

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 2, n. 7, 2026

... ARTIGO 11

Data de Aceite: 17/04/2026

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Augusta Fink Dantas

Acadêmica do curso de Enfermagem da UNOPAR / ANGUEIRA.

Maria das Vitórias Silva Costa

Prof. Esp.Orientadora. Docente do curso de Enfermagem da UNOPAR / ANGUEIRA.



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).



Resumo: O câncer figura entre as principais causas de morbimortalidade e, em muitos casos, progride para estágios avançados, nos quais a cura deixa de ser uma meta realista. Nessa realidade, os cuidados paliativos orientam a assistência para o alívio do sofrimento e a preservação da dignidade, considerando dimensões físicas, psicossociais e espirituais. A enfermagem, por sua presença contínua e pela força do vínculo no cuidado, ocupa papel central na humanização da assistência e na promoção de conforto e qualidade de vida. Este estudo tem como objetivo analisar, a partir da literatura científica e de diretrizes nacionais e internacionais, a importância da humanização da assistência de enfermagem para pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Trata-se de uma revisão integrativa, qualitativa e descritiva, com buscas em SciELO, LILACS, PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico, além de documentos do Ministério da Saúde, INCA e OMS, e consensos/diretrizes da área. A síntese foi organizada em eixos temáticos. As evidências apontam que acolhimento, escuta ativa, comunicação ética e estruturada, decisão compartilhada, avaliação ampliada da dor (dor total), manejo rigoroso de sintomas, cuidado centrado na pessoa e na família, atenção à espiritualidade, continuidade do cuidado em rede e suporte a cuidadores e à equipe se associam a maior conforto, menor sofrimento evitável e fortalecimento do vínculo terapêutico. Persistem barreiras como sobrecarga, lacunas formativas e cultura institucional focada apenas na cura. Humanizar é um compromisso clínico e ético: transformar presença em cuidado e comunicação em alívio, mesmo quando a cura não é possível.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Enfermagem oncológica. Humanização. Comunicação em saúde. Dor total.

INTRODUÇÃO

O câncer atravessa a vida de muitas pessoas de forma que raramente é apenas biológica. Para além de diagnósticos e protocolos, há uma experiência humana: medo, incerteza, perdas sucessivas, mudanças no corpo, alterações no papel familiar e, frequentemente, a sensação de que o futuro foi interrompido. Mesmo quando o tratamento tem intenção curativa, o percurso pode ser exaustivo. Em situações de doença avançada, quando a cura deixa de ser o objetivo, a necessidade de cuidado não diminui: ao contrário, torna-se mais complexa e urgente, porque envolve sofrimento físico, emocional, social e espiritual.

A Organização Mundial da Saúde descreve os cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, bem como do tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2020; WHO, 2021). Essa definição é relevante porque desafia a ideia de que os cuidados paliativos são apenas para o final da vida. Na realidade, ela reconhece que o cuidado paliativo deve ser incorporado precocemente ao tratamento oncológico sempre que houver sofrimento significativo, necessidades complexas e risco de uma evolução desfavorável.

No Brasil, o INCA descreve cuidados paliativos como cuidados ativos e integrais destinados a pessoas com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade

da vida, com foco na qualidade de vida, no controle de sintomas e no apoio à família (INCA, 2022; INCA, 2023). No campo normativo do SUS, a Resolução CIT nº 41/2018 estabelece diretrizes para organização de cuidados paliativos em rede e reforça princípios como integralidade, continuidade, respeito à autonomia e comunicação sensível (BRASIL, 2018). Esses marcos indicam que a assistência paliativa deve estar conectada à organização dos serviços e às necessidades reais das pessoas.

Se cuidados paliativos definem o “para quê” (aliviar sofrimento, sustentar dignidade, apoiar família), a humanização define o “como”. A Política Nacional de Humanização (PNH), HumanizaSUS, propõe a valorização dos sujeitos na produção de saúde e aposta em acolhimento, escuta qualificada, ampliação do diálogo, corresponsabilidade e valorização do trabalho (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013). Humanizar não é suavizar a realidade; é construir cuidado com a realidade, com respeito, clareza e presença.

A enfermagem desempenha um papel fundamental nesse contexto. A equipe está ao lado do paciente durante rotinas de administração de medicamentos, procedimentos, monitoramento, higiene, alimentação, conforto, prevenção de complicações e educação em saúde. Essa proximidade possibilita perceber alterações sutis e atender às demandas que muitas vezes não aparecem em consultas rápidas. Ao mesmo tempo, essa relação expõe os profissionais à carga emocional e à necessidade de lidar com o fim da vida e o sofrimento moral. Por isso, discutir a humanização na enfermagem paliativa é falar sobre qualidade e segurança no cuidado, comunicação ética, acolhimento, além de condições de trabalho e formação adequada.

Nos estudos sobre cuidados paliativos, o conceito de dor total é frequentemente retomado, inspirado nas ideias de Cicely Saunders, como uma forma de entender que a dor é multifacetada: ela não se restringe ao aspecto físico, mas abrange dimensões psicológicas, sociais, espirituais e práticas (ONG; SEYMOUR, 2005). Essa abordagem é fundamental porque transforma a maneira de cuidar: obriga a equipe a ir além de números e questionar: “O que está causando dor além do corpo?”. Em casos de câncer avançado, a dor pode ser agravada por solidão, sensação de impotência, conflitos familiares, vergonha do corpo doente, preocupações financeiras e medo da morte. Humanizar significa reconhecer essas diferentes camadas e agir nelas de forma ética e viável.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo. A revisão integrativa permite integrar resultados de pesquisas com diferentes delineamentos e também diretrizes e documentos normativos, construindo síntese útil para a prática. A abordagem qualitativa, neste contexto, favorece a compreensão de sentidos, experiências e implicações éticas e relacionais do cuidado, que são centrais ao tema da humanização.

As buscas foram realizadas em SciELO, LILACS, PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico, além de consulta a documentos oficiais e materiais de referência: Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), Resolução CIT nº 41/2018, Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, publicações do INCA e documentos informativos e técnicos da OMS/WHO. Foram

também considerados consensos e diretrizes internacionais sobre qualidade em cuidados paliativos, comunicação e competências profissionais.

Utilizaram-se descritores e palavras-chave em português e inglês, combinados com operadores booleanos: “cuidados paliativos” OR “palliative care”; “oncologia” OR “cancer”; “enfermagem” OR “nursing”; “humanização” OR “humanization”; “comunicação” OR “communication”; “dor total” OR “total pain”; “dignidade” OR “dignity”; “qualidade de vida” OR “quality of life”; “fim de vida” OR “end of life”; “família” OR “family”; “espiritualidade” OR “spirituality”; “planejamento antecipado” OR “advance care planning”.

Foram priorizados estudos publicados nos últimos dez anos, sem excluir referências clássicas fundamentais (dor total, modelos de luto e referenciais de conforto). Incluíram-se artigos completos disponíveis na íntegra e documentos com rigor técnico-científico, que abordassem: humanização em cuidados paliativos e/ou oncologia; práticas de enfermagem e qualidade de vida; comunicação e tomada de decisão; manejo de sintomas e conforto; apoio à família e luto; sofrimento existencial e espiritualidade; e organização do cuidado em rede. Excluíram-se duplicatas, resumos sem texto completo e materiais sem consistência metodológica.

A síntese foi realizada por leitura exploratória, seletiva e interpretativa, organizando os achados em eixos temáticos. A discussão foi construída relacionando evidências e recomendações com a prática da enfermagem, a PNH e diretrizes do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos e documentos analisados convergem ao indicar que qualidade em cuidados paliativos depende de integração entre competência técnica no manejo de sintomas e competência relacional na comunicação, no vínculo e na tomada de decisão. Em oncologia avançada, em que perdas e ameaças são frequentes, a humanização aparece como eixo organizador do cuidado, reduzindo sofrimento evitável e sustentando dignidade. A seguir, apresentam-se os eixos temáticos mais recorrentes e suas implicações para a enfermagem.

Humanização como base ética e clínica do cuidado paliativo

Humanização em cuidados paliativos possui uma dimensão ética e uma dimensão clínica. Ética, porque envolve dignidade, autonomia, respeito aos valores, direito à informação e proteção contra intervenções desproporcionais. Clínica, porque o alívio do sofrimento exige reconhecer dimensões subjetivas e sociais que interferem diretamente na percepção de sintomas, adesão ao plano de cuidado e segurança do paciente. Nesse sentido, humanização não é um “adendo” ao tratamento; é o modo de organizar o tratamento, a comunicação e o ambiente para que o cuidado faça sentido para quem está vivendo a doença.

O conceito de dor total ajuda a compreender essa integração. Dor total reconhece que dor inclui componentes físicos, psicológicos, sociais, espirituais e práticos (ONG; SEYMOUR, 2005). Assim, um paciente pode manter alta intensidade de dor mesmo com analgesia adequada se estiver tomado por medo, solidão ou desamparo. A enfermagem, ao reconhecer a dor total,

amplia a avaliação: observa sono, apetite, humor, ansiedade, rede de apoio, conflitos familiares, crenças e necessidades espirituais, além de aspectos práticos como recursos financeiros e acesso a serviços. Esse olhar integral qualifica a clínica: reduz erros por subavaliação e favorece intervenções mais efetivas.

A Teoria do Conforto de Kolcaba é frequentemente utilizada como referencial para operacionalizar a humanização. O conforto é compreendido como experiência que envolve alívio, tranquilidade e transcendência, em dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (KOLCABA, 2003). Em oncologia paliativa, isso se traduz em ações concretas: controlar dor e dispneia; proteger sono e descanso; reduzir ruído e luz excessiva; garantir privacidade; facilitar presença familiar; acolher emoções; respeitar preferências; e oferecer suporte para que a pessoa mantenha alguma autonomia cotidiana. Assim, humanização torna-se visível e avaliável.

Enfermagem, comunicação e vínculo: cuidado que se faz com palavras e presença

A comunicação é um pilar central do cuidado paliativo. Quando a equipe evita conversas difíceis, o paciente e a família tendem a construir narrativas próprias, muitas vezes marcadas por medo e culpa. A comunicação humanizada não significa dizer tudo de uma vez; significa construir entendimento progressivo, com honestidade, linguagem acessível e respeito ao ritmo do paciente. A PNH reforça acolhimento e escuta qualificada como dispositivos que ampliam vínculo e corresponsabilidade (BRASIL, 2013).

Protocolos como SPIKES são recursos para organizar a comunicação de más notícias. Seus passos (ambiente, percepção, convite, conhecimento, emoções e estratégia) ajudam a reduzir improvisação e a sustentar acolhimento emocional (CRUZ, 2016). Na enfermagem, o uso de um roteiro também protege o profissional, reduzindo ansiedade e favorecendo a consistência. Além disso, a literatura destaca que comunicação não ocorre apenas em momentos formais; ela ocorre nas rotinas: ao explicar um curativo, ao oferecer medicação, ao preparar para um exame, ao orientar família na alta. Humanizar a comunicação inclui apresentar-se, chamar pelo nome, pedir consentimento antes de tocar, explicar com calma, validar sentimentos e registrar combinados.

O vínculo terapêutico se constrói com consistência. Retornar quando promete retornar, reconhecer preferências (“você prefere fazer o banho agora ou depois?”), lembrar detalhes importantes e proteger a intimidade são ações que reduzem sensação de abandono. Em contextos de sofrimento intenso, o vínculo torna-se intervenção clínica: diminui ansiedade, melhora cooperação, facilita avaliação de sintomas e favorece decisões compartilhadas. A enfermagem, por estar próxima, pode também identificar discrepâncias de informação entre profissionais e ajudar a harmonizar mensagens, evitando ruídos que geram sofrimento adicional.

Tomada de decisão compartilhada e planejamento antecipado de cuidados

Em cuidados paliativos, a tomada de decisão compartilhada é o processo em que paciente, família e equipe constroem, juntos, escolhas proporcionais ao quadro clínico e aos valores pessoais, considerando ris-

cos, benefícios e o que é “ganho” para aquela pessoa (ELWYN et al., 2012; QUILL; HOLLOWAY, 2011).

Nessas situações, as decisões frequentemente giram em torno da proporcionalidade terapêutica: “qual é a meta agora?” conforto, tempo com qualidade, funcionalidade, possibilidade de ficar em casa, presença familiar, controle de sintomas. Diretrizes e estudos recomendam que essas metas sejam conversadas precocemente, com linguagem clara e empática, para reduzir decisões urgentes em momentos de crise e diminuir conflitos entre expectativas de cura e objetivos realistas de cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; ANCP, 2012).

Quando a equipe estrutura a comunicação e checa entendimento, aumenta-se a autonomia do paciente e reduz-se a sobrecarga emocional da família, favorecendo escolhas coerentes e consistentes ao longo do percurso (ELWYN et al., 2012; RIETJENS et al., 2017).

O planejamento antecipado de cuidados (ACP) amplia esse processo ao registrar preferências e limites terapêuticos, preparando o cuidado para situações futuras de piora clínica ou incapacidade de decidir, sempre com sensibilidade cultural e respeito ético (SUDORE; FRIED, 2010; RIETJENS et al., 2017).

Evidências indicam que ACP pode favorecer maior alinhamento entre tratamento e valores do paciente, reduzir intervenções potencialmente fúteis e aumentar satisfação e sensação de segurança de pacientes e familiares (DETERING et al., 2010; SUDORE; FRIED, 2010).

A enfermagem exerce papel decisivo: identificar desejos, medos e prioridades;

facilitar reuniões familiares; traduzir informações técnicas para linguagem compreensível; registrar e atualizar preferências; e garantir que toda a equipe conheça o plano, promovendo continuidade do cuidado em rede (ANCP, 2012; INCA, 2022). Assim, a decisão deixa de ser apenas um ato pontual e passa a ser um processo contínuo, centrado na pessoa, capaz de sustentar dignidade e conforto mesmo quando a cura não é possível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Humanização no manejo de sintomas: conforto como meta assistencial

Controle de sintomas é condição para dignidade. Dor, dispneia, fadiga, náuseas, constipação, delírio, ansiedade e depressão são frequentes em oncologia avançada e exigem avaliação e reavaliação sistemáticas (WHO, 2020; INCA, 2022). Diretrizes nacionais reforçam manejo multiprofissional e centrado na pessoa (BRASIL, 2023). A enfermagem participa de forma decisiva: monitora sinais de agravamento, administra medicações com segurança, observa efeitos adversos, executa intervenções não farmacológicas e educa paciente e cuidador.

Humanizar o manejo de sintomas evita duas reduções: reduzir paliativo a “medicação” e esquecer dimensões psicossociais; ou reduzir humanização a “carinho” e negligenciar sofrimento físico tratável. Dor não controlada fere dignidade e compromete autonomia. Dispneia sem alívio produz pânico e sensação de sufocamento. Delírio não reconhecido pode gerar contenção desnecessária e sofrimento familiar. Assim, humanizar é avaliar bem, agir cedo, reavaliar sempre e comunicar de forma clara o plano de cuidado.

Práticas de enfermagem frequentemente associadas à humanização incluem: avaliação de dor com instrumentos apropriados; reavaliação após analgesia; prevenção e manejo de constipação relacionada a opioides; cuidado oral e hidratação de mucosas; posicionamento e medidas para conforto respiratório; higiene e cuidado de pele com privacidade; prevenção de lesões por pressão; organização do ambiente para sono; redução de estímulos quando há agitação; e identificação precoce de sinais de fim de vida para ajustar objetivos e intervenções.

Feridas tumorais, odor e estigma: humanizar o cuidado que constrange

Feridas tumorais podem causar dor, sangramento, exsudato e odor, com grande impacto na imagem corporal e no convívio social. O odor pode gerar vergonha e isolamento. Nesses casos, humanização exige técnica e sensibilidade: curativos adequados, controle de exsudato e odor, analgesia e prevenção de sangramentos, ao mesmo tempo em que se garante privacidade, linguagem respeitosa, consentimento e pactuação de rotinas. Pequenos detalhes importam: cobrir áreas não envolvidas, aquecer soluções, evitar comentários e permitir que o paciente escolha a presença de um familiar ou não. Humanizar é proteger a dignidade quando o corpo se torna motivo de constrangimento.

Além do impacto físico, as feridas tumorais (fungantes) atingem diretamente autoestima, sexualidade, relações familiares e participação social, porque o corpo passa a ser percebido como “fora do controle” e sujeito ao julgamento alheio. A literatura descreve que odor e exsudato são fatores altamente angustiantes, associados a vergonha, retraimento e estigma, exigindo que o

cuidado vá além do curativo e inclua acolhimento, escuta e validação do sofrimento, sem banalizar a experiência do paciente (PROBST; ARBER; FAITHFULL, 2013; TILLEY; LIPSON; RAMOS, 2016).

Humanizar, nesse contexto, significa reconhecer que a ferida é também uma “ferida social”: o paciente pode evitar visitas, abandonar espaços públicos e até recusar cuidado por medo de exposição. Por isso, intervenções centradas na pessoa combinando manejo clínico e apoio emocional tendem a reduzir isolamento e fortalecer a sensação de dignidade (WHO, 2020; PROBST; ARBER; FAITHFULL, 2013).

No plano técnico, recomenda-se uma abordagem sistemática: avaliação frequente de dor, risco de sangramento, carga de exsudato e presença de infecção; escolha de coberturas que controlem umidade e odor; e planejamento do cuidado para diminuir trocas traumáticas e evitar sangramentos (TILLEY; LIPSON; RAMOS, 2016; EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY, 2015).

O controle do odor pode incluir estratégias como barreiras e coberturas apropriadas e, quando indicado, uso de agentes tópicos (por exemplo, metronidazol) e medidas ambientais, sempre com explicação clara, consentimento e pactuação de rotinas para preservar autonomia (TILLEY; LIPSON; RAMOS, 2016; WHO, 2020). A enfermagem tem papel-chave ao garantir privacidade, linguagem respeitosa e previsibilidade do procedimento (“o que vou fazer agora, por quê, e como você prefere”), protegendo a dignidade quando o corpo se torna motivo de constrangimento e quando o cuidado, se mal conduzido, pode aumentar o estigma (PROBST; ARBER; FAITHFULL, 2013; WHO, 2020).

Espiritualidade e sofrimento existencial: preservar sentido também é Cuidado

O sofrimento em doença avançada pode ser existencial: medo da morte, perda de sentido, arrependimentos, preocupação com quem ficará. A OMS reconhece dimensão espiritual como parte do cuidado paliativo (WHO, 2020; WHO, 2021). No SUS, integralidade e valorização do sujeito implicam reconhecer crenças e valores como parte do cuidado (BRASIL, 2013). Humanizar não significa impor religião; significa abrir espaço para o paciente expressar valores, esperanças e medos, oferecendo escuta e encaminhamento quando necessário.

Intervenções como Dignity Therapy demonstram potencial para reduzir sofrimento existencial e fortalecer senso de dignidade e legado por meio de narrativas guiadas (CHOCHINOV et al., 2005). Revisões indicam benefícios potenciais sobre dignidade e bem-estar (DONATO et al., 2016; MARTÍNEZ et al., 2017; VUKSANOVIC et al., 2017).

Mesmo quando a intervenção formal não é possível, seus princípios podem inspirar práticas de enfermagem: perguntar sobre o que é importante, estimular recordações significativas, apoiar reconciliações e facilitar despedidas. A esperança, em paliativos, transforma-se: pode ser esperança de alívio, de paz, de presença familiar ou de tempo de qualidade. Humanizar é reconhecer essas formas de esperança sem prometer o impossível.

Cuidado centrado na família, cuidador e luto

A doença grave reorganiza a família. A OMS destaca que cuidados paliativos

apoiam paciente e família (WHO, 2021). No cotidiano, cuidadores vivenciam exaustão, medo e sensação de inadequação. A enfermagem humaniza quando orienta sem culpabilizar, acolhe dúvidas, organiza informações e prepara a família para o que pode ocorrer. Reuniões familiares ajudam a alinhar expectativas, reduzir ruídos e diminuir sofrimento moral.

O luto começa antes do óbito, como luto antecipatório e perdas sucessivas. Modelos como o Processo Dual do Luto reconhecem alternância entre enfrentar a perda e buscar restauração (STROEBE; SCHUT, 1999). A equipe pode orientar sinais de risco para luto complicado, oferecer acolhimento e encaminhar quando necessário. Após o óbito, práticas de respeito e suporte às famílias são parte da humanização.

Segurança do paciente e proporcionalidade terapêutica

Humanização e segurança caminham juntas porque, sem segurança, não há cuidado digno. Erros de medicação, quedas, eventos adversos evitáveis e falhas de comunicação ampliam sofrimento, geram medo e fragilizam a confiança justamente quando o paciente está mais vulnerável (WHO, 2021; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A enfermagem sustenta a segurança por meio de identificação correta, dupla checagem, preparo e administração segura de medicamentos, vigilância de sinais de deterioração, prevenção de lesões por pressão, registro consistente e comunicação eficaz entre turnos e serviços (WHO, 2021; BRASIL, 2013). Em cuidados paliativos, a segurança também inclui “segurança emocional”: explicar condutas, evitar surpresas, pactuar rotinas e proteger privacidade.

No paliativo, a proporcionalidade terapêutica é eixo ético-clínico central: procedimentos invasivos sem benefício proporcional podem intensificar dor, retirar autonomia e prolongar o processo de morrer com mais sofrimento (QUILL; HOLLOWAY, 2011; WHO, 2020).

Humanizar é proteger o paciente de intervenções fúteis por meio de alinhamento de metas (conforto, funcionalidade, presença familiar), revisão de riscos/benefícios e registro de preferências, incluindo diretivas antecipadas quando aplicável (SUDORE; FRIED, 2010; RIETJENS et al., 2017). A enfermagem contribui ao reconhecer sinais de desproporcionalidade (iatrogenias, “casca” de intervenções), acionar discussão multiprofissional, apoiar conversas com família e garantir que o plano pactuado seja conhecido e seguido pela equipe.

Sistematização da Assistência de Enfermagem como estratégia de humanização

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode ser uma ferramenta potente de humanização quando organiza o cuidado centrado na pessoa, e não apenas na doença. No Brasil, a SAE e o Processo de Enfermagem são normatizados, orientando etapas que favorecem continuidade, visibilidade do cuidado e tomada de decisão baseada em necessidades reais (COFEN, 2009).

Em cuidados paliativos, a coleta de dados deve ir além do “biológico” e incluir história de vida, valores, preferências, vínculos, rede de apoio, espiritualidade, contexto social, capacidade funcional e metas do paciente e elementos diretamente relacionados a qualidade de vida (WHO, 2020; RIETJENS et al., 2017). Isso evita que o cuidado

vire rotina mecânica e ajuda a equipe a sustentar escolhas proporcionais.

Na etapa diagnóstica e do planejamento, linguagens padronizadas (NANDA-I, NIC, NOC) ou classificações equivalentes podem apoiar raciocínio clínico e comunicação entre profissionais, especialmente para fenômenos frequentes no paliativo: dor crônica, ansiedade, sofrimento espiritual, fadiga, integridade de pele prejudicada, padrão respiratório ineficaz, luto antecipatório familiar e sobrecarga do cuidador (NANDA-I, 2021; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016; MOORHEAD et al., 2018).

Os resultados esperados se voltam a conforto, controle de sintomas, melhora do sono, redução de ansiedade e sensação de segurança. As intervenções combinam técnica e vínculo: manejo farmacológico e não farmacológico da dor, prevenção de efeitos adversos, cuidado de pele e feridas, suporte respiratório, ajustes ambientais, escuta qualificada, orientação familiar e articulação de rede. A SAE torna o cuidado avaliável e contínuo, reduz “falhas de transição” e aumenta segurança e humanização.

Educação permanente, competências e qualidade: humanização como habilidade treinável

Humanização não é “jeito pessoal”: é competência clínica que pode (e deve) ser ensinada, treinada e sustentada por processos. Recomendações internacionais apontam que cuidados paliativos exigem competências específicas e desenvolvíveis: manejo de sintomas, comunicação difícil, ética, trabalho em equipe, tomada de decisão compartilhada, abordagem psicossocial e espiritual (EAPC, 2013; WHO, 2020).

Diretrizes de qualidade também descrevem domínios e processos essenciais para garantir cuidado consistente (NATIONAL COALITION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, 2018; FERRELL et al., 2018). Quando a equipe não recebe formação, a tendência é evitar conversas difíceis, medicalizar sofrimento e manter uma cultura centrada apenas na cura.

Na enfermagem, a educação permanente pode incluir simulações de comunicação (ex.: estrutura SPIKES para más notícias), treinamento em dor e sintomas (dispneia, delirium, náusea, constipação), cuidados com feridas complexas, segurança medicamentosa, planejamento de alta e transições de cuidado, além de bioética e diretivas antecipadas (BAILE et al., 2000; EAPC, 2013; NATIONAL COALITION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, 2018).

Indicadores simples (alívio de dor em tempo oportuno, reavaliação de sintomas, registro de preferências, continuidade pós-alta) ajudam a transformar humanização em rotina institucional, e não em esforço individual. Investir em condições de trabalho, supervisão e espaços de reflexão (debriefing) também reduz sofrimento moral e burnout, protegendo a qualidade do cuidado.

Recomendações práticas para implementação

(a) Acolhimento e metas: iniciar com perguntas de abertura (“o que é mais importante para você agora?”), registrar prioridades e revisá-las periodicamente (SUDORE; FRIED, 2010; RIETJENS et al., 2017).

(b) Rotina mínima de sintomas por turno: avaliar e reavaliar dor, dispneia, náusea, ansiedade, delirium, constipação,

sono e sofrimento espiritual, com registro claro e plano de ação (WHO, 2020; NATIONAL COALITION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, 2018).

(c) Comunicação consistente: definir profissional de referência, alinhar mensagens, usar linguagem acessível, checar entendimento e registrar combinados; quando aplicável, usar SPIKES para organizar comunicação de notícias difíceis (BAILE et al., 2000; ELWYN et al., 2012).

(d) Cuidado centrado na família: orientar sem culpabilizar, organizar reuniões, preparar para sinais de fim de vida e apoiar o cuidador (WHO, 2020; FERRELL et al., 2018).

(e) Espiritualidade e sofrimento existencial: oferecer escuta, respeitar crenças, identificar sofrimento espiritual e encaminhar quando necessário, integrando essa dimensão ao plano de cuidado (WHO, 2020; EAPC, 2013).

(f) Continuidade em rede (SUS): plano de alta simplificado, contatos, reconciliação medicamentosa, articulação com Atenção Básica/AD e serviços disponíveis; pactuar quem acompanha e como acionar ajuda (BRASIL, 2013; NATIONAL COALITION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, 2018).

(g) Cuidado da equipe: discussão de casos, apoio emocional, debriefing e educação permanente como rotina de serviço, reduzindo sofrimento moral e melhorando segurança e qualidade (WHO, 2021; FERRELL et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa destaca que a humanização na assistência de enfermagem

em cuidados paliativos oncológicos é fundamental para garantir uma melhor qualidade de vida. Humanizar significa organizar o cuidado considerando a pessoa e sua família, combinando habilidades técnicas no manejo dos sintomas com vínculo, acolhimento, comunicação ética e respeito às escolhas de cada um. Tanto as diretrizes nacionais quanto as internacionais concordam que os cuidados paliativos devem prevenir e aliviar o sofrimento em diversas dimensões, e a enfermagem desempenha um papel central na tradução dessas orientações em ações cotidianas.

Foi observado que práticas como escuta atenta, acolhimento, avaliação ampliada da dor e do sofrimento (dor total), reavaliação contínua dos sintomas, comunicação estruturada, apoio à família e ao cuidador, atenção ao sofrimento existencial e organização do cuidado em rede ajudam a diminuir o sofrimento evitável e a preservar a dignidade. No entanto, obstáculos como excesso de trabalho, lacunas na formação profissional e uma cultura institucional focada apenas na cura dificultam uma implementação plena dessas ações.

Recomenda-se investir na educação contínua, dimensionar adequadamente as equipes, criar protocolos para identificar precocemente as necessidades paliativas, estabelecer indicadores de qualidade e promover espaços institucionais de apoio às equipes, alinhando tudo às diretrizes do SUS e à Política Nacional de Humanização (PNH). Conclui-se que, nos cuidados paliativos oncológicos, humanizar não é um detalhe opcional: é a essência da própria qualidade do cuidado. Trata-se de transformar presença em atenção genuína, técnica em conforto e comunicação em alívio, preservando a dignidade mesmo quando a vida se torna frágil.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.

BAILE, W. F. et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2009.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. revisada e ampliada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CHOCHINOV, H. M.; HACK, T.; HASSARD, T.; KRISTJANSON, L. J.; MCCLEMENT, S.; HARLOS, M. **Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life**. *Journal of Clinical Oncology*, v. 23, n. 24, p. 5520-5525, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.** Brasília: COFEN, 2009.

CRUZ, C. de O. **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES.** Revista Diagnóstico & Tratamento, v. 21, n. 3, p. 106-108, 2016.

DONATO, S. C. T.; et al. **Effects of dignity therapy on terminally ill patients: systematic review.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2016.

ELWYN, G. et al. **Shared decision making: a model for clinical practice.** *Journal of General Internal Medicine*, v. 27, n. 10, p. 1361-1367, 2012.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (EAPC). **Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education – part 1.** *European Journal of Palliative Care*, 2013.

FERRELL, B. R.; et al. **National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition.** *Journal of Palliative Medicine*, v. 21, n. 12, p. 1684-1689, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Cartilha: cuidados paliativos em oncologia.** Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Cuidados paliativos.** Brasília, DF: INCA, 2023.

QUILL, T. E.; HOLLOWAY, R. **Time-limited trials near the end of life.** *JAMA*, v. 306, n. 13, p. 1483-1484, 2011.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research.** New York: Springer, 2003.

MARTÍNEZ, M.; et al. **Dignity therapy, a promising intervention in palliative care: a systematic review.** *Palliative Medicine*, 2017.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021–2023.** 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

NATIONAL COALITION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (NCHPC). **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care.** 4th ed. Richmond, VA: NCHPC, 2018.

ONG, C. K.; SEYMOUR, J. **Embracing Cicely Saunders's concept of total pain.** *BMJ*, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). **Palliative care.** Geneva: WHO, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). **Palliative care: the essential facts.** Geneva: WHO, 2021.

PROBST, Sebastian; ARBER, Anne; FAITHFULL, Sara. **Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body.** *European Journal of Oncology Nursing*, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 38-45, fev. 2013. DOI: 10.1016/j.ejon.2012.02.001.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente no Brasil: uma análise de incidentes notificáveis.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2027-2034, 2013.

RIETJENS, J. A. C. et al. **Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the EAPC.** *The Lancet Oncology*, v. 18, n. 9, p. e543-e551, 2017.

SUDORE, R. L.; FRIED, T. R. **Redefining the “planning” in advance care planning.** *Annals of Internal Medicine*, v. 153, n. 4, p. 256-261, 2010.

STROEBE, M.; SCHUT, H. **The dual process model of coping with bereavement: rationale and description.** *Death Studies*, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999.

TILLEY, Charles; LIPSON, Jana; RAMOS, Mark. **Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life.** *Nursing Clinics of North America*, [s.l.], v. 51, n. 3, p. 513-531, set. 2016. DOI: 10.1016/j.cnur.2016.05.006.

VUKSANOVIC, D.; et al. **Dignity therapy and life review for palliative care patients: a systematic review.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017.

World Health Organization (WHO). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide.** Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care.** Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.** Geneva: WHO, 2021.