

CUIDADOS PALIATIVOS: DESAFIO PARA A GESTÃO E POLÍTICAS EM SAÚDE

CUIDADOS PALIATIVOS: UN DESAFÍO PARA LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DE SALUD

PALLIATIVE CARE: A CHALLENGE FOR MANAGEMENT AND POLITICS IN THE HEALTH

Denis Iaros Silva da Silva¹, Denise Tolfo Silveira²

RESUMO

As doenças oncológicas, cardiovasculares e os diversos processos degenerativos dominam o quadro da saúde no momento atual, como resultado do envelhecimento progressivo da população mundial, realidade que faz destacar-se a figura do doente crônico, no qual a cura é longínqua ou mesmo impossível de ser alcançada, o que faz com que, neste contexto, os Cuidados Paliativos sejam inseridos como um tipo de modelo de atenção em saúde. Este texto tem por objetivo fazer um breve ensaio teórico e reflexivo sobre os saberes relativos a este tipo de cuidado e seus desafios para as políticas e gestão em saúde. A partir desta

reflexão concluímos que nesta filosofia de atenção busca-se sempre um cuidado integral ao paciente e família. O país tem, portanto, o desafio de assumir esta filosofia de cuidado integral e implementá-la adequadamente como forma de atenção em saúde, tanto em nível macro quanto em nível micro.

Descritores: cuidado paliativo; espiritualidade; enfermagem.

RESUMEN

Enfermedades oncológicas, cardiovasculares y varios procesos degenerativos dominan la imagen de la salud en el momento, como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población mundial, una realidad que hace destacar la figura de la enfermedad crónica en la que la cura está muy lejos o incluso imposible lograrse, lo que significa que en este contexto, los cuidados paliativos que se introduce como un tipo de modelo de atención de

¹ Enfermeiro Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e CME. Mestrando em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeiro do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil). E-mail: denis.iaros@yahoo.com.br

² Enfermeira Doutora em Ciências. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil). E-mail: dtolfos@gmail.com

salud. Este documento tiene como objetivo dar un breve ensayo teórico y reflexivo en el conocimiento de este tipo de atención y sus desafíos para la política y la gestión sanitaria. A partir de esta reflexión la conclusión de que esta filosofía de búsqueda de atención es siempre una atención integral al paciente y la familia. Por ello, el país tiene el reto de llevar esta filosofía de la atención integral y aplicar correctamente como una forma de atención de la salud, tanto a nivel macro como a nivel micro.

Descriptors: cuidados paliativos; espiritualidad; enfermería.

ABSTRACT

Oncological diseases, cardiovascular and various degenerative processes dominate the picture of health at the moment, as a result of the progressive aging of the world population, a reality that makes them stand out the figure of chronic disease in which the cure is far off or even impossible to be achieved, which means that in this context, Palliative Care to be entered as a type of health care model. This paper aims to give a brief theoretical and reflective essay on the knowledge for this type of care and its challenges for policy and health

management. From this reflection conclude that this philosophy of care search is always a full care to the patient and family. The country therefore has the challenge of taking this philosophy of comprehensive care and implement it properly as a form of health care, both at the macro level as at the micro level.

Keywords: palliative care; spirituality; nursing.

INTRODUÇÃO

O presente texto se circunscreve aos limites de um breve ensaio teórico e reflexivo baseado na experiência dos autores e em leitura flutuante na literatura, tratando de pensar sobre os cuidados paliativos e sua dimensão global como um desafio para a gestão e políticas de saúde.

É algo de se esperar que no decorrer da história da humanidade, com as transformações e mudanças referentes à sociedade quanto às suas características, passe a ser necessário ocorrer uma adaptação das diversas áreas de prestação de serviços em relação aos novos modelos de necessidades desta nova organização. Isto não é diferente na área da saúde. Percebe-se que com o aumento proporcional de idosos e uma maior

prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, configura-se atualmente um novo desafio às políticas de saúde e a bioética em saúde pública⁽¹⁾.

A proporção mundial de pessoas com mais de 60 anos de idade cresce cada vez mais em relação às outras faixas etárias, sendo que isto pode ser avaliado como uma conquista bem-sucedida das políticas de saúde pública e de desenvolvimento econômico, no entanto exige novos desafios de adaptação da sociedade para a maximização da saúde e da capacidade funcional da população idosa e das questões relativas à participação social e de segurança⁽²⁾. Este tipo de cenário indica a necessidade do estabelecimento de políticas de saúde e modelos de atenção em saúde voltados para os indivíduos em final de vida, buscando-se um sistema de saúde justo e humanizado que entenda a morte como um processo natural e presente na sociedade⁽³⁾.

As doenças oncológicas, cardiovasculares e os diversos processos degenerativos dominam o quadro da saúde no momento atual, como resultado do envelhecimento progressivo da população mundial, realidade que faz destacar-se a figura do “doente crônico”,

no qual a cura geralmente é longínqua ou mesmo impossível de ser alcançada, o que faz com que, neste contexto, os cuidados paliativos sejam inseridos como um tipo de modelo de atenção em saúde⁽⁴⁾.

BREVE HISTÓRIA

Os conceitos iniciais relativos aos cuidados paliativos nasceram por volta de 1948, no contexto após a 2ª Guerra Mundial, no Reino Unido, onde muitas pessoas se refugiaram buscando melhores condições de vida e onde Cicely Saunders, na época assistente social, tornou-se amiga de um judeu-polonês acometido por câncer renal. A este visitava e conversava em uma clínica cirúrgica onde o mesmo estava internado e, algumas semanas antes deste falecer, abordaram questões sobre o fato de ele não ter suas necessidades atendidas naquela unidade, pois além do controle da dor, sentia necessidade de ter alguma pessoa que conversasse sobre suas dúvidas, medos e necessidades espirituais. Como consequência desta relação, em 1967, quando já era médica, Cicely Saunders, inaugurou o primeiro *Hospice*, buscando humanizar o processo de morrer, tornando-se o “berço” dos

cuidados paliativos⁽⁵⁾. A instituição recebeu o nome de *St. Christopher Hospice*, em Londres, e constituiu um marco inovador para a sistematização de conhecimentos voltados para aliviar a dor e o sofrimento associados ao fim da vida, buscando abordagens que conciliassem aspectos orgânicos, psicoemocionais, sociais e espirituais do indivíduo enfermo e dos que participam da vida deste⁽⁶⁾.

A filosofia assistencial proposta por Cicely Saunders, caracteriza-se pela assistência multiprofissional aos pacientes e família, o que coincide com a própria formação de Saunders, que era assistente social, enfermeira e médica⁽⁷⁾. Seu trabalho gerou o Movimento *Hospice* Moderno, que em 1973, passou a ser difundido nas Américas pela médica psiquiatra suíça radicada no Estados Unidos, Elisabeth Kübler-Ross, a mesma que dedicou sua carreira ao estudo da *tanatologia* estabelecendo de forma didática os cinco estágios vividos pelo paciente em iminência de morte (a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação), no intuito de facilitar a prestação de cuidados⁽⁶⁻⁷⁾.

Desde então os Cuidados Paliativos passaram a fazer parte da prestação de cuidados aos indivíduos em

fim de vida e família em diversas partes do mundo. Em 1985 o Reino Unido reconheceu a Medicina Paliativa como especialidade médica, atitude seguida por países como Irlanda, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul, Turquia e outros, e, em 1993, a *Oxford University Press* lançou o *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, livro-texto de maior referência nesta área até os dias de hoje⁽⁶⁾.

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde passa a reconhecer e recomendar os Cuidados Paliativos como um dos pilares integrantes da assistência ao câncer, tendo feito uma definição destes cuidados, a qual foi revisada, posteriormente, em 2002⁽⁶⁾.

Nos anos 2000, muitos serviços passaram a ser criados em diversos países, considerando-se que estes cuidados tornaram-se mais bem aceitos, mesmo em meios de alta tecnologia (ou não), pois a questão é ponderar quais benefícios que intervenções de alta tecnologia terão em relação a uma doença em progressão e que certamente levará à morte. Nessa linha, em 2004, foi lançado um novo documento publicado pela Organização Mundial de Saúde, “*The Solid Facts – Palliative Care*”,

reafirmando e justificando a necessidade de inclusão dos Cuidados Paliativos como parte da assistência integral à saúde, integrando o atendimento a todas as doenças crônicas, especialmente nos programas de atenção aos idosos⁽⁶⁾.

No Brasil, a história dos Cuidados Paliativos iniciou na década de 80 (século XX), no Rio Grande do Sul, quando em 1983 foi anexado um Serviço de Cuidados Paliativos junto ao Serviço da Dor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, representando um pioneirismo neste país⁽⁸⁾. Depois ocorreu no Estado do Rio de Janeiro, através do Instituto Nacional do Câncer, tendo sido seguidos pelos Estados do Paraná, Santa Catarina e São Paulo, na cidade de Jaú, onde foi criada a primeira enfermaria de Cuidados Paliativos no Brasil, em 1992⁽⁶⁾.

Em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP)⁽⁵⁻⁶⁾. Em seguida, em 1998, inaugurou-se um prédio exclusivo para os Cuidados Paliativos no Instituto Nacional do Câncer, que oferece cuidados de enfermaria, pronto-atendimento, além de ambulatório e internação domiciliar a pacientes nestas condições. O Programa

de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo iniciou, no ano de 2000, agregando aos profissionais de saúde, voluntários adeptos às religiões budista, católica, espírita e evangélica provendo cuidados espirituais. Esta instituição, desde 2003, possui uma enfermaria específica de cuidados paliativos. Posteriormente, em 2004, no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, foi inaugurada a Hospedaria (*Hospice*) de Cuidados Especiais⁽⁶⁾.

Diante do crescimento e das necessidades especiais do paciente em cuidado paliativo, o Governo Federal publica, em 2002, a Portaria nº 19/ GM de 03 de janeiro de 2002, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos⁽⁹⁾. A inclusão dos Cuidados Paliativos nos programas de atenção à saúde, dos pacientes com doenças oncológicas, assim como dos portadores de enfermidades crônicas, sejam adultos, idosos ou crianças e, a constante necessidade de qualificação, realiza-se por meio da busca de novas tecnologias de cuidados profissionais e cuidados leigos, sendo fundada, em 2005,

a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁽⁵⁻⁶⁾.

A sua filosofia de atuação caracteriza-se principalmente por afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal, não pretendendo apressá-la ou adiá-la e, também, por integrar os aspectos psicológicos e espirituais de assistência ao paciente⁽²⁾. Pode ser visto, então, como uma filosofia ou modo de cuidar que visa o aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e famílias que vivenciam problemas ligados às enfermidades que ameaçam a vida, sendo evitado tratamentos desnecessários, ou seja, “obstinações terapêuticas”, aceitando-se o limite da vida e objetivando o cuidado ao invés da cura, pelo fato da mesma não ser mais possível de ser alcançada⁽¹⁰⁾.

Os cuidados paliativos visam uma espécie de “cura” aparente, ou seja, não a cura da doença, mas o alívio de sinais e sintomas que possam estar sendo motivo de sofrimento físico, social, psicológico e espiritual para o indivíduo doente e sua família, buscando proporcionar medidas de conforto que amenizem esses sofrimentos⁽¹¹⁾. O termo “paliativo”, de fato, pode ser definido como algo “que disfarça” e “atenua”⁽¹²⁾. E, na mesma

linha, “paliar” pode significar “encobrir com falsa aparência” e/ ou “curar aparentemente”⁽¹³⁾.

ALGUMAS PARTICULARIDADES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A doença oncológica, do ponto de vista cultural, é associada à dor intensa e à morte, gerando sofrimento e sensação de luto antecipado a partir do momento do seu diagnóstico, fazendo padecer tanto o indivíduo quanto sua família. Na maioria das vezes, o diagnóstico é dado quando já há um avanço da doença que restringe as chances de sua extirpação. Apesar disto, tem-se que considerar equivocada a ideia de que não existe mais o que ser feito por uma pessoa sem possibilidades terapêuticas de cura, pois enquanto houver vida haverá necessidade de cuidado⁽¹⁴⁾.

O paciente com câncer terminal sofre por sua situação e a sua família também, seja pela sensação de perda antecipada da própria vida, na ótica do paciente, ou da saudade precoce de seu ente querido, na ótica da família. O primeiro, o paciente, sofre, entre outras coisas, pela dor da perda da sua própria existência; o outro, a família, sofre pela dor da ideia de que aquele ser não fará

mais parte desta existência, não estando mais presente em seu meio, mais cedo ou mais tarde. Portanto, o aparecimento do câncer afeta não só o ser enfermo, mas toda a sua unidade familiar, levando-se em conta que o estágio final da doença certamente representa o momento em que a família precisará de mais apoio, pois passam pelas mesmas etapas do doente, embora de uma forma diferente, merecendo que lhe seja proporcionado intimidade, amabilidade, consolo, assim como é feito com o próprio paciente⁽¹⁵⁾.

A doença oncológica terminal pode ser entendida como uma enfermidade avançada e em progressão, sem evidência clínica de resposta para a remissão – cura ou melhoria –, normalmente associada a numerosos sintomas⁽¹⁶⁾. Dentre estes dor, anorexia, náuseas, vômitos, depressão, constipação, entre outros, são responsáveis, em grande parte, pela deterioração da qualidade de vida do paciente, e há aqueles que atingem a família, como a depressão⁽⁴⁾.

Neste contexto, questões existenciais começam a ser buscadas e desveladas pelos indivíduos que padecem de câncer e seus familiares⁽¹¹⁾, pois a sensação de medo do desconhecido, as esperanças de melhoria ou de que talvez

exista uma razão para o que está sendo vivenciado, assim como questões ligadas à espiritualidade, entre outras, se fazem mais presentes. Afinal, vivenciar as experiências de uma enfermidade terminal e de cuidados paliativos costuma mudar a vida das pessoas submetidas a esta situação⁽¹⁶⁾.

A abordagem multiprofissional é essencial tratando-se de Cuidados Paliativos. Entretanto, normalmente é a enfermagem que mais se aproxima do paciente e família, por permanecer, ao menos nos ambientes hospitalares, durante as 24 horas do dia, todos os dias, com o paciente, seja na figura do enfermeiro, seja na figura da equipe de enfermagem. A assistência de enfermagem, especialmente no contexto dos Cuidados Paliativos, deve sempre considerar o indivíduo enfermo como um ser único, complexo e multidimensional, levando-se em conta as dimensões biológicas, emocionais, sociais e espirituais⁽¹⁴⁾. O enfermeiro, pelo que é e pelo que representa, atua como componente chave da equipe multiprofissional destes cuidados, sendo geralmente aquele que consegue se inserir mais ampla e profundamente no universo do paciente terminal e de sua família.

Esta modalidade de cuidados implica essencialmente na relação entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, valorizando de forma substancial, além das intervenções técnicas, às relações estabelecidas entre a equipe de cuidados e o paciente e família⁽¹⁷⁾. A enfermagem é possuidora de longa história de cuidados centrados na pessoa e na família⁽¹⁸⁾, portanto sua importância significativa em situações de terminalidade e de Cuidados Paliativos, seja pelo papel exercido neste singular contexto pelo enfermeiro ou mesmo pela atuação da equipe de enfermagem, demonstra-se legítima e indiscutível.

O homem possui uma constituição complexa e esta contempla a espiritualidade; diferentemente do corpo, da psique e do social que desaparecem com a morte, acredita-se que ela seja a única que sobreviva e permaneça, por ser transcendental, possuindo o valor, provavelmente, de ser a grande razão da existência da humanidade e, no contexto da fase final do processo de morrer, pode ser relacionada a tranquilização dos doentes que vivenciam este tipo de situação⁽⁸⁾. A atenção à dimensão espiritual torna-se cada vez mais necessária na prática assistencial; deve-se

buscar fornecer ao paciente e família todas as condições importantes para as realizações pessoais neste momento singular de vida⁽¹⁹⁾.

A espiritualidade pode ser conceituada como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Neste raciocínio, ser humano é buscar significados em tudo o que está em si próprio e em sua volta⁽¹⁹⁾. Além disso, a espiritualidade pode ser vista como um tipo de resiliência, ou seja, uma capacidade de enfrentamento, de superação, apesar dos sintomas ocasionados pela doença oncológica e pela própria situação de terminalidade⁽¹¹⁾.

No contexto dos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos adultos, a espiritualidade possui diversos significados para os pacientes e para a família, assim como variadas ações práticas que a caracterizam. Sob a ótica dos pacientes apresenta os significados: fonte de conforto; crença em Deus; força; fé; fonte de enfrentamento; crença num poder superior; e, guia de conduta para a vida⁽¹¹⁾. A família que convive com o paciente em Cuidados Paliativos dá à espiritualidade significados como: fonte de cura e manutenção da saúde; fonte de enfrentamento; e, fonte de conforto⁽¹¹⁾. As

práticas da espiritualidade se revelam nas seguintes ações para os pacientes: ir a igreja; oração/ reza; apoio dos outros; leitura das escrituras sagradas; meditação; visita de religioso; e, uso de imagens/ objetos⁽¹¹⁾. Já as ações que revelam as práticas para a família neste contexto são: exercício da caridade; ir a igreja; e, oração/ reza⁽¹¹⁾.

Em relação aos significados da espiritualidade para os pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos, constata-se que esta é referida como *fonte de conforto*, por trazer paz e tranquilidade e, também, diminuir o desconforto relativo à doença, ao tratamento e aos sintomas físicos⁽²⁰⁾; a espiritualidade é conferida como *crença em Deus*, que se manifesta no ato de acreditar na existência de Deus e crer que Ele possa estar se preocupando com o indivíduo⁽²¹⁾; é evidenciada como *força*, que se manifesta pela vontade de continuar a viver⁽²²⁾; é referida como *fé*, que aparece como uma forma de lidar melhor com a situação, pois a espiritualidade alivia a pressão e elimina temores⁽²⁰⁾; o significado da espiritualidade é dado como *fonte de enfrentamento*, por possibilitar recursos para lidar com a doença e superar a

situação⁽²⁰⁾; é definida como *crença num poder superior*, que aparece no ato de acreditar na existência de um poder maior influenciando a vida⁽²²⁾; e, a espiritualidade é expressa como um *guia de conduta para a vida*, por ser algo que orienta a maneira de viver e conduz os tipos de atitudes que o indivíduo terá em relação aos outros⁽²²⁾.

A espiritualidade é atribuída pela família como *fonte de cura e manutenção da saúde*, por ela ajudar a curar e a manter a saúde⁽²²⁾; é referida como *fonte de enfrentamento*, por ajudar a lidar e superar a situação⁽²⁰⁾; e, é caracterizada como *fonte de conforto*, por ajudar a aliviar o sofrimento⁽²⁰⁾.

As práticas da espiritualidade na ótica dos pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos são reveladas em sete diferentes ações, assim distribuídas: *ir a igreja*, que pode ocorrer no fato do indivíduo ser membro ativo e/ou participar de atividades da igreja⁽²⁰⁾; *oração/reza*, que aparece nos momentos que o indivíduo conversa com Deus ou com um Poder Maior⁽²²⁾; *apoio dos outros*, que ocorre quando, por exemplo, um amigo segura a mão do indivíduo ou lhe faz companhia⁽²⁰⁾; *leitura de escrituras sagradas*, que aparece quando

o indivíduo realiza a leitura da Bíblia ou de outros livros sagrados, podendo ser, também, outras leituras religiosas⁽²²⁾; *meditação*, que aparece nos momentos que o indivíduo fica consigo próprio, interioriza-se⁽²³⁾; *visita de religioso*, que aparece quando ocorre a visita para o indivíduo, por exemplo, de um padre, pastor, freira ou outro⁽²³⁾; e, *uso de imagens/objetos*, que se retrata na utilização de imagens ou objetos que tenham significância para o indivíduo⁽²³⁾.

As práticas da espiritualidade na ótica da família de pacientes oncológicos adultos no contexto dos cuidados paliativos são descritas conforme as seguintes ações: *exercício da caridade*, que pode aparecer na prestação de serviços e doação de si próprio aos outros⁽²⁰⁾; *ir a igreja*, que pode aparecer quando o indivíduo frequenta e acredita na igreja⁽²²⁾; e, *oração/ reza*, que pode aparecer nos momentos que o indivíduo conversa com Deus ou um Poder Superior e, também, quando, por exemplo, padres, freiras, pastores, até mesmo outros religiosos, conversam com Deus ou um Poder Superior para pedir pelo indivíduo necessitado⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência dos autores tem demonstrado que, embora a filosofia de Cuidados Paliativos seja bonita e bem intencionada, ainda há muito para ser feito para que ela possa ser inserida adequadamente na prática da atenção em saúde. A verdade é que ainda é limitado o número de serviços que atuam sob o título de “Cuidados Paliativos” e mesmo aqueles que existem ainda possuem suas limitações. Uma das limitações é que geralmente os pacientes que necessitam deste tipo de cuidados acabam sendo vinculados aos serviços que procuram prestá-lo muito tardiamente, quando realmente costumam restar apenas os cuidados terminais para serem realizados, comumente em nível hospitalar.

Percebemos que o ideal seria que as equipes médicas pudessem perceber a necessidade de vincular estes pacientes mais antecipadamente às equipes de Cuidados Paliativos, por exemplo, em nível ambulatorial ou mesmo na atenção básica, para que os mesmos já possam se beneficiar deste tipo de cuidado antes de necessitarem os cuidados necessários lá na fase terminal. Já há um grande avanço na medicina, pelo que temos observado, quanto à percepção de que chega um momento em que as “obstinações

terapêuticas” em alguns casos poderão causar mais sofrimentos do que benefícios, mas em geral ainda é difícil para os profissionais de saúde aceitarem que nem sempre será possível “salvar” uma vida, pois a formação educacional profissional ainda é limitada quanto à transmissão de ensinamentos relativos aos Cuidados Paliativos.

Concluimos que na filosofia de trabalho dos Cuidados Paliativos, como foi visto, busca-se sempre um cuidado integral ao paciente e família. O país tem, portanto, o desafio de assumir esta filosofia de cuidado integral e implementá-la adequadamente como forma de atenção em saúde, tanto em nível macro quanto em nível micro, ou seja, no próprio país em geral, nos estados e municípios e, enfim, nos serviços de saúde. Acredita-se que quanto mais as políticas de saúde e os profissionais de saúde abraçarem e compreenderem esta filosofia de atenção em saúde, buscando melhores formas de gestão e políticas voltadas para os Cuidados Paliativos, mais e melhor nossa sociedade poderá desenvolver este tipo de cuidado tão relevante nos novos tempos.

Mais estudos ainda são necessários para que os gestores e

profissionais de saúde possam compreender melhor esta filosofia de cuidado e para que haja a sua mais adequada aplicação na prática dos serviços de atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (9): 2072-80.
2. World Health Organization (WHO). WHO Definition of palliative care [online]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 30/Ago/2010.
3. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (10): 2055-66.
4. Romeo Cepero DV, Pérez Pérez F, Robinsón Delgado A. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliar por parte de un equipo básico de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2007; 23 (3).

5. Ferrai CMM, Silva L, Paganine MC, Padilha KG, Gandolpho MA. Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. *Bioethikos – Centro Universitário São Camilo*. 2008; 2 (1): 99-104.
6. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática Hospitalar*. 2006; ano VIII, set-out (47): 46-9.
7. Silva KS, Kruse MHL. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30 (2): 183-9.
8. Figueiredo MTA. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. *Prática Hospitalar*. 2006; ano VIII, set-out (47): 36-40.
9. Brasil. Portaria nº 19/ GM de 03 de janeiro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 28/Ago/2010.
10. Pimenta CAM. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem?. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23 (3): vii-viii (editorial). Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/pdf/v23/n3/v23n3a1.pdf>, Acesso em 01/Out/2014.
11. Silva DIS. Significados e práticas da espiritualidade para pacientes oncológicos adultos, enfermeiros e família no contexto dos cuidados paliativos: uma revisão integrativa [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 41 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/24706>. Acesso em 01/Set/2010.
12. Ferreira AGA. *Dicionário de Português-Latim*. Porto: Porto Editora; 1997. 715 p.
13. Pereira I. *Dicionário grego-português e português-grego*. Braga: Apostolado da Imprensa; 1990. 1054 p.
14. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41 (4): 668-74.

15. Rodríguez Rodríguez NY, Ruiz Valdés Y, Carvajal Herrera A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. *Rev Cubana Enfermer.* 2007; 23 (4).
16. Arriaza P, Cancino G, Sanhuesa O. Pertencer a algo mayor: experiências de pacientes y cuidadores durante el cuidado paliativo em Chile. *Ciencia y Enfermería.* 2009; 15 (2): 95-106.
17. Simoni M, Santos ML. Considerações sobre cuidados paliativos e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. *Psicologia USP.* 2003; 14 (2): 169-194.
18. Kruse M, Vieira R, Ambrosini L, Niemeyer F, Pacheco da Silva F. Cuidados paliativos: uma experiência. *Revista HCPA, América do Norte*, 27, oct. 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2060/1111>. Acesso em: 01/Set/2010.
19. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiq Clín.* 2007; 34 (1): 82-7.
20. Penman J, Oliver M, Harrington A. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2009; 26 (4): 29-35.
21. Sánchez Herrera B. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2009; 27 (1): 86-95.
22. Schneider MA. Broadening our perspective on spirituality and coping among women with breast cancer and their families: Implications for practice. *Indian J Palliative Care.* 2007; 13 (2): 25-31.
23. Narayanasamy A. Palliative care and spirituality. *Indian J Palliative Care.* 2007; 13 (2): 32-41.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-11-07
Last received: 2014-12-22
Accepted: 2015-01-12
Publishing: 2015-01-30