

Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos Oncológicos no Processo Ativo de Morte

GATTI, Flávia Marçal

ROCHA, Keli de Campos

LOUREIRO, Nina R. G. de Oliveira

Resumo

Introdução: O câncer, segunda principal causa de morte no mundo, é caracterizado pela proliferação descontrolada de células com potencial de invasão e metástase. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima aproximadamente 704 mil novos casos anuais até 2025. Diante do avanço da doença, os cuidados paliativos buscam controlar sintomas e melhorar a qualidade de vida, com uma abordagem multidimensional que envolve aspectos físicos, emocionais e espirituais. **Objetivo:** Identificar o papel do profissional de enfermagem no processo de morte de pacientes em cuidados paliativos e as competências necessárias no tratamento oncológico de pacientes em fase ativa de morte. **Métodos:** Revisão narrativa da literatura com base em 10 artigos publicados entre 2019 e 2024 nas plataformas SciELO, Lilacs e BVS, além de normativas do Ministério da Saúde e OMS. **Resultados:** Os enfermeiros enfrentam desafios emocionais ao lidar com vínculos afetivos com pacientes e suas famílias, destacando-se a necessidade de suporte psicológico institucional e capacitação contínua. A abordagem integral e a colaboração multidisciplinar são fundamentais para um atendimento humanizado e integrado, contudo, identificou-se que há uma lacuna significativa no conhecimento sobre a fase ativa de morte e a preparação dos profissionais para essa etapa. **Conclusão:** A escassez de informações sobre o manejo da fase ativa de morte reforça a importância da educação continuada, revisão de práticas e uma abordagem empática, respeitando as diretivas antecipadas do paciente.

Palavras-chave: Oncologia; Cuidados paliativos; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Cancer, the second leading cause of death worldwide, is characterized by the uncontrolled proliferation of cells with the potential for invasion and metastasis. In Brazil, the National Cancer Institute (INCA) estimates approximately 704,000 new cases annually through 2025. As the disease progresses, palliative care aims to control symptoms and improve quality of life, with a multidimensional approach that encompasses physical, emotional, and spiritual aspects. **Objective:** To identify the role of nursing professionals in the dying process of patients in palliative care and the necessary competencies for the oncology treatment of patients in the active dying phase. **Methods:** Narrative literature review based on 10 articles published between 2019 and 2024 on the SciELO, Lilacs, and BVS platforms, as well as guidelines from the Ministry of Health and WHO. **Results:** Nurses face emotional challenges when dealing with emotional bonds with patients and their families, highlighting the need for institutional psychological support and continuous training. Holistic care and multidisciplinary collaboration are essential for humanized and integrated care; however, a significant knowledge gap regarding the active dying phase and the preparation of professionals for this stage was identified. **Conclusion:** The lack of information on managing the active dying phase underscores the importance of continuing education, the review of practices, and an empathetic approach, respecting the patient's advance directives.

Keywords: Neoplasias, Cancer Pain, Oncology, Oncology Nursing.

Introdução

A neoplasia maligna, amplamente referida como câncer, denomina um vasto grupo de mais de 100 patologias distintas, todas caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células.¹ Estas células proliferam de maneira acelerada e desordenada, formando massas que têm a capacidade de invadir tecidos circundantes e propagar-se para órgãos adjacentes e distantes do local primário do tumor, processo denominado metástase². O surgimento do câncer é imputável a mutações, que se definem como alterações na estrutura genética (DNA) das células. Em condições normais, as células seguem diretrizes precisas para o crescimento e a multiplicação. Contudo, alterações nessas diretrizes, resultantes de mutações, podem originar células patológicas que, ao se reproduzirem, promovem o desenvolvimento de neoplasias malignas.¹⁻²

De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que, durante o triênio 2023-2025, o Brasil registre aproximadamente 704 mil novos casos de câncer anualmente.¹ Destes, 70% estão previstos para as regiões Sul e Sudeste.²⁻³ Entre os tipos mais prevalentes nessas regiões destacam-se o câncer de mama em mulheres (Sul: 71,44/100 mil; Sudeste: 84,46/100 mil)^{2,3}, o câncer de próstata (Sul: 57,23/100 mil; Sudeste: 77,89/100 mil)^{2,3} e o câncer de cólon e reto (Sul: 26,46/100 mil; Sudeste: 28,75/100 mil).^{2,3} Nas regiões Norte e Nordeste, o câncer de próstata é o mais comum,^{4,5} com taxas de incidência de 28,40/100 mil no Norte⁴ e 73,28/100 mil no Nordeste⁵, seguido pelo câncer de mama feminina (Norte: 24,99/100 mil; Nordeste: 52,20/100 mil)^{4,5} e pelo câncer do colo do útero (Norte: 20,48/100 mil; Nordeste: 17,59/100 mil).^{4,5} Na região Centro-Oeste, o câncer de próstata, com uma taxa estimada de 61,60/100 mil é o mais frequente, sendo seguido pelo câncer de mama feminina (57,28/100 mil) e pelo câncer colorretal (17,08/100 mil).⁶

Entre os fatores de risco evitáveis associados ao desenvolvimento de câncer, o tabagismo é responsável por aproximadamente 161 mil mortes anuais no Brasil, o que corresponde a 13% do total de óbitos pela doença⁷. O consumo de alimentos ultraprocessados contribui para mais de 57 mil mortes por câncer a cada ano, representando cerca de 11% de todas as mortes entre adultos com idades entre 30 e 69 anos no país⁸. No que tange à ingestão de bebidas alcoólicas, estima-se que a cada hora duas pessoas falecem em decorrência de causas diretamente relacionadas ao consumo deste produto.⁹ Em 2019, cerca de 17 mil novos casos e 9 mil mortes por câncer foram atribuídos ao consumo de bebidas alcoólicas.⁹

Embora o avanço tecnológico e terapêutico tenha transformado muitas doenças fatais em condições crônicas, prolongando a vida dos pacientes, a morte permanece como um desfecho inevitável.¹⁰ Apesar dos esforços para buscar a cura, muitos pacientes em estado

terminal recebem assistência inadequada, predominantemente centrada em tratamentos invasivos e tecnologias avançadas, os quais frequentemente negligenciam o sofrimento humano e falham em tratar de maneira eficaz sintomas como a dor e o desconforto¹¹.

Nesse cenário, torna-se essencial a implementação de estratégias específicas que incluam a criação de recursos dedicados, a melhoria contínua dos serviços existentes, a capacitação especializada dos profissionais de saúde e a conscientização da sociedade em geral sobre a importância de um cuidado integral. É nesse contexto que os Cuidados Paliativos (CPs) se configuram como uma abordagem essencial, oferecendo um modelo de atenção centrado no alívio do sofrimento e na promoção da qualidade de vida, que vai além da mera intervenção curativa e se foca na dignidade e no bem-estar do paciente.^{10,11}

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo investigar as estratégias e abordagens empregadas pelos profissionais de enfermagem no manejo do processo de morte de pacientes em cuidados paliativos, bem como analisar sua atuação específica no contexto do tratamento oncológico em pacientes na fase ativa do processo de morte.

Materiais e métodos

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa de literatura, baseada em 10 artigos científicos e normativas do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Os artigos selecionados foram filtrados nas plataformas de busca acadêmica SciELO, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde e Periódicos CAPES, sendo publicadas período correspondente aos últimos cinco anos (2019-2024).

Para a condução da busca, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Neoplasias, Dor do Câncer, Oncologia e Enfermagem Oncológica. A seleção e a filtragem dos estudos seguiram critérios de relevância e qualidade, assegurando que os artigos incluídos fossem pertinentes e oferecessem contribuições significativas para a compreensão do tema abordado.

Os artigos foram avaliados quanto à sua metodologia, resultados e discussões, permitindo a síntese de informações relevantes sobre o impacto das neoplasias malignas, estratégias de manejo da dor do câncer, avanços na oncologia e a atuação da enfermagem oncológica. A revisão narrativa buscou integrar as evidências disponíveis para proporcionar uma visão abrangente e atualizada sobre o tema.

Resultados

Dentre os artigos selecionados, diversos estudos destacaram-se por sua similaridade em relação ao tratamento de pacientes oncológicos em Processo Ativo de Morte pela equipe de enfermagem. A Tabela 1 apresenta a caracterização desses estudos para melhor elucidar o arcabouço teórico da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização inicial dos estudos avaliados quanto a seus objetivos e metodologias

#	Autores	Objetivo	Metodologia
1	Bizutti <i>et al.</i> (2024)	Identificar o impacto da evolução histórica do conforto no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em fim de vida.	Revisão sistemática de literatura
2	Paiva <i>et al.</i> (2023)	Analisar as estratégias empreendidas pelos enfermeiros do Hospital do Câncer IV para atuar em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde.	Estudo histórico e qualitativo
3	Dias <i>et al.</i> (2022)	Levantar a produção científica sobre as ações de enfermagem nos cuidados paliativos junto a criança com câncer e seu familiar e discutir os principais resultados e suas contribuições para o cuidado de enfermagem.	Revisão integrativa de literatura
4	Silva, Assis e Pinto (2021)	Realizar uma revisão da literatura acerca da atuação do enfermeiro na atenção aos cuidados paliativos na criança com câncer.	Revisão narrativa de literatura
5	Santos (2019)	Investigar a vivência de enfermeiros ao cuidar de crianças com câncer sob cuidados paliativos.	Estudo exploratório com abordagem qualitativa
6	Silva <i>et al.</i> (2021)	Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos em oncologia pediátrica e suas necessidades para realização dos cuidados no fim de vida.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa
7	Costa <i>et al.</i> (2020)	Analisar artigos sobre a Preparação do enfermeiro frente a pacientes oncológicos em estado paliativo dos últimos cinco anos	Revisão integrativa de literatura
8	Trainoti <i>et al.</i> (2022)	Analisar a percepção dos profissionais de saúde ao cuidar de pacientes com câncer em Cuidados Paliativos Pediátricos (CPPs).	Revisão integrativa de literatura
9	Cordeiro <i>et al.</i> (2024)	Descrever a importância da atuação do profissional enfermeiro nos cuidados paliativos frente ao paciente oncológico.	Revisão narrativa de literatura
10	Bertochi, Nicodem e Morschbacher (2022)	Verificar na literatura qual a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a importância dos cuidados paliativos no âmbito oncológico.	Revisão integrativa de literatura

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Bizutti destaca que, no âmbito dos CPs, os enfermeiros enfrentam desafios emocionais profundos, como sentimento de impotência e frustração, especialmente ao lidar com óbitos pediátricos¹¹, a criação de vínculos com os pacientes intensifica ainda mais esse sofrimento e a falta de formação especializada em oncologia, somada à pouca ênfase no preparo emocional durante a graduação em Enfermagem, acentua a sensação de despreparo na prática profissional.¹¹ Nesse contexto, torna-se essencial a oferta de suporte psicológico institucional

para auxiliar a equipe a lidar com o impacto emocional dos cuidados paliativos¹¹. O estudo prático conduzido por Paiva e colaboradores corrobora com a perspectiva formativa do profissional da Enfermagem nos CPs, enfatizando a necessidade de investimento em educação continuada e eventos que reforcem as competências dos enfermeiros que atuam nessa perspectiva, ampliando a visibilidade desses profissionais e possibilitando seu reconhecimento¹².

Dias e colaboradores defendem que a atuação da equipe de enfermagem junto ao paciente em CPs requer uma abordagem integral, com ênfase na escuta ativa, no contato direto e na criação de um ambiente acolhedor, que respeite os sentimentos e promova momentos de bem-estar. No que se refere às famílias, a comunicação empática e o apoio biopsicossocial revelam-se fundamentais, uma vez que estas também demandam cuidados específicos. O estudo enfatizou que a assistência de enfermagem não pode se restringir ao âmbito técnico, devendo adotar uma visão integral que contemple tanto o paciente quanto sua família, proporcionando alívio ao desgaste físico e emocional de ambos. No entanto, a sensibilidade no cuidado permanece como um desafio para os profissionais de enfermagem.¹³

Neste mesmo sentido, a pesquisa de Silva, Assis e Pinto destacou que o enfermeiro desempenha um papel fundamental no tratamento terapêutico ao atuar tanto no alívio da dor quanto no manejo dos sintomas da doença. Além disso, é responsável por oferecer cuidados que visam minimizar o sofrimento, promovendo conforto e dignidade ao paciente e à sua família, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais.¹⁴

Além do controle da dor, os enfermeiros relataram a importância de cuidados assistenciais básicos, como troca de curativos e mudanças de posição, com o objetivo de proporcionar conforto e melhorar a qualidade de vida do paciente, reforçando a importância dessas práticas, incluindo higiene, monitoramento dos sinais vitais, comunicação com a família e cuidados paliativos como massagem de conforto e curativos. Esses cuidados são vistos como formas de promover o bem-estar dos pacientes, ajudando-os a viver com a melhor qualidade de vida possível.¹⁵

Embora seja amplamente reconhecido como importante, o estudo de Silva e colaboradores conduzido com enfermeiros, revelou a existência de lacunas de aprendizagem e a necessidade de capacitação técnica e psicológica para os profissionais que atendem pacientes oncológicos em fim de vida.¹⁷ Os principais tópicos de interesse identificados pelos profissionais incluem a comunicação de más notícias, estratégias de enfrentamento, aspectos éticos, hipodermóclise e controle da dor.¹⁷

Ademais, o estudo de Costa e colaboradores demonstrou a existência de uma lacuna no conhecimento sobre a preparação dos enfermeiros para o cuidado de pacientes oncológicos em estado paliativo, pois nenhum dos estudos analisados pelos pesquisadores em seu arcabouço, abordava diretamente a preparação técnica e emocional necessária para esses profissionais. A falta de métodos claros para avaliar o preparo dos enfermeiros torna a situação ainda mais desafiadora, uma vez que a preparação adequada para lidar com pacientes em cuidados paliativos depende de uma combinação de conhecimento, experiência e suporte psicológico, o que impacta tanto a qualidade do atendimento quanto a qualidade de vida do enfermeiro.¹⁵

Para Trainoti e colaboradores, os profissionais de Enfermagem também se esforçam para resgatar a humanização no atendimento, proporcionando uma experiência menos dolorosa e mais tranquila.²² No entanto, há desafios significativos nesse percurso, como a dificuldade de realizar atividades lúdicas devido ao estado debilitado dos pacientes e a necessidade de preparar emocionalmente os profissionais para lidar com o sofrimento e a perda.²² Ainda, complementam que os enfermeiros frequentemente perpassam pelo paradoxo de manter a compostura profissional, enquanto lidam com a dor e o luto associados à morte de pacientes, enfatizando que a falta de formação específica sobre o processo de morte e a necessidade de equilibrar a vida pessoal e profissional são desafios complexos e presentes, explicitando a necessidade urgente de capacitação contínua que aborde tanto a técnica quanto o suporte emocional, para garantir uma abordagem realmente integral e de qualidade nos cuidados paliativos.²²

Na visão de Cordeiro e colaboradores, a comunicação efetiva em CPs também é um aspecto fundamental, exigindo habilidades de empatia, escuta ativa e respeito às preferências individuais do paciente.²³ A personalização do cuidado é indispensável para atender às necessidades específicas de cada paciente, levando em conta aspectos físicos, emocionais e espirituais.²³

Ademais, Bertochi, Nicodem e Morschbacher argumentam que embora os profissionais de enfermagem possuam um conhecimento considerável sobre cuidados paliativos e os benefícios associados, há um elevado desgaste emocional decorrente do vínculo estabelecido com os pacientes.¹⁹ Por isso, empenha-se que os enfermeiros recebam suporte psicológico adequado e participem de programas de capacitação especializados para aprimorar sua competência em cuidados paliativos, além de enfatizar a importância dessa abordagem para a qualidade do atendimento.¹⁹

Dentre os artigos analisados, 100% destes destacaram a importância de que novos estudos sejam elaborados, a fim de trazer maiores contribuições acerca da importância da atuação do profissional de enfermagem frente aos CP.

Uma das lacunas mais significativas decorrente das leituras, foi a escassez de informações sobre a fase ativa de morte, também chamada de fase agônica¹⁶ e o trato possível pela equipe de enfermagem nesse período. O Manual de Cuidados Paliativos¹⁶ destaca que o reconhecimento da proximidade da morte é fundamental para todos envolvidos no cuidado, incluindo o paciente, seu cuidador e a equipe multidisciplinar. A colaboração interdisciplinar é crucial para garantir um atendimento mais humanizado nos momentos finais da vida^{11, 12, 13, 15}. A equipe deve estar bem sincronizada, compartilhando informações e trabalhando de forma cooperativa para alcançar os objetivos definidos para esta fase do cuidado.¹⁶

Ainda na fase ativa de morte, entre os principais sinais a serem observados estão a fraqueza e fadiga intensas,¹⁴ que fazem com que o paciente se torne predominantemente sonolento e reduza significativamente suas atividades^{14,16}. Além disso, a inapetência¹¹ e desidratação¹¹ são comuns, com o paciente parando de comer e diminuindo a ingestão de líquidos¹¹. Alterações neurológicas, como delírio e diminuição do nível de consciência, também são frequentes. O paciente pode falar pouco, evitar receber visitas e apresentar alterações respiratórias¹¹, que vão desde dificuldade respiratória até a respiração agônica, conhecida como "ronco da morte" ou "sororoca".¹⁶

A monitorização contínua e procedimentos dolorosos devem ser minimizados, realizando apenas o essencial. Manter a hidratação corporal com produtos vegetais e posicionar o paciente no leito de forma a maximizar o conforto são práticas recomendadas.¹⁶ A hidratação da pele deve ser avaliada diariamente e ajustada conforme necessário, utilizando placas de hidrocoloide¹⁶ para proteger áreas de proeminências ósseas e a região sacra.¹⁶ É importante também facilitar a movimentação do paciente com lençóis adequados e manter o leito livre de umidade, trocando fraldas regularmente.¹⁴⁻¹⁶

Revisar e adaptar a prescrição de enfermagem ao estado atual do paciente, sempre que necessário, e acomodar o paciente em quartos individuais, se possível, são medidas a serem consideradas.¹⁶ Permitir que os familiares permaneçam junto ao paciente, orientando-os sobre revezamento e flexibilizando os horários de visita conforme a equipe médica e o serviço social permitirem, é essencial, com o intuito de priorizar o conforto e oferecer apoio tanto ao paciente quanto à família ajudará a minimizar o sofrimento durante este momento delicado.¹¹⁻¹⁶

Discussão

A enfermagem, tradicionalmente estruturada sob um paradigma mecanicista e hospitalocêntrico, está passando por uma reavaliação significativa por parte dos próprios profissionais da área^{10,11}. Historicamente, a visão do enfermeiro como um mero técnico obediente, ligado a uma abordagem religiosa do cuidado e a um modelo que trata o paciente como uma máquina, tem dominado a prática. Essa perspectiva tem sido amplamente contestada, provocando uma crise no paradigma hegemônico¹⁰.

No âmbito do CP, o profissional de Enfermagem trata-se de uma peça-chave dentro da equipe multidisciplinar e diversas ações de caráter pragmático são essenciais para a eficácia do enfermeiro em CP¹⁰. Entre essas ações, destacam-se o controle efetivo da dor, o domínio da técnica de hipodermóclise e a realização de curativos em lesões malignas cutâneas¹⁰. Além disso, a aplicação de técnicas de comunicação terapêutica, o oferecimento de cuidados espirituais, e a manutenção rigorosa do asseio e da higiene são igualmente cruciais¹⁰. O enfermeiro deve também assegurar medidas de conforto, gerenciar a equipe de enfermagem de forma eficiente, colaborar com as famílias dos pacientes e manter uma comunicação fluida com a equipe multidisciplinar¹⁰, “é papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família”.¹⁰

Dentre os tipos de tumores sólidos com prognóstico particularmente desfavorável, destacam-se aqueles que apresentam crescimento rápido, alta taxa de proliferação celular, invasão local agressiva e capacidade de disseminação precoce²⁴. O adenocarcinoma ductal pancreático é um exemplo, caracterizado por uma densa reação desmoplásica que atua como uma barreira física para a perfusão de agentes quimioterápicos, exibindo mutações em genes críticos como KRAS, TP53, CDKN2A e SMAD4²⁴. O carcinoma de pulmão de pequenas células é igualmente agressivo, com alta taxa de proliferação e metástase precoce, frequentemente associada a mutações em TP53 e RB1²⁶. O glioblastoma multiforme, o tumor primário mais comum e agressivo do sistema nervoso central, apresenta alta heterogeneidade genética e capacidade infiltrativa difusa²⁵, o que limita a eficácia de intervenções terapêuticas focais, resultando em uma sobrevida média inferior a dois anos²⁵. Outros exemplos incluem o melanoma metastático, que apesar das inovações terapêuticas como a imunoterapia e inibidores de BRAF, ainda apresenta um prognóstico difícil em estágios avançados devido à resistência ao tratamento e heterogeneidade tumoral.²⁷

O cuidado paliativo em oncologia é uma abordagem interdisciplinar centrada no paciente, cujo objetivo é a promoção da qualidade de vida frente a doenças que ameaçam a

vida, por meio do controle de sintomas físicos, suporte psicológico, social e espiritual.¹² Esse cuidado deve ser iniciado precocemente, mesmo em paralelo ao tratamento oncológico curativo, especialmente em pacientes com doenças avançadas onde a intenção curativa não é mais possível.¹⁶ A fase inicial do cuidado paliativo envolve a avaliação abrangente dos sintomas utilizando escalas padronizadas, como a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) e o manejo rigoroso de sintomas como dor com o uso de opioides ajustados pela Escala Analógica Visual (EVA), fadiga, anorexia, náuseas e vômitos, além de cuidados emocionais através de suporte psicológico especializado.¹⁹ O planejamento avançado de cuidados, que envolve discussões com o paciente e a família sobre diretivas antecipadas e preferências de cuidados, é essencial nesta fase para garantir que as intervenções futuras sejam alinhadas aos valores e desejos do paciente.¹⁸

Na fase intermediária do cuidado paliativo, que corresponde ao estágio em que a doença oncológica avança, apesar das terapias modificadoras de doença, o manejo dos sintomas se torna mais complexo e multifatorial.¹⁸ O controle da dor é ajustado conforme a Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo o uso de opioides fortes, coadjuvantes como antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes para dor neuropática, além de intervenções não farmacológicas como fisioterapia e técnicas de relaxamento.¹⁹ Sintomas neuropsiquiátricos como confusão mental e depressão são abordados com antipsicóticos e benzodiazepínicos, respectivamente, enquanto o suporte psicológico se intensifica, considerando o aumento da carga emocional e o estresse enfrentado pelos pacientes e suas famílias.¹⁸

À medida em que a doença progride para uma fase avançada - na qual não há mais opções de tratamentos curativos - o foco do cuidado paliativo se concentra inteiramente no alívio do sofrimento.¹⁹ A equipe multiprofissional trabalha de forma integrada para proporcionar cuidados intensivos que visam o controle rigoroso dos sintomas, como dispneia, dor refratária, delírio terminal e agitação psicomotora.²⁰ Procedimentos invasivos são minimizados e intervenções como a sedação paliativa podem ser consideradas em casos de sintomas refratários insuportáveis, após uma avaliação ética e clínica cuidadosa²¹. O suporte espiritual também é intensificado nesta fase, utilizando ferramentas como a “Terapia da Dignidade” e intervenções baseadas na “Logoterapia” para ajudar o paciente e a família a encontrar significado e paz.¹⁸

Nesse cenário, o processo ativo de morte refere-se à condição clínica na qual, com elevado grau de certeza, o óbito é inevitável devido à progressão natural da doença, independentemente da implementação de intervenções artificiais para prolongamento da vida.²¹

Trata-se de um evento irreversível, sendo que a duração desse processo é variável, conforme a patologia subjacente, podendo estender-se por horas, dias ou, em alguns casos, semanas.²⁰

Durante essa fase, observa-se um declínio significativo das funções fisiológicas, com exacerbação de sintomas prévios ou o aparecimento de novos.²² Entre os sinais mais comuns destacam-se a sonolência, fadiga, bradicardia, hipotensão, dispneia, metabolismo desacelerado, função gastrointestinal comprometida e irregular, diminuição progressiva da ingestão alimentar e hídrica, além de quadros de *delirium*.¹⁸ A identificação precisa do processo ativo de morte é crucial para a adaptação da conduta terapêutica e para a definição do plano de cuidados integrados pela equipe multiprofissional.¹⁸

Observa-se, também um declínio neurológico progressivo, com redução do nível de consciência que pode evoluir de sonolência e confusão para um estado de coma profundo, frequentemente associado a distúrbios metabólicos,¹⁸ hipóxia e acúmulo de metabólitos tóxicos como a amônia e a creatinina.¹⁹ As alterações respiratórias, incluindo padrões como respiração de *Cheyne-Stokes* e respiração agônica, indicam uma falência iminente do sistema respiratório, exacerbada por hipoxemia e hipercapnia.¹² O sistema cardiovascular exibe sinais de falência terminal, com hipotensão severa, pulso fraco e irregular, acidose metabólica e colapso circulatório e a falência renal leva à anúria e ao acúmulo de toxinas urêmicas, que contribuem para a encefalopatia metabólica.¹⁸

Considerando a fase ativa de morte do paciente em CP, evidencia-se que o suporte psicoemocional é uma prioridade, com o objetivo de proporcionar conforto e dignidade ao paciente e à família.²⁰ Assim, a equipe de Enfermagem desempenha um papel crucial na monitorização contínua, na avaliação frequente dos sintomas, na administração de medicações conforme a prescrição e no suporte emocional, sempre respeitando os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência.²¹ A comunicação contínua e clara com a família é essencial para garantir que eles estejam informados e preparados para o processo de morte, promovendo um ambiente de apoio.¹⁸⁻²⁰

Durante esse processo, é recomendada uma reavaliação à beira do leito a cada 2 a 4 horas, conforme o controle dos sintomas, podendo ser feita em intervalos menores, se necessário.²¹ A comunicação deve ser clara, empática e sincera, preparando a família e o paciente para as mudanças esperadas nas horas e dias seguintes, incluindo a explicação dos sinais de alerta e a presença de sintomas agravados.²⁰ Vale ressaltar que essa comunicação deve respeitar os limites e os desejos do paciente e dos familiares, sejam eles de receber ou não as informações, considerando o processo de aceitação individual. Por isso, recomenda-se que essa conversa aconteça gradualmente e, se necessário, repetidamente.^{18,19}

A verificação dos sinais vitais, neste estágio, perde importância, pois pode causar desconforto ao paciente e o uso de escalas para avaliação dos sintomas torna-se mais relevante. A escala de Edmonton (ESAS) pode ser utilizada se o paciente estiver consciente e comunicativo, enquanto as escalas *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) e *Respiratory Distress Observation Scale* (RDOS) são indicadas para pacientes inconscientes.¹⁸ A higiene corporal e as mudanças de posição devem ser avaliadas de forma individual, levando em conta os desejos do paciente, priorizando movimentos que aliviem a pressão e ofereçam maior conforto.¹⁸⁻²²

Na medida do possível, recomenda-se flexibilizar as regras de visita e a presença de acompanhantes, respeitando os desejos do paciente.²² Para isso, é necessário solicitar à equipe de enfermagem a liberação referente ao estado de gravidade do paciente, possibilitando maior flexibilidade no número de acompanhantes.¹⁸ A visita de crianças e adolescentes também é incentivada, desde que seja de vontade do paciente e de cada indivíduo, podendo ser organizada em conjunto com o serviço de psicologia.¹⁹

Desse modo, entende-se que na fase ativa de morte, a equipe de saúde desempenha um papel fundamental na criação de um ambiente seguro e acolhedor, que favoreça a interação entre o paciente em fase terminal e seus familiares.²² A presença de objetos com significado especial para o paciente, a permissão para a entrada de alimentos desejados e a realização de rituais de despedida podem aliviar o sofrimento e contribuir para que os familiares elaborem o luto de forma mais serena nesse momento delicado.^{18,19}

Nessa perspectiva, considera-se que a atuação da equipe de enfermagem não se restringe somente à execução de cuidados clínicos²³, mas relaciona-se à garantia de que os desejos expressos pelo paciente em suas diretivas sejam respeitados¹⁷. Logo, a enfermagem é responsável por monitorar o estado do paciente, oferecer suporte emocional e, em conjunto com a equipe médica, assegurar que as intervenções e tratamentos estejam alinhados com as vontades previamente manifestadas pelo paciente^{11,12}.

Além disso, a equipe de enfermagem tem o dever de orientar tanto o paciente quanto os familiares sobre o significado e a importância das diretivas, contribuindo para a tomada de decisões mais informadas, uma vez que essa ação contribui para a promoção da dignidade e da autonomia do paciente, elementos fundamentais nos cuidados paliativos^{17, 23}.

Neste ponto, outra lacuna encontrada nos estudos foi a escassez de materiais que argumentassem sobre as diretivas antecipadas de vontade, não sendo mencionada em nenhum dos estudos analisados. Em conformidade ao Manual de Cuidados Paliativos,¹⁷ as diretivas incluem uma série de desejos previamente manifestados pelo paciente sobre os cuidados e

tratamentos que deseja - ou não - receber e são aplicados quando o paciente já não pode expressar suas preferências¹⁷. Se o documento for elaborado antes da internação, o representante do paciente deve comunicar sua existência imediatamente, e se o paciente estiver consciente e apto ao ser hospitalizado, ele mesmo pode informar a equipe médica sobre sua vontade¹⁷.

Nesse aspecto da fase ativa de morte, como já evidenciado anteriormente, a comunicação torna-se imprescindível²¹, e o enfermeiro nesse contexto é um profissional fundamental, pois, devido ao fato de estar de perto acompanhando e prestando assistência a cada caso clínico, ele estará apto a discutir o caso com a equipe multidisciplinar, ao passo em que também é o profissional competente para conversar com a família sobre o ente que está hospitalizado.²³ Nesse cenário, a comunicação vai além das palavras e do conteúdo verbal, englobando também a escuta ativa, o olhar atento e a postura adequada, sendo considerada um método essencial para o cuidado integral e humanizado, possibilitando o reconhecimento e o acolhimento com empatia das necessidades dos pacientes e seus familiares.^{21,23}

Quando o enfermeiro utiliza a comunicação, tanto verbal quanto não verbal, permite que o paciente participe ativamente nas decisões e nos cuidados específicos relacionados à sua condição, assegurando, assim, um tratamento digno.¹¹ Desse modo, a comunicação entre os profissionais e o paciente assume um papel fundamental na mediação das relações humanas, promovendo a consolidação da autonomia, de acordo com as perspectivas individuais.²² Além disso, também reconhece-se seu papel como um elemento diagnóstico e terapêutico, capaz de identificar demandas assistenciais e proporcionar o acolhimento.²³

Conclusão

A escassez de informações sobre o manejo da fase ativa de morte é uma lacuna crítica. Em vista disso, o Manual de Cuidados Paliativos destaca a importância de reconhecer a proximidade da morte como um aspecto essencial para garantir um cuidado integrado e humanizado. Nesse contexto, a equipe de enfermagem deve estar bem sincronizada, compartilhando informações e colaborando estreitamente para atender às necessidades do paciente e de sua família durante esses momentos finais. Diversos estudos evidenciaram que o investimento em educação continuada e até mesmo na própria formação inicial dos enfermeiros pode ser uma possibilidade para que esses profissionais tenham mais competências técnicas e habilidades para o manejo dos pacientes em CP.

Além disso, a revisão das práticas e a adaptação contínua da prescrição de enfermagem são indispensáveis para responder de maneira eficaz às mudanças no estado do paciente. Orientar e apoiar a família também é crucial para minimizar o sofrimento e facilitar o processo. A equipe de enfermagem deve garantir que as diretivas antecipadas de vontade do paciente sejam respeitadas, assegurando que suas preferências sobre os cuidados recebidos sejam seguidas, mesmo quando o paciente não pode expressar sua vontade diretamente.

O estudo revelou, ainda, uma necessidade urgente de revisar os paradigmas tradicionais de cuidado, integrando práticas mais humanizadas e centradas no paciente. A visão tradicional, que muitas vezes trata o paciente de maneira mecanicista e despersonalizada, está sendo progressivamente desafiada. Em vez disso, um modelo emergente valoriza a comunicação eficaz, a empatia e a abordagem colaborativa. O papel do enfermeiro, portanto, vai além da execução técnica dos cuidados, abrangendo uma abordagem integral e humanizada que inclui suporte emocional, orientação para a família e colaboração interdisciplinar. Assim, a atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos durante a fase ativa de morte deve ser marcada por um compromisso com a dignidade do paciente e com a prática de cuidados que refletem a evolução dos paradigmas de cuidado.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Síntese de resultados e comentários [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [publicado em 01/02/2023; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca>
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Região Sul - estimativa dos casos novos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [publicado em 08/09/2022; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/sul>
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Região Sudeste - estimativa dos casos novos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [publicado em 08/09/2022; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/sudeste>
4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Região Norte - estimativa dos casos novos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [publicado em 08/09/2022; atualizado em 19/11/2022; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/norte>
5. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Região Nordeste - estimativa dos casos novos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [publicado em 08/09/2022; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/nordeste>

6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Região Centro-Oeste - estimativa dos casos novos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [publicado em 08/09/2022; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/centro-oeste>
7. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Como prevenir o câncer [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [publicado em 05/06/2022; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/como-prevenir-o-cancer>
8. Fukui A. Pesquisa relaciona mortes precoces ao consumo de alimentos ultraprocessados [Internet]. São Paulo: Jornal da USP; 2023 [publicado em 23/05/2023; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/pesquisa-relaciona-mortes-precoces-ao-consumo-de-alimentos-ultraprocessados/>
9. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ações de prevenção e detecção precoce contribuem para sucesso do controle do câncer [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [publicado em 16/02/2024; citado em 26/08/2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca>
10. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos ANCP. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30. <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
11. Bizutti NS, Antunes RF, Melo RNR, Jensen ISS, Camargo JD de. Evolução Histórica do Conforto no Cuidado de Enfermagem a Pacientes Oncológicos em Fim de Vida: Revisão Integrativa da Literatura. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. [publicado em 14/03/2024; citado em 26/08/2024]; 70(1):e-104437. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4437>
12. Paiva CF, Silva CPG, Santos TCF, Augusto PS, Ennes LD, Almeida Filho AJ. Enfermagem e cuidado paliativo oncológico em uma instituição de referência (2005 – 2006). Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023 [Citado em 26/08/2024]; 32:e20230106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0106pt>
13. Dias, LC; Dos Santos, LCA; Ribeiro; WA; Fassarella, BPA; Alves, ALN; Neves, KC. Criança com diagnóstico de câncer sob cuidados paliativos e seu familiar: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista Pró-UniverSUS. 2022 Jan./Jun.; 13 (1): 02-06.
14. Silva GF da, Assis MTB de, Pinto NBF. Cuidados Paliativos na Criança com Câncer: o papel do enfermeiro na assistência do cuidar/ Palliative Care in Children with Cancer: the role of nurses in care assistance. Braz. J. Develop. [Internet]. 2021 Jun. 7 [cited 2024 Aug. 26];7(5):53524-40. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30546>
15. Santos GDFATF dos, Batista PS de S, Lima DRA de, Oliveira AMDM, Dias KCCDO, Costa BHS. Cuidados Paliativos em Oncologia: Vivência de Enfermeiros ao Cuidar de Crianças em Fase Final da Vida. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 1º de maio de 2021 [citado 26º de agosto de 2024];12:689-95. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9463>

16. Chino, FTBC. Plano de cuidados: cuidados com o paciente e a família. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos ANCP. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 392-399.
17. Silva CO da, Crippa A, Bonhemberger M. Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. Rev Bioét [Internet]. 2021Oct;29(4):688–96.
18. Campos NSC, Almeida, OLS, Lima NKCL, Pinto BT. Cuidados paliativos: cuidados de fim de vida. Sistema de Protocolos FMRP-USP, 2023. Disponível em: <https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1230>
19. Bertochi G, Nicodem V, Morschbacher J. Palliative care in oncology: perception and performance of the nursing team. RSD [Internet]. 2022Oct.8 [cited 2024Sep.16];11(13):e301111335463. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35463>
19. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Últimos dias de vida*. Rio de Janeiro: INCA; 2023. 260 p.
20. Silva TP, Silva LF, Cursino EG, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Pacheco STA. Cuidados paliativos no fim de vida em oncologia pediátrica: um olhar da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200350. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200350>
21. Pacheco L da SP, Santos GS dos, Machado R, Granadeiro D da S, Melo NGS de, Passos JP. The nurse's effective communication process with the patient in palliative care. RSD [Internet]. 2020Jul.31 [cited 2024Sep.16];9(8):e747986524. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6524>
22. Trainoti PB, Melchert TD, Cembranel P, Taschetto L. Paliar, cuidando além da dor: uma reflexão dos profissionais de saúde na oncologia pediátrica. Rev Bras Promoc Saúde [Internet]. 19º de setembro de 2022 [citado 16º de setembro de 2024];35:11. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/12308>
23. Cordeiro BR, Medeiros JV, Santos JM dos, Ribeiro MS, Ferreira RKR. Atenção do Enfermeiro no Cuidado Paliativo ao Paciente Oncológico. epitaya [Internet]. 31º de março de 2024 [citado 16º de setembro de 2024];1(60):9-22. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/1013>
24. Ryan DP, Hong TS, Bardeesy N. Pancreatic adenocarcinoma. N Engl J Med. 2014 Sep 11;371(11):1039-49. doi: 10.1056/NEJMra1404198.
25. Heemann GC, Heemann ACC. Glioblastoma multiforme recém-diagnosticado: diagnóstico e tratamento cirúrgico inicial. Acta Med (Porto Alegre). 2018;39(2):163-72.
26. Novaes FT, Cataneo DC, Ruiz Junior RL, Defaveri J, Michelin OC, Cataneo AJM. Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida. J Bras Pneumol 2008;34:595–600. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008000800009>.
27. Matos Gleig L, Souza Dezan M, de Mello Dutra A, Costa Camargo L, Magalhães Toledo J, Palanch AC, Simioni PU. Imunoterapia com anticorpos monoclonais para tratamento de melanoma avançado: uma revisão narrativa. Cad. acad. [Internet]. 25º de janeiro de 2024 [citado

11º de outubro de 2024];10(1):19-28. Disponível
em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/CA/article/view/25784>