

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

HELENA CRISTINA NUNES
JOSÉ LUIZ SILVA NETO
PATRICK ALEXANDER ETCHART
SUZANE WITT

CUIDADOS PALIATIVOS

Fatores influenciadores no tratamento em clientes terminais na visão de discentes em técnico em enfermagem.

JOINVILLE, 2017

HELENA CRISTINA NUNES
JOSÉ LUIZ SILVA NETO
PATRICK ALEXANDER ETCHART
SUZANE WITT

CUIDADOS PALIATIVOS

Fatores influenciadores no tratamento em clientes terminais na visão de discentes em técnico em enfermagem.

Projeto Integrador apresentado ao curso Técnico de Enfermagem do Câmpus Joinville do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC) como requisito da unidade curricular Projeto Integrador

Orientadora Prof.^a Enf.^a M.^a Reginalda Maciel

Co-Orientadora Prof.^a Enf.^a Esp. Gislene Maria Ramos

Co-Orientadora Prof.^a Enf.^a M.^a Marlete Scremin

JOINVILLE, 2017

“A morte pertence à vida, como pertence o nascimento. O caminhar tanto está em levantar o pé como em pousá-lo no chão.”

Tagore
Pássaros Errantes, CCXVII

RESUMO

O presente projeto de intervenção apresenta uma abordagem teórica acerca dos fatores influenciadores do cuidado paliativista prestada pelos profissionais da enfermagem aos pacientes submetidos a tal terapia. Com a objetivação de propagar um conhecimento específico aos discentes do Curso Técnico em Enfermagem de uma Instituição Pública de Ensino Técnico acerca de clientes terminais e comparar as turmas alvo quanto ao conhecimento adquirido. O projeto foi realizado através de explanação dialética e conversas informais com o público alvo. As percepções por meio de uma pesquisa de ação de intervenção foi a base para a realização dos resultados. Pode-se perceber que com o decorrer da vida acadêmica ocorre uma robotização dos processos de enfermagem e esquece-se do ideal holístico. Com este projeto analisou-se que o cuidado integral e específico para cada paciente juntamente com uma atenção humanizada é em sua essência o principal cuidado paliativo, sendo responsabilidade de toda a equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Equipe Multiprofissional; Cuidados Paliativos;

ABSTRACT

This intervention project produces an theoretical approach of the influencing factors in the palliative care borrowed by the nursing professionals for the patients submitted to that therapy. With the objective of propagating a specific knowledge to the students of the Nursing Technical Course of a Public Technical Education Institution. The project was carried out through dialectical explanation and informal conversations with the target public. The researchers' perceptions by means of a intervention action research was the basis for the achievement of the results. It can be noticed that with the course of the academic life a robotization of the nursing processes takes place and it is forgotten the holistic ideal. With this project it was analyzed that the integral and specific care for each patient together with a humanized attention is in essence the main palliative care, being the responsibility of the whole multiprofessional team.

Keywords: Nursing Process; Multiprofession Team; Palliative Care;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

EVA - Escala Visual Analógica

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial da Saúde

PPC - Projeto Pedagógico do Curso

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SNP - Sistema Nervoso Periférico

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
	1.1 Justificativa	9
	1.2 Objetivos	9
	1.2.1 Objetivo geral	9
	1.2.2 Objetivos específicos	9
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
	2.1 A espiritualidade como auxílio nos Cuidados Paliativos	13
	2.1.1 Religiosidade e Espiritualidade	14
	2.1.1.1 Religião e Religiosidade	14
	2.1.1.2 Espiritualidade e necessidades espirituais	15
	2.2 Cuidados Paliativos e o ambiente domiciliar	16
	2.3 Abordagem da dor em cuidados paliativos	18
	2.4 A família como suporte aos Cuidados Paliativos	20
3	METODOLOGIA	23
	3.1 Contextualização da Pesquisa	23
	3.2 Critérios de Inclusão	23
	3.3 Critérios de Exclusão	23
	3.4 Público Alvo	23
	3.5 Amostra de Estudo	24
	3.6 Etapas Metodológica	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
5	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

INTRODUÇÃO

O presente projeto, visa abordar os cuidados paliativos, como forma de tratamento, que têm o objetivo de zelar pela qualidade de vida de clientes que não possuam expectativas de medidas curativas, levando em consideração todos os desejos e vontades do cliente em questão. É adotado modernamente como o cuidado em fim de vida, geralmente associado à morte em instituições hospitalares, entretanto não necessariamente medicalizada (SIMONI; SANTOS, 2013).

O projeto está fundamentado em quatro partes essenciais dos cuidados paliativos:

- Espiritualidade: será abordado a importância que a espiritualidade e a religiosidade possui no manejo dos anseios perante o morrer.
- Ambiente domiciliar: a explanação da correta utilização do tratamento domiciliar e suas dificuldades.
- Dor: a subjetivação da dor é imprescindível para um tratamento paliativo correto.
- Família: o suporte familiar é o principal pilar para que os desejos finais sejam realizados, entretanto, relata-se também as principais aflições da família em si.

Segundo Costa e Soares (2015), deve-se entender que é necessária a humanização do processo de morte dentro dos cuidados paliativos, objetivando, mais do que a duração da vida, a qualidade da mesma.

Conforme a humanidade foi evoluindo, a ideia da morte foi se tornando diferente na vida das pessoas. Para os nossos ascendentes, a morte era vista como algo natural da vida e o processo da morte e morrer era presenciado pelos familiares, permitindo que o ente querido tivesse um conforto até o seu fim (SANTANA; 2009).

Com o passar dos anos, houve uma modificação nos conceitos e percepções sobre a morte. O que antes era algo assistido e presenciado em casa, passou a acontecer em hospitais; e conseqüentemente a família que assumia os cuidados, começou a transferi-los para os profissionais de saúde (SANTANA; 2009).

É fundamental aprender a lidar com as perdas em um contexto de doença sem prognóstico. É um desafio que poucos se disponibilizam a enfrentar. Cuidar de pessoas com doenças terminais e seus familiares é algo que vem sendo denominado como "cuidado paliativo" (CALDEIRA; 2013).

Esses cuidados também incluem a necessidade de reabilitação dos pacientes, para que possam conviver com suas limitações, providos por uma equipe multiprofissional bem capacitada (SANTANA; 2009).

Muitas vezes o cuidado paliativo é associado ao fracasso da medicina em prolongar a vida e tal associação se deve a formação altamente técnica dos profissionais de saúde. Humanizar o processo de morte é necessário para trazer qualidade do cuidado, pois “prolongar o sofrimento é desumano” (ALVES et al., 2015).

Na maior parte dos casos, o paciente paliativo sente muita dor, sendo necessário acompanhamento farmacológico intenso para amenizar o sofrimento. Esse acompanhamento é realizado com a associação entre analgésicos leves e opiáceos fracos e fortes, os quais devem atender as necessidades de cada paciente em particular. Sendo que, o grau da dor é avaliado segundo escalas que são apresentadas ao paciente e aos familiares para assim, evitar um tratamento equivocado (CARDOSO, 2012; BRASIL, 2001).

Nota-se que apenas o tratamento farmacológico não é tão eficaz quanto o tratamento holístico do paciente, pois a dor pode ser não apenas física, mas sim, um conjunto de fatores que levam à algia generalizada. Portanto, é essencial que a família apoie o paciente durante todo o processo, seja em casa ou na instituição hospitalar, sendo ainda necessário o acompanhamento de vários profissionais, como: fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, massoterapeutas e capelães, os quais trarão conforto para o paciente de outra forma, completando assim, o atendimento farmacológico (BRASIL, 2001).

Diferentemente do conhecimento geral, o ato de paliar, não é exclusivo da oncologia, mas pertinente a toda e qualquer doença crônica degenerativa sem perspectiva de ações curativas (SIMONI; SANTOS, 2013).

Segundo Kübler-Ross (1996), é natural do ser humano, a ideia da morte estar intrinsecamente ligado ao ato de “sermos mortos”, sendo que é inconcebível se aceitar uma morte natural ou de idade avançada. Esse pensamento de declinação da morte provém de épocas extremamente retrógradas. A psiquiatria aceita tal fato como uma verdade dignamente compreensível, pois quando a morte em questão é “nossa”, é inimaginável um fim real. Entretanto com o passar dos anos, houve uma mudança significativa do parecer sobre o morrer, pois a ideia de fornecer um fim de dias em um ambiente cercado pelos entes queridos, alivia a dor e principalmente o medo da transição vida-morte.

O cuidado paliativo pode ser definido com um campo científico e ao mesmo tempo, não-científico, onde uma equipe multidisciplinar organiza-se para lidar com suas próprias dificuldades e ao mesmo tempo com as dificuldades de outrem em questão de um assunto muitas vezes problemático e enigmático para a ciência: o estudo da morte. Além das diversas intervenções, o paliativismo necessita de uma conexão entre os cuidadores e os que estão sendo cuidados. Muitas vezes, há a necessidade de uma conexão religiosa, mesmo que por respeito, como uma forma mais ampla de cuidado (SIMONI; SANTOS, 2013).

1.1 Justificativa

Uma das grandes dificuldades para a aplicação dos cuidados paliativos, além da falta de formação profissional adequada, é a concepção de que, o esgotamento das opções de tratamento, significa o fracasso da medicina em manter o paciente vivo e/ou saudável, e assim não aplicar os cuidados, por não reconhecer a necessidade dos mesmos (SILVA et al., 2015).

Tem-se conhecimento por meio do Projeto Pedagógico do Curso - PPC, do Curso Técnico em Enfermagem do IFSC que tema de Cuidados Paliativos não tem abordagem específica.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Propagar conhecimento sobre cuidados paliativos, com enfoque nos fatores que influenciam o tratamento em clientes terminais a um grupo de discentes de um curso técnico em enfermagem de uma instituição afim.

1.2.2 Objetivos específicos

- Divulgar conhecimento aos discentes matriculados em um curso técnico em enfermagem em uma instituição afim, quanto aos fatores influenciadores nos cuidados paliativos;

- Comparar três turmas de discentes com relação ao conhecimento adquirido no decorrer da implantação deste projeto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os cuidados paliativos são assuntos relativamente novos na saúde brasileira. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Portanto, são todos os cuidados pertinentes a um paciente em estado final de vida, onde a promoção de uma qualidade terminal seja executada e aplicada ao usuário. Ainda segundo Evangelista et al. (2016) Cuidados Paliativos são definidos como cuidados ativos e totais voltados para pacientes cujas doenças não respondem mais a tratamentos curativos e têm o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos. Entretanto, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) define cuidados paliativos como:

O alívio do sofrimento, a compaixão pelo doente e seus familiares, o controle impecável dos sintomas e da dor, a busca pela autonomia e pela manutenção de uma vida ativa enquanto ela durar (ANCP, 2009).

Segundo a ANCP (2009), desde as cruzadas já se observava a existência rudimentar do cuidado paliativo através das *hospices* em monastérios, onde eram abrigados moribundos, mulheres, órfãos e necessitados, com o intuito de promover proteção, alívio do sofrimento e acolhimento, mais do que a cura em si. Sendo *hospice* um local humanizado para o acolhimento de pessoas em processo de morte/morrer e/ou portadoras de doenças degenerativas crônicas sem tratamento curativo específico.

Ainda de acordo com Manchola et al. (2016), historicamente, o termo *hospice* é comumente associado com Cuidados Paliativos e o termo “paliativo”, deriva do latim *pallium*, que significa manta, capa ou cobertor, que eram usados para denominar os mantos que eram distribuídos aos peregrinos quando deixavam os *hospices*. Atualmente, o termo “paliativo”, traz a ideia de acolhimento e proteção, enfocando o ser humano numa visão holística.

Cicely Saunders, atuou como enfermeira durante a Segunda Guerra Mundial e logo após formou-se como Administradora e Assistente Social, entretanto sentiu a necessidade de aprofundar seus conhecimentos e em 1957 formou-se médica. Em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, sendo o primeiro serviço especializado no cuidado integral do paciente priorizando o controle de sintoma, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje o hospital fundado por Cicely é referência em cuidados paliativos e medicina paliativa (ANCP, 2009).

Nos anos 70 houve o início de discussões e iniciativas isoladas a respeito dos cuidados paliativos no Brasil, entretanto somente nos anos 90 surgiram os primeiros serviços organizados, porém de forma probatória. A partir desses projetos pilotos, fundaram-se hospitais e alas referência em cuidados paliativos como no Instituto Nacional do Câncer (INCA), e em São Paulo (SP) outros dois hospitais que deram início a utilização de cuidados paliativos foi o Hospital do Servidor Público Estadual (2002) e o Hospital do Servidor Público Municipal (2004) (ANCP, 2009).

A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos foi fundada em 1997 pela psicóloga Ana Geórgia de Melo, e a ANCP foi inaugurada em 2005 proporcionando uma maior discussão sobre o assunto, regularizando o profissional paliativista e estabelecendo critérios para exercer esse tipo de cuidado. Já em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu os cuidados paliativos como princípio em seu código de ética médica (ANCP, 2009).

Mesmo com todos os avanços na área, ainda existem preconceitos e insciência sobre tal assunto. No Brasil observa-se um grande despreparo dos profissionais da área da saúde por não saberem lidar com um paciente em fase terminal e seus familiares, onde há a necessidade de uma padronização destes cuidados e a provisão adequada de conforto e amparo bio-psico-sócio-espiritual e emocional de uma equipe multidisciplinar (ANCP, 2009).

Segundo Frossard (2016), a Constituição de 1988 repassou a responsabilidade financeira aos estados e municípios de prover os meios para os cuidados paliativos, isentando-se de tal ônus, sendo que a Política Brasileira de Assistência Social não proporciona tais cuidados, impossibilitando assim, o financiamento de todos os bens e serviços que são garantidos pelos direitos universais.

Aproximadamente 18 milhões de pessoas no mundo morreram sentindo dor desnecessária devido ao acesso inadequado a tratamento de dor, segundo a estatística da Worldwide Palliative Care Alliance, em 2012. Nos anos 80 os Cuidados

Paliativos se iniciaram no Brasil e a Medicina Paliativa veio a se tornar reconhecida apenas em 2011 (FROSSARD, 2016).

O termo Cuidados Paliativos está associado aos cuidados de fim de vida, quando devem ser observados certos componentes, sendo eles: morte sem dor; morte com os desejos do paciente respeitados; morte em domicílio junto aos familiares e/ou amigos; inexistência de sofrimento por parte do paciente; nos cuidados espirituais e emocionais dos pacientes. Segundo Frossard (2016), sabe-se que hoje a política de assistência social não provê os Cuidados Paliativos e, por isso, quando mais este assunto for discutido, mais mudanças teremos nesse meio.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) entende como fundamental que o meio do trabalho da enfermagem seja organizado, de forma que seja viável o melhor atendimento das necessidades de cuidado da pessoa, família e comunidade por meio de fases que constituem o processo de enfermagem, assim sendo: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (SILVA; MOREIRA, 2011).

Segundo Silva e Moreira (2011), a falta de conhecimento por parte da equipe de enfermagem sobre a assistência, dos modelos teóricos e para a aplicação das fases do processo de enfermagem, são dificuldades que se encontram no processo de inserção da sistematização, sem contar com a grande desvalorização da aplicação da SAE, pela própria equipe de enfermagem.

Portanto, verifica-se que apesar de já existir referências no país sobre o assunto, segundo Germano e Meneguim (2013), as instituições de ensino da área da saúde não asseguram de modo consistente a contextualização da temática dos cuidados paliativos, observando a inexistência de incentivo para o conhecimento de tal área para toda a sociedade e trabalhadores da saúde.

2.1 A espiritualidade como auxílio nos Cuidados Paliativos

O ato de adoecer provoca no sujeito acometido, uma reflexão profunda e analítica sobre toda a sua vida, sobre o seu viver e seu processo de finitude. Tal reflexão instiga o despertar de diversas sensações e emoções, tendo em vista o encerramento do viver (DANTAS; AMAZONAS, 2016).

O ser humano, desde que reconhecido como ser pensante, preocupa-se com o entendimento do significado da vida e da morte, e qual seu objetivo terreno. Geralmente, a aquisição de tal definição de autoconhecimento, provém de temas correlacionados ou diretamente relacionados à religião e espiritualidade. O avanço de uma enfermidade aflora a necessidade de firmar ou buscar a definição de vida do sujeito (CERVELIN; KRUSE, 2014).

O indivíduo que padece de uma patologia grave que não há a perspectiva da cura, não pode ser considerado somente como um doente, mas deve ser pensado como um indivíduo de vontades, desejos e sentimentos, que não envolvem apenas a doença acometida. As crenças religiosas, desejos morais e éticos, são quesitos que devem ser incentivados aos clientes que assim os possuem, como forma de auxílio no tratamento paliativo (DANTAS; AMAZONAS, 2016).

2.1.1 Religiosidade e Espiritualidade

Os conceitos de religiosidade e espiritualidade, segundo Cervelin e Kruse (2014), são amplamente relacionados e muitas vezes utilizados como sinônimos, entretanto, não possuem o mesmo significado. Por possuir como objetivo o cuidado e não a cura, o Cuidado Paliativo, o respeito à dignidade humana deve ser prestado desde o diagnóstico da enfermidade e deve levar em conta as crenças, desejos e opiniões do cliente.

2.1.1.1 Religião e Religiosidade

O conceito de religião, em seu cerne de acordo com Silva (2014) é “um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres sobre-humanos dentro de universos históricos e culturais específicos”. Entretanto, segundo Kemp (2006, p. 595), religião é “um esforço organizado, geralmente envolvendo ritos, dogmas e ou devoções, para que a espiritualidade seja manifesta.” Ainda segundo Kemp (2006, p. 595), pode-se ver que a religião é subtendida como o sistema de crenças norteadas pelo sagrado, pelo divino, pelo transcendente, pela moral, pela prática e valores em tais instituições. E como Giovelli et al. (2016) diz, “religiosidade é a extensão na qual um indivíduo

acredita, segue e pratica uma religião”. Taylor (2006, p. 582) afirma que a enfermagem é a “linha de frente” no cuidado holístico do paciente, sendo o profissional ideal para a manutenção do processo espiritual não religioso que o cliente enfrenta.

2.1.1.2 Espiritualidade e necessidades espirituais

Espiritualidade pode ser definida por Kemp (2006, p. 595) como a “incorporação de uma dimensão transcendente na vida, geralmente, mas não sempre, envolvendo fé e religião.”. Taylor (2006, p. 581) relata que os conceitos de espiritualidade geralmente incluem a necessidade de propósito e significado, perdão, paz, criatividade, fé religiosa e suas expansões. A espiritualidade abrange todas as necessidades humanas, podendo incluir ou não crenças religiosas e fornece uma possibilidade de filosofias ou rumos que norteiam as escolhas de um indivíduo.

A enfermagem paliativista está acostumada a avaliar a dor e a hidratação do paciente frequentemente, entretanto, raramente avaliam a espiritualidade do paciente e de seus familiares. A espiritualidade é uma dimensão inerente e integrante e extremamente valiosa para pacientes em cuidados paliativos, sendo essencial que a equipe de enfermagem possua um conhecimento mínimo sobre espiritualidade e como abordá-la (TAYLOR, 2006, p. 581).

De acordo com Kemp (2006, p. 595) “A provisão de uma assistência espiritual na finitude da vida, pode ser uma experiência assustadora.”. A provisão de assistência espiritual tem como objetivo primário a reconciliação com Deus ou com o “poder superior” e consigo mesmo. Ainda segundo Kemp (2006, p. 595) dentro do cuidado espiritual, as seguintes necessidades espirituais devem ser englobadas:

- Necessidade de “propósito”: nesta necessidade têm-se as razões para os acontecimentos, o propósito da vida e a crença na força primária da vida. Pode ser vista como uma revisão dos relacionamentos, um encorajamento do processo de adoecer para que haja o conhecimento do significado de morrer, da existência humana, do sofrimento e sobre os dias de vida restante.
- Necessidade de “esperança”: esta necessidade vê na esperança de ter realizado o bem durante a vida, e ter conhecido o sentido da vida. Vê-se também a reconciliação com Deus/deuses, consigo mesmo e com os outros.

- Necessidade de “perdão”: necessidade de lidar com os erros e os infortúnios cometidos durante a vida. Desejo de aceitação e reconciliação com Deus ou chance de retificar os erros.
- Necessidade de “transcendência”: visa o encontro com o divino, longe de toda dor e sofrimento. Tem como objetivo, dar sentido a luta terrena.

2.2 Cuidados Paliativos e o ambiente domiciliar

Segundo Inocenti, Rodrigues e Miasso (2009), com o envelhecimento da população, as morbidades e cuidados à saúde mudaram. Por conta do aumento da procura por hospitais e a necessidade do atendimento aos clientes crônicos que precisassem de melhor atendimento e mais rápido, surgiu a internação domiciliar, ou *Home Health Care*.

Essa assistência objetiva à diminuição do tempo de internação hospitalar e fornece novas formas de organização. Sendo assim, a assistência domiciliar no sistema privado e a internação domiciliar no sistema público, criados estrategicamente para a diminuição dos custos de internações hospitalares, aumento da humanização da atenção, mais privacidade para o cliente, diminuição de riscos e mais campos de trabalho para os profissionais da saúde, especialmente a enfermagem. E destaca-se que a permanência no domicílio permite ao cliente terminal ter por mais tempo sua funcionalidade e controle sobre si mesmo, além disso, possibilitar a continuidade de suas relações sociais e familiares (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009).

A internação domiciliar, por meio do sistema público, tem como uma das medidas para a inclusão do cliente neste modelo de assistência à saúde, um cuidador, seja ele familiar ou não. Este cuidador pode ser um parente, que assume o papel a partir de relações familiares, até um profissional contratado para tal fim. As funções do cuidador domiciliar dizem respeito, principalmente, à ajuda nos hábitos de vida diária, no uso da medicação, na higiene pessoal e nos passeios, entre outros (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009).

Segundo Santana et al. (2009) tratando-se de clientes terminais, a família procura uma relação de confiança e total zelo para com o profissional de saúde, seja através de procedimentos técnicos quanto por uma atenção diferenciada. Por ser um momento de crise para a família, resultam em sofrimento, dúvidas e conflitos. Está

ligado diretamente com a preparação para enfrentar o processo de morte, a intensidade e a forma como tudo ocorreu.

De acordo com Santana et al. (2009) esta situação se faz necessário o envolvimento de todos, para um cuidar voltado para o cliente. Então, a presença e o apoio da família é um fator essencial durante todo esse processo.

Às vezes, o cliente quer coisas simples, como estar junto de seus familiares, ser respeitado e bem cuidado. Morrer só, entre aparelhos, ou rodeado por pessoas às quais não se pode falar como se sente, determina um sofrimento difícil de ser avaliado (SANTANA et al., 2009).

A “sensação de impotência” do cuidador na presença da dor que o cliente sente, reconhece que a maioria dos clientes terminais dos países da América Latina morre sem a analgesia apropriada e os cuidados que o câncer em estágio avançado necessita. Sendo o objetivo dos cuidados paliativos ser assistido de modo que haja o controle da dor e de tudo o que o paciente necessitar para que haja um certo conforto a fim de garantir melhor qualidade de vida (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009).

O *hospice* é um movimento direcionado para a assistência de clientes com doenças avançadas e terminais. Criado no final da década de 1960, na Inglaterra, abrange dois amplos programas: os cuidados paliativos e o cuidado *hospice*, sendo este último praticado em locais exclusivos para receber clientes que irão morrer em um tempo não muito distante (VERDERBER; REFUERZO, 2006; DU BOULAY; RANKIN, 2007).

Segundo Castro (2001) o *hospice* tem como objetivo permitir aos clientes e seus familiares viverem cada dia de uma forma completa e confortável na medida do possível e ajudar a lidar com as dificuldades causadas pela doença, pela morte e pela dor de perda.

Em 1944 surgiu no Brasil, conforme registros disponíveis, o que pode ser considerado o primeiro *hospice* - denominado como Asilo da Penha - e que teve grande importância na assistência aos que sofriam com o câncer. Entretanto só a partir de meados da década de 1990 o *hospice* começou a ganhar maior visibilidade (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

A cargo da enfermagem era designado o cuidado físico, tendo pouco envolvimento médico nos procedimentos diários. Em compensação, a atividade das voluntárias era intensa, faziam também trabalho social junto às famílias dos doentes. Uma das características comum dessas instituições é que o atendimento

era voltado a uma classe mais desfavorecida que, na maioria das vezes, não tinham para onde recorrer: os pobres (GOLDIN, 1981; HUMPHREYS, 2001; WINSLOW; CLARK, 2006).

Apesar da iniciativa do Asilo da Penha, só a partir de 1980 foram surgindo outras unidades para cuidados paliativos no Brasil, a maior parte era voltada ao tratamento de clientes com câncer e/ou com dor crônica, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. Atualmente existe cerca de trinta instituições, sendo o maior deles o Inca, no Rio de Janeiro (MELO, 2003).

O objetivo final do atendimento no *hospice* é dar mais qualidade de vida nos dias que restam ao cliente e não apenas mais dias de vida (CASTRO, 2001).

A psicologia e a ética juntas contribuem bastante para os estudos e reflexões de uma “boa morte”, para que não seja diminuído apenas a um processo natural que permita morrer sem dor. O apoio ao cliente terminal, à sua família e à equipe médica é importante; todos se beneficiam quando se toma consciência do processo do morrer (CASTRO, 2001).

2.3 Abordagem da dor em cuidados paliativos

Pacientes com doenças severas enfrentam muitas perdas e limitações, sendo a dor um dos principais causadores dessas privações. Como já abordado, o cuidado paliativo se torna a melhor alternativa para minimizar os danos causados pela doença e garantir o controle dos sintomas, preservando a qualidade de vida para o paciente (BRASIL, 2001).

Para Cicely Saunders a dor é causada e influenciada por um conjunto de fatores físico-psíquico-mental-espirituais os quais determinam a “Dor Total” do paciente. Avaliar o enfermo holisticamente é importante, pois deverão ser considerados outros fatores além da algia física, os quais determinarão o resultado final, como: fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade, sentimento de desesperança e desamparo (BRASIL, 2001).

Para tratar adequadamente a dor é importante a caracterização temporal da dor, fazendo distinção entre dor aguda ou dor crônica. Segundo Klaumann et al (2008), a dor aguda é aquela proveniente de trauma ou de processo inflamatório e está relacionada com o processo de cicatrização. Já a dor crônica, habitualmente, se

manifesta por maior tempo e amplitude, além de ter fraca responsividade aos analgésicos, afetando significativamente a qualidade de vida do paciente.

De acordo com Ministério da Saúde do Brasil, podemos descrever o processo da dor como:

Toda lesão tecidual de origem física, térmica ou química é seguida de uma reação inflamatória e resulta na liberação de substâncias químicas, [...], que excitam as terminações nervosas livres presentes no sistema nervoso periférico - SNP. Estas substâncias, [...] emitem o impulso elétrico que é conduzido pelas fibras nervosas, [...], à medula espinhal. Da medula espinhal a informação dolorosa é encaminhada para a região do tronco cerebral, tálamo, estruturas do sistema límbico e áreas corticais. [...]. No tálamo a informação dolorosa é localizada espacialmente e projetada em estruturas do sistema límbico e cortical. As conexões efetuadas entre o impulso doloroso com estruturas do sistema límbico são atribuídas à dor o caráter emocional de sofrimento e desconforto. A sensação desagradável (BRASIL, 2001, p. 87).

Ainda segundo Cardoso (2012), a evolução da dor em pacientes terminais se dá por quatro aspectos principais: a causa da dor, o mecanismo da dor, os fatores não físicos envolvidos e a discriminação detalhada da dor. Por ser a experiência dolorosa algo subjetivo e pessoal, cada paciente poderá sentir um nível de dor diferente um do outro, independente se o dano tecidual causado é da mesma proporção para ambos. Sendo assim, é importante considerar o relato pessoal de cada paciente como único e utilizar para ele tratamento igualmente exclusivo.

Para determinar o índice de desenvolvimento dos aspectos principais de evolução da dor, o método que se destaca é a EVA (Escala Visual Analógica), por ser simples, reproduzível e compreensível. Esse método de avaliação consiste em uma linha reta enumerada de 0 (zero) a 10 (dez), sendo 0 ausência e 10 presença total de dor ou de certa característica (sonolência, fadiga, apetite, etc.) Os índices são categorizados em leves (1-3), moderados (4-7) e severos (8-10), portanto, para determinar com o maior grau possível de verossimilhança com a realidade, a escala deve ser apresentada e explanada ao paciente e seus familiares, evitando um tratamento equivocado (CARDOSO, 2012).

O tratamento farmacológico para a dor será baseado no índice EVA, em outros índices/escalas e em exames complementares. Basicamente e de forma simplificada, para pacientes com dor leve a moderada (1-3), a primeira ação é ofertar analgésico não opiáceo, como o Paracetamol, aliado com uma droga adjuvante, conforme necessidade. Caso a dor não passe e caracterize-se como moderada a forte (4-7), adiciona-se droga opiácea fraca, como o Tramadol. Se essa última combinação não

funcionar e possuir dor forte (8-10), substitui-se o opiáceo fraco por um opiáceo forte, como a Morfina (BRASIL, 2001).

Como citado anteriormente, muitas vezes a causa da dor não é apenas física, por isso, o tratamento farmacológico sistemático deve ser aliado ao tratamento nutricional, psicossocial, espiritual, funcional e ligada a demais ações, como: massagem, atividade física, relaxamento e distração dirigida, providenciando o melhor suporte e alívio da dor para o paciente em cuidados paliativos (BRASIL, 2001).

2.4 A família como suporte aos Cuidados Paliativos

Segundo Carvalho (2007) as famílias enfrentam muitas dificuldades para conseguir lidar com uma doença terminal, como, por exemplo, o câncer, que quanto mais avançado o estágio da doença esteja, mais sofrimento ela causa. O impacto de uma doença como o câncer não atinge somente o paciente, mas sim toda a família, estabelecendo mudanças, determinando uma reorganização na dinâmica familiar para equilibrar as atividades do dia a dia com os cuidados que o tratamento do paciente exige.

Tendo como consequência disso, cada família acaba manifestando diversas reações, como a negação, ou se fechando ao diálogo. Em grandes casos, o grupo familiar recorre a todos os tratamentos possíveis visando à cura e submetendo o paciente a sofrimentos desnecessários, muitas vezes à inobediência deste (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008).

Na rotina da assistência aos pacientes com câncer e seus familiares, percebe-se que essa experiência é muito difícil e muito sofrida, indo muito mais a além do que a doença em si. Muitas vezes, significa mudanças drásticas na vida dos familiares e pessoas próximas ao paciente. O estágio da doença também é levado em consideração na questão do grau de sofrimento, isto é, quanto mais avançado a doença esteja, maior é o sofrimento do paciente e dos demais membros da família. Aumentando assim a dependência da família a um amparo social (CARVALHO, 2007).

Segundo Sanchez et al. (2009) o amparo social envolve relações de troca, as quais comprometem obrigações bilaterais e laços de dependência recíprocas que contribuem para gerar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas.

Considera-se que a presença da família durante o processo do tratamento do paciente é indispensável, desde seu primeiro contato com toda a equipe multidisciplinar. O diagnóstico de uma doença que necessitará de cuidados paliativos é carregado de medos e preocupações e a família não fica inatingível a esse sofrimento. Além do que, os pacientes vão solicitar suporte familiar para enfrentar a doença/tratamento. Portanto, ter um espaço para a família é essencial: por um lado, pela necessidade que o paciente vai ter dessa rede de suporte e apoio e, por outro, pela possibilidade da família também saber que tem apoio, perceber que seu sofrimento tem amparo (CARVALHO, 2007).

De acordo com Ferreira, Souza e Stuchi (2008) a atenção domiciliar provoca desafios relevantes, com consequências físicas e psicológicas consideráveis para a família. Cuidar de uma pessoa com doença terminal em casa requer um equilíbrio constante entre sobrecarga e capacidade para superar. Se o cuidador conseguirá ou não manter o melhor equilíbrio depende de muitos aspectos relacionados à sua vulnerabilidade. A sobrecarga do cuidado limita atividades, traz preocupações, insegurança e isolamento, e coloca o cuidador perante a morte e a falta de apoio emocional e prático.

A família utiliza da atenção domiciliar devido às poucas chances de sobrevivência do paciente, sendo a melhor forma de satisfazer o desejo do lugar de morte escolhido por ele, aos níveis mais altos de dependência funcional e à necessidade do uso de cuidados de emergência durante os últimos dias de vida. Os familiares constatam que o cuidado terminal melhora nos últimos meses de vida do doente, melhorando a qualidade do cuidado para os sintomas físicos e para as necessidades emocionais (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008).

A atenção domiciliar feita por uma só pessoa, normalmente por um parente do paciente, quase sempre é solitário; o restante da família ajuda sem uma frequência fixa ou nem ajuda. Exercer esse cargo traz consigo uma sobrecarga de trabalho, que somada à solidão e o sentimento de impotência diante do quadro médico do seu familiar e do seu sofrimento, gera a essa pessoa, desconforto e tristeza. Também pode haver cobranças por parte dos familiares, da própria família e de si mesmo. Os cuidadores descobrem serem obrigados a desenvolver habilidades e aprender sobre medicamentos, materiais e um arsenal de coisas que nunca imaginariam precisar saber (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008).

A doença não afeta somente o paciente, mas sim toda a família e pessoas próximas. O paciente se torna o foco da atenção e a pessoa escolhida/voluntariada para cuidar dele acabada abdicando seu modo de vida para cuidar do paciente. Para cuidar de um membro com doença terminal, a família cria diversas formas de apoio e ajuda, desenvolvendo uma nova forma de funcionamento. Diante de todas as alterações importantes que os familiares realizam em suas vidas, assumir papéis de ajuda no grupo familiar é uma delas. A disponibilidade e disposição da família em oferecer cuidado neste momento difícil mostram ao paciente que não está sozinho para enfrentar as dificuldades (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008).

A família do paciente e, principalmente, quem está responsável sob os cuidados, necessita de dois tipos de apoio social: o apoio emocional/instrumental (afeto, estima, companhia/ aconselhamento, ajuda prática, ou auxílio financeiro) e o apoio diário focalizado na orientação de problemas. O apoio social é uma forma de ajuda para membros familiares aprenderem como equilibrar e administrar os problemas e trabalhar cooperativamente para com o cuidado à saúde (SANCHEZ et al., 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Contextualização da Pesquisa

A metodologia foi contextualizada nas seguintes etapas: critérios de inclusão, critérios de exclusão, público alvo, amostra de estudo, processo metodológico e, etapas de ação de intervenção do projeto.

O estudo caracterizou-se, como sendo uma pesquisa de ação de intervenção, tendo como base referencial a revisão de literatura. A presente revisão teórica visou gerar fontes de conhecimentos sobre o tema com o intuito de fomento para os pesquisadores de temas publicados, tais quais como livros, artigos, teses, revistas e endereços eletrônicos, visando de todas as formas agregarem conhecimento aos discentes.

3.2 Critérios de Inclusão

O foco deste estudo foi direcionado para os discentes da 1ª, 2ª e 4ª fase do Curso Técnico de enfermagem regularmente matriculados, bem como como discentes em situações especiais.

3.3 Critérios de Exclusão

Como critério de exclusão optou em manter a 3ª fase fora do foco de estudo devido à grande demanda de atividade a serem contempladas pelos docentes do módulo.

3.4 Público Alvo

O estudo foi aplicado para os discentes do Curso Técnico em Enfermagem regularmente matriculados na 1ª fase, 2ª fase e 4ª fase entre a faixa etária de 18 a 60 anos de idade.

O Instituto Federal é uma Instituição Pública de Santa Catarina Câmpus Joinville e é referência no norte do Estado em escola pública, sendo localizada no bairro Costa à rua Pavão, 1337.

O estudo contou com 22 discentes da 1ª fase, 20 discentes da 2ª fase e 16 discentes da 4ª fase. Os discentes da 3ª fase não participaram do estudo.

3.5 Amostra de Estudo

O projeto não aplicou intenção de passagem pelo Comitê de Ética e Pesquisa, portanto, a amostragem serviu apenas para que os pesquisadores tivessem através das percepções geradas um embasamento de aproveitamento do projeto. O número total de discentes que participaram do estudo foram 58.

3.6 Etapas Metodológica

Para realização da aplicação do projeto por meio de uma pesquisa de intervenção sobre o tema proposto, foi necessário pontuar cinco etapas. Para que isso ocorresse as mesmas serão pontuadas a seguir. As etapas ocorreram de acordo com o grau de prioridade:

- **Primeira etapa:** primeiramente realizamos contatos com a coordenadora do curso e docentes responsáveis visando solicitar a liberação de horas para a apresentação do estudo proposto.

- **Segunda etapa:** após a liberação das turmas pela coordenadora do curso e docentes responsáveis, os pesquisadores se reuniram para realizar a preparação da apresentação do estudo visando a participação dos discentes, totalizando quatro horas.

- **Terceira etapa:** optou-se, em realizar a aplicação do projeto em três encontros, em dois dias, entre os períodos de: 26 e 27 de setembro de 2017. Os encontros aconteceram no período matutino e vespertino tendo duração de quatro horas diárias totalizando em oito horas de ação de intervenção do projeto, somado as quatro horas de preparação, o projeto contou com doze horas de aplicação.

- **Quarta etapa:** iniciou-se com a aplicação de um estudo de caso sobre um paciente com câncer em estágio terminal e foi solicitado aos discentes que fizessem um levantamento de quais cuidados de enfermagem seriam necessários para o

mesmo. Após foi explanado o conceito da OMS e da ANCP sobre cuidados paliativos, juntamente com um vídeo “como ajudar alguém que está morrendo” da médica especialista em cuidados paliativos Ana Claudia Quintana Arantes.

Depois deste primeiro ato, iniciou-se a explanação sobre os quatro fatores que influenciam o processo de um cuidado paliativo eficiente, sendo eles: espiritualidade, ambiente domiciliar, dor e a família no processo. Em sequência, instigamos os discentes quanto a quais cuidados de enfermagem eles adicionariam aos primeiros já descritos.

Para a finalização, solicitamos que cada participante retirasse um pequeno pedaço de papel e descrevessem para uso próprio os seus cinco maiores problemas atuais e iniciamos com a apresentação do vídeo “redimensione os seus problemas” também da médica especialista Ana Claudia Quintana Arantes.

- **Quinta etapa:** após a apresentação do projeto, os pesquisadores responsáveis relataram todos os acontecimentos mediante a ação de intervenção do projeto para montar o relatório final do Projeto Integrador. E, após o término todos se reuniram para analisarem as concepções observadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As percepções do grupo serão descritas em tópicos na sequência da apresentação, e as reações sobre os discentes de cada turma, serão descritas juntamente em tópicos. Os resultados se dividiram em quatro períodos, subdividindo em fases.

• **Primeiro período:** *apresentação dos discentes e início da explanação do estudo de caso.*

- **1ª fase:** observou-se pouca participação e atenção devido à falta de conhecimento sobre o que é um cuidado de enfermagem e o que um paciente terminal necessita. Houve ainda um certo descaso com o grupo.
- **2ª fase:** houve uma boa atenção, com os discentes bastante compenetrados, entretanto, houve uma pouca participação inicial com adesão gradativa, sendo observado uma maior participação no final do estudo de caso.
- **4ª fase:** a atenção foi captada logo de início, entretanto, devido a turma já conhecer o tema, pois os pesquisadores são da turma em questão, houve uma certa dispersão, porém, a participação de todos foi excelente.

• **Segundo período:** *conceitos da OMS e ANCP e contextualização dos cuidados paliativos atuais; vídeo “como ajudar alguém que está morrendo”; fatores influenciadores.*

- **1ª fase:** não houve uma atenção geral, entretanto, o vídeo despertou a atenção de todos e conseguiu ser absorvido. Durante a explanação dos fatores diversos discentes fizeram anotações e interações.
- **2ª fase:** houve bastante interesse dos discentes e desde o início da contextualização, os mesmos fizeram anotações. O vídeo fixou a atenção de todos e a frase “zumbis existenciais” gerou a troca de olhares e uma contemplação dos discentes entre si. Durante o fator “espiritualidade” os discentes apresentaram-se bastante interativos, porém, no fator “ambiente domiciliar” houve certo desfoque por parte dos mesmos. A docente da turma presente, mostrava-se

concordativa com o assunto e as falas sobre o tema em si. Houve ainda a instigação do pensamento “o apoio é somente para o paciente?”.

- **4ª fase:** houve uma boa atenção inicial, entretanto, sem anotações. O vídeo captou a atenção de todos e após o mesmo, iniciou-se um debate produtivo sobre os pontos levantados. Os fatores foram impactantes e bem fixados, gerando diversos relatos pessoais.

• **Terceiro período:** *retorno ao estudo de caso.*

- **1ª fase:** houve bastante debate, boa conversação sobre as necessidades de um atendimento não robótico, além de diversos comentários e relatos pessoais.
- **2ª fase:** houve uma maior participação, e algumas repetições das falas ministradas, entretanto, houveram algumas falas, como “não é comigo o cuidado emocional do paciente”. Após tal fala, gerou-se um debate sobre as funções de um técnico em enfermagem, porém, poucos alunos aderiram.
- **4ª fase:** analisou-se que a empatia pelo paciente é primordial e essencial em um cuidado paliativo. Houve também uma boa fixação do assunto e ótima participação dos discentes.

• **Quarto período:** *dinâmica e vídeo “redimensione os seus problemas”.*

- **1ª fase:** o vídeo conseguiu captar a atenção total da turma e a de acordo com as falas dos discentes, foi extremamente impactante, notando-se três pessoas chorosas.
- **2ª fase:** houve bastante compenetração ao vídeo, entretanto, certa dispersão durante a dinâmica.
- **4ª fase:** com boa fixação e ótima participação, os discentes interagiram com os pesquisadores e iniciou-se um debate sobre possíveis problemas pessoais.

Portanto, observou-se na 1ª fase que, devido à falta de conhecimento geral sobre enfermagem, necessitou uma abordagem mais simples e enxuta. Entretanto, os

relatos pessoais foram extremamente proveitosos, pois muitas vezes as pessoas conhecem o que é um cuidado paliativo, porém, não o conhecem por este nome.

Em relação a turma acima, a turma da 2ª fase, apresentou um conhecimento técnico disparadamente maior, porém, já observou-se o início de uma robotização técnica, onde o técnico em questão é formado apenas para realizar procedimentos de enfermagem e não um cuidado holístico do paciente.

A 4ª fase em relação as outras duas fases, mostrou além de conhecimento técnico, uma indução para um cuidado humanizado, salientando que além de um cuidado técnico correto, os técnicos em enfermagem necessitam uma abordagem holística dos pacientes, englobando seus desejos, sua família e em todas as esferas do cuidado.

5 CONCLUSÃO

Após a realização da aplicação deste projeto, concluiu-se que a abordagem do tema é inespecífica ou insuficiente devido ao PPC do curso não possuir uma abordagem específica. Pode-se analisar que no decorrer da vida acadêmica, a evolução dos discentes é significativa quanto ao conhecimento teórico, porém observou-se que a robotização dos procedimentos de enfermagem é uma realidade, necessitando de uma grande aplicação do ideal holístico.

Os objetivos específicos foram cumpridos e através deste, possibilitou repassar ao público-alvo conhecimentos sobre os fatores que influenciam um cuidado paliativo, suas dificuldades e o panorama geral do Brasil neste quesito. Pode-se ainda comparar as diferenças entre as turmas alvo.

Observou-se durante a realização e a aplicação deste projeto a dificuldade de transmitir a ideia da correta realização dos cuidados paliativos, devido subjetividade e o pouco conhecimento aplicado hodiernamente.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **O que são Cuidados Paliativos?** 2009. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/anpc.php?p=oqueecuidados>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- ALVES, Railda Fernandes et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.165-176, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0165.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2017.
- BOTELHO, Louise Lira Roedel ; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio. 2011. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em: 18 fev. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- CALDEIRA, Emiria da Penha. **CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES TERMINAIS**. 2013. 79 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: <<http://www.ucv.edu.br/fotos/files/CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES TERMINAIS.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2017.
- CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª ed. Rio de Janeiro/RJ: Editora Solo, 2012. P. 113-122.
- CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro - Rj, v. 1, n. 54, p.87-96, nov. 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2016.
- CASTRO, Déborah Azenha de. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.44-51, dez. 2001. FapUNIFESP. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000400006&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 11 nov. 2016

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.136-142, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0136.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

COSTA, Mariana Fernandes; SOARES, Jorge Coelho. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.631-641, set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n3/1809-9823-rbagg-18-03-00631.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

DANTAS, Margarida Maria Florêncio; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. The Illness Experience: Palliative Care Given the impossibility of Healing. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. , p.47-53, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0047.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

DU BOULAY, Shirley.; RANKIN, Marianne. **Cicely Saunders: the founder of the modern hospice movement**. London: SPCK. 2007. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/800937>>. Acesso em: 10 nov. 2016

EVANGELISTA, Carla Braz et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 3, p.591-601, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0591.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; SOUZA, Claudenice Leite Bertoli de; STUCHI, Zaiana. Cuidados paliativos e família. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas - Sp, v. 1, n. 17, p.33-42, jan. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/742/722>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **História, Ciências, Saúde- manguinhos**, [s.l.], v. 17, p.165-180, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702010000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 nov. 2016

FROSSARD, Andrea. Os cuidados paliativos como política pública: Notas Introdutórias. **Cad. Ebape.br**, Rio de Janeiro, v. 14, n. , p.640-655, jul. 2016. <Http://dx.doi.org/10.1590/1679-395114315>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000700640&lng=pt&nrm=iso&tling=en>. Acesso em: 15 ago. 2016.

GERMANO, Karoline dos Santos; MENEGUIN, Silmara. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paul. Enferm.**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.522-528, nov. 2013. Bimestral. [Http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002013000600003](http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002013000600003). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600003>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GIOVELLI, Grazielly et al. **Espiritualidade e religiosidade: uma questão bioética?**. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/26421965/espiritualidade-e-religiosidade-uma-questao-bioetica-nhuufmsbr>>. Acesso em: 30 out. 2016.

GOLDIN, Grace. **A protohospice at the turn of the century: St. Luke's House, London, from 1893 to 1921**. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, Oxford, v.36, n.4, p.383-415. 1981. Disponível em: <<http://jhmas.oxfordjournals.org/content/XXXVI/4/383.extract>>. Acesso em: 10 nov. 2016

HUMPHREYS, Clare. **Waiting for the last summons: the establishment of the first hospices in England 1878-1914**. Mortality, London, v.6, n.2, p.146-166. 2001. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13576270120051875a>>. Acesso em: 10 nov. 2016

INOCENTI, Aline; RODRIGUES, Inês Gimenes; MIASSOI, Adriana Inocenti. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Jataí - Goiás, v. 4, n. 11, p.858-865, 31 dez. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

KEMP, Charles. Spiritual Care Interventions. In: FERRELL, Betty R.; COYLE, Nessa. **Textbook of Palliative Nursing**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2006. p. 595-615.

KLAUMANN, Paulo Roberto; WOUK, A. F. P. F.; SILLAS, Thiago. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, v. 13, n. 1, 2008.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 299 p.

MANCHOLA, Camilo et al. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. **Rev. Bioét.**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.165-175, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0165.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti de. **Os cuidados paliativos no Brasil**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.27, n.1, p.58-63. 2003. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=366411&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 nov. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **WHO**

Definition of Palliative Care. 2002. Disponível em:

<<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa et al. Apoio social à família do paciente com câncer: Apoio social à família do paciente com câncer: Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 63, p.290-299, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/19.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Centro Universitário São Camilo**, Ipiranga - São Paulo, v. 1, n. 3, p.77-86, 20 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SILVA, Eliane Moura da. Religião, Diversidade e Valores Culturais: conceitos teóricos e a educação para a cidadania. **Revista de Estudos da Religião**, [s. l.], v. 2, p.1-14, 2014. Disponível em: <http://www.pucsp.br/rever/rv2_2004/p_silva.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

SILVA, Marcelle Miranda da et al. Palliative care in highly complex oncology care: perceptions of nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.460-466, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0460.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.172-178, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

SIMONI, Miguel de ; SANTOS, Mônica Loureiro dos . Considerações sobre cuidado paliativo: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 169-194, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/viewFile/42232/45905>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

TAYLOR, Elizabeth Johnston. Spiritual Assessment. In: FERRELL, Betty R.; COYLE, Nessa. **Textbook of Palliative Nursing**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2006. p. 581-594.

VERDERBER Stephen; REFUERZO Ben. **Inovations in hospice architecture**. New York: Taylor and Francis. 2006. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Zjp5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&ots=Qu4yLqCehB&sig=SE5QPCivac98MxrU1iFm49O1Pco&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 10 nov. 2016

WINSLOW, Michelle; CLARK, David. St. **Joseph's Hospice, Hackney: documenting a centenary history**. Progress in Palliative Care, Oxford, v.14, n.2, p.68-74. 2006. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/096992606X93416>>. Acesso em: 10 nov. 2016