelos cuidados e adote novas posturas diante do paciente e da doença (MENEZES, 2004).

Segundo Menezes (2004), a integração da família nos cuidados paliativos implica na criação de duas novas perspectivas: a participação do familiar como parte da equipe de cuidados e a consideração do paciente como alguém sem mais opções terapêuticas, direcionado ao tempo que lhe resta. A presença da família torna-se essencial no contexto dos Cuidados Paliativos, ao contrário do modelo anterior em que apenas a equipe era responsável pelo cuidado. Além de prover cuidados, teoricamente, a família deve conseguir conciliar essas responsabilidades com a gestão de sua própria vida, preservando o autocuidado e reservando tempo para seus relacionamentos.

Assim como em qualquer família, o cuidador e o paciente mantêm uma relação estreita e significativa. É notável a relevância desses cuidadores para o doente, já que cabe a eles a responsabilidade de tomar as decisões finais na vida do paciente, sendo fundamental que estejam presentes ao longo de todo esse percurso (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014).

De acordo com os escritores, a qualidade de vida do indivíduo responsável pelo cuidado está diretamente ligada ao seu nível de dedicação, pois ao assumir essa tarefa de forma voluntária, é possível promover o bem-estar e a serenidade, resultando em satisfação para o familiar cuidador e beneficiando o enfermo.

Além disso, é crucial notar segundo os estudos de Magalhães e Franco (2012) que a interação com a equipe é vista como um obstáculo para os familiares que têm um ente querido hospitalizado, sugerindo que nesse cenário essa interação se torna hierárquica e a família muitas vezes ficará dependente dos profissionais de saúde ou se submeterá a eles.

Magalhães e Franco (2012) explicam que em contraste com a internação domiciliar, onde essa relação é mais harmoniosa e a equipe atua como facilitadora, prevendo que esse laço será especial, com maior abertura na comunicação assim que o profissional entra na casa do paciente. Este estudo nos ajuda a compreender a vivência do cuidador familiar do paciente terminal, levando em consideração a perspectiva de cada indivíduo que desempenha o papel e como cada um interpreta essa função.

Foi percebido que nem sempre esse papel é uma escolha, o cuidador é designado pela família, devido a fatores como tempo, recursos financeiros, ou mesmo por falta de conhecimento, ou pela própria vontade do paciente, assumindo muitas vezes uma responsabilidade sem preparo, por obrigação, ou como uma missão importante e de gratidão, é fundamental que a família seja vista como parceira no cuidado ao paciente sem chance de recuperação, e diante dos obstáculos encontrados nessa situação, ela se reorganiza, se adapta para restabelecer sua estabilidade, sendo que é esse cuidador familiar que ajudará a amenizar o sofrimento nesse processo (MAGALHÃES; FRANCO, 2012).

4.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EXECUÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS HUMANIZADOS

E por fim, a terceira e última análise, inicialmente sendo abordada por Franco *et al.* (2017), e as demais discursões feita pelos autores dispostos no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição dos artigos segundo o autor e Título da obra.

AUTOR	TÍTULO DA OBRA
Franco <i>et al.</i> (2017)	Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer
Martins <i>et al.</i> (2010)	Humanização em cuidados paliativos e na dor.
Silva (2005)	O amor é o caminho.
Almeida e Garcia (2015)	O uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos no Brasil: Revisão integrativa.
Gomes e Othero (2016)	Cuidados paliativos.
Mezzomo (2012).	Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.
Maciel <i>et al.</i> (2006)	Crítérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil.
Viero <i>et al.</i> (2012)	O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência

Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho (2023).

A atuação da Enfermagem é essencial para garantir uma assistência humanizada, pois o enfermeiro deve estar atento às reais necessidades do paciente, sendo capaz de identificá-las de maneira rápida, seja através da linguagem verbal ou não verbal, e providenciando o melhor suporte possível. Quando necessário, é importante que ele tenha voz ativa e conte com a colaboração de uma equipe multidisciplinar. Para isso, é fundamental que o profissional compreenda a importância dos Cuidados Paliativos, assim como seus princípios que os diferenciam da abordagem convencional, com foco em intervenções curativas.

Isso indica que a prestação de cuidados humanizados deve estar centrada em uma gestão eficaz do plano de tratamento e da condição do paciente, no entanto tudo isso é determinado pelo código moral que a profissão impõe ao profissional, uma vez que há situações em que ele terá que lidar com conflitos internos que não são apenas éticos, mas também pessoais, envolvendo sua própria moral. Um exemplo disso é a comunicação honesta com o paciente e sua família, o que resulta em confiança nos serviços oferecidos (SOUSA, 2015).

Outro ponto levantando em um Hospital da cidade de Maringá (2011), os depoentes da pesquisa procuram executar cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes de acordo com suas necessidades, que são preservar, manter o bem-estar físico, emocional e espiritual a fim de que atinja, ao máximo possível, uma boa qualidade de vida até a sua terminalidade.

Diante dessa afirmativa Martins (2010) diz que é percebível o cuidar do enfermeiro que não apenas se preocupa com a dor física, mas também da dor emocional, que traz igualmente grande sofrimento ao doente. A humanização mediante uma assistência paliativista tem o desafio de cuidar do paciente com competência humana e científica, reivindicando a necessidade da inserção de forma imperativa na saúde brasileira.

Dados de 12 artigos publicados na revista Augustos, partir da leitura dos artigos, alguns autores como Almeida e Garcia (2015) e Gomes e Othero (2016) narram o quanto os Cuidados Paliativos são precários e embrionários em nosso país, apesar de sua importância. Segundo os autores, não existe no Brasil uma política de Estado estabelecida em relação aos cuidados paliativos. São observados pequenos avanços nesse sentido, alguns por entidades de classe, como por exemplo, o CFM, que publicou algumas resoluções diretamente ligadas à temática dos Cuidados Paliativos. Apesar disso, o que se observa são ações ou polos de provisões isoladas ou fragmentadas, onde, a grande maioria é oferecida pelo SUS, com uma concentração na região sudeste do Brasil, onde estão os estados de maior concentração de renda do nosso país.

Segundo as ideias de Silva (2005), a valorização do atendimento ao próximo e das conexões entre os membros da equipe resulta em uma transformação positiva nessas relações de trabalho, com o objetivo de torná-las mais benéficas, valorizando e priorizando o desenvolvimento pessoal dos profissionais, de modo a promover um cuidado mais humano e baseado em princípios éticos.

É inútil uma unidade de saúde ter uma infraestrutura moderna e equipamentos de última geração, juntamente com uma gestão eficiente e criativa, se não estiver focada em atender às necessidades dos pacientes e dos funcionários. Antes de pensar em estrutura física e equipamentos, é essencial valorizar as relações interpessoais, pois é a partir delas que uma abordagem humanizada começará a se desenvolver (MEZZOMO, 2012).

A luz da literatura concernente aos Cuidados Paliativos é fato indubitável de sua importância para aqueles que estão vivenciando e enfrentando em suas vidas, momentos adversos ou possivelmente derradeiros de sua existência. Esse tipo de cuidado que dá dignidade, independência e autonomia ao paciente, deve ser ofertado por uma equipe multidisciplinar, que tenha acima de tudo, empatia para com o próximo e habilidades em lidar com a dor e sofrimento alheio. Sendo necessário a estes profissionais que desenvolvam com os seus pacientes, o estabelecimento de vínculos que possibilitem à equipe a promoção de uma escuta qualificada, que conheçam e valorizem as ideias destes pacientes (ARAUJO; SILVA, 2019).

Nesse viés, Maciel *et al.* (2006) é imprescindível que a formação dos profissionais da saúde tenha foco no trabalho em equipes, pensando na complexidade da abordagem em Cuidados Paliativos e também em conformidade com a proposta da PNH. Assim, os Cuidados Paliativos devem englobar a educação continuada, levando em consideração habilidades individual e do grupo, capacitando os profissionais a atuar com a interação em cinco aspectos do cotidiano da prática paliativa: com o paciente, a família, a equipe de saúde, a sociedade e o sistema de saúde

Santos *et al.* (2010), ainda acrescentam que esses cuidados paliativos incidem em confirmar a importância da vida, levando em conta a morte como um procedimento, mas natural, não utilizando fatores que aumente o sofrimento ou reduzam o tempo de vida, rejeitando as futilidades sobre análises e terapias, controlando a dor e outros indícios, que integram os aspectos clínicos, psicológicos, sociais e espirituais que por sua vez possam influenciar o modo como se vê e o controle dos sintomas.

5 CONCLUSÃO

Entender a real importância dos cuidados paliativos no contexto social em que o Brasil está inserido é de suma importância. Por mais que o senso comum, e muitos profissionais de saúde compreendam os cuidados paliativos como um “quebra galho”, ou que não há mais o que fazer por esse indivíduo diante um diagnóstico irreversível. Percebe-se que há muito a ser feito no Brasil no sentido de disseminar, propagar e informar a respeito de tais cuidados e de levar a diante a bandeira da filosofia paliativista. Vale salientar que cuidados paliativos não estão ligados a abreviação da vida, mas sim, a qualidade de vida e de uma morte digna, observando e respeitando o direito do paciente e autonomia desse sujeito.

Seguindo este pesar, este estudo permitiu constatar que os pressupostos dos cuidados paliativos, no que tange à humanização do cuidado no ambiente hospitalar, transcendem o poder tecnológico, em que doente e sua família são transformados em objetos de cuidado e fonte de lucro para muitas instituições de saúde, perdendo, assim, sua identidade pessoal.

Aprendemos também que cabe ao enfermeiro, em conjunto com toda a equipe de saúde, buscar o bem-estar biopsicossocial e espiritual do doente e família, pois cuidar não é somente buscar a cura, mas é, principalmente, procurar entender o doente em suas necessidades assistenciais prioritárias e específicas no seu convívio com a enfermidade, ou seja, estar com ele de uma forma autêntica.

Entendendo ainda que o enfermeiro tem como missão cuidar do ser humano na sua totalidade, independente do espaço em que esteja inserido, e que, como seus conhecimentos e suas habilidades, deve buscar seu poder-se, transgredindo assim, quando necessário, a padronização reinante no cotidiano hospitalar, pratica que pode desenvolver a severidade, com pouca demonstração de sensibilidade.

A comunicação como ferramenta também foi abordada nos cuidados paliativos, em que existem infinitas possibilidades a serem trabalhadas e aperfeiçoadas. O tema da comunicação como ferramenta no atendimento humanizado, deve ser uma “ponte” para novas práticas de atendimentos no serviço de saúde, em especial, saúde pública.

É do conhecimento geral que a presença de um familiar ao lado do paciente traz tranquilidade e apoio, fazendo com que o indivíduo se sinta mais seguro e consiga lidar melhor com o processo de morte. No entanto, é fundamental que o enfermeiro

esteja atento às necessidades do familiar que requer suporte da equipe de saúde, evitando assim que ele adoça devido ao estresse decorrente desse momento difícil.

Dessa forma, o enfermeiro que possui expertise e habilidades técnicas na prestação de cuidados paliativos humanizados será capaz de preparar sua equipe de forma mais eficaz, resultando em uma assistência de enfermagem de qualidade que fará a diferença no setor oncológico. A abordagem desse tema é crucial tanto para a sociedade quanto para os profissionais de saúde, no entanto, deparamo-nos com poucas publicações a respeito, o que ressalta a necessidade de novas pesquisas para aprofundar o conhecimento nessa área.

Conforme os artigos a argumentação principal sobre Humanização e Cuidados Paliativos foi possível distinguir o que os difere substancialmente do próprio ato de viver. A base argumentativa central é a busca constante pela dignidade humana; um conceito que deveria estar presente em todos os momentos, desde o nascimento até a morte.

Enfatizando a importância de considerar os aspectos subjetivos durante o processo de doença, nenhum dos artigos deixa de lado a necessidade do rigor científico. De fato, a maior contribuição e desafio, dos profissionais de saúde é transformar o conhecimento científico em verdadeira sabedoria.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Kelviani Ludmila dos Santos; GARCIA, Dayse Maioli. O uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2015.
- ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2523-2530, 2013.
- ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de; JENI Vaitsman; FARIAS, Luis Otávio. **"Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS)."** Cadernos de Saúde Pública 26.3 (2010): 523-534.
- ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico. In: **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 2010. p. 158-158.
- ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):668-674.
- ARAUJO, R.L.D.; SILVA, L. A. D. Cuidados paliativos: a comunicação como ferramenta no atendimento humanizado **Rev. Augustus** | ISSN: 1981-1896 | Rio de Janeiro | v.24 | n. 48 | p. 169-181 | jul./out. 2019.
- ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, p. 74-78, 2008.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e 18. humanização das práticas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2005 Jul-Set; 10(3):549-60.
- BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, p. 546-551, 2007.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo (SP): Loyola; 2002.
- BERMEJO, J. C. Salir de la noche: por una enfermería 17. humanizada. **Serie: Humanizar la salud. Santander (España)**: Editorial Salterrae; 1999.
- BERMEJO, J. C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores Petrópolis (RJ): Vozes**; 2008B
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Art.196. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 07 Nov. 2016.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.1-20

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**/ Ministério da saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p. Disponível em:< <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em 25 Mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:< http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/itens-do_acervo/files/documento_base_para_gestores_e_trabalhadores_do_sus.pdf>. Acesso em: 15 Abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 25 Abr. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria.º 19GM/MS, de 03 de janeiro de 2002** [Internet]. [citado 2013 Nov 26]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_019.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Assistência à Saúde**. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF); 2001. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil) **Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMACHO, A.C.L.F.; SILVEIRA, A.L.D.; SABÓIA, V.M. Compartilhando saberes: o lado positivo da educação em saúde. **Rev Alternativa Enferm** 1998; 17: 31-5.

CAMARGO, P. Humanização do Cuidar: uma proposta de desenvolvimento de equipe. **Rev Bras Cuidados Paliativos** 2012;3(4):19-30.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Elida Azevedo. Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde**. São Paulo 2011, vol.9, suppl.1, pp. 85-112. ISSN 1981-7746.

COLLET, N.; ROZENDO, C.A. Humanização e Trabalho na Enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2003;56(2):189-92.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidados Paliativos [online]**. Disponível em: [http:// www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br). Acesso em 14 novembro 2009.

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 62, p. 349-354, 2009.

CORTES, C. C. **Historia y desarrollo de los cuidados paliativos**. In: Marcos G. S., ed. Cuidados paliativos e intervención psicossocial em enfermos com câncer. Las palmas: ICEPS; 1988.

COSTA, T.F.; CEOLIM, M.F. Enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]** 2010 dez [acesso em 22 fev 2017]; 31 (4): 776-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a23v31n4.pdf>

COSTA, Amine Farias *et al.* **Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00197915, 2017.

DAMAS, K.C.A.; MUNARI, D.B.; SIQUEIRA, K.M. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. **Rev Eletrônica Enfermagem [periódico on-line]** 2004;6:2. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> [21/05/2005].

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. **Diagnóstico e Intervenção em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.

DORA, D.D. I SILVEIRA, D.D. (orgs.). **Direitos Humanos, Ética e Direita reprodutivos**. Porto Alegre: Themis, 1998.

ENCARNAÇÃO, J. F.; FARINASSO, A. L C. (2014). A família e o familiar cuidador de pacientes for a de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, 35 (1),137-148. Recuperado de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/16076/15812>.

FERNANDES, M.A.; EVANGELISTA, C.B.; PLATEL, I.C.S.; AGRA, G.; LOPES, M.S.; RODRIGUES, F. A. Percepção de enfermeiros sobre o signifi cado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013;18(9):2589-96.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

FERREIRA, D.C.; SOUZA, I.D.; ASSIS, C.R.S.; RIBEIRO, M.S. The experience of falling ill: a discussion about health, disease and values. **Rev Bras Educ Med**. 2014 Apr/June; 38(2):283-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200016>

FLORIANI, C. A. (2004). Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 50(4),341-345. Recuperado de Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf

FRANCO, F.J.; OGRADOWSKI, K.R.P. **O saber e o fazer da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos à criança hospitalizada**. 3º Jointh PUCPR. [Internet]. 2013. [acesso em 28 mar 2017]. 3: 11-26. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/3jointh>

FRANCO, Handersson Cipriano Paillan *et al*. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **RGS**, v. 17, n. 2, p. 48-61, 2017.

FREITAS, EniDevay de. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Rev. Bioét., Brasília**, v. 25, n. 3, p. 527-535, dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-MARKU80422017000300527&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2019.

GERMANO, K.S.; MENEGUIN, S. Meanings attributed to palliative care by nursing undergraduates. **Acta Paul Enferm**. 2013 Nov/Dec; 26(6):522-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600003>

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, Ana Luiza Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. **Cuidados paliativos**. Estud. Av., São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. Disponível em: Acessos em 12 abr. 2019.

GRAZZIANO, E.S.; BIANCHI, E.R.F. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2004; 12(2): 168-74

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface Communication, Health, Education**. 2009;13:493-502.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 1997.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Palliative care: an approach based on the professional health categories. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577, 2013.

JACCOBSEN, J.; JACKSON, V.A. A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. **J Natl Compr Canc Netw** 2009; 7(4):475-480.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: O que os Doentes Terminais têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios Parentes**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAUTERT, L.; ECHER, I.C. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **Rev Gaúcha Enferm** 1998; 19(2): 118-31

LIMA, A.C.; SILVA, J.A.S.; SILVA, M.J.P. Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enferm** 2009; 14(2):360-367.

LINO, M.M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo, 2004. [Tese de Doutorado] – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.bancode teses/usp.com.br>>.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios. Cuidado paliativo**, CREMESP, 2008; (1-l), p. 18-21.

MACIEL, M. G. S. *et al.*, **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MAGALHÃES, S. B.; FRANCO, A. L. S. (2012). Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 64.

MARKUS, Lucimara Andréia *et al.* A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. **Revista Gestão e Saúde**, v. 17, n. Supl 1, p. 71-81, 2017.

MARTINS, M.A.O. Humanização em cuidados paliativos e na dor. **Rev Prática hospital [internet]**. 2004; [acesso 2010 Mar 24];6(35):[aprox. 3 telas]. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2010-35.html>

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MATOS, Johnata da Cruz; BORGES, Moema da Silva. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2399-2406, 2018.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.

MEDEIROS, Lucilene Martorelli Ortiz Petin; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, p. 925-951, 2016.

MELLO, M. I. **Humanização da Assistência hospitalar no Brasil**. 1. Ed. São Paulo, 2008.

MENEZES, R. A. (2004). **Em busca da boa morte - Antropologia dos Cuidados Paliativos**. São Paulo: Garamond: Fio cruz, 2004.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. In: Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. 1994. p. 301-301.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MONTEIRO, Fabiana Franco; OLIVEIRA, Miriam de; VALL, Janaina. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Rev dor**, v. 11, n. 3, p. 242-8, 2010.

MULLAN, B.A.; KOTHE, E. J. Evaluating a nursing communication skills training course: the relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. **Nurse Educ Pract** 2010; 10(6):374-378.

NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na UTI: Teoria Humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-americana Enfermagem** 2004;12:250-7

NAVES, Fabiana; MARTINS, Bruna; DUCATTI, Mariana. A importância do atendimento humanizado em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. **Revista Psicologia Saúde e Doença**, v. 22, n. 2, p. 390-396, 2021.

NOGUEIRA, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. 2004;13(3):44-57.

OLIVEIRA, A.C.; SILVA, M.J.P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul Enferm** 2010; 23(2):212-217.

ORIÁ, M.O.B.; MORAES, L.M.P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. **Rev Eletrônica Enfermagem [peri-ódico on-line]** 2004;6:292-5. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> [11/09/2005].

PADILHA, M.I.C.S.; CARTANA, M.H.; MAIA, A.R.; JATOBÁ, A.I. **Programa de pesquisas colaborativas de avaliação das práticas de cuidado de profissionais de saúde em serviços hospitalares de Florianópolis/SC**. Florianópolis: 2003.

Relatório de Pesquisa vinculado ao Plano Sul de Pesquisa e PósGraduação em parceria do MCT/CNPq.

PASSOS, E. **Estratégia de Humanização do Cuidado em Saúde**, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufegs.br>> Acesso em: 25/11/2012.

PAULA, A.A.D.; FUREGATO, A.R.F.; SCATENA, M.C.M. Interação enfer-meiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. **Rev Latino-americana Enfermagem**. 2000; 8:45-51.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L, organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo (SP): Loyola; 2004. p. 12-30

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. ed. 3. São Paulo: Loyola, 2006.

PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e cuidados paliativos**. Barueri: Manole; 2006.

RENNÓ, Cibele Siqueira Nascimento; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **REME rev. min. enferm**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 106-115, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resolve/pt/lil-716883>. Acesso em: 20 abr. 2019.

REZENDE, Laura Cristina Silva; GOMES, Cristina Sansoni; MACHADO, Maria Eugênia da Costa. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande**, v. 6, n. 1, p. 28-36, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2019.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. **Humaniza SUS: um projeto coletivo**. Boletim da Saúde, p. 79, 2004.

ROACH, S.S. **The human act of caring: a blueprint for the health professionals**. Ottawa: Canadian Hospital; 1993.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de 6. trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev Latino-am Enferm**. 2000 Dez; 8(6):96-101.

SALLA, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2004.

SANTOS, Cleicy Kelly da Costa; ANDRADE, Cristiani Garrido de; P. COSTA, Isabelle Cristinne, LOPES, Maria Emília Limeira; SILVA, Carlos Eduardo Guedes da; SANTOS, Félix Oliveira dos. Comunicação em Cuidados Paliativos: Revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 63-72, 2014.

Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/13312/11725>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SAUNDERS, D. C. Introduction Sykes N., Edmonds P., Wiles J. **“Management of Advanced Disease”** 2004, p. 3-8.

SELLI, L. Bioética na Enfermagem - **Interpretação à luz dos princípios bioéticos**. São Leopoldo (RS): Unisinos; 1998.

SILVA, R.C.V.; CRUZ, E.A. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais**. Esc Anna Nery. 2011; 15(1):180-5.

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SIMÕES, S.M.F.; CONCEIÇÃO, R.M.O. Parto humanizado: significado para a mulher. **Revista de Enfermagem Brasil**. v. 4, n1: 36-42 2005 jan/fev, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000131&pid=S1414-8145200600030001200012&lng=es>. Acesso em 26 Abr. 2017.

SIQUEIRA, Amanda Batista *et al.* Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arquivos médicos do ABC**, v. 31, n. 2, 2006.

SOUSA, Nadini Brandão de. **A experiência de estagiários de fisioterapia no relacionamento com pacientes ambulatoriais**. 2015.

SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 266-270, 2005.

SQUASSANTE, N.D.; ALVIM, N.A.T. **Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado [internet]**. 2009 [citado em 2009 out. 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100002&lng=en&nrm=iso.

STEFANELLI MC. **Comunicação com paciente – teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo (SP): Robe Editorial; 1993.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Psicologia da saúde. **Análise psicológica**, v. 22, n. 3, p. 441-448, 2004.

TOMLINSON, D.; CAPRA, M.; GAMMON, J.; VOLPE, J.; BARRERA, M.; HINDS, P.S. *et al.* **Parental decision making in pediatric cancer end-of-life care: using focus group methodology as a prephase to seek participant design input**. Eur J Oncol Nurs 2006; 10(3):198-206.

TORRALBA, F. **Antropología del cuidar**. Madrid: Institut Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina; 1998.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 85-89, 2002.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa et al. Ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico: transformações da disciplina na Escola de Enfermagem da USP (Brasil). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1268-1273, 2012.

VICENSI, M.C.; SCHMITZ, J. **Enfermagem em cuidados paliativos / Finitude humana**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial. 60p. COREN/SC orienta. 2016; 4(1):54-9.

VIERO, M. D. et al., **O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência**. II Jornada internacional de Enfermagem UNIFRA, 2012.

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. **Aquichan**, v. 8, n. 1, p. 85-96, 2008.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 24, p. 414-418, 2011.