

Oncologia e Hematologia

Capítulo 28

Edição XIX

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA: QUALIDADE DE VIDA E HUMANIZAÇÃO

MARIA EDUARDA OLIVEIRA TEIXEIRA¹
MARINA VIANA JORGE¹
RAPHAELLA FERNANDA REIS¹
MICHAEL ZARNOWSKI PASSOS²

¹Discente – Faculdade de Minas – BH.

²Docente – Faculdade de Minas – BH.

Palavras-Chave: Câncer; Cuidados Paliativos; Humanização.

DOI

10.59290/1090209181

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O câncer configura-se entre as principais causas de morbimortalidade no mundo e representa um importante problema de saúde pública devido ao crescente número de casos e às repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas decorrentes da doença. Embora os avanços tecnológicos tenham ampliado as possibilidades de diagnóstico precoce e tratamento, muitos pacientes ainda convivem com sintomas incapacitantes e intenso sofrimento durante toda a trajetória do adoecimento, tornando necessária uma assistência que contemple não apenas o controle da doença, mas também a promoção da qualidade de vida (INCA, 2022).

Nesse contexto, os cuidados paliativos consolidaram-se como componente essencial da assistência oncológica. Segundo a redefinição proposta pela *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), os cuidados paliativos consistem na assistência ativa e integral destinada a pessoas de todas as idades que apresentam sofrimento relacionado a doenças graves, especialmente aquelas em risco de morte, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores por meio da prevenção, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (RADBRUCH *et al.*, 2020).

Essa abordagem rompe com o paradigma historicamente estabelecido de que os cuidados paliativos devem ser iniciados apenas quando não existem mais possibilidades terapêuticas. Atualmente, recomenda-se sua implementação desde o diagnóstico de doenças potencialmente ameaçadoras da vida, concomitantemente aos tratamentos específicos, favorecendo melhor controle dos sintomas, maior adesão ao tratamento e assistência centrada na pessoa (ESMO, 2021).

Diversos estudos evidenciam que a integração precoce dos cuidados paliativos à assistência oncológica está associada à melhora da qualidade de vida, redução da intensidade dos sintomas físicos, menor prevalência de ansiedade e depressão, diminuição de hospitalizações desnecessárias e maior satisfação do paciente e de seus familiares. Além disso, favorece uma comunicação mais efetiva entre equipe multiprofissional, paciente e familiares, possibilitando decisões compartilhadas e alinhadas aos valores individuais (TEMEL *et al.*, 2010).

Outro aspecto essencial dessa abordagem é a humanização do cuidado. Os cuidados paliativos reconhecem o indivíduo em sua integralidade, considerando suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Dessa forma, princípios como acolhimento, escuta qualificada, empatia, respeito à autonomia e fortalecimento dos vínculos terapêuticos tornam-se indispensáveis para uma assistência ética e centrada na pessoa (ANCP, 2021).

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas, persistem desafios relacionados à implementação dos cuidados paliativos, especialmente em razão da formação predominantemente curativista dos profissionais de saúde, do desconhecimento da população acerca dessa modalidade assistencial e do encaminhamento tardio dos pacientes para equipes especializadas. Esses fatores limitam o acesso aos benefícios proporcionados por essa abordagem e reforçam a necessidade de ampliar sua inserção na prática clínica e na formação acadêmica (ESMO, 2021; ANCP, 2021).

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar a importância dos cuidados paliativos na assistência ao paciente oncológico, enfatizando sua contribuição para a promoção da qualidade de vida e da humanização do cuidado, bem como destacar a relevância da atuação multiprofissional na oferta de uma

assistência integral, ética e centrada nas necessidades do paciente e de seus familiares.

CONCEITOS DE CUIDADOS PALIATIVOS E QUALIDADE DE VIDA

Segundo Radbruch *et al.* (2020), os cuidados paliativos consistem na assistência ativa, holística e integral destinada a indivíduos de todas as idades que vivenciam sofrimento decorrente de doenças graves, especialmente aquelas que ameaçam a continuidade da vida. Seu objetivo principal é prevenir e aliviar o sofrimento mediante identificação precoce, avaliação abrangente e tratamento adequado das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, promovendo qualidade de vida ao paciente, familiares e cuidadores. Diferentemente da ideia historicamente difundida de que essa modalidade de cuidado está restrita aos momentos finais da vida, atualmente compreende-se que sua implementação deve ocorrer

desde o diagnóstico da doença, concomitantemente às terapias modificadoras, favorecendo uma assistência integral e centrada na pessoa.

Essa mudança de paradigma representa um importante avanço na assistência oncológica, pois desloca o foco exclusivo da doença para o indivíduo em sua totalidade. Dessa forma, os cuidados paliativos deixam de representar a ausência de possibilidades terapêuticas e passam a atuar como complemento ao tratamento oncológico, contribuindo para o controle dos sintomas, redução do sofrimento e melhoria da experiência vivenciada pelo paciente e seus familiares (WHO, 2020; ANCP, 2021).

Os principais fundamentos dos cuidados paliativos encontram-se sintetizados na **Tabela 28.1**, evidenciando que essa modalidade assistencial contempla dimensões que vão além do controle de sintomas físicos, promovendo cuidado integral, humanizado e centrado nas necessidades do paciente e de sua família.

Tabela 28.1 Princípios fundamentais dos cuidados paliativos segundo a Organização Mundial da Saúde

Princípios:	Descrição:
Alívio do sofrimento	Controle da dor e de outros sintomas físicos psicológicos, sociais e espirituais
Introdução precoce	Deve ser iniciado desde o diagnóstico e integrado ao tratamento específico da doença
Assistência integral	Considera o paciente e sua família como unidade de cuidado
Atuação multiprofissional	Integra diferentes profissionais para atender às múltiplas necessidades do paciente
Promoção da qualidade de vida	Busca preservar conforto, autonomia, dignidade e bem-estar durante toda evolução da doença
Apoio aos familiares	Oferece suporte durante o tratamento e no processo de luto

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de World Health Organization (2020) e Flores *et al.* (2024).

No contexto oncológico, a qualidade de vida configura-se como um dos principais indicadores da efetividade da assistência. O câncer provoca repercussões que transcendem as manifestações clínicas da doença, comprometendo aspectos emocionais, sociais, familiares e espirituais. Assim, promover qualidade de vida significa controlar sintomas como dor,

fadiga, náuseas, dispneia e ansiedade, preservando a funcionalidade, a autonomia e a dignidade do indivíduo durante todas as fases do tratamento (INCA, 2022).

A literatura demonstra que pacientes acompanhados precocemente por equipes de cuidados paliativos apresentam melhor controle sintomático, redução da sobrecarga emocional,

maior satisfação com a assistência e menor necessidade de intervenções invasivas no final da vida. Em um estudo clássico, Temel *et al.* (2010) verificaram que pacientes com câncer de pulmão metastático submetidos à introdução precoce dos cuidados paliativos apresentaram melhora significativa na qualidade de vida, menor incidência de sintomas depressivos e maior sobrevida quando comparados aos pacientes submetidos exclusivamente ao tratamento oncológico convencional.

Dessa maneira, a qualidade de vida deixa de ser compreendida apenas como ausência de sintomas ou manutenção da capacidade funcional, passando a representar um conceito multidimensional que engloba conforto físico, estabilidade emocional, suporte social, espiritualidade, autonomia e respeito aos valores e preferências individuais (WHO, 2020; FLORES *et al.*, 2024).

Humanização do cuidado oncológico

A humanização constitui um dos princípios estruturantes dos cuidados paliativos e representa uma mudança no modelo tradicional de assistência em saúde. Enquanto o paradigma biomédico concentra seus esforços no tratamento da doença, a abordagem humanizada reconhece o paciente como um ser integral, dotado de história, valores, crenças, desejos e necessidades particulares, que devem ser considerados durante todo o processo terapêutico (FLORES *et al.*, 2024).

Na assistência oncológica, a humanização envolve atitudes de acolhimento, empatia, escuta ativa e comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e familiares. A comunicação clara e sensível possibilita que o paciente compreenda sua condição clínica, participe das decisões relacionadas ao tratamento e manifeste suas preferências, fortalecendo sua autonomia e reduzindo sentimentos de medo, ansiedade e

insegurança. Além disso, o estabelecimento de vínculos terapêuticos contribui para maior confiança na equipe de saúde e melhor enfrentamento das dificuldades impostas pela doença (FLORES *et al.*, 2024).

Outro aspecto fundamental refere-se à atuação multiprofissional. Os cuidados paliativos pressupõem a integração entre médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e demais profissionais, permitindo a elaboração de um plano terapêutico individualizado capaz de atender às diferentes dimensões do sofrimento humano. Essa atuação interdisciplinar favorece a integralidade do cuidado e amplia a capacidade da equipe em responder às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente e de seus familiares (WHO, 2020).

A família também ocupa posição central na assistência paliativa humanizada. Além de participar das decisões terapêuticas, ela necessita de orientação, acolhimento e suporte emocional durante toda a trajetória da doença e no período de luto. Assim, o cuidado deixa de ser direcionado exclusivamente ao paciente e passa a contemplar toda a rede familiar, reconhecendo que o adoecimento oncológico repercute sobre todos aqueles envolvidos no processo (ANCP, 2021).

Portanto, a humanização não deve ser compreendida apenas como um atributo desejável da assistência, mas como um componente essencial da qualidade do cuidado em oncologia. Ao integrar competência técnica, comunicação empática, respeito à autonomia e atuação multiprofissional, os cuidados paliativos tornam-se capazes de promover conforto, dignidade e qualidade de vida, mesmo diante da impossibilidade de cura, reafirmando o compromisso ético da assistência em saúde com o cuidado integral do ser humano.

Comunicação efetiva com paciente e família

A comunicação representa um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos, sendo reconhecida como instrumento indispensável para a construção de um cuidado humanizado, ético e centrado nas necessidades do paciente. No contexto da oncologia, em que o diagnóstico frequentemente está associado ao sofrimento físico, emocional, social e espiritual, sentimentos como medo da morte, da dor, da perda da autonomia, das alterações na imagem corporal e da sobrecarga familiar tornam a comunicação uma ferramenta terapêutica essencial. Nesse cenário, estabelecer um diálogo claro, acolhedor e baseado na confiança favorece a compreensão da doença, reduz a ansiedade e fortalece o vínculo entre paciente, familiares e equipe de saúde. Diferentemente do modelo biomédico tradicional, centrado predominantemente na doença, a comunicação em cuidados paliativos direciona sua atenção para a pessoa em sua integralidade, valorizando seus desejos, crenças, expectativas e autonomia ao longo de todo o processo de adoecimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a comunicação como competência essencial aos profissionais que atuam em cuidados paliativos, uma vez que possibilita a identificação das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente e favorece decisões alinhadas aos seus valores e preferências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Nesse contexto, comunicar ultrapassa a simples transmissão de informações clínicas e assume caráter terapêutico, contribuindo para o acolhimento, a construção de vínculos e a tomada compartilhada de decisões.

Durante muitos anos, a assistência à saúde foi fundamentada em um modelo biomédico paternalista, no qual o profissional assumia a responsabilidade exclusiva pelas decisões tera-

pêuticas, enquanto o paciente desempenhava um papel predominantemente passivo. Entretanto, a evolução dos princípios bioéticos, especialmente aqueles relacionados à autonomia, beneficência e respeito à dignidade humana, impulsionou a transição para um modelo centrado na pessoa, no qual paciente e família participam ativamente do planejamento terapêutico. Nessa perspectiva, a comunicação passa a ser compreendida como um processo contínuo de construção de confiança, permitindo que o indivíduo expresse seus valores, manifeste seus receios e participe das decisões relacionadas ao próprio tratamento (SILVA *et al.*, 2021).

A literatura demonstra consenso quanto ao impacto da comunicação sobre os desfechos clínicos e psicossociais em cuidados paliativos. Back *et al.* (2019) defendem que a comunicação deve ser compreendida como uma intervenção clínica estruturada, capaz de reduzir a incerteza e favorecer decisões compartilhadas entre profissionais, pacientes e familiares. Em consonância, Walczak *et al.* (2020) observaram que estratégias comunicacionais baseadas na escuta ativa, na empatia e na oferta gradual de informações contribuem para diminuir o sofrimento emocional e aumentar a satisfação dos pacientes com o cuidado recebido. Esses achados reforçam a perspectiva defendida pela Organização Mundial da Saúde (2020), segundo a qual a comunicação constitui uma competência essencial para garantir uma assistência centrada na pessoa e orientada pelos princípios dos cuidados paliativos.

Nesse contexto, a escuta ativa configura-se como um dos principais instrumentos da comunicação em cuidados paliativos. Mais do que ouvir informações, trata-se de compreender o significado atribuído pelo paciente à experiência do adoecimento, acolhendo sentimentos, dúvidas e expectativas sem julgamentos. A

revisão publicada na Biblioteca Virtual em Saúde destaca que pacientes oncológicos valorizam profissionais capazes de ouvir atentamente suas preocupações, respeitar períodos de silêncio e reconhecer aspectos subjetivos frequentemente negligenciados pela assistência convencional. Demonstrar disponibilidade, manter contato visual, validar emoções e respeitar o tempo do paciente são atitudes que fortalecem o vínculo terapêutico, reduzem sentimentos de isolamento e promovem maior segurança emocional.

Associada à escuta ativa, a empatia constitui outro componente indispensável para uma comunicação efetiva. Compreendida como a capacidade de reconhecer e compreender a experiência do outro sem julgamentos, a postura empática favorece um ambiente de confiança, permitindo que pacientes e familiares expressem dúvidas, angústias e expectativas de maneira espontânea. Estudos recentes demonstram que profissionais capacitados em habilidades comunicacionais estabelecem relações terapêuticas mais sólidas, reduzem conflitos familiares e apresentam maior preparo para conduzir discussões relacionadas ao planejamento antecipado de cuidados e às decisões de final de vida.

Embora a comunicação deva estar presente em todas as etapas da assistência, um dos momentos mais desafiadores da prática clínica corresponde à transmissão de notícias difíceis. Informações relacionadas à progressão da doença, à limitação das possibilidades terapêuticas ou à proximidade da morte frequentemente despertam intenso sofrimento emocional, exigindo preparo técnico e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde. Entre as estratégias mais difundidas para auxiliar a condução dessas conversas destaca-se o protocolo SPIKES, desenvolvido como um modelo estruturado para a comunicação de notícias difíceis (BAILE *et al.*, 2000). O protocolo organiza a comunicação em seis etapas sequenciais: preparação do ambiente adequado (*Setting*), identificação da percepção do paciente sobre sua condição (*Perception*), identificação de quanto o paciente deseja saber (*Invitation*), transmissão das informações de maneira clara e gradual (*Knowledge*), acolhimento das emoções com respostas empáticas (*Emotions*) e definição das estratégias e síntese do plano de cuidados (*Strategy and Summary*). Entretanto, sua aplicação deve ser individualizada, considerando as características, o nível de compreensão, os valores e a disponibilidade emocional de cada paciente (**Tabela 28.2**).

Tabela 28.2 Componentes do protocolo SPIKES

Etapas	Finalidade	Avaliação prática
Setting	Preparar o ambiente	Garantir privacidade
Perception	Identificar a percepção do paciente	Avaliar conhecimento prévio
Invitation	Conhecer quanto deseja saber	Respeitar preferências
Knowledge	Compartilhar informações	Utilizar linguagem clara
Emotions	Acolher as reações emocionais	Demonstrar empatia
Strategy/Summary	Definir o plano de cuidados	Compartilhar decisões

Além do paciente, a família assume papel central nesse processo comunicacional. Em muitos casos, os familiares tornam-se os prin-

cipais responsáveis pelo cuidado domiciliar, pela tomada de decisões e pelo suporte emocional durante a evolução da doença. Assim,

sua inclusão nas discussões terapêuticas favorece maior compreensão do quadro clínico, reduz expectativas irreais e fortalece o enfrentamento do adoecimento e do luto. Contudo, essa participação deve ocorrer preservando a autonomia do paciente, garantindo que suas preferências permaneçam como referência principal para as decisões clínicas.

As reuniões familiares favorecem o alinhamento entre equipe, paciente e familiares, possibilitando esclarecer objetivos terapêuticos, revisar expectativas, identificar conflitos e promover decisões compartilhadas.

Outro aspecto relevante refere-se ao planejamento antecipado de cuidados (*Advance Care Planning*), definido como um processo de diálogo no qual paciente, familiares e equipe discutem previamente preferências relacionadas ao tratamento, intervenções futuras e objetivos assistenciais diante da progressão da doença. Estudos demonstram que pacientes submetidos a esse planejamento apresentam maior probabilidade de receber cuidados compatíveis com seus desejos, menor exposição a procedimentos invasivos desnecessários e maior satisfação dos familiares quanto às decisões tomadas ao final da vida.

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas, persistem desafios importantes para a implementação de uma comunicação efetiva. Entre eles destacam-se a insuficiente formação dos profissionais durante a graduação, a sobrecarga de trabalho, o tempo reduzido destinado às consultas, aspectos culturais relacionados à morte e dificuldades institucionais para integração das equipes multiprofissionais. Consequentemente, muitos profissionais ainda relatam insegurança para abordar temas relacionados à terminalidade, evidenciando a necessidade de programas permanentes de capacitação em habilidades comunicacionais.

Dessa forma, a comunicação efetiva ultrapassa a simples transmissão de informações, constituindo um processo terapêutico capaz de reduzir o sofrimento, fortalecer vínculos, promover a autonomia e garantir que o cuidado seja verdadeiramente centrado na pessoa. Nos cuidados paliativos oncológicos, comunicar significa acolher, compreender e compartilhar decisões, reconhecendo que, mesmo quando a cura não é mais possível, permanece sempre a possibilidade de cuidar com dignidade, respeito e humanidade.

Controle de sintomas e promoção da qualidade de vida

O controle de sintomas é um dos pilares dos cuidados paliativos e tem como principal objetivo promover qualidade de vida e aliviar o sofrimento de pacientes oncológicos e seus familiares. Essa abordagem ultrapassa o tratamento da doença e considera as dimensões física, psicológica, social e espiritual, respeitando os valores, preferências e objetivos do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). A introdução precoce dos cuidados paliativos está associada a melhor controle sintomático, redução de hospitalizações e maior satisfação de pacientes e familiares, não representando abandono terapêutico, mas ampliação do cuidado (SILVA *et al.*, 2025; PASQUAL *et al.*, 2023).

A dor destaca-se entre os principais sintomas relacionados ao câncer e pode comprometer a funcionalidade, o sono, a alimentação e as relações sociais. O conceito de “dor total”, desenvolvido por Cicely Saunders, evidencia que a experiência dolorosa envolve dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, justificando uma abordagem multidimensional. Além da dor, sintomas como dispneia, fadiga, anorexia, náuseas, vômitos, constipação, insônia e delirium são frequentes e podem comprometer a autonomia e o bem-estar, tornando

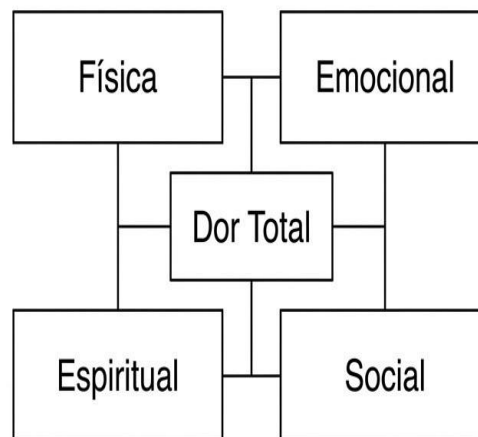
necessária uma avaliação contínua e individualizada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A qualidade de vida, entretanto, não depende exclusivamente do controle das manifestações clínicas, mas também da percepção do paciente sobre sua condição e de sua capacidade de manter autonomia, relações e atividades significativas (PASQUAL *et al.*, 2023). Nesse sentido, a família também deve ser reconhecida como parte da unidade de cuidado, recebendo orientação e suporte diante dos impactos emocionais, sociais e financeiros provocados pelo adoecimento (SANTOS; SOEIRO; MAUÉS, 2020).

Outro princípio fundamental é o respeito à autonomia, com decisões terapêuticas compartilhadas e alinhadas aos valores e desejos do paciente. Essa prática favorece um cuidado mais individualizado e adequado aos seus objetivos (JARUSSI *et al.*, 2024). Entre as estratégias psicossociais utilizadas nos cuidados paliativos, destaca-se a Terapia da Dignidade, desenvolvida para atender às necessidades existenciais de pacientes com doenças ameaçadoras da vida. Por meio da reflexão sobre a trajetória, os valores, as relações e as experiências significativas do paciente, a intervenção busca fortalecer sua identidade, preservar a dignidade e favorecer a construção de um legado. Assim, amplia o cuidado para além dos sintomas físicos, contribuindo para o enfrentamento do sofrimento psicológico e existencial e para a qualidade de vida.

Assim, o controle de sintomas e a promoção da qualidade de vida são objetivos indissociáveis dos cuidados paliativos oncológicos. Ao integrar o manejo dos sintomas ao suporte emocional, social e espiritual, essa abordagem busca garantir conforto, autonomia, respeito e dignidade, promovendo uma assistência humanizada e centrada na pessoa (Figura 28.1).

Figura 28.1 Representação esquemática do conceito de Dor Total



Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base no conceito de Dor Total proposto por Cicely Saunders (1978).

Papel da equipe multiprofissional

A complexidade do câncer e das múltiplas repercussões decorrentes do processo de adoecimento tornam insuficiente uma assistência pautada exclusivamente no modelo biomédico tradicional. Nos cuidados paliativos, o paciente deixa de ser compreendido apenas sob a perspectiva da doença e passa a ser reconhecido em sua integralidade, considerando-se suas necessidades físicas, emocionais, sociais, espirituais e familiares. Nesse contexto, a atuação da equipe multiprofissional constitui um dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos, uma vez que possibilita a integração de diferentes saberes para oferecer uma assistência abrangente, individualizada e centrada na pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A Organização Mundial da Saúde reconhece os cuidados paliativos como uma abordagem destinada à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. A complexidade dessas necessidades exige a participação integrada de diferentes profissionais, uma vez que nenhuma

categoria, isoladamente, é capaz de responder a todas as demandas apresentadas pelo paciente oncológico. Dessa forma, a colaboração interdisciplinar possibilita o compartilhamento de informações, objetivos terapêuticos e responsabilidades, favorecendo a continuidade e a efetividade da assistência (FERRELL *et al.*, 2018).

Embora frequentemente utilizados como sinônimos, os termos multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar apresentam significados distintos. Na atuação multiprofissional, diferentes profissionais acompanham o mesmo paciente, porém nem sempre estabelecem interação sistemática entre si. Já a prática interdisciplinar pressupõe comunicação permanente, construção coletiva do plano terapêutico e compartilhamento das decisões clínicas, característica considerada essencial nos cuidados paliativos contemporâneos. Estudos nacionais ressaltam que a interdisciplinaridade favorece maior integração da assistência, reduz falhas na comunicação entre os profissionais e contribui para intervenções mais resolutivas, evitando a fragmentação do cuidado e promovendo maior segurança ao paciente e à família (SILVA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2023).

Nesse contexto, o médico atua na avaliação clínica, no controle da dor e de outros sintomas, na definição das estratégias terapêuticas e na condução das decisões relacionadas aos objetivos do cuidado. A enfermagem, devido ao contato contínuo com pacientes e familiares, desempenha papel fundamental na monitorização clínica, administração de medicamentos, identificação precoce de sintomas, educação em saúde e orientação aos cuidadores, funcionando frequentemente como elo entre paciente, família e equipe (RIBEIRO *et al.*, 2024).

O psicólogo auxilia no enfrentamento das repercussões emocionais associadas ao câncer, como medo, ansiedade, tristeza e sofrimento relacionado às perdas decorrentes da progres-

são da doença, oferecendo também suporte aos familiares (SOUZA *et al.*, 2024). O assistente social, por sua vez, identifica vulnerabilidades socioeconômicas, dificuldades de acesso aos serviços e necessidades relacionadas à rede de apoio, estabelecendo a articulação entre paciente, família, serviços de saúde e políticas públicas.

O fisioterapeuta contribui para a preservação da funcionalidade e independência, além do manejo de sintomas como dispneia, fadiga e dor e da prevenção de complicações relacionadas à imobilidade. O nutricionista atua no manejo das alterações nutricionais, considerando não apenas as necessidades nutricionais, mas também o conforto, os sintomas e os objetivos assistenciais estabelecidos com o paciente e sua família. O farmacêutico contribui para a segurança no uso dos medicamentos, especialmente diante da frequente polifarmácia, auxiliando na prevenção de interações medicamentosas e eventos adversos e na otimização do controle dos sintomas.

Outros profissionais, como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas, capelães e líderes religiosos, também podem integrar a assistência de acordo com as necessidades individuais. Essa diversidade demonstra que o cuidado paliativo ultrapassa o controle dos sintomas físicos e busca preservar autonomia, funcionalidade, dignidade e qualidade de vida.

Entretanto, a presença de diferentes profissionais, isoladamente, não garante uma assistência integral. A efetividade da equipe depende principalmente da comunicação e integração entre seus membros. Reuniões clínicas, construção compartilhada do plano terapêutico e definição conjunta dos objetivos assistenciais contribuem para reduzir conflitos e condutas contraditórias, além de favorecer maior segurança para pacientes e familiares (FERRELL *et*

al., 2018; SILVA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2023).

A atuação interdisciplinar também favorece o suporte aos próprios profissionais, que estão frequentemente expostos ao sofrimento, à terminalidade e a decisões complexas. O compartilhamento de experiências e responsabilidades pode reduzir a sobrecarga emocional e favorecer decisões clínicas e éticas mais consistentes. Entretanto, ainda existem obstáculos à implementação desse modelo, como formação insuficiente em cuidados paliativos, limitações estruturais, escassez de profissionais especializados e dificuldades de comunicação entre as diferentes categorias.

Assim, a atuação multiprofissional e, sobretudo, interdisciplinar constitui elemento essencial dos cuidados paliativos oncológicos. A integração dos diferentes saberes permite responder às múltiplas dimensões do sofrimento, promovendo melhor controle dos sintomas, acolhimento das necessidades emocionais, sociais e espirituais, preservação da autonomia e da dignidade e melhor qualidade de vida para pacientes e familiares.

Espiritualidade e apoio psicossocial

Os cuidados paliativos reconhecem que o sofrimento humano ultrapassa a dimensão física da doença, envolvendo aspectos psicológicos, sociais e espirituais, conforme o conceito de “dor total” desenvolvido por Cicely Saunders.

A Organização Mundial da Saúde reconhece a espiritualidade e o apoio psicossocial como componentes essenciais dos cuidados paliativos, recomendando que essas dimensões sejam avaliadas desde o diagnóstico da doença e acompanhadas durante toda a trajetória assistencial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Nesse contexto, é importante distinguir espiritualidade de religiosidade. A

religiosidade está relacionada a crenças, práticas e tradições religiosas, enquanto a espiritualidade apresenta caráter mais amplo, envolvendo busca por sentido, propósito, esperança e transcendência, pode ou não estar vinculado a uma religião específica (PUCHALSKI *et al.*, 2014).

Durante o adoecimento oncológico, especialmente em fases avançadas, é frequente o surgimento de questionamentos relacionados à finitude, ao sentido da vida, à família e ao futuro. Quando não reconhecido, o sofrimento espiritual pode estar associado a maiores níveis de ansiedade, depressão, desesperança e pior percepção da qualidade de vida (BALBONI *et al.*, 2013). Por outro lado, o acolhimento dessas necessidades pode favorecer melhor enfrentamento da doença, adaptação emocional e participação nas decisões relacionadas aos objetivos de cuidado.

A abordagem da espiritualidade não implica indução de crenças religiosas. Cabe aos profissionais criar um ambiente de escuta e respeito, permitindo que o paciente expresse valores, crenças, medos e fontes de esperança. Perguntas simples sobre aquilo que proporciona força, sentido ou conforto podem auxiliar na identificação de necessidades espirituais. Entretanto, a insegurança dos profissionais e a insuficiente formação acadêmica ainda representam obstáculos à incorporação desse cuidado na prática assistencial.

O apoio psicossocial é fundamental diante das repercussões do câncer sobre a rotina, as relações familiares, a atividade profissional, a situação financeira e os projetos de vida. A atuação integrada da psicologia e do serviço social contribui para o enfrentamento emocional, a identificação de vulnerabilidades e a articulação com redes de apoio, direitos e recursos disponíveis.

A família também deve ser considerada unidade de cuidado, pois o adoecimento oncológico afeta diretamente os familiares, especialmente aqueles que assumem o papel de cuidadores. Sobrecarga física e emocional, medo da perda, insegurança e antecipação do luto são experiências frequentes, tornando necessário oferecer suporte também à rede familiar.

O acompanhamento do luto constitui extensão importante dos cuidados paliativos. A assistência pode se manter após o falecimento, com acolhimento dos familiares e identificação de situações de maior vulnerabilidade emocional. Esse suporte contribui para uma adaptação mais saudável à perda e reforça a compreensão de que o cuidado paliativo não se restringe ao paciente isoladamente.

Apesar dos benefícios reconhecidos, ainda existem dificuldades para a implementação efetiva dessas dimensões, como predominância do modelo biomédico, formação profissional insuficiente, limitações de tempo e ausência de protocolos específicos. Ainda assim, a literatura demonstra que a integração do cuidado espiritual e psicossocial contribui para uma assistência mais humanizada, centrada nos valores e necessidades do paciente.

Dessa forma, espiritualidade e apoio psicossocial devem ser compreendidos como componentes essenciais dos cuidados paliativos oncológicos, e não como intervenções acessórias. Quando integrados ao controle dos sintomas e à atuação interdisciplinar, possibilitam uma abordagem mais ampla do sofrimento, favorecendo a preservação da dignidade, da autonomia e da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Desafios para a humanização nos serviços de saúde

A humanização é um dos pilares dos cuidados paliativos e fundamental para uma assistência ética, integral e centrada na pessoa. Na

oncologia, sua implementação ainda enfrenta desafios estruturais, organizacionais e culturais, relacionados tanto à complexidade do adoecimento quanto às limitações dos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Entre os principais obstáculos está a permanência do modelo biomédico, historicamente centrado no diagnóstico e tratamento da doença, que pode deixar em segundo plano necessidades emocionais, sociais e espirituais. Os cuidados paliativos propõem uma mudança de paradigma, priorizando a qualidade de vida, o alívio do sofrimento e o respeito aos valores e preferências do paciente (SALES *et al.*, 2025). Soma-se a isso o encaminhamento tardio aos serviços paliativos, que reduz as possibilidades de controle dos sintomas, planejamento compartilhado e construção de vínculos entre paciente, família e equipe (SILVA *et al.*, 2025).

A formação insuficiente dos profissionais, especialmente para a comunicação de notícias difíceis e abordagem da terminalidade, constitui outra barreira. A sobrecarga dos serviços e a limitação de recursos também dificultam a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculos terapêuticos (JARUSSI *et al.*, 2024; PASQUAL *et al.*, 2023). Além disso, tabus relacionados à morte e ao processo de morrer podem dificultar discussões sobre prognóstico e planejamento de cuidados, enquanto desigualdades no acesso limitam a oferta oportuna de assistência paliativa (GUIMARÃES *et al.*, 2021; SANTOS; SOEIRO; MAUÉS, 2020).

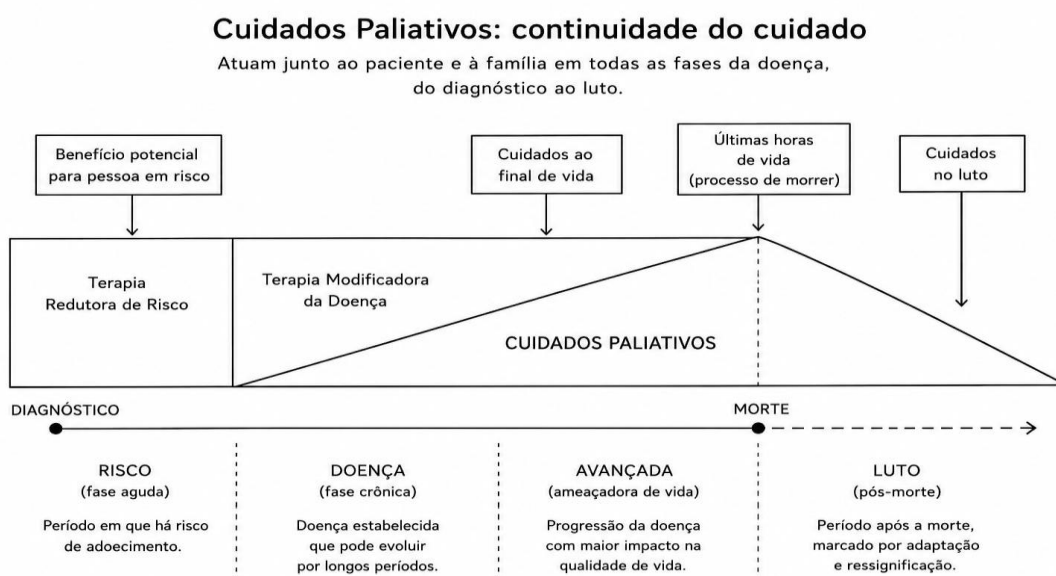
A comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, aliada à atuação interdisciplinar, é igualmente essencial para evitar condutas fragmentadas e proporcionar maior segurança durante o cuidado. Para isso, são necessários educação permanente e suporte às equipes, reconhecendo que a humanização também deve

contemplar os profissionais responsáveis pela assistência (FLORES *et al.*, 2024).

Assim, a consolidação dos cuidados paliativos no Brasil depende da superação de barreiras estruturais, educacionais e culturais, além da ampliação do acesso e do fortalecimento do trabalho interdisciplinar. Humanizar significa

reconhecer a singularidade e a autonomia do paciente e compreender que, mesmo quando a cura não é possível, o cuidado permanece possível e necessário, por meio do alívio do sofrimento e da preservação da dignidade (Figura 28.2).

Figura 28.2 Continuidade dos cuidados paliativos ao longo da trajetória da doença



Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base em World Health Organization (2018), Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2021) e Radbruch *et al.* (2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos constituem um componente essencial da assistência oncológica, pois promovem um cuidado centrado na pessoa, voltado ao alívio do sofrimento e à preservação da qualidade de vida em todas as fases da doença. Sua integração precoce ao tratamento, associada à atuação da equipe multiprofissional, à comunicação efetiva e ao suporte psicossocial e espiritual, contribui para uma assistência mais humanizada, respeitando

a autonomia, os valores e as necessidades do paciente e de sua família.

Apesar dos avanços alcançados, ainda persistem desafios relacionados ao acesso aos cuidados paliativos, à formação dos profissionais e à consolidação dessa abordagem nos serviços de saúde. Nesse contexto, fortalecer os cuidados paliativos significa ampliar o acesso a uma assistência integral, ética e humanizada, capaz de oferecer conforto, dignidade e qualidade de vida aos pacientes oncológicos e seus familiares ao longo de todo o processo de adoecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de cuidados paliativos. 3. ed. São Paulo: ANCP, 2021.

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. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302> (doi.org in Bing).

BALBONI, T. A. *et al.* Provision of spiritual care to patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, v. 31, n. 4, p. 461–467, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443> (doi.org in Bing).

CHERNY, N. I. *et al.* ESMO Clinical Practice Guidelines for Palliative Care. *Annals of Oncology*, v. 32, n. 12, p. 1499–1508, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.09.001> (doi.org in Bing).

ESPÍNDOLA, A. V. *et al.* Terapia da dignidade para adultos com câncer em cuidados paliativos: um relato de caso. *Temas em Psicologia*, v. 25, n. 2, p. 733–747, 2017. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-14Pt> (doi.org in Bing).

FERRELL, B. R. *et al.* National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, v. 21, n. 12, p. 1684–1689, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0326> (doi.org in Bing).

FERRELL, B. R. *et al.* Interprofessional communication training to address spiritual aspects of cancer care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, v. 29, n. 4, p. 399–411, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/08854726.2023.2174063> (doi.org in Bing).

FLORES, L. M. *et al.* Humanização médica através dos cuidados paliativos: maximizando a qualidade de vida. *Periódicos Brasil: Pesquisa Científica*, v. 3, n. 2, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

JARUSSI, M. B. A atuação do médico na humanização dos cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 3, p. 1412–1423, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1412-1423> (doi.org in Bing).

OLIVEIRA, M. H. M. *et al.* Qualidade de vida em cuidados paliativos: a estreita relação entre a saúde do corpo e da alma. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 6, p. 60140–60157, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-60140> (doi.org in Bing).

PUCHALSKI, C. M. *et al.* Improving the spiritual dimension of whole person care. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 6, p. 642–656, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0379> (doi.org in Bing).

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027> (doi.org in Bing).

RIBEIRO, W. A. *et al.* Repercussões e perspectivas da equipe de enfermagem frente ao processo de cuidados paliativos do paciente oncológico. *E-Acadêmica*, v. 3, n. 2, e8132246, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5209/eacad.8132246> (doi.org in Bing).

SALES, C. A.; SILVA, V. A. O enfermeiro e a humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 66–73, 2011. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i1.11834> (doi.org in Bing).

SAUNDERS, Cicely M. The philosophy of terminal care. In: SAUNDERS, Cicely M. (ed.). *The management of terminal disease*. London: Edward Arnold, 1978. p. 193–202.

SANTOS, V. N. M.; SOEIRO, A. C. V.; MAUÉS, C. R. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares e desafios da prática médica diante da finitude da vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.1072> (doi.org in Bing).

TEMEL, J. S. *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 8, p. 733–742, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678> (doi.org in Bing).

WALCZAK, A. *et al.* A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions. *Patient Education and Counseling*, v. 99, n. 1, p. 3–16, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.027> (doi.org in Bing).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (who.int in Bing). Acesso em: 10 jun. 2026.