



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ELIANÁLIA DOS SANTOS RIBEIRO**

**ESPIRITUALIDADE E CUIDADO PALIATIVO EM  
PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS**

ARIQUEMES - RO  
2020

**ELIANÁLIA DOS SANTOS RIBEIRO**

**ESPIRITUALIDADE E CUIDADO PALIATIVO EM  
PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Jessica de Sousa Vale

Ariquemes - RO  
2020

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na**  
**Publicação (CIP) Biblioteca Júlio Bordignon –**  
**FAEMA**

---

R484e      RIBEIRO, Elianalia Santos.

Espiritualidade e cuidado paliativo em pacientes oncológicos terminais. / por Elianalia Santos Ribeiro. Ariquemes: FAEMA, 2020.

45 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Ma. Jessica de Sousa Vale.

1. Enfermagem . 2. Espiritualidade. 3. Oncologia. 4. Cuidado paliativo. 5. Câncer. I Vale, Jessica de Sousa. II. Título. III.

CDD:610.73

FAEMA.

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de  
Açucena do N.  
Soeiro CRB 1114/11

**ELIANÁLIA DOS SANTOS RIBEIRO**

**ESPIRITUALIDADE E CUIDADO PALIATIVO EM  
PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Ms. Jessica Sousa Vale  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

---

Prof<sup>o</sup>. Esp. Esp. Katia Regina Gomes Bruno  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Elis Milena Ferreira Do Carmo Ramos  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Ariquemes, XX de XXXXXXXX de 2020

**DEDICATÓRIA**

### **A Deus**

Por me fortalecer quando me senti fraca. Sempre abrindo novos horizontes para mim de forma que eu pudesse seguir a caminhada no qual não foi fácil. Seu fôlego de vida e fé sobre mim foi meu sustento no qual me deu coragem de para chegar até o fim.

### **A minha família**

A minha mãe a pessoa mais guerreira que já conheci nesse mundo, sou grata por nunca ter me abandonado, por sempre ter acreditado em mim até quando eu mesma duvidei. Pessoa no qual devo todo meu respeito e amor. Muito obrigado por tudo. Aos meus irmãos que sempre vibraram com a minha vitória. Ao meu filho motivo da minha força, obrigado por existir e me fazer uma pessoa completa. A minha Vó que sempre me passou o melhor ensinamento da vida, no qual sempre me dizia que estudar era tudo, me deixou no meio da caminhada e foi morar com Deus. Obrigado por tudo.

## **AGRADECIMENTOS**

### **A minha amiga Jéssica Reis**

Pela paciência de me escutar nos momentos difíceis, pois eu sempre a procurava e procuro até hoje, por tentar me acalmar quando eu estava em pânico, obrigado por pedir pra eu dar uma pausa todo seu carinho foi de grande valia para que eu conseguisse. Obrigado por acreditar em mim.

### **Ao meu amigo Matheus Lima Martins**

Que sempre me acolheu com todo amor e carinho para sua vida, obrigado por todos esses anos que trilhamos juntos, pelo seu companheirismo. Nunca me deixou desistir, sempre esteve presente quando mais precisei, sou grata por sempre estar do meu lado, peço a Deus que abra novos horizontes pra você, pois acredito no seu potencial, e sei que será um profissional de excelência.

### **A professora Kátia Bruno**

Sou muito agradecida a Deus por ter te conhecido, obrigado por compartilhar conosco todo seu conhecimento, meus olhos sempre brilhavam quando a senhora apresentava sua experiência de vida, suas metodologias. Sou muito grata por ter me ajudado com artigo científico no primeiro congresso de enfermagem que tive a oportunidade de participar. Obrigado por sempre acreditar nos seus alunos, pois sei que seu objetivo sempre foi de formar profissionais de excelência, de qualidade no qual possam prestar a melhor assistência possível.

### **Aos professores do curso**

Com todo empenho caminharam junto a mim e aos meus colegas. Obrigado por todo aprendizado de excelência, por sempre nos manter atualizados na área de ciências em saúde. Sou muita agradecida a cada um.

### **A minha Orientadora Jéssica de Sousa Vale**

Por fim e não menos importante agradeço a minha orientadora. Desde o início eu acreditava que seria sua orientanda, fiquei muito grata e feliz por ter conseguido essa dádiva. Obrigado por toda sua paciência, por ter dividido comigo seu conhecimento no qual foi de grande eficácia para que eu concluísse essa caminhada de forma prazerosa. Agradeço muito a Deus pela sua vida, obrigado por ser minha maior incentivadora, por ter acreditado na minha essência sem questioná-la. Que você continue eternamente sendo essa pessoa carismática dos ataques de risos mais bonitos que conheci. Que sua carreira seja sempre de sucesso.

*“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”*

**Cicely Saunders**

## RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa e exploratória que visa compreender a importância da espiritualidade no processo de cuidados paliativos em pacientes oncológicos, ressaltando um olhar multiprofissional ao paciente terminal e para família na fase de luto, promovendo a qualidade de vida para os mesmos, através do alívio da dor e do sofrimento. Sabendo que o câncer é uma doença crônica e progressiva no qual acarreta em dor física, sofrimento emocional e espiritual para os envolvidos, perante esse contexto deve-se respeitar a autonomia e dignidade do paciente de forma que seja tratado de forma holística e humanizada, dando ênfase na comunicação, pois esse processo muitas vezes se resume em escutar mais do que falar, para ajudar o paciente expressar seus sentimentos e compreendê-lo sem julgamentos. O enfermeiro deve compreender a área do cuidar como um todo desde a assistência prestada ao aliviar uma dor física até a parte espiritual que é de tamanha importância, pois enfrentar o câncer em forma crônica é tentar compreender o processo viver e morrer. Estudos mostram que a espiritualidade se correlaciona positivamente com a aceitação da finitude e com a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Enfermagem, espiritualidade, oncologia, cuidado paliativo, câncer.

## **ABSTRACT**

This is a literature review with a qualitative and exploratory approach that aims to understand the importance of spirituality in the process of palliative care in cancer patients, highlighting a multiprofessional look at terminally ill patients and families in the grieving phase, promoting the quality of life for the same through the alleviation of pain and suffering. Knowing that cancer is a chronic and progressive disease that causes physical pain, emotional and spiritual suffering for those involved, in this context should respect the autonomy and dignity of the patient in a way that is treated holistically and humanely, giving Emphasis on communication, as this process often comes down to listening rather than talking, to help the patient express their feelings and understand them without judgment. The nurse must understand the area of care as a whole from the assistance provided to relieve a physical pain to the spiritual part that is so important, because facing cancer in a chronic way is trying to understand the process of living and dying. Studies show that spirituality correlates positively with acceptance of finitude and quality of life.

Key words: Nursing, spirituality, oncology, palliative care

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DeCS	Descritores em ciências da saúde
DE	Diagnósticos de enfermagem
FAEMA	Faculdade de educação e meio ambiente
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SciELO	Scientific Eletronic Library online

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1. OBJETIVO GERAL</b> .....	14
1.1 Objetivos primários.....	14
1.2 Objetivos secundários.....	14
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	15
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
3.1 Contexto atual da doença oncológica.....	16
3.2 O cuidado.....	17
3.3 Conceito de espiritualidade.....	18
3.4 Relação da espiritualidade e saúde.....	19
<b>3.5 Cuidados paliativos</b> .....	21
3.5.1 História dos cuidados paliativos.....	21
3.5.2 Prestação dos cuidados paliativos pela equipe multiprofissional.....	24
3.5.3 Comunicação eficaz para prover o cuidado.....	26
3.6 Cuidado espiritual para com paciente e família.....	27
3.7 Práticas espirituais.....	31
3.8 O profissional e seu olhar holístico no âmbito do cuidar voltado a dimensão biopsicoespiritual.....	32
3.9 Principais diagnósticos de enfermagem relacionados a cuidados paliativos oncológicos.....	34
3.10 Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o diagrama de abordagem multidimensional (DAM).....	37
3.11 Diagnóstico de necessidade espiritual para enfrentamento do câncer.....	38
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>5. REFERÊNCIAS</b> .....	41

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer é advindo do crescimento anormal de células e é considerado uma doença crônica que causa dor, sofrimento e angústia ao cliente acometido e seus familiares. Essa doença tem demonstrado um significativo aumento no número de acometidos, com variações de todas as faixas etárias, além de ser uma doença ativa, progressiva e ameaçadora, pode acarretar em morte, trazer sentimentos de insegurança, medo e não aceitação. (SANTOS, LATTARO E ALMEIDA, 2011).

Segundo, Evangelista et al. (2016), a patologia pode ser proveniente de efeitos cancerígenos ambientais, genéticos, vírus, infecciosos e químicos. Esse agravo patológico é caracterizado pela multiplicação progressiva e desordenada de células, no qual podem invadir tecidos e órgãos do corpo por completo. A taxa de mortalidade por câncer em todo o mundo ainda é alta e vem aumentando, esta entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade).

Constam nos dados de relatório do INCA (2019), dados referentes percentual de novos casos de câncer em 2018, no qual apontou uma taxa de 18 milhões de casos de câncer e 9,7 milhões de óbitos advindos dessa patologia. Incide no mundo cerca de (2,1 milhões) de casos de câncer de pulmão, logo em seguida se destaca o câncer de mama (2,1 milhões), câncer do cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão) de casos.

Conforme autor anteriormente citado a incidência de câncer em homens é de (9,5 milhões) representa 53% dos novos casos, apresentando-se mais incidente nas mulheres, com 8,6 milhões (47%) de novos casos. Os homens são mais propícios a desenvolverem o câncer de pulmão (14,5%), de próstata (13,5%), câncer do cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%). Mulheres podem apresentar mais casos de câncer em primeiro lugar se destaca com incidência de (24,2%) o câncer de mama, em seguida cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo uterino (6,6%). Há uma estimativa que para cada ano do triênio 2020-2022, ocorrerão cerca de 625 mil novos casos de câncer.

Tendo em vista que a progressão do câncer incide sobre o corpo de tal maneira que causa alterações em sua funcionalidade biológica, nos aspectos estéticos como a beleza, a cor e altera os padrões fisiológicos e exige que o paciente e seus familiares se adaptem a uma nova realidade no qual ameaça a vida. O diagnóstico

do câncer e as indicações de cuidados paliativos causam um impacto e representa um importante estigma remetendo a possibilidade de morte. (OLIVEIRA; CAVALCANTE; CARVALHO, 2019).

Os cuidados paliativos tem em sua definição cuidados voltados para a integralidade da assistência humana e compassiva que são voltados para a pessoa e não apenas para doença, trazem conforto e bem-estar para os envolvidos, por meio de um cuidado humanizado, aliviando a dor e os problemas decorrentes do estado biopsicossociais e espirituais. Portanto tais cuidados mencionados vêm com intuito de abordar de forma especializada o cliente para que ele junto com a equipe trace a melhor forma para enfrentar a doença e possivelmente a morte. (ALVES, FERNANDES et, al. 2019)

Cervelin, Kruse, Luce (2014), relata em suas teorias que o cuidado paliativo a pessoas com câncer envolve questões espirituais e de fé, pois essas ferramentas são reconhecidas como promotora da qualidade de vida. A fé é um componente que possui grande eficácia, pois contribui na melhoria dos sintomas físicos apresentados pelos pacientes e também afeta de forma eficaz a parte psicológica dos familiares e/ou cuidadores, afirmam-se ainda que essa melhoria transcenda o corpo biológico em si.

Diz Arrieira, et. al. (2017) quando o paciente busca recurso da espiritualidade ele esta a procura da compreensão de si mesmo, esta a busca de uma forma para lidar com a doença e com o sofrimento. O profissional ao oferecer a espiritualidade a um paciente ele estará transmitindo esperança, fé e força para que os obstáculos sejam vencidos mesmo sabendo que a finitude esta próxima.

A filosofia dos cuidados paliativos reorienta-se a adoção do uso de cuidados de saúde voltados ao modelo habitual, sabendo que as necessidades, perspectivas e desejos do paciente de doença crônica se tornam diferentes, cada paciente deve receber cuidados coerentes as suas necessidades pessoais, atender pessoas em fase de terminalidade exige dos profissionais de saúde um saber científico voltados para a forma como irão lidar com esse paciente. (EVANGELISTA et. al. 2016).

Nessa perspectiva, fez-se necessário este estudo sobre a temática com intuito de contribuir para o referencial teórico de forma que aborde a assistência de enfermagem ao paciente oncológico, focando na dimensão espiritual, pois a mesma faz parte das ações de cuidados de saúde prestados ao paciente, ela é um fio condutor para a compreensão do ser humano sobre si mesmo e se caracteriza como

relevante dentro da assistência oncológica, pois é um assunto que requer habilidades clínicas específicas que não devem estar restritas apenas na amenização da dor, mas deve se estender, além disso, para que haja uma interação paciente-família-profissional.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.2 OBJETIVO PRIMÁRIO:**

- Enfatizar a espiritualidade como relevante no cuidado paliativo em pacientes oncológicos terminais.

### **1.3 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:**

- Descrever a importância do enfermeiro como promotor da espiritualidade ao paciente.
- Caracterizar os cuidados paliativos ofertados ao paciente terminal oncológico.
- Citar os principais diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos a pacientes oncológicos terminal.

## 2. METODOLOGIA

Este trabalho apresenta-se como uma pesquisa de revisão de literatura de formato exploratório, de natureza qualitativa no qual será desenvolvido através de pesquisas em trabalhos acadêmicos contidos no Scielo, Lilacs, revistas de saúde e acervos bibliográficos. A pesquisa bibliográfica teve início em meados do mês de setembro de 2019 e teve finalidade no mês de agosto de 2020.

Através dos descritores em saúde: Enfermagem, espiritualidade, oncologia, cuidado paliativo foi realizada a pesquisa nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, Manuais do Ministério da Saúde, Sites do Instituto Nacional do Câncer, North American Nursing Diagnosis Association (Nanda), Revistas de enfermagem e acervos bibliográficos da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Os principais critérios de inclusão no qual foram utilizados: publicações recentes e fidedignas que abordasse a temática exposta de forma clara e precisa contidas em artigos, acervos bibliográficos e revistas em línguas nacionais e internacionais, dando ênfase maior nos artigos brasileiros e com publicações nos últimos 10 anos objetivando interligar o tema exposto, foram selecionados um total 53 artigos sendo que 33 deles se enquadraram nos critérios apresentados para esse trabalho. Com base nos artigos selecionados, buscaram-se as contribuições de cada pesquisa, fazendo, portanto, uma apreciação do conteúdo obtidos das mesmas.

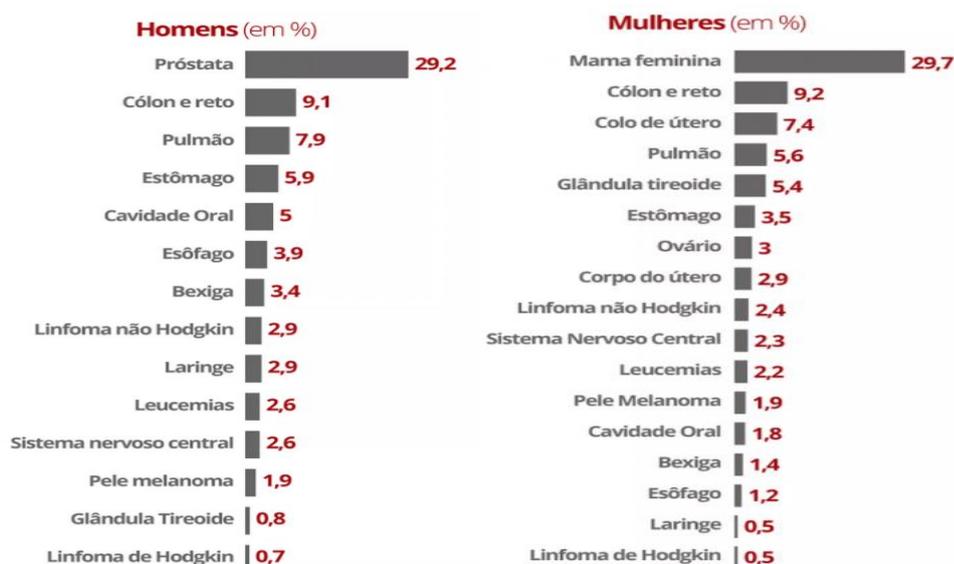
Os critérios de exclusão contemplaram conteúdos no qual não abordavam a temática e também não se aperfeiçoaram nos critérios de inclusão. Foram realizada a exclusão de estudos que não abordavam alguma das variáveis de interesse na presente revisão como por exemplo: estratégias que abordavam apenas oncologia, mas que não tinham foco no profissional enfermeiro e nem no tema espiritualidade), ou não tinham foco em nenhuma delas.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONTEXTO ATUAL DA DOENÇA ONCOLÓGICA

Segundo dados recentes do INCA a cada ano 20 milhões de pessoas são diagnosticadas no mundo com câncer. No Brasil cerca de 60% dos diagnósticos acontecem em pessoas que já estão com a doença em fase crônica. Estimativas do INCA apresenta que nos próximos anos haverá um registro de 596 mil novos casos nos próximos anos. O aumento na incidência do câncer tem associação com o envelhecimento populacional, os hábitos alimentares, obesidade, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, cigarro e drogas diversas. (BRASIL, 2020)

**Imagem 1.** Estimativa de novos casos de câncer no Brasil, em 2020.  
Dados do INCA são baseados no perfil da população



Fonte: INCA 2020

A evolução das áreas das ciências em saúde é exponencial e traz diariamente, novas tecnologias voltadas para o câncer, tanto de diagnósticos como de tratamento. A sobrevivência dos pacientes de doenças crônicas é a consequência desse progresso. São diversos os fatores que podem afetar o prognóstico da doença sendo os principais: o tipo de câncer e sua topografia, o estágio da doença, características das células tumorais, idade do paciente e resposta ao tratamento. (SANTOS, LATTARO E ALMEIDA, 2011).

Pacientes submetidos ao diagnóstico de doença crônica enfrenta a fase mais difícil, pois nesse momento necessitam de suporte emocional. O tratamento pode acarretar em desconforto, a dor pode vir a se manifestar como um dos primeiros

sintomas ou ainda ser ela consequente ao próprio tratamento. (PINOTTI e GAZOLLA 2011).

Dados estatísticos apontam um aumentam no número de casos do câncer, pois se trata de uma doença que se relaciona a perda da integridade do portadores, mutilações físicas, abalos emocionais e por fim a finitude da vida. (EVANGELISTA et. al. 2016).

### 3.2 O CUIDADO

O termo “cuidado” na enfermagem é utilizado para tratar-se das práticas em saúde de forma que abranja a integralidade e a humanização a pessoa com cautela e prudência. Desde o inicio da vida já se fazia presente os cuidados, havendo a necessidade de cuidar para que a vida tenha continuidade. (CERVELIN, 2014).

O conceito de cuidado poder ser visto no referencial teórico de Arrieira (2018), como uma série de procedimentos técnicos com a finalidade de realizar um tratamento eficaz, o mesmo deve ser centrado em ações de saúde e bem-estar para as mais diversas situações em que se necessita de executar ações com finalidades terapêuticas, são interações que permitem o alívio da dor física e alívio do sofrimento a curto ou longo prazo.

A história dos cuidados é marcada por dois grandes eixos: caucionar que a vida dê continuidade e recuar a morte. O cuidado se sobrepõe diferente do tratamento, pois o mesmo tem o objetivo de modificar o domínio e a ação da enfermidade de forma que a elimine. Não se pode assimilar o cuidado a tratar, pois tratamento se tem como alvo a doença, já no cuidado a prioridade é a pessoa em si. Nenhum tratamento pode substituir o cuidado, até se pode viver sem tratamento, mais não se pode viver sem cuidados, ele é uma necessidade de todo ser humano, do nascimento a morte. (CERVELIN, 2014).

Em todas as teorias da enfermagem há a presença do verbo “cuidar”, quando se trata de doenças crônicas o cuidado significa apoiar e estar presente ao lado do acometido com perdas vitais, com depressão, dores, angústia e incapacidade pessoal. O enfermeiro possui um enorme potencial para aperfeiçoar o cuidado, pois consegue identificar sintomas tanto físicos como espirituais do paciente quando se trata de espiritualidade a mesma se opõe de maneira significativa no ato de cuidar. (ABREU, 2011).

### 3.3 CONCEITO DE ESPIRITUALIDADE

Arrieira, et. al. (2018), diz que a espiritualidade é a relação de intimidade e fé a respeito do mundo, de si mesmo, do amor e da compaixão, reflexão e moralidade que cada pessoa desenvolve. Envolve reflexões a respeito do significado da vida e da morte, da esperança, do relacionamento com Deus, aceitação ou perdão e transcendência.

A espiritualidade refere-se às questões que transcendem a vida, ou seja, uma busca constante de significado para o processo de viver e morrer no qual emerge diversos sentimentos genuínos, como solidariedade e amor a si mesmo e ao próximo. (PEDRAO; BERESIN, 2010).

Para Viktor Frankl, psiquiatra e neurologista austríaco, aprofunda-se na dimensão espiritual no qual é inconsciente para cada particularidade, ou seja, a pessoa vive um momento de intensa transcendência que a leva para algo ou alguém fora de si. Somente dessa forma é possível a execução de atos espirituais. Pode-se compreender a transcendência como uma experiência interna singular. (EVANGELISTA, et. al. 2016).

Faz-se por necessário distinguir a espiritualidade e a religiosidade, pois os mesmos são termos bastante utilizados no cotidiano das pessoas como sinônimos, desta maneira podem ser facilmente confundidos, tanto por quem esta enfrentando o processo de adoecimento quanto por familiares, amigos e profissionais envolvidos no processo do cuidado paliativo. (ARRIEIRA, et. al. 2017).

A espiritualidade é voltada para a busca pessoal da compreensão de questões finais sobre a vida e a relação algo sagrado e transcendente, às vezes não acarreta em práticas religiosas. Já a religião é um sistema de crenças, rituais e práticas que facilitam a proximidade do indivíduo com o sagrado ou o transcendente. Religiosidade é o nível básico voltado à religião, fenômeno no qual o indivíduo pratica alguma religião específica. (CERVELIN; KRUSE, 2015).

Para os filósofos, a espiritualidade, se trata de uma qualidade de vida e não apenas entidade, conseguindo transcender a materialidade. Os seres espirituais podem ser Deus, anjos, alma, algo ou alguém. Viver o espiritual é negar o material visando a acreditação em algo ou alguém. (GUERRERO, et. al. 2015).

Segundo Evangelista, et. al. (2016), na luta contra o enfrentamento de doenças crônicas o paciente pode se apegar a espiritualidade como uma forma de

enfrentamento da mesma, com intuito amenizar os sofrimento e obter esperança de cura aos tratamentos que lhe são oferecidos.

A promoção a saúde também pode ser expressa através da força espiritual. Em cuidados paliativos os desejos e as necessidades físicas do paciente devem estar coerentes com seus ensejos biopsicossociais e espirituais. Os enfermeiros devem avaliar as necessidades de intervenção nesse campo. (NASCIMENTO et. al. 2010).

Arrieira et al. (2016) expressa em seu referencial que o sentido ao trabalho da equipe multidisciplinar de cuidados paliativos vem através da promoção da espiritualidade, pois é uma vertente diferenciada, que promove paz, calma, reflexão e aceitação da morte, pois esse é um dos maiores paradigmas enfrentados por pessoas que lutam com o câncer e a finitude da vida.

### 3.4 RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Estudos demonstram a importância da espiritualidade como enfrentamento de doenças crônicas como o câncer e também alavancam a melhoria do bem estar de pacientes que se encontram em doenças crônicas ou em fase terminal, pois o bem-estar emocional é tão importante quanto o físico, para se medir qualidade de vida é necessário abranger o físico, biopsicossocial e espiritual. (CERVELIN; KRUSE 2015).

A etimologia latina da palavra espiritualidade se remete ao verbo “respirar”, mantimento do sopro da vida, já o termo saúde se remete qualidade de seres íntegros e genuínos. Há uma relação quase que direta entre ambos, a integridade e a pureza estão ligadas a qualidade de saúde, que são garantidas justamente devido ao princípio animador e vitalizador que se destina a espiritualidade. (EVANGELISTA, et. al. 2016).

O termo saúde passou por diversas mudanças de definições no decorrer dos tempos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considerava a saúde como ausência de enfermidades, mais esse conceito se completou quando passou a entender o indivíduo por inteiro, dando ênfase no bem-estar físico, mental, social e espiritual do paciente e comunidade. (ALVES et. al. 2019).

Saúde e espiritualidade possuem relações positivas são construídas através dos subsídios de fortalecimento pessoal advindos das adversidades impostas pelas condições patológicas, favorecendo maior e melhor adesão terapêutica e na

diminuição das experiências negativas provocadas pela patologia crônica. (EVANGELISTA, et. al. 2016).

O bem-estar espiritual está associado a uma eficácia clínica de cortisol reduzido, menor glicemia de jejum, melhora na frequência respiratória, cardíaca e pressão arterial sistólica e diastólica melhoradas. As influências religiosas também apresentam seu lado ruim que é o fanatismo e o ascetismo, acarretando a não adesão às práticas preventivas e terapêuticas, algumas religiões vêem a doença como castigo divino, punição ou culpa por comportamentos mundanos. (CERVELIN; KRUSE; LUCE, 2015).

A espiritualidade tem se mostrado cada vez mais significativa no que diz a respeito aos cuidados paliativos, pois a mesma consegue reduzir o sofrimento independentemente do estágio da doença e favorecer a aceitação do processo de finitude. A espiritualidade também influencia na maneira no qual os pacientes enfrentam os problemas de saúde, proporciona compreensão no que se refere à morte. (EVANGELISTA, et. al. 2016)

Para Arrieira, et. al. (2017), práticas espirituais são vistas como um recurso de enfrentamento valioso diante de situações consideradas difíceis. Pacientes em cuidados paliativos fazem uso dessa ferramenta para caminharem rumo a terminalidade de forma branda, sem angústia, acarretando na redução do sofrimento e da dor provocada pelas doenças incuráveis.

Quando se faz a aproximação do estado espiritual é porque esta sentindo necessidade um manto, um *pallium*, para enfrentamento do momento difícil o paciente em estágio terminal consegue se sentir mais amado, amparado, coberto pelo manto do acolhimento, busca na fé algo transcendental que melhora a qualidade de vida. Compreender a necessidade de cuidado espiritual é respeitar as práticas de fé dos pacientes e familiares, interação amigável, simpatia e partilha de rituais que funcionam como potencializador do fortalecimento da relação. (CERVELIN; KRUSE; LUCE, 2015).

As vias pela quais os profissionais conseguem integrar a espiritualidade no cuidado em saúde são através da construção do histórico espiritual do paciente, compreendendo esse ser humano em sua totalidade para que se consiga desenvolver melhores práticas de cuidados. A integralidade do paciente deve ser prioridade, pois é preciso considerar de maneira biopsicoespiritual a pessoa que esta doente. (CERVELIN, 2014).

Lima (2018), afirma que, exercer a espiritualidade torna os profissionais mais sensíveis perante as necessidades dos pacientes visibilizando uma assistência humanizada e abrangente. O paciente e sua família devem sentir um espectro de espiritualidade e apoio emocional de maneira que supra suas necessidades para enfrentar esse momento frágil. Os profissionais devem proporcionar o direito a vida digna para o paciente.

### **3.5 CUIDADOS PALIATIVOS**

#### **3.5.1 HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de registros de mortes por ano no mundo, aproximadamente 34 milhões são decorrentes do câncer. O Brasil apresenta cerca de 1 milhão de óbitos/ ano, dos quais 650 mil são decorrentes de doenças crônicas. Uma porcentagem de 70% dessas mortes acontece em hospitais. (EVANGELISTA, 2016).

Cervelin (2014), relata que antigamente as pessoas morriam em suas casas, próxima aos seus entes queridos no quais conseguiam expressar suas vontades e as mesmas eram respeitadas. No início do século XX as pessoas começaram a morrer nos hospitais, no qual passou a ser novo local para morte, o ato morrer tomou um novo sentido, mais silencioso e em melhores condições de higiene só que proporcional a solidão.

A morte passou a ser estudada de maneira relevante nas áreas de ciências sociais a partir de 1960, pois se notou mudanças nas práticas e representações relativas voltadas ao processo morrer durante o século XX. O ato de morrer tornou-se um campo privilegiado de análises e observações da fragilidade social e exclusão social aos que estavam morrendo. (PINOTTI e GAZOLLA 2011).

Os Cuidados Paliativos surgiu no Reino unido em 1960, e a partir da médica Cicely Saunders ele foi representado como uma prática de atenção em saúde. Cicely era médica, enfermeira, escritora e assistente social, foi percussora do movimento voltado para os cuidados paliativos, que até os dias atuais incluem a o ensino, pesquisa e a assistência. Outro marco de sua trajetória foi à criação de um dos mais importantes hospitais voltados a cuidados paliativos o St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967 . (CERVELIN, 2014).

Segundo Pinotti e Gazzola (2011), no Brasil, os primeiros serviços voltados para o cuidado paliativo começaram a surgir no fim dos anos 80 no Rio Grande do Sul onde se anexou os serviços de cuidados paliativos ao Serviço da Dor do

Hospital de Clínicas de Porto Alegre e se estendeu, no Rio de Janeiro, com o Instituto Nacional do Câncer.

No século XVIII, os hospícios eram tidos como uma instituição de assistência aos pobres, administrada pelos religiosos, muito diferente de uma medicina hospitalar. A assistência era prestada por pessoal caritativo, religioso e leigo que não tinham o objetivo fundamental da cura, mais sim de alcançar a própria salvação, o pobre destinado a morrer era separado e excluído dos demais, levados para uma espécie de “morredouro”. No final do século XVIII surgiu o hospital terapêutico, no qual ocorreram diversas transformações tanto conhecimento científico e na racionalidade anátomo-clínica voltada a esses pacientes. (SILVA, 2011).

Enfermeira, assistente social, médica e escritora Cecily Saunder e seus colegas realizaram o movimento hospice no final do século XX com intuito de difundir pelo mundo duas novas filosofias sobre o cuidar, a primeira é o controle da dor e a segunda é o cuidado em todas as dimensões, voltadas para o paciente e seus familiares e assim poder contemplar o psicológico, o social e o espiritual dessas pessoas envolvidas. (CERVELIN, 2014).

Ofertar cuidados paliativos é uma forma de melhorar a qualidade de vida do paciente, dando ênfase na dor em geral. É necessário reconhecer e identificar de forma precoce o processo de terminalidade para que se entenda esse paciente em sua particularidade, assistindo também seus entes familiares, com o objetivo de acolhê-los de forma digna. (BUSHATSKY, et. al. 2011).

No contexto brasileiro consolidaram-se por meio da Resolução nº 41 de outubro de 2018 as diretrizes para a organização os cuidados paliativos no Sistema único de Saúde, demarcando papéis da atenção básica, hospitalar e domiciliar tencionando para a aceitação da morte e integração de aspectos psicossociais e espirituais. (XAVIER et al., 2019, pág.153).

A prestação de assistência deve ser construída conforme as necessidades individuais de cada paciente, envolvendo um modelo de cuidados totais, ativos e integrais que devem ser oferecidos ao paciente com doença crônica avançada sem possibilidade de tratamento curativo, proporcionando o direito a uma vida digna até os seus últimos momentos. (LIMA, 2018).

No referencial teórico dos autores Pessini e Bertachini (2006), destacam os cuidados paliativos são ofertados preferencialmente em casos onde a enfermidade é crônica e incurável, ou seja, já não há mais respostas satisfatórias ao tratamento, onde os impactos físicos e emocionais atingem o doente e a família, pode evoluir

para a presença ou não de morte e o prognóstico de vida é de seis meses, podendo prolongar um pouco mais ou regredir.

Para Medeiros et. al. (2020) a equipe multidisciplinar de saúde deve discutir com o paciente e seus familiares/cuidadores sobre as decisões de cuidados paliativos, sempre respeitando a dignidade e autonomia do paciente de forma que minimize o sofrimento. Os cuidados paliativos são regidos por princípios claros em todas as atividades desenvolvidas, tais como no quadro abaixo:

**Quadro 1.** Principais cuidados paliativos ofertados a pacientes oncológicos

Aliviar, sintomas estressante como astenia, dispnéia, anorexia entre outros;
Integrar como eficazes aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado do paciente;
Não apressar e nem adiar a morte;
Enfatizar a vida e a morte como processos naturais;
Dar apoio emocional e físico para a família e para o paciente.
Ofertar suporte para os pacientes, para que os mesmos possam viver mais ativamente até a chegada da sua morte;
Usar uma abordagem interdisciplinar clara e de fácil compreensão de forma que supra as necessidades integral dos pacientes, familiares e comunidade, incluindo, suporte psicológico e suporte ao luto.

Fonte: MEDEIROS et. al. (2020); (autoria própria).

A promoção de uma ação de cuidado eficaz é composta por um conjunto de diversos profissionais com diferentes atos e com um único objetivo que é controlar os sintomas físicos e espirituais do corpo, pois essa condição aflige o ser humano quando se sabe que a morte se aproxima. Pacientes fora de possibilidade terapêutica e suas famílias encontram-se vulneráveis e sua estrutura familiar é afetada. (BUSHATSKY, et. al. 2011).

O processo de morte deve ser veiculado a partir da valorização dos desejos dos envolvidos. Além dos profissionais os familiares e cuidadores devem fazer parte da equipe de cuidados. Os momentos finais de vida devem ser assistido pela equipe interdisciplinar voltada à totalidade do doente e de seus familiares. (PINOTTI; GAZZOLA, 2011).

**Imagem 2.** Desenvolvimento do cuidado paliativo onde se inicia desde o diagnóstico da enfermidade.



**Fonte:** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Brasil 2015.

### 3.5.2 PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional deve dar ênfase em todos os aspectos que envolve o processo de adoecer do paciente, sabendo atender a integralidade do ser humano que esta passando por um momento de extrema fragilidade, devendo acolher o mesmo e sua demanda familiar através da prevenção, da avaliação, tratamento da dor e do apoio psicossocial, clínico e espiritual. (ARRIEIRA, 2018).

Todos os membros de uma equipe multidisciplinar devem trabalhar conjuntamente garantindo um cuidado humanizado e holístico no qual considera o ser humano enquanto ser biopsicossocial e espiritual. Trabalhar em conjunto é de suma importância, pois viabilizam meios de aceitação as mudanças que serão geradas nesse processo terminal. O trabalho em sintonia favorece um cuidado direcionado a dor, no qual traz apoio e conforto como um todo. (BUSHATSKY et. al. 2011).

As ações de cuidados paliativos devem ser prestadas por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, religiosos, conselheiros, entre outros profissionais da saúde. Essa equipe deve trabalhar com objetivo de prestar assistência de qualidade

e excelência, pois o paciente está submetido a uma fase na qual não há mais cura da doença e sim alívio da dor. (CERVELIN, 2014).

Os conhecimentos na área dos cuidados paliativos têm evoluído fazendo-se necessário o profissional se demonstrar capaz de auxiliar o paciente a se conhecer durante o curso da doença, de forma que ele consiga buscar um sentido para sua vida, expondo um olhar amplo para que compreenda a doença e a totalidade do ser humano. A comunicação é uma forma de se relacionar de maneira eficaz entre enfermeiro, paciente e família. (LIMA, 2018).

Para Arriera (2018), a equipe de saúde precisa realizar uma anamnese espiritual no paciente e documentá-la, esses dados serão coletados a partir do histórico do paciente, possibilitando suporte à espiritualidade, a partir desses dados consegue-se proporcionar um ambiente que possibilite rituais religiosos no qual a pessoa considera importante para si.

É importante lembrar que muitos pacientes acabam optando por longa permanência em hospitais oncológicos para pacientes terminais, buscando alívio para suas dores. Mediante a necessidade de cuidado ao doente é necessário um aperfeiçoamento por parte dos profissionais, pois dessa forma poderão acolher de forma segura e possibilitar uma boa morte, fazendo parte de uma conduta digna e equilibrada. (BUSHATSKY et. al. 2011).

É de suma importância o envolvimento da equipe no cuidado paliativo e deve ser atravessado com cautela e muita dedicação. Devendo ofertar para o paciente conforto e segurança. Os profissionais precisam ser capacitados para buscar meios que melhorem o cuidado direto à terminalidade. (GOMES, 2019).

### 3.5.3 COMUNICAÇÃO EFICAZ PARA PROVER O CUIDADO

A enfermagem é a área que mantém maior contato com o paciente em si, objetivando promover a assistência do cuidado e valorizando a dignidade humana. Para que se haja um alinhamento do atendimento à política nacional de humanização, é necessário estabelecer vínculos, construir um processo de gestão voltado para a cooperação e interação, isso só será possível se entendermos a importância de valorizar a comunicação com sujeitos envolvidos nas redes de cuidado. (BROCA; FERREIRA, 2012).

Gomes (2019) cita que a comunicação se destaca na relação estabelecida entre o profissional prestador de cuidados paliativos, pacientes e familiares. A

finalidade da vida é real no qual não se distânciamos dos doentes que estão em fase terminal. Dessa maneira a comunicabilidade bem direcionada é favorável no esclarecimento de forma gradativa para se minimizar danos irreversíveis no cliente terminal. A equipe por um todo tem papel importante e direcionado a fim de favorecer o cuidado prestado.

O profissional deve fazer uso de suas ferramentas científicas e técnicas que são: a cultura, a arte, a fé, a espiritualidade entre outras. Dessa forma consegue-se auxiliar o enfermo submetido à doença que ameaça a vida, ou seja, ele deve atuar entre a fronteira da vida e a morte. Perante o sofrimento do acometido o profissional deve se portar de forma ética e moral oferecendo atendimento de qualidade e holístico. (BROCA; FERREIRA, 2012).

Conseguir perpetuar uma aproximação de confiança aos clientes e acompanhantes é algo realmente eficaz, pois pondera a clareza do diagnóstico, propicia meios que institui segurança e parcialidade aos doentes e envolvidos. A equipe precisa assistir ao paciente em sua totalidade, respeitar cada particularidade e individualidade, cada ser humano é único e isso é um fator primordial para que se crie vínculo na relação estabelecida entre profissional, pacientes e familiares. (GOMES, 2019).

Um modelo eficaz de “boa morte” é amplamente difundido e debatido na área da saúde, pois a contribuição para que isso ocorra de forma eficiente é através da comunicação, não somente entre profissional e cliente, mas também entre toda a equipe multiprofissional para que contribua e delimite as inter-relações profissionais estabelecidas no trabalho para que se melhore e humanize a assistência prestada ao paciente. (BROCA; FERREIRA, 2012).

O enfermeiro e toda equipe devem ser portadores de sensibilidade e destreza para que ocorra confiança na relação, as informações devem ser passadas de maneira clara em linguagem que o receptor compreenda. A comunicação seja ela verbal ou não verbal, através de palavras ou gestos precisam estar sincronizados e embasados no conhecimento. (BUSHATSKY et. al. 2011).

Destacado no artigo de Broca e Ferreira (2012), que para concretizar um processo de humanização transformador na vida dos envolvidos é imprescindível estreitar os laços de comunicação dessa maneira pode-se identificar e entender os problemas que ocorrem e facilitar a interação profissional e pessoal. Através do ato

de comunicar-se é possível dividir experiências e modificar o contexto em que se esta inserido.

Para Pinotti e Gazzola (2011), o cliente enfermo precisa ter controle do processo de morte, a partir do processo de informações ele consegue realizar escolhas sobre as técnicas médicas e espirituais que considere adequada para si. O profissional precisa abranger um olhar holístico englobando a totalidade do ser humano. A palavra de ordem é a comunicação franca e verdadeira entre todos os envolvidos.

A comunicação é significativa na equipe de saúde, representando um alicerce para o trabalho multiprofissional, pois toda situação ocorrida deve ser transmitida para toda a equipe, o entendimento equivocado entre os profissionais pode afetar a assistência ao cliente. Comunicar-se é essencial, pois contribui para um atendimento fidedigno, holístico e humanizado. (BROCA; FERREIRA 2012).

### 3.6 CUIDADO ESPIRITUAL PARA COM PACIENTE E FAMÍLIA

Segundo o autor Nascimento, (2010), o diagnóstico do câncer vem carregado por uma série de experiências estressantes e de sofrimento tanto para o paciente quanto para a sua família. O cuidado paliativo pode vir de forma prolongada que acarreta em mudanças e novos hábitos de vida isso pode acarretar em um estado de depressão, isolamento, desesperança, inferioridade e inadequação aumentando o risco de problemas psíquicos e sofrimento espiritual.

Em casos crônicos do câncer a pacientes submetidos a cuidados paliativos, restam poucas possibilidades, como de se posicionar com dignidade perante a vida. No momento em que a pessoa se questiona sobre o sentido da vida, expressa o que há de mais humano em si. Desta maneira, praticar a espiritualidade diante de situações que promulguem a finitude do ser humano é essencial para o prosseguimento da vida. (ROSAS-JIMENEZ, 2017).

Proporcionar aos pacientes submetidos aos cuidados paliativos e aos seus familiares a melhoria da qualidade de vida representa englobar fatores biopsicossociais e espirituais. Nesse processo da assistência paliativa surgem diversas necessidades a serem atendidas, pacientes que se encontra em fases potencialmente fatais se apegam na espiritualidade de maneira urgente fatais, pelo fato da fragilidade nos quais apresentam diante da proximidade da morte e o medo de como encara - lá. (OLIVEIRA , 2016).

Mudanças impulsionam a busca de um sentido, pois as pessoas tentam compreender uma experiência tão confusa e arrasadora, acompanhada de diversas demandas e responsabilidades. O cuidado espiritual deve ser levado em conta, precisa ser oferecido a todos os envolvidos, paciente e família para que compreendam a situação vivenciada e trace estratégias de enfrentamento. (NASCIMENTO, 2010)

O reconhecimento da espiritualidade é um fator importante diz a autora Rosas - Jimenez (2017) , pois abrange lacunas espirituais do indivíduo, possibilitando o planejamento da assistência por parte do profissional de saúde de maneira que o cuidado seja oferecido de forma integral e com qualidade ao paciente, dessa forma destaca-se como importante a compreensão da influência de aspectos como: as necessidades do paciente, a forma como irão reagir e conviver com a doença, seus princípios, crenças e valores.

No artigo de Nascimento (2010), ressalta-se o respeito às crenças e a totalidade de cada pessoa dessa forma irá haver interação por parte da equipe com o paciente e familiares. A produção do cuidado espiritual na assistência de enfermagem tem recebido atenção especial nos últimos anos, pois pesquisas apontam a conceitos teóricos e a importância dos constructos associados à espiritualidade.

A dor crônica é o principal sintoma relatado pelos pacientes paliativos. Devendo avaliar inicialmente o sofrimento físico em seguida os outros sintomas, deve ocorrer para que não abale a plenitude desejada pelo paciente no qual se encontra em condição crônica. A espiritualidade tem se mostrado como importante no enfrentamento da dor, principalmente da dor crônica. O benefício da espiritualidade é a diminuição da percepção dolorosa mediado pelo sistema nervoso central. (MESQUITA et al. 2013).

Para Oliveira (2016), os sintomas espirituais estão estritamente relacionados com os sintomas psicossomáticos, pois a doença é capaz de atingir de forma gradativa ou até mesmo rápida o subconsciente de pacientes paliativos finais. O câncer apresenta-se como uma forma de ameaça para o bem-estar, e o apego espiritual pode ajudar a amenizar essa sensação de angústia, ansiedade, depressão e dor crônica.

Nascimento (2010), relata que valorizar a dimensão espiritual não é uma questão de crer ou não em Deus e sim considerar a realidade subjetiva e social que

tem uma existência objetiva. O enfermeiro não deve se limitar, dessa forma irá conseguir compreender as necessidades do paciente, assim ofertará cuidado espiritual como parte dos pressupostos para a promoção da saúde do acometido por câncer e de sua família.

Diz a autora Rosas-jimenez (2017), que através do cuidado espiritual se pode aliviar a dor física, trazer relaxamento mental, ressignificação da dor, melhora da qualidade de vida e serenidade. Favorecendo assim o processo de aceitação da morte e aliviando a angústia espiritual. A realização de práticas espirituais como meditação ou oração, pode reduzir de maneira eficaz a ansiedade e o estresse causado pela patologia, pois proporciona o relaxamento da mente.

Além da dor física, social e emocional, ocorre também a dor espiritual, no qual trilha para a falta de sentido sobre o que antecede a vida e a morte, o medo de morrer, a culpa perante pecados, perante a Deus, busca da fé e o conforto espiritual, tais fatores podem ocorrer devido a diminuição de células imunes envolvidas no estresse. (MESQUITA, et al. 2013 ).

Segundo o referencial teórico Oliveira (2016), de que apresenta a fenomenologia e o existencialismo o momento de finitude o ser humano se sente instigado a buscar um sentido para sua vida, essa vontade é a principal força motivadora. A vida possui sentido como um todo, então o sofrimento inevitável tem também o seu sentido no qual faz parte da vida.

O sentido da própria espiritualidade, a importância do cuidado na dimensão espiritual, o resgate da espiritualidade é imprescindível e pode contribuir para o resgate da essência do cuidado integral durante a assistência paliativa. Frequentemente os profissionais de saúde sentem dificuldades no momento de ofertar o cuidado espiritual, pois há momentos que sentem falta de um conhecimento mais amplo a respeito do tema, acabam por abordar cuidado mais amplo no que diz respeito às necessidades biológicas dos pacientes. (PEDRAO; BERESIN, 2010).

Para os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, abordar as questões espirituais, não é uma tarefa fácil, pois muitas das vezes eles possuem uma educação insuficiente a respeito do assunto, falta-lhes tempo devido à sobrecarga de serviços e falta de profissionais, falta-lhes privacidade e confiança para a abordagem do tema. (MESQUITA, et al. 2013).

O cuidado espiritual promovido pelos profissionais é percebido através da fisionomia, pela atenção e amor que expressam ao desenvolver suas ações de

assistência ao paciente. Esse tipo de cuidado é um meio de alívio do sofrimento, se os pacientes conseguem encontrar essa satisfação nos profissionais, esses passam a serem veículos também desse alívio, e tudo aquilo que o profissional passa a realizar pelo paciente faz sentido. (ARRIEIRA et al. 2018).

Os enfermeiros que atuam em cuidados paliativos conseguem por meio da espiritualidade, atribuir significado a assistência prestada quando as demais possibilidades de tratamento já se esgotadas. Serve como subsídio para uma vida que teve uma origem e que nesse caminho terá um destino, isso possibilita ao profissional uma reflexão sobre sua própria vida e sobre a vida do paciente, questionando os seus valores e modificando suas atitudes. (ROSAS; DIAZ. 2018).

Segundo Mesquita (2013) a forma no qual o paciente enfrenta o sofrimento faz toda a diferença, pois encontrar um sentido é uma das formas de amenizá-lo, o indivíduo não deve se tornar apenas um ser passível deve ter como ajuda uma equipe de saúde, uma atitude digna e motivada desses membros. Valorizar a dimensão humana não é apenas uma questão de crer ou não em Deus, mais sim de considerar a realidade subjetiva e social que tem uma existência objetiva.

Diz Pedrão; Beresin, (2010), a espiritualidade dá um significado para a vida, quando mais nada é possível é ela que dá força, apoio e suporte para que eles continuem vivendo. O sofrimento de outra pessoa nos remete a pensar e agir diferente e nos possibilita questionar nossa própria vida e nossa espiritualidade, nossos valores e os sentidos atribuídos, traz uma sensação de amparo, seja religiosa ou não.

### 3.7 PRÁTICAS ESPIRITUAIS

A autora Nunez (2012), destaca que pessoas em cuidados paliativos praticam um exercício considerado como a força motriz para responder aos seus ensejos e a relação do que se refere a sua própria existência. Exercer a espiritualidade é um agente transformador e regulador das emoções, é uma ferramenta efetiva na diminuição dos níveis de depressão e ansiedade. Viver a espiritualidade é se apegar a fé para que traga conforto e explique o que aparentemente é inexplicável.

Quando se trata de cuidados paliativos em pacientes terminais, a espiritualidade se apresenta como uma promotora de benefícios, tais esses que acarretam em melhora da qualidade de vida e desperta a fé no paciente. Esse

sentimento de fé é um fator que contribui para a melhoria sintomas dos psicológicos e físicos. A espiritualidade desempenha um papel protetor contra morbidade psicológica, pois tem impacto em como a pessoa lida com a enfermidade. (MESQUITA, et al. 2013 ).

Pacientes e familiares caracteristicamente com altos “níveis” de esperança conseguem enfrentar situações difíceis com um viés protetor positivo, apresentam menos altos e baixos emocionais, melhor recuperação emocional e psicológica e se destacam em melhor enfrentamento de situações de alto estresse. As crenças ou praticas espirituais trazem apoio aos questionamentos e respostas sobre o viver e morrer. (NUNEZ, 2012).

A dimensão espiritual faz parte da integralidade do ser humano, sendo de fundamental importância na forma de pensar, agir, no modo de cuidar ou cuidar-se. A espiritualidade promove controle interno, as práticas espirituais tornam-se uma estratégia de recuperação de forças perdidas durante a experiência de sofrimento da doença, isso faz com que o paciente tenha uma melhor expectativa para o futuro, mesmo sabendo que tudo trilhará a morte. (ARRIEIRA et al., 2017).

As práticas espirituais são executadas em ações como: exercício da caridade, através da prestação de serviços comunitários e doações de si próprio a outro necessitado, podendo frequentar ou não a igreja, orações ou reza, que pode surgir no momento em que o paciente ou a família conversa com Deus ou uma força superior para pedir uma melhor compreensão da vida e da morte. Desta forma essas práticas podem significar a essência de uma pessoa para que busque um propósito. (MESQUITA et. al. 2013).

A presença da espiritualidade se apresenta de maneira muito forte em pacientes que se encontram em situação de iminência de morte um dos fatores dessa intensificação é a própria doença, pois nesse momento de dificuldade eles sentem uma necessidade dessa complementaridade. Viver a espiritualidade é uma forma privilegiada de viver o último tempo, ampliar a visão e possibilitar a relação de transcendência com a força universal. (NUNEZ, 2012).

Mesquita, et al (2013) apontam em seu artigo que em situações paliativas e morte, a família também atribui a Deus ou a forças ocultas não só a causa do evento, como também a esperança e a possibilidade de superação da experiência. A aceitação das situações de sofrimento torna-se mais plausível e fácil de seguir

adiante, diminuindo assim o peso na responsabilidade sobre a doença, a vida, o sofrimento e a morte, levando a sensação de bem-estar.

A prática da espiritualidade é necessária, porém apresenta dificuldade e para que haja a quebra desse paradigma faz-se por necessário aplicar o apoio espiritual e facilitação do crescimento espiritual através da implementação de intervenções de enfermagem no qual atenda as necessidades espirituais do paciente, necessário realizar a interface entre a espiritualidade e o corpo do conhecimento de si própria e da profissão exercida. (ROSAS; DIAZ. 2018).

### 3.8 O PROFISSIONAL E SEU OLHAR HOLÍSTICO NO ÂMBITO DO CUIDAR VOLTADO A DIMENSÃO BIOPSICOESPIRITUAL

O profissional de saúde é o promotor do cuidado e possui um papel importante que é apresentar conhecimento espiritual ao paciente, ou apenas deixá-lo viver seu momento auxiliando o mesmo a conhecer o seu interior durante o curso da doença com risco de morte, tal fase no qual o mesmo busca um sentido para sua vida. A equipe deve amparar e oferecer segurança de cuidado para seu cliente e seus cuidadores, dando o melhor suporte possível, mesmo quando a cura não é mais possível. (ARRIEIRA et. al. 2018).

A equipe multiprofissional atua em complemento para que assim contemplem todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento, de forma que atenda a integralidade do ser humano, no acolhimento da demanda até o luto familiar. Desta forma é importante ao auxiliar o paciente a se conhecer durante o curso de uma doença crônica. O cuidado deve contemplar a multidimensionalidade, agir na dimensão da materialidade, da subjetividade e da espiritualidade. (ARRIEIRA, et al. 2016).

O autor Arrieira et. al. (2018), cita em sua obra que é necessário conhecer as demandas de cuidados espirituais das pessoas envolvidas nesse processo de doença crônica em fase terminal. Sendo assim é importante o olhar da equipe multiprofissional de saúde para que consiga identificar a necessidades biopsicoespirituais do paciente em condições crônicas.

O enfermeiro pode auxiliar o paciente e sua família a conseguir conectar-se com o melhor, lhe dar força para prosseguir lutando. A espiritualidade ou a religiosidade esta presente na vida pessoal de profissionais de saúde e isso é importante, pois favorece na avaliação das necessidades de intervenção. A

experiência dos profissionais é eficaz, pois permite que reflitam sobre a forma de agir, suas atitudes, seus conhecimentos e assim consigam ressignificar suas práticas. (NASCIMENTO et. al. 2010).

A morte deve ser compreendida como algo que irá acontecer a qualquer momento, ou seja, um evento natural, todos os profissionais envolvidos são de suma importância, pois são eles que irão construir vínculos com os pacientes e seus familiares, irão partilhar momentos bons, situações estressoras. Essa partilha de sentimentos é considerada o cerne da atenção em cuidados paliativos. (ARRIEIRA et. al. 2016).

Compreender as necessidades do paciente e sua demanda é fundamental, pois através desse mecanismo consegue-se ofertar uma melhor assistência de enfermagem, uma atenção holística voltada para o paciente e para seus familiares que estão envolvidos nessa fase de fim de sua existência, cheia de questionamentos. A prática profissional aprofundada na dimensão humana é benéfico e eficaz, posto que oferece respostas ao sentido de viver e morrer. (ROSAS; DIAZ, 2018).

Para Mesquita (2013), espera-se que os profissionais ofereçam uma nova perspectiva para o pacientes através de todas as ferramentas disponíveis, de forma que esses indivíduos e seus familiares encontrem sentido as suas necessidades, ou seja, encontrar algo para além da doença e que possa em algum momento fortalecer o espírito, tanto no momento vivido quanto para outra dimensão, servindo de apoio para elaborar o entendimento e a aceitação do processo de morte e viver.

### 3.9 PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

A adoção do DE no Brasil aconteceu em 1967, por Horta, no qual se baseou na teoria da motivação humana de Maslow. Ela propôs uma assistência de enfermagem sistematizada no qual é baseada em seis fases, sendo o diagnóstico uma destas fases segundo (NANDA, 2018-2020). O termo diagnóstico por algum tempo ficou esquecido pela enfermagem brasileira, reaparecendo na literatura e na prática a partir de 1988/1989, após uma lacuna de quase 20 anos de esquecimento.

Os cuidados paliativos geralmente trilham a doenças que ameaçam a vida e/ou deteriorizam as funções orgânicas do corpo, o uso da ferramenta do DE é uma das etapas da sistematização da assistência de enfermagem que vem a fim de prevenir

o sofrimento e avaliar de forma correta a dor, os problemas físicos, psicossociais, religiosos ou espirituais, com intuito de direcionar o planejamento, a implementação e a evolução do cuidado . (XAVIER et al., 2019)

A NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) definiu em 1990 o DE como um julgamento clínico das respostas do cliente, da sua família ou da comunidade, aos processos clínicos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, a partir do uso dessa ferramenta consegue-se alcançar a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados satisfatórios pelos quais o enfermeiro é responsável. (SILVA E MOREIRA 2011)

A equipe multidisciplinar por tem uma parcela de participação importante na parte de tratamento e cuidados dos pacientes com câncer. Todas as informações que forem colhidas deverão ser compartilhadas, para que assim subsidiem a atuação de todos os profissionais da equipe, dessa forma irá promover aos pacientes uma assistência individualizada e específica às cada uma de suas necessidades. (SOUSA, RENATA MIRANDA DE ET AL 2015)

Perante os requeridos procedimentos de validação de um DE descritos pelo autor Xavier et al. (2019) pode-se citar a validação do conteúdo colhido. Esta validação tem por objetivo analisar os componentes do DE e realizar as devidas adequações de suas definições supostamente desenvolvidas com a análise de conceito. Cada DE é composto por um título (enunciado diagnóstico), as características que a define, definição e fatores de risco, esses elementos irão formar o que na sua totalidade ou parte será validado pela validação de conteúdo.

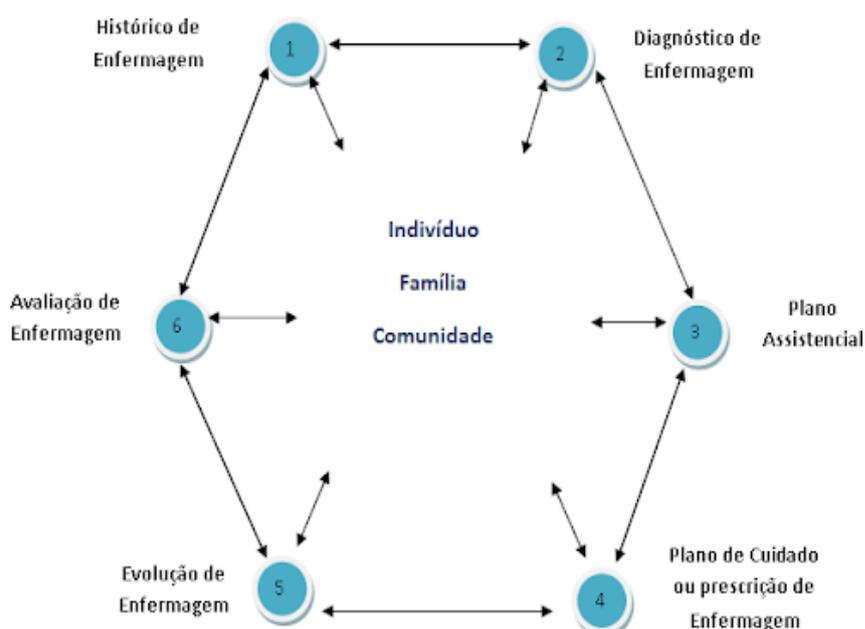
A equipe de enfermagem fará o uso do processo de enfermagem em primeira instancia e o DE deverá ser embasado em taxonomias internacionais, a partir da coleta de dados, histórico e exame físico se consegue identificar os problemas concernentes ao diagnóstico, completando para as prescrições. Um profissional de enfermagem, ao formular um diagnóstico perante as necessidades do paciente, tem o dever de fazer algo sobre ele. (GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016).

A partir da adoção inicial de alguns indicadores clínicos e oncológicos citados pelo autor Xavier et al. (2019) consegue-se alcançar cuidados humanizados e eficientes de enfermagem. Clínicos: estado de desempenho fraco, perda ponderal progressiva; oncológicos: câncer metastático e tratamento sem efeito. Ressaltando os critérios baseados nos clientes: sintomas físicos e emocionais aflitivos (dor, dispnéia,

náusea, depressão e ansiedade), delírios, metástases cerebrais ou leptomeníngicas, compressão da medula espinhal, crise existencial, fragilidade social e econômica.

A teorias de NANDA-2018-2020 desenvolveu a partir de suas teorias uma terminologia comum NANDA-NIC-NOC, no qual relaciona diagnósticos, intervenções e resultados. Os estado do individuo e seus envolvidos serão demonstrados através do resultado de enfermagem onde irá medir a resposta as intervenções de enfermagem. Os Resultados de enfermagem (NOC) irá medir os resultados obtidos e apresentará medidas voltadas para o diagnóstico de enfermagem elencado.

**Imagem 3. Processo de enfermagem**



**Fonte:** Herdman, 2018, NANDA-I.

Os DE podem ter foco principal em um problema, risco potencial ou um estado de promoção da saúde. Quando se fala em problema esta se relacionando a uma resposta humana indesejável. Diagnóstico de risco é quando a pessoa esta susceptível a resposta indesejável, o de promoção a saúde é o aumento de bem-estar. (NANDA, 2018-2020)

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes oncológicos são:

**Quadro 2.** Diagnósticos de enfermagem em oncologia

Dor aguda;	Tristeza crônica;
Dor crônica;	Risco de infecção;
Risco de suicídio;	Integridade da pele

	prejudicada;
Conforto prejudicado;	Náusea;
Atividade/repouso;	Mucosa oral prejudicada;
Segurança/Proteção ineficaz;	Hipertermia
Enfrentamento/tolerância ao estresse Ansiedade;	Risco de quedas
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades diárias;	Comportamento de saúde propenso a risco

Fonte: SOUSA et. al. (2015); (autoria própria).

### 3.10 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) E O DIAGRAMA DE ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL (DAM)

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução 358/2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem no qual deve ser sistematizada implantando-se o Processo de Enfermagem. A implantação da SAE constitui uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, de acordo com a resolução do COFEN de número 272/2002. (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente em cuidados paliativos oncológico se dá a partir do PE, que é um importante instrumento para norteia e viabiliza o trabalho da equipe de enfermagem, sua implementação na assistência, pode contribuir na melhoria da qualidade dos cuidados, além de possibilitar autonomia e reconhecimento profissional. (NASCIMENTO ET. AL. 2012).

Faz-se de grande valia a assistência de enfermagem em todo período em que o paciente encontra-se internado ou durante o tratamento. A SAE é um instrumento importante que auxilia e aperfeiçoa o serviço de saúde, proporcionando o melhor caminho para solucionar os problemas de saúde, tornando mais eficiente o acompanhamento hospitalar do paciente. (SILVA E MOREIRA 2011)

O enfermeiro pode encontrar alguns problemas ao montar a SAE de um paciente, como a falta de tempo, sobrecarga trabalhista, pouco conhecimento teórico, dificuldades no entendimento e categorização dos diagnósticos do paciente. Na oncologia ocorrem internações diária de muitos pacientes, acarretando na falta de adesão desse instrumento, esses profissionais acabam não conseguindo reservar o tempo necessário para elaborar a SAE. (XAVIER ET. AL., 2019).

Sistematizar a assistência de enfermagem em oncologia consiste no uso de teorias cabíveis direta ao paciente a partir da execução das cinco fases metodológicas do processo de enfermagem: histórico do paciente, planejamento, diagnóstico, implementação e avaliação das ações traçadas juntamente com a equipe. (SOUZA ET. AL., 2015).

Perante os desafios do cuidado paliativo e as reais necessidades de fortificação da SAE o autor Xavier et. al., 2019, cita o Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM) como uma ferramenta interativa e flexível, que possibilita a implantação da SAE e seu raciocínio clínico, facilita o entendimento profissional de quatro eixos básicos no cuidado paliativo que são eles: físico, psíquico, espiritual e social/familiar.

O núcleo do DAM contempla na sua primeira camada os dados colhidos a partir do histórico do paciente para que então os diagnósticos sejam traçados e correspondam às fases seguintes, na segunda camada são abordados os aspectos não desejáveis e a terceira camada representa as ações que serão perseguidas pela equipe. (SAPORETTI; ANDRADE E GUIMARÃES 2012).

O DAM exercita e identifica os possíveis problemas de enfermagem em suas quatro dimensões como a taxonomia NANDA prevê como um aprimoramento para o trabalho da equipe multiprofissional, que busca pela qualidade do cuidado perante terminalidade. Esse diagrama deve ser apresentado e discutido entre a equipe. (XAVIER ET. AL., 2019).

### 3.10 DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADE ESPIRITUAL PARA ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

O diagnóstico de enfermagem (DE) é a segunda etapa do processo de assistência em enfermagem, representa uma das mais importantes ferramentas do conhecimento científico da prática profissional, é eficiente para que se consiga planejar a assistência ao paciente. (COFEN, 2009).

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) reconhece o sofrimento espiritual, como um dos diagnóstico pertinente à enfermagem, desde 1980. Até a versão brasileira de 2009. Esse diagnóstico descreve a congruência entre valores, crenças e ações, dentro do domínio denominado princípios de vida; cuja definição é: “capacidade prejudicada de experimentar e integrar o significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo ou com os outros, arte, música, literatura, natureza e/ou ser maior”.

A fé é um sentimento arraigado na que se faz tão necessária quanto são outros modos de enfrentamento de doenças que comprometem a vida, é imprescindível se aprofundar no conhecimento da dimensão espiritual de cada paciente e seus familiares e/ou cuidadores ao planejar o cuidado de enfermagem de forma que abranja estratégias que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo. (MESQUITA ET. AL. 2013).

O diagnóstico de enfermagem Angústia espiritual proposto pela NANDA, desde 1980, descreve as respostas do indivíduo às desordens que englobam a sua espiritualidade. Faz-se de grande valia considerar a dimensão espiritual do paciente para que se aborde a esperança e o enfrentamento da doença junto ao planejamento da assistência, é fundamental conhecer a visão cultural no qual o paciente. A partir do uso taxonomia elaborada conforme a necessidade de cada paciente pode-se citar:

**Quadro 3.** Diagnóstico espiritual

Domínio	Classe	Título	Definição	Características definidoras
Princípios de vida.	Congruência entre valores, crenças, ações, conexão, transcendência e significado/propósito de vida.	Espiritualidade prejudicada.	Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida.	Expressa alienação ou isolamento;
				Questiona sofrimento;
				Expressa falta de coragem;
				É incapaz de expressar criatividade;
				Expressa raiva de Deus;
				Sente-se abandonado;
				Sentimento de pesar;
				Expressa alteração de comportamento: raiva;
Expressa falta de serenidade;				

Fonte: NANDA (2015-2017); (Autoria própria).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na temática exposta, fica clara a necessidade de se estabelecer um vínculo com o paciente e família a partir de uma comunicação efetiva e clara, visando na desmistificação do câncer e dos cuidados paliativos que serão necessários nessa jornada. O profissional deve aprender a olhar para o seu cliente de maneira que consiga ultrapassar os limites de um corpo adoecido, focando nas suas necessidades e desejos. Humanização e respeito pela fé fazem-se de grande valia, pois na maioria das vezes essa é a forma com o qual o paciente consegue enfrentar esse momento singular.

A palavra câncer impacta de maneira brusca, por isso a necessidade de cuidado e quando fala-se em cuidado deve ir além do físico, seja uma palavra de conforto, um gesto ou um simples olhar. Na fase de cuidados paliativos momento em que a morte se aproxima, não há muito que se fazer, além do alívio da dor vem também a compaixão, compreensão e amor, esse atos de doação de si próprio inclui rituais e gesto. Desta maneira é necessário respeita a religião e/ou espiritualidade de cada sujeito.

O paciente quando bem acompanhado por uma equipe multiprofissional, consegue participar do planejamento e execução de suas escolhas fazendo com que essa caminhada seja mais fácil para todos que o rodeia.

Desta forma conclui-se que a espiritualidade e o bem-estar espiritual provocam um efeito positivo em pacientes oncológicos terminais, ela é percussora de influências benéficas no qual envolvem um gama de conforto e esperança que auxiliam na aceitação final da vida.

## 5. REFERÊNCIAS

1. ABREU, L. A. Sobre narrativas orais, narradores e cuidados paliativos. In: Santos FS editor. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Atheneu; 2011.
2. ALVES, Railda Sabino Fernandes et al . **Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida**. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 39, e185734, 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932019000100130&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100130&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Mar. 2020. Epub July 29, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.
3. Arrieira ICO, Thoferhn MB, Schaefer OM, Fonseca AD, Kantorski LP, Cardoso DH. **O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos**. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e58737. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.58737>
4. ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al . **Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar**. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 52, e03312, 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100401&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100401&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2020. Epub Apr 12, 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>.
5. ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al . **O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos**. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 3, e58737, 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000300415&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300415&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 abr. 2020. Epub 12-Abr-2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.58737>.
6. BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. **Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem**. 2012. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 97-103.. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2020.
7. BUSHATSKY, Magaly; et. al. **Cuidados Paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica: um desafio para profissionais de saúde e cuidadores**. Palliative Care for patients out of therapeutic possibility: a challenge for health professionals and caregivers *Cuidados Paliativos para pacientes fuera de posibilidad terapéutica: un desafío para profesionales de salud y cuidados*. **Bio Ethicos**, Centro Universitário São Camilo, v. 8, n. 5, p. 309-316, 2011.
8. CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS: PRODUZINDO UMA BOA MORTE**. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, Recife, p.7615-7624, 24 abr. 2015.

9. CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142, março de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100136&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100136&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 04 mar. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>.
10. DE OLIVEIRA ARRIEIRA, Isabel Cristina et al. **Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.** *av.enferm.*, Bogotá, v. 34, n. 2, p. 137-147, Aug. 2016. Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002016000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200003&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2020.
11. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020/ NANDA internacional; Organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução; Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et. al.]** Porta Alegre: Artmed, 2015. xx, 468p. il. 23 cm. p. 16. *Esc Enferm USP*. 2018;52:e03312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>
12. EVANGELISTA, Carla Braz et al. **Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura.** *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 69, n. 3, p. 591-601, June 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>.
13. EVANGELISTA, Carla Braz et al. **Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182, Mar. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100176&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100176&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Mar. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.
14. FORTI, Samanta; SERBENA, Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. **Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, Apr. 2020. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401463&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401463&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2020. Epub Apr 06, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>.
15. GOMES, Maria Isabel. CUIDADOS PALIATIVOS: **RELAÇÃO EFICAZ ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM, PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES.** *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, Unigrario Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 60-70, 02 dez. 2019.
16. GONCALVES, Marcelle Castro dos Santos; BRANDAO, Marcos Antônio Gomes; DURAN, Erika Christiane Marocco. **Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em**

- oncologia. Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 1, p. 115-124, Feb. 2016 Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000100115&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100115&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 July 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>.
17. LIMA, Carolina Peres de; MACHADO, Mariana de Abreu. **Cuidadores Principais Ante a Experience of Morte: Seus Sentidos e Significados. Psicol. cienc. prof.** , Brasília, v. 38, n. 1, p. 88-101, março de 2018. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932018000100088&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000100088&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 08 de março de 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015> .  
literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):554-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>
18. LOPES, Rosimeire Aparecida Mendes; MACEDO, Denise Diniz; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE ONCOLOGIA. Rev. latino-am. enfermagem**,, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p.35-41, out. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a05>>. Acesso em: 25 mar. 2020.
19. MATOS, Ticiane Dionizio de Sousa et al. **Qualidade de vida e enfrentamento espiritual-religioso em pacientes com câncer paliativo. Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 25, e2910, 2017. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100359&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100359&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 15 de abril de 2020. Epub 10 de julho de 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>.
20. MEDEIROS, Maria Olivia Sobral Fraga de et al . **Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. Rev. Bioét.**, Brasília , v. 28, n. 1, p. 128-134, Mar. 2020 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422020000100128&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100128&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 July 2020. Epub Mar 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281375>.
21. MESQUITA, Ana Cláudia et al. **Uso de enfrentamento religioso / espiritual em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 539-545, abril de 2013. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000200539&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200539&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 15 de abril de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010> .
22. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017, Tenth Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. © 2014 NANDA International, Inc. Published 2014 by John Wiley & Sons, Ltd. Companion website: [www.wiley.com/go/nursingdiagnoses](http://www.wiley.com/go/nursingdiagnoses)

23. NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al . **Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 437-440, June 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300021&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300021>.
24. NASCIMENTO, Luzia Kelly Alves da Silva et al . **Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 1, p. 177-185, Mar. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100023&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100023>.
25. NUNEZ, Paulina; ENRIQUEZ, Damián; IRARRAZAVAL, María Elisa. **la espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. Ajayu,** La Paz , v. 10, n. 1, p. 84-100, marzo 2012 . Disponible en <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612012000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000100005&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 15 abr. 2020.
26. OLIVEIRA, Dhiene Santana Araújo; CAVALCANTE, Luciana Suelly Barros; CARVALHO, Ricardo Tavares de. **Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 39, e176879, 2019 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932019000100105&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100105&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Mar. 2020. Epub Apr 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176879>.
27. PEDRAO, Rafael de Brito; BERESIN, Ruth. **Enfermagem e espiritualidade. Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 86-91, março de 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100086&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100086&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 15 de abril de 2020. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1208>
28. PINOTTI, Elaine Cristina; GAZZOLA, Rangel Antonio. **CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRICO. Revista Eletronica Cientifica**, Garça, p.7615-7624, set. 2011.
29. ROSAS-JIMENEZ, Carlos Alberto; DIAZ-DIAZ, Álvaro. **La escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo. pers.bioét.**, Chia , v. 21, n. 2, p. 280-291, Dec. 2017 . Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222017000200280&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222017000200280&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2020. <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.8>.
30. Saporetti LA, Andrade L, Sachs MFA. Guimaraes TVV. **Diagnostico e abordagem do sofrimento humano. Manual de cuidados paliativos ANCP.** Revisado e atualizado. 2ª Ed. Org: Carvalho RT, Parsons HÁ. 2012

- [cited 2018 Aug 08] 42-55. Available from: [http://formsus.datasus.gov.br/novo\\_imgarq/24326/4052575\\_345331.pdf](http://formsus.datasus.gov.br/novo_imgarq/24326/4052575_345331.pdf)
31. SILVA, Denis Iaros Silva da. **Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos**. Hcpa, Rio Grande do Sul Ufrgs, p.353-357, mar. 2011.
  32. SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros**. Act
  33. **a paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200003&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200003>.
  34. SOUSA, Renata Miranda de et al . **Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado**. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 54-65, Mar. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100054&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100054&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 July 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150008>.
  35. XAVIER, Érika de Cássia Lima et al. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS SEGUNDO DIAGRAMA DE ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL**. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 3, p.152-157, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2109/569>. Acesso em: 28 mar.2020.



## RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

**DISCENTE:** Elianalia dos Santos Ribeiro

**CURSO:** Enfermagem

**DATA DE ANÁLISE:** 03.09.2020

### RESULTADO DA ANÁLISE

#### Estatísticas

Suspeitas na Internet: **5,73%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet \_\_\_\_

Suspeitas confirmadas: **2,77%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados \_\_\_\_

Texto analisado: **91,68%**

*Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).*

Sucesso da análise: **100%**

*Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.*

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11  
quinta-feira, 3 de setembro de 2020 13:05

### PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **ELIANALIA DOS SANTOS RIBEIRO**, n. de matrícula **13473**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 5,73%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

**(assinado eletronicamente) HERTA MARIA DE  
AÇUCENA DO N. SOEIRO Bibliotecária CRB  
1114/11 Biblioteca Júlio Bordignon Faculdade de  
Educação e Meio Ambiente**