

## **CUIDADOS PALIATIVOS:**

**Manual de orientações quanto a  
competência técnico-científica, ética e legal  
dos profissionais de enfermagem**

**volume 2**



**BELO HORIZONTE - MG  
2020**



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS**

**CÂMARA TÉCNICA**

**CUIDADOS PALIATIVOS:**

**manual de orientações quanto a competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem**

**v. 2**

**BELO HORIZONTE-MG**

**2020**

2020, Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais  
Cuidados paliativos: manual de orientações quanto a competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem, v. 2.

Obra produzida em 3 volumes.

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br>

**Coordenação da Câmara Técnica:**

Andréia Oliveira de Paula Murta

**Membros:**

Alexandre Ernesto Silva  
Ana Cláudia Mesquita Garcia  
Graziella Eugênio Tocafundo  
Katia Poles

**Colaboração:**

Débora Martins Silva  
Octávia Maria Silva Gomes Lycarião  
Rayssa Ayres Carvalho

**Revisão gramatical:**

Eduardo Eustáquio Chaves Durães Júnior

Ficha Catalográfica

C755c Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais.  
Cuidados paliativos: manual de orientações quanto a  
competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de  
enfermagem / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. --  
Belo Horizonte: Coren-MG, 2020.  
50 p.  
v. 2  
ISBN  
1. Enfermagem – cuidados paliativos.

## PLENÁRIO DO COREN-MG (2018-2020)

### DIRETORIA DO COREN-MG:

Presidente: Carla Prado Silva

Vice-Presidente: Lisandra Caixeta de Aquino

Primeiro-Secretário: Érico Pereira Barbosa

Segundo-Secretário: Gustavo Adolfo Arantes

Primeira-Tesoureira: Vânia da Conceição Castro Gonçalves Ferreira

Segunda-Tesoureira: Vanda Lúcia Martins

### DEMAIS MEMBROS EFETIVOS DO PLENÁRIO:

Christiane Mendes Viana

Elânia dos Santos Pereira

Ernandes Rodrigues Moraes

Fernanda Fagundes Azevedo Sindeaux

Iranice dos Santos

Jarbas Vieira de Oliveira

Karina Porfírio Coelho

Lucielena Maria de Souza Garcia Soares

Maria Eudes Vieira

### SUPLENTE:

Alan Almeida Rocha

Cláudio Luís de Souza Santos

Enoch Dias Pereira

Elônio Stefaneli Gomes

Gilberto Gonçalves de Lima

Gilson Donizetti dos Santos

Jaime Bernardes Bueno Júnior

Kássia Juvêncio

Linda de Souza Leite Miranda Lima

Lívia Cozer Montenegro

Maria Magaly Aguiar Cândido

Mateus Oliveira Marcelino

Simone Cruz de Melo

Valdecir Aparecido Luiz

Valéria Aparecida dos Santos Rodrigues

### COMITÊ PERMANENTE DE CONTROLE INTERNO

Elânia dos Santos Pereira

Iranice dos Santos

Jarbas Vieira de Oliveira

### DELEGADAS REGIONAIS

Efetiva: Carla Prado Silva

Suplente: Lisandra Caixeta de Aquino

**SEDE:**

Rua da Bahia, 916 – 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 9º, 10º, 11º, 12º e 13º andares  
Centro - Belo Horizonte/MG  
CEP: 30160-011  
Telefone: (31) 3238-7500  
www.corenmg.gov.br

**SUBSEÇÕES:**

**GOVERNADOR VALADARES**

Av. Sete de Setembro, 2716  
1º andar, Edifício Medical Center  
Centro - Governador Valadares, MG  
CEP: 35.010-172  
Telefone: (33) 3279-5076  
Fax: (33) 3279-5078

**JUIZ DE FORA**

R. Batista de Oliveira, 470, Sala 701  
Centro - Juiz de Fora, MG  
CEP: 36.010-120  
Telefone/Fax: (32) 3213-3302

**MONTES CLAROS**

R. Correia Machado, 1025  
Edifício Premier Center  
Salas 103, 104 e 105  
Centro - Montes Claros, MG  
CEP: 39.400-090  
Telefones: (38) 3215-9992 / 3216-9100

**PASSOS**

R. Dr. Manoel Patti, 170-A  
Salas 2 e 4  
Centro – Passos, MG  
CEP: 37.900-040  
Telefone: (35) 3526-5821

**POUSO ALEGRE**

R. Bernardino de Campos, 39  
Sala 2  
Centro - Pouso Alegre, MG  
CEP: 37.550-000  
Telefone/Fax: (35) 3422-1961

**TEÓFILO OTONI**

R. Dr. Manoel Esteves, 323  
Salas 105 e 107

Centro - Teófilo Otoni, MG  
CEP: 39.800-090  
Telefone/Fax: (33) 3522-1661

**UBERABA**

Av. Leopoldino de Oliveira, 3490  
Sala 601  
Centro – Uberaba, MG  
CEP: 38.010-000  
Telefone: (34) 3338-3708

**UBERLÂNDIA**

Av. Getúlio Vargas, 275  
Sala 605  
Centro - Uberlândia, MG  
CEP: 38.400-299  
Telefone: (34) 3210-0842

**VARGINHA**

Praça Champagnat, 29 - 2º andar  
Sala 200, Edifício Sílvio Massa  
Centro - Varginha, MG  
CEP: 37.002-150  
Telefone/Fax: (35) 3222-3108

**UAI Divinópolis**

Rua Goiás, 206  
Centro - Divinópolis, MG  
CEP: 35.500-001  
Telefones: (37) 3214-2212 / 3213-6473

**UAI Patos de Minas**

Avenida José de Santana, 1307  
Centro - Patos de Minas, MG  
CEP: 38.700-528  
Telefones: (34) 3821-3445  
3823-9723/ 7419/ 7519/ 9750

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE.....</b>	<b>9</b>
1.1 Regras de ouro para a comunicação de más notícias .....	15
1.2 Pendulando as Emoções .....	15
<b>2. A DIMENSÃO PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>21</b>
2.1 Encontrando sentido na morte.....	24
<b>3 A DIMENSÃO ESPIRITUAL EM CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>30</b>
<b>4 A DIMENSÃO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>399</b>
4.1 Dor e Sofrimento Social .....	40
4.2 A Família como Componente do Contexto Social do Paciente em Cuidados Paliativos .....	41

## APRESENTAÇÃO

Prezado (a) profissional de Enfermagem,

Os cuidados paliativos têm como foco o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida, o que permite um cuidado contínuo e uma assistência ampla que atenda a pessoa em sua totalidade, considerando-a como um ser biopsicossocial e espiritual. Neste contexto, a Enfermagem possui um papel essencial, uma vez que é a única categoria que presta assistência ao paciente durante 24 horas por dia.

Pensando nisso, a Câmara Técnica do Coren-MG, por meio do Grupo de Trabalho de Cuidados Paliativos, elaborou o manual “Competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem em cuidados paliativos: manual de orientações”, que foi dividido em três volumes.

A presente publicação (volume 2) é subdividida em três partes. A primeira diz respeito à comunicação de notícias difíceis em saúde. No relacionamento com os pacientes e suas famílias, a equipe multiprofissional de saúde é diretamente responsável pela transmissão de diagnósticos, etapas e possibilidades do tratamento. Neste processo, a empatia é fundamental, a fim de humanizar as relações com as pessoas envolvidas. Isto porque, além da tarefa de cuidar, os profissionais de Enfermagem participam de todo o processo, que vai além de diagnósticos, pois também comunicam notícias difíceis e acolhem a pessoa e os seus entes queridos.

A segunda parte trata da dimensão psicológica em cuidados paliativos. Em pacientes com doenças avançadas, são muito comuns sentimentos como medo, raiva, revolta, culpa, tristeza, impotência, entre outros. Nesta situação, a equipe de Enfermagem tem um papel fundamental no sentido de ajudar pacientes e suas famílias a lidarem com as emoções que surgem com o diagnóstico de uma doença grave e potencialmente incurável. Os dois conceitos básicos universalmente aceitos como base da intervenção psicológica em cuidados paliativos são apoio e não-abandono.

Por fim, na terceira parte é abordada a dimensão social em cuidados paliativos, tendo em vista que a dor vai além de ser apenas uma sensação

fisiológica. Contextos biográficos, sociais e culturais também devem ser considerados, a fim de se obter uma compreensão mais completa da situação, possibilitando o cuidado adequado do indivíduo em suas especificidades, impedindo assim a dor do abandono e isolamento.

Nesse sentido, nosso objetivo com a presente publicação é auxiliar o profissional de Enfermagem, cujo desafio permanente é lidar com pacientes com condições que ameaçam a continuidade da vida e suas famílias. Assim, esperamos que este manual seja útil e que nós, do Coren-MG, possamos contribuir para o exercício de uma Enfermagem cada vez melhor, ainda mais humana e segura.



Enf.<sup>a</sup> Carla Prado Silva

Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG)



## 1 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE

Graziella Eugênio Tocafundo

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Para se falar em humanização em saúde é preciso perpassar pelo contexto das relações interpessoais. No relacionamento com o paciente e suas famílias, a equipe multiprofissional de saúde é diretamente responsável pela transmissão de diagnósticos, etapas e possibilidades do tratamento. Na etapa da humanização, os profissionais de saúde cuidam, consolam e comunicam más notícias. De acordo com Segóvia e Serrano (2017, p. 15), “uma pessoa está mais humanizada à medida que está mais desenvolvida em suas faculdades intelectuais, em sua sensibilidade afetiva e em sua capacidade de estimar, escolher e apreciar os valores individuais [...]”. Portanto, desenvolver certas habilidades empáticas é essencial para a boa comunicação.

Historicamente, conforme Santos (2014), o relacionamento da equipe de saúde e do paciente tem se baseado numa relação paternalista, através da qual o paciente e sua família deveriam optar pelo que é decidido pelos profissionais médicos. Felizmente, esse cenário tem se alterado, garantindo, dessa forma, maior direito à autonomia do paciente. Porém, ainda assim, mediante um diagnóstico delicado e que se estende pela assistência de enfermagem durante todo o processo de cuidar, há muitos profissionais que se sentem extremamente desconfortáveis no decorrer da conversa com o paciente e a família deste (ANCP, 2012).

Comunicar notícias difíceis em saúde, sem dúvida, é uma ação reconhecida pelos profissionais médicos e de enfermagem como a que gera maior tensão e desconforto na prática diária (SEGÓVIA; SERRANO, 2017).

Figura 1 - O que é comunicação?

**A palavra comunicação vem do Latim *comunicare*, que significa pôr em comum e compartilhar. É um processo de transmitir e receber informações e mensagens entre pessoas que estão integradas em processo de comunicação.**

**Através da comunicação são estabelecidas as relações interpessoais, bem como transmitidos o conhecimento, as experiências, os desejos, sentimentos e as emoções entre as pessoas.**

Fonte: Rosenberg (2006, p. 28).

A comunicação é um processo de interação do qual fazem parte elementos verbais e não verbais, pois mesmo que as palavras não sejam utilizadas, a comunicação por expressão e gestos faz parte desse contexto. Curiosamente, salienta-se que a comunicação não verbal ocupa em torno de 80% do total de emissões interativas no nosso dia a dia (WEIL, 2015).

Segundo o Manual da Residência de Cuidados Paliativos (2018), a comunicação é um processo:

- Dinâmico: está em movimento constante e contínuo;
- Inevitável: mesmo o silêncio é uma forma de comunicação;
- Irreversível: uma vez feito não pode ser ignorado;
- Bidirecional: emissor → receptor

A comunicação é inevitável e mesmo que não queiramos, a todo o tempo enviamos mensagens aos outros. Falar ou não falar constitui-se em uma forma de comportamento que terá como resultado uma mensagem para o receptor.

De acordo com Heen *et al.*, (2011), são elementos envolvidos na comunicação:

- Emissor: a pessoa que envia a mensagem;
- Receptor ou Decodificador: o que recebe a mensagem;
- Canal: meio pelo qual a mensagem é transmitida;
- Códigos: conjunto de normas e símbolos;

- Mensagem: conteúdo da informação transmitida;
- Contexto: situação em que a comunicação ocorre.

### A) Tipos de Comunicação

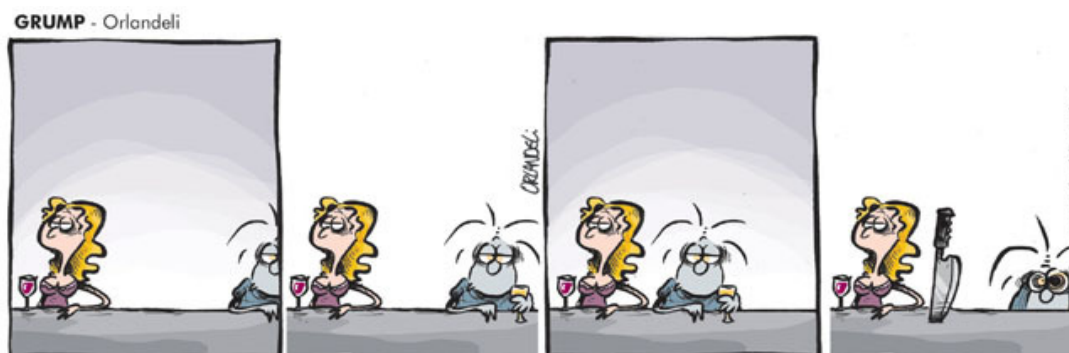
- **Comunicação verbal**

A comunicação verbal é aquela que ocorre por meio de palavras, com o objetivo de expressar um pensamento, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo. Porém, ela é insuficiente para caracterizar a complexa interação que ocorre no relacionamento humano. É necessário qualificá-la, oferecer-lhe emoções, sentimentos e adjetivos, para que seja possível perceber e compreender não só o que significam as palavras, mas também os sentimentos implícitos na mensagem (WEIL, 2015; DAVIS, 1979).

- **Comunicação não verbal**

Trata-se da dimensão não verbal do processo de comunicação, que permite a demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais. A linguagem não verbal é qualificada pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras e, até mesmo, por suas roupas, acessórios e características físicas (WEIL, 2015; DAVIS, 1979).

Figura 2 - Comunicação não-verbal



Fonte: Orlandeli (2020). Disponível em: <http://tnimobiliarios.blogspot.com/2011/08/linguagem-nao-verbal.html>.

## B) Comunicando Más Notícias

De acordo com Silva (2009, p. 1.149), “uma má notícia pode ser definida como qualquer informação que altere de forma indesejada a expectativa do paciente frente a seu futuro.” Por diversas vezes, os profissionais de saúde, das mais diversas áreas, principalmente médicos, se deparam com situações como estas, a exemplo da comunicação de algo desagradável, como o resultado de um exame ou condições clínicas que não são desejáveis.

Ao receber uma notícia inesperada e ruim, muitos dos ouvintes, incluídos o paciente e familiares, não conseguem processar correta ou eficientemente as informações, devido à emoção do momento. Vários fatores emocionais podem, por muitas vezes, distorcer a informação, que poderá ser recebida de forma errônea (PATTON; HEEN; STONE, 2011).

A habilidade de comunicar-se de maneira eficiente e correta é dever de qualquer profissional de saúde. Atualmente, existem várias ferramentas que podem ser usadas para que se possa fornecer clara e objetivamente a notícia, atentando-se para a individualidade da situação e à cada dinâmica familiar, de modo a respeitar e validar as emoções que virão a seguir (CAMPBELL, 2011).

De acordo com Borges e Junior (2014), estratégias previamente estudadas servem para guiar adequadamente a comunicação, facilitando seu sucesso, porém vale salientar que são ferramentas adaptáveis que jamais poderão engessar o processo.

A estratégia mais amplamente usada é o protocolo SPIKES, que consiste em 6 passos, conforme descritos a seguir:

Quadro 1 - Protocolo Spikes

SPIKES	6 PASSOS	ORIENTAÇÕES
S	SET UP (Prepare-se)	Antes de encontrar o paciente, reflita sobre o caso, desde dados técnicos até suas emoções relacionadas a este paciente. Compartilhe suas impressões e medos com outros membros da equipe. Se possível, esteja acompanhado de outros profissionais que estão envolvidos com este paciente (outros médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais dentre outros). Prepare um lugar adequado, de preferência com privacidade,

		calmo, silencioso, onde todos possam se sentar. Desligue celulares e pagers.
P	PERCEPTION (Verifique as percepções do paciente)	<p>Comece perguntando ao paciente suas impressões sobre a condição dele. O que já lhe foi dito sobre sua doença? O que ele entendeu sobre a indicação de ter realizado novos exames? Quais suas expectativas frente a estes resultados e frente sua doença/ tratamento? Quais seus objetivos?</p> <p>Após ouvir ativamente, reforce positivamente as impressões corretas do paciente e corrija possíveis visões incorretas sobre o passado de sua doença/ tratamento. Fique muito atento a sinais não verbais de desconforto e de possível negação (como evitar alguns tópicos e demonstrar otimismo excessivo). Estes o auxiliarão a entender como provavelmente o paciente lidará com a má notícia que está por vir.</p>
I	INVITATION (peça permissão para falar)	<p>Descubra o quanto de informação o paciente deseja. Estudos mostram que a maioria dos pacientes deseja ser informado sobre sua doença ou prognóstico, mas isso não é universal e, principalmente, talvez esta não seja a hora que o paciente estará aberto para esta informação.</p> <p>Algumas sugestões de como abordar o paciente: “Temos os resultados dos seus exames, esta seria uma boa hora para conversarmos sobre isso?”; O Sr. Gostaria de receber todas as informações sobre seus exames/ sua doença/ seu tratamento?”; “Alguns pacientes gostam de saber todos os resultados, mesmo quando não sejam boas notícias. Outros preferem apenas saber as questões mais importantes. Outros ainda preferem que sua família apenas esteja a par de tudo. E o senhor, como acharia melhor?”.</p>
K	KNOWLEDGE (Passe a informação)	<p>Após ter se certificado de que o paciente está aberto a receber esta informação (etapa anterior), este é o momento de dar, de fato, a má notícia. Com os passos anteriores, você provavelmente pode entender melhor o possível impacto desta notícia para o paciente.</p> <p>Comece alertando que a notícia não é boa (exemplo: “Acredito que as notícias não são muito boas”). Isto auxiliará o paciente a se preparar para receber a informação. Use linguagem adequada para aquele paciente, evite termos técnicos. Seja direto: evite frases muito longas.</p> <p>Retome as percepções prévias do paciente (passo 2-PERCEPTION), por exemplo: “O senhor lembra que pedimos aquelas tomografias para checar como a quimioterapia estava funcionando?” ... “Então, infelizmente os exames mostraram que seu câncer cresceu ainda mais, apesar da quimioterapia”. Faça pausas após cada má notícia (de pelo menos 10 segundos), dê espaço para o paciente demonstrar suas emoções, absorver as informações e lhe questionar sobre o que foi dito. Evite falar sobre as próximas propostas de tratamento logo após a má notícia. Sempre que se recebe uma informação de grande impacto emocional tende-se a não escutar nada do que é falado logo em seguida.</p>
E	EMOTIONS	Seja empático às emoções do paciente. Não negue suas emoções (evite frases como “não fique triste” “não chore”) e sim

	(demonstre empatia)	as acolha. Fique em silêncio o quanto for necessário. Demonstre sua frustração em dar esta notícia. (“Gostaria de ter notícias melhores...” “Infelizmente...”). Caso o paciente chore, aguarde que ele se restabeleça, ofereça lenços ou o toque nos braços/ombros, caso pareça adequado. Resista à tentação de tentar melhorar a situação, como por exemplo, propor um novo tratamento (sabidamente não benéfico) ou de dizer “tudo vai ficar bem”, “vamos continuar na luta”, “o senhor vai sair dessa” e outras expressões do gênero. Estas respostas geralmente são uma reação à nossa frustração e sensação de impotência e podem apenas criar falsas expectativas e futuros sofrimentos ao paciente. Quando o paciente estiver mais calmo, pergunte se há dúvidas ou questionamentos.
S	SUMMARIZE (resuma e discuta proposta futura)	Faça um resumo de tudo o que foi dito de forma muito sucinta e objetiva e combine com o paciente os próximos passos (por exemplo, discutir novos tratamentos, propor novos exames, marcar um novo encontro para rediscutir a proposta com o paciente e demais familiares). Cheque a compreensão do paciente sobre tudo o que foi dito e os próximos passos: “Esta nossa conversa fez sentido para o senhor?”, “Se fosse contar isso para um familiar que não está aqui hoje como explicaria a ele?”, “O que combinamos para o futuro ficou claro para o Sr.?”.Reforce a continuidade do cuidado, independentemente de haver ou não tratamentos possíveis, evitando a sensação de abandono. De preferência, marque um novo encontro o mais breve possível. Reflita com os demais membros da equipe (enfermeiros, psicólogos e outros) sobre esta conversa e peça que todos prestem maior atenção ao paciente e às suas demandas nos próximos dias, reforçando o acolhimento e intensificando o cuidado.

Fonte: Spikes (2010).

Outra ferramenta bem usual seria a tradução do protocolo SPIKES, o protocolo PACIENTE, que funciona da mesma forma.

Quadro 2 - Protocolo paciente

PACIENTE	SPIKES
P – Preparação A – Avaliar C – Convidar I – Informar E – Emoções N – Não Abandonar T E – Traçar Plano / Estratégias	S – Setting Up P – Perception I – Invitation K – knowledge E – Emotions S – Strategyandsummary

Fonte: Pereira *et al.* (2017, p. 44)

## 1.1 Regras de ouro para a comunicação de más notícias

- Procure um ambiente adequado;
- Antes de falar, pergunte, peça licença  
Exemplo: “Com a sua licença, o Sr. me permite falar?”
- Iniciar a conversa com perguntas abertas  
Exemplo: “O Sr. gostaria de conversar sobre o seu adoecimento?”
- Averiguar o que o paciente já sabe  
Exemplo: “O Sr. poderia me falar sua trajetória até aqui em relação ao seu adoecimento?”
- Avaliar condições emocionais do paciente  
Exemplo: “O Sr. gostaria de continuar?”
- Transmitir informações com clareza, objetividade e compaixão, usando linguagem clara;
- Ofertar apoio emocional  
Exemplo: “O Sr. e sua família não estarão sozinhos nessa trajetória. Pode contar comigo.”
- Assegurar continuidade do cuidado;
- Planejar seguimento. (ANCP, 2012).



Lembrete importante: Demonstrar compaixão durante uma conversa aproxima e fortalece as relações entre paciente e profissional, gerando um vínculo de responsabilidade mútua, enquanto demonstrações de piedade tendem a gerar um sentimento de renúncia à responsabilidade (TROVO, 2017).

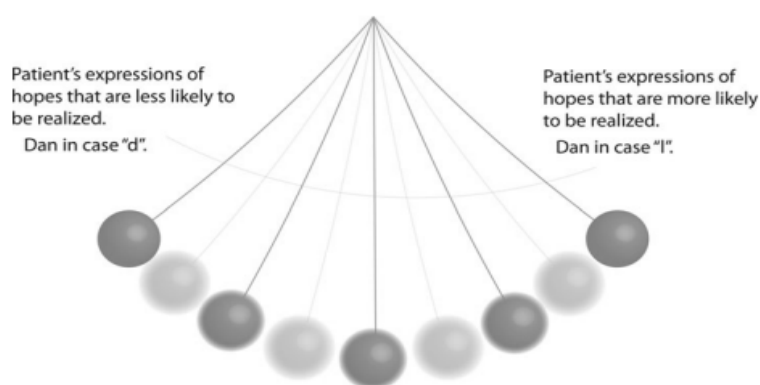
## 1.2 Pendulando as Emoções

Segundo Jackson *et al.* (2013), após a comunicação de uma notícia ruim em saúde, é muito comum que o paciente ou seus familiares oscilem entre períodos de negação ou demonstrem uma esperança na qual aparentam sair completamente do

contexto apresentado em relação à conversa. Por vezes, a equipe de saúde tem a sensação de não entendimento a respeito das notícias apresentadas. Porém, essa postura é perfeitamente normal, já que devido à grande fragilidade e necessidade de fuga perante a situação, essas pessoas pendulam as emoções.

Outras falas muito comuns e que denotam uma esperança voltada à possibilidade de um milagre são aquelas, tais como “...para Deus nada é impossível, creio que Ele fará um milagre...”. Estas expressões são muito corriqueiras, porém jamais devem ser confrontadas, mesmo porque é sinal da ciência da impossibilidade de uma reversão do quadro. Jamais deve-se contradizer expressões de fé e esperança (CARVALHO, 2018).

Figura 3 - Teoria do pêndulo



**Fonte:** Jackson (2013, p. 896).

A possibilidade de manter a proximidade do paciente e familiares, de modo a gerar confiança e garantir um cuidado mais completo, baseado na honestidade e compaixão, é iniciada a partir de uma comunicação efetiva e assertiva, evitando muitos impasses advindos do viés que sempre se observa durante o acompanhamento de ambos.

O enfermeiro, sendo o profissional de ponta durante a execução do plano de cuidados do paciente, deve estar munido de artifícios que garantam uma comunicação clara, respeitosa e acima de tudo individualizada, percebendo a necessidade e singularidade de cada paciente e seu contexto familiar.

Aperfeiçoar a comunicação de notícias ruins é uma ferramenta de grande valia. Fazendo parte de uma equipe coesa, os profissionais de enfermagem devem



conversar com seu paciente, a fim de fortalecer a relação equipe - paciente, já que quase sempre a abertura se dá através destes profissionais: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem ou Enfermeiros.

Observa-se que os profissionais de enfermagem possuem competência técnico-científica para participar deste amplo processo, cabendo-lhes a busca pela adequada preparação profissional.

Sob o ponto de vista ético, a Resolução Cofen n°. 564/2017 garante aos profissionais de enfermagem o direito de exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica e científica e de participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão. Os Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros possuem ainda o direito do acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional. Em relação aos deveres dispostos nesta resolução, reitera-se a importância em se:

manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal. (COFEN, 2017).

especialmente em situações como as que envolvem a comunicação de más notícias, que afetam sobremaneira a vida dos pacientes e de seus familiares.

Em relação ao aspecto legal, a Lei Federal n°. 7498/86 dispõe que compete ao Auxiliar de Enfermagem integrar a equipe de saúde, o que reafirma a competência legal que todos os profissionais de enfermagem (Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros) possuem para participar das equipes multidisciplinares de assistência à saúde. Ao Enfermeiro cabe, privativamente, a execução da consulta de enfermagem, da prescrição da assistência de enfermagem e da execução de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida. Como integrante da equipe de saúde, ou seja, nos contextos multidisciplinares de assistência, o Enfermeiro possui amparo legal para a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde.

A comunicação em saúde, especialmente envolvendo informações que podem trazer mudanças significativas para o paciente e seus familiares, muitas vezes sigilosas, deve ser tratada com o devido respeito pelos profissionais de enfermagem e registradas adequadamente nos prontuários dos pacientes e

documentos próprios de anotações assistenciais. Trata-se de um dever do profissional de enfermagem previsto na Resolução Cofen n.º. 564/2017: registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Em relação ao processo de comunicação do óbito do paciente, informa-se que a Lei Federal n.º. 12.842, de 10 de julho de 2013, dispõe como atividade privativa do profissional Médico a “atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.” Portanto, os profissionais de enfermagem (Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros) possuem também competência legal para participar da comunicação do óbito do paciente, como integrante da equipe multidisciplinar, após a constatação do mesmo pelo profissional médico, de acordo com o disposto na Resolução Cofen n.º. 564/2017, reforçando o descrito no art. 43: “ Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós morte.” Cabe ao Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem, definir no plano de cuidados de cada paciente, quais profissionais poderão participar deste processo, considerando a individualidade de cada paciente, família e interação construída com a equipe multidisciplinar (BRASIL, 2013; COFEN, 2017).

## REFERÊNCIAS

BASTOS, B. R. *et al.* Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 263-266, 2016. Disponível em: [https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n\\_62/v03/pdf/10-artigo-opinio-formacao-dos-profissionais-de-saude-na-comunicacao-de-mas-noticias-em-cuidados-paliativos-oncológicos.pdf](https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_62/v03/pdf/10-artigo-opinio-formacao-dos-profissionais-de-saude-na-comunicacao-de-mas-noticias-em-cuidados-paliativos-oncológicos.pdf). Acesso em: 22 jul. 2020.

BORGES, M. M; SANTOS J. R. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 275-282, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a15v38n2.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm). Acesso em: 4 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 12.842**, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm). Acesso em: 4 abr. 2020.

CAMPBELL, M. L. **Nurse to nurse: cuidados paliativos: em enfermagem**. Porto Alegre: McGraw, 2011.

CARRARI, R. K. F.C. *et al.* Formação docente em comunicação não verbal: avaliação do desempenho docente. **Investigación en Enfermería: imagen y Desarrollo**, v. 19, n. 2, p. 113-128, 2017. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12399>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CARVALHO, R. T. *et al.* **Manual de residência de cuidados paliativos**. São Paulo: Manole, 2018.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº. 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 4 abr. 2020.

DAVIS, F. **A comunicação não-verbal**. São Paulo: Summus, 1979.

GARCIA, D. M. F. C. **Comunicação do enfermeiro com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18984>. Acesso em: 22 jul. 2020.

JACKSON, V. A. *et al.* The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide. **Journal of**

**palliative medicine**, v. 16, n. 8, p. 894-900, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23786425/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PATTON, B.; HEEN, S.; STONE, D. **Conversas difíceis**: como argumentar sobre questões importantes. 2011.

ROSENBERG, M. B. **Comunicação não-violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora, 2006.

SEGOVIA, C.; SERRANO, M. **Comunicação em situações críticas**. Trad. Joel de Andrade. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2017.

SILVA, M. J. L da. Comunicação de Más Notícias. **O mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/comunicacao\\_mas\\_noticias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf). Acesso em: 22 jul. 2020.

WEIL, P. *et al.* **O corpo fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. Petrópolis: Vozes, 2015.

## 2 A DIMENSÃO PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Kátia Poles

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Os Cuidados Paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, emocional, espiritual e social. O paciente em final de vida deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, em que demandas diferenciadas se resolvem em conjunto (HERMES; LAMARCA, 2013). Assim, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental no sentido de ajudar pacientes e suas famílias a lidarem com as emoções que surgem com o diagnóstico de uma doença grave e potencialmente incurável.

Nessa situação, são comuns sentimentos como medo, raiva, revolta, culpa, tristeza, impotência, entre outros, sendo de extrema relevância que Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem estejam preparados para lidar com tais demandas emocionais em cuidados paliativos.

Os dois conceitos básicos universalmente aceitos como base da intervenção psicológica em cuidados paliativos são: apoio e não-abandono, sendo o objetivo mais ousado desse tipo de cuidado a pacientes em final de vida a possibilidade de ajudá-los a atingir um senso de aceitação da vida vivida e, assim, de aceitação da morte (BREIBART, 2011). Além desses aspectos, podem ser citadas outras intervenções, a saber: compreensão dos fenômenos intrínsecos das relações; conhecimento das reações do paciente; suporte familiar, incluindo os cuidadores (LINDERHOLM; FRIEDRICHSEN, 2010).

As formas com que a dor psicológica aparece na vida dos pacientes em final de vida variam conforme uma série de fatores e circunstâncias. Elas podem se tornar visíveis com a somatização em alterações de humor, dificuldade de concentração, alterações no sono e apetite ou permanecerem aparentemente “invisíveis”, sendo demonstradas através de isolamento, tristeza pela perda da autonomia, sensação de impotência e incômodo com a dependência, as quais exigem do profissional de enfermagem maior capacidade técnica e de observação. As variadas formas de apresentação da dor psíquica dependem não só da doença

que está levando o paciente à morte, bem como da sua personalidade e capacidade de enfrentamento de adversidades (SANTOS, 2009).

Na tentativa de organizar a energia psíquica e os sentimentos acerca da vivência de perda, tanto por parte dos pacientes como dos familiares, os profissionais de enfermagem devem oferecer assistência respeitando o processo de enfrentamento, conforme descrito por Kübler-Ross (1969/2000): negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Além dessas reações, destacam-se duas emoções comuns àqueles que estão morrendo: o medo do abandono e o medo de ser um fardo, além de preocupações relacionadas à perda da dignidade e do controle.

A equipe de enfermagem, ao atuar com o paciente em Cuidados Paliativos (CP), acessa informações sobre suas crenças e valores, possibilitando a compreensão dos significados de vida e de morte, a elaboração dos momentos-chaves que deram significado à vida da pessoa (VASQUEZ et al., 2019). As intervenções psicológicas em Cuidados Paliativos também favorecem o paciente na obtenção de pensamentos reconfortantes sobre o morrer, elaborando assuntos pendentes, despedidas, silêncios, dentre outros. Tais ações favorecem a adequação da esperança e a regulação das expectativas do paciente.

Outro recurso que pode ser utilizado é explorar fantasias geradas diante das perdas e medos do paciente, pois, além de favorecer a elaboração desses conteúdos, das expectativas e frustrações, propicia novas possibilidades de um ajustamento funcional à situação. Fantasias expressas sobre a morte geralmente vêm carregadas de pânico e dor. Abordar o tema e discutir sobre a morte abertamente possibilita uma transição tranquila para o paciente, que, bem cuidado, morre sem dor, cercado do amor da família e de amigos. Além disso, a identificação de aspectos positivos da personalidade do paciente, como senso de humor, criatividade e espiritualidade, beneficia pacientes e família. Os profissionais de enfermagem também favorecem a comunicação entre os outros membros da equipe multidisciplinar, paciente e família, para mediar e facilitar este contato (MELO; VALERO; MENEZES, 2013; PRADE; CASELLATO; SILVA, 2008).

No sentido de orientar familiares e pacientes, Zenevitz *et al.* (2020) citam os rituais de despedida como uma intervenção psicológica em cuidados paliativos, possibilitando pedidos de perdão, agradecimentos, despedidas e a redefinição de

questões que possam estar pendentes nos relacionamentos familiares. Para as autoras, existe um tempo maior de preparação para a morte, no caso de pessoas com doenças crônicas em estágio avançado. Por meio dos rituais de despedida, os pacientes comunicam a necessidade de saber sobre o bem-estar dos que ficam e de se sentirem acompanhados pela família. Além disso, os familiares relatam a diminuição das sensações de impotência e culpa, a oportunidade de aprendizado e o privilégio de participar de um momento especial e bonito.

Em relação à avaliação do contexto familiar, que inclui o cuidador do paciente, deve-se verificar se o paciente tem um cuidador principal ou não, se há ocorrência de resposta emocional alterada e de domínio depressivo ou ansioso, a existência ou não de perdas recentes (mortes ou mudanças importantes), assim como de transtornos emocionais prévios ou atuais e a necessidade de tratamento. Também faz-se necessário checar se o paciente dispõe de rede de apoio afetivo e se tem pendências para resolver, como o cumprimento de algumas vontades e assuntos práticos (ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019).

Nesse sentido, os profissionais de enfermagem devem ajudar a família e o paciente com os problemas pessoais e sociais de doença, com a incapacidade, além de prestar apoio durante a progressão da doença e após a morte do paciente no processo de luto. De acordo com Aciole e Bergamo (2019), quanto mais os familiares verbalizarem o pesar antes da morte do ente querido mais a suportarão depois. Deve-se permitir ao parente chorar, participar e conversar, já que é longo o período de luto que tem pela frente, sendo necessárias a ajuda e assistência desde a confirmação de um diagnóstico irreversível até os meses posteriores à morte de um membro da família.

Quanto à utilização de recursos e habilidades de enfrentamento, a equipe de enfermagem pode examinar as formas de confronto do paciente diante de problemas concretos, treinar novos recursos, como visualização, relaxamento, meditação, reafirmação/correção de padrões adaptativos e desadaptados de enfrentamento e trabalhar a história de vida dele (reviver situações prazerosas, elaborar significados positivos, etc.). O Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem podem ainda explorar com o doente a intensidade de suas reações emocionais, pois esta tomada de consciência e a auto-observação permitem ao paciente um melhor autocontrole (KOVÁCS, 2014).



Outra possibilidade de amenizar a experiência dolorosa é ouvir as comunicações de sentimentos dos pacientes a partir da “escuta interessada” e “companhia viva”. Isso requer do profissional a consciência de que é possível o paciente comunicar seus sentimentos por meio de imagens mentais e representações verbais que surgem espontaneamente ao longo da interação que se estabelece, possibilitando a manutenção do contato com áreas e fenômenos psíquicos raramente explorados (SANTOS; MASTROPIETRO, 2010).

Faz-se necessário ter clareza de que as intervenções devem ser direcionadas pelo paciente. Em outras palavras, embora seja interessante ter em mente o que é preciso pensar para intervir na dimensão psicológica, o plano de cuidados deve ser pautado nas demandas e desejos do paciente. Nesse sentido, o início de uma conversa deve ter como objetivo identificar a compreensão do paciente quanto ao seu estado, suas necessidades e desejos. A pessoa precisa ter oportunidade ampla e aberta de comunicar quaisquer preocupações ou fazer perguntas sem medo de ser julgado ou ter suas dúvidas ignoradas. As interações com o paciente e a família acerca desses aspectos devem ser constantes, já que as ideias das pessoas mudam com o passar do tempo (BORGES; SANTOS, 2014).

## **2.1. Encontrando Sentido na Morte**

Certa vez, o filósofo William James disse: (1981, p. 410), “a minha experiência é aquilo em que eu decido prestar atenção... apenas aqueles itens que eu noto formam a minha mente”, frase que traz à luz a ideia de que a experiência de cada um é aquela que se escolhe focalizar. Isso nos leva a pensar que o paciente pode escolher ter foco em viver intensamente e com qualidade o tempo que lhe resta ou, por outro lado, sucumbir ao prognóstico sombrio. Ou seja, aquilo que a pessoa escolhe prestar atenção governará, em grande parte, a sua qualidade de vida. De acordo com Lyubomisky (2013), as emoções positivas têm consequências reais e duradouras para as faculdades intelectuais, para a competência social, para os recursos psicológicos e, inclusive, nas habilidades físicas como, por exemplo, na melhora do sistema imunológico.



Um diagnóstico sombrio implica uma inevitável e gradual aproximação da morte. Com essa consciência maior da mortalidade, conjugada com o instinto de autopreservação, surge uma insuportável ansiedade. Para controlá-la, é preciso buscar sentido para a vida. Sim, as pessoas temem a morte, mas elas temem mais ainda se sentirem insignificantes e solitárias. Como resultado, elas são impelidas a fazer algo que justifique suas vidas, deixando uma marca duradoura no mundo, que persista para além delas mesmas (DONATO et al., 2016).

Há muitas maneiras de encontrar sentido para a vida. Uma delas é estabelecer os parâmetros pelos quais a vida será avaliada, por exemplo: minha vida tem sentido pelos bens materiais que acumulei ou pela marca positiva que deixei na vida das pessoas? Se você escolheu a segunda opção, provavelmente, você valoriza a imortalidade simbólica ou um legado pessoal positivo, que é o que a maioria das pessoas em final de vida busca. Nesse contexto, é importante que o profissional de enfermagem ajude o paciente a encontrar o sentido em sua existência (MANNIX, 2019).

O impasse que o paciente em final de vida enfrenta envolve entregar-se ao desespero ou seguir adiante, viver o presente ou envenenar o futuro. Assim que ele consegue encontrar sentido para sua vida, estará preparado para agir – para compreender, para se adaptar e viver da melhor maneira possível a cada dia. Se hoje seguir adiante ou desfrutar o momento atual parece assustador ou até mesmo impensável para o paciente, o profissional de enfermagem deve ajudá-lo a vislumbrar que isso é possível. Estar diante da morte representa, por um lado, tristeza e sofrimento, mas por outro significa uma rica oportunidade de viver inteiramente e atribuir significado à própria existência. O profissional de enfermagem tem um importante papel nessa caminhada, oferecendo sua escuta e apoio nos momentos difíceis pelos quais o paciente passará.

Os profissionais de enfermagem, por terem um contato íntimo e frequente com a família e pessoas do convívio social do paciente em final de vida, podem oferecer orientações no sentido de fortalecer a rede de suporte emocional para o paciente em cuidados paliativos. A seguir, estão descritas possíveis orientações para familiares e amigos:

- Faça companhia – converse, veja filmes, leia ou apenas fique com a pessoa;

- Permita que a pessoa expresse seus medos e preocupações com a morte, como deixar a família e os amigos. Esteja preparado para ouvir;
- Esteja disposto a ouvir a pessoa fazer recordações sobre a sua vida;
- Evite omitir informações difíceis. A pessoa pode querer participar das conversas;
- Tranquilize a pessoa de que você atenderá às diretivas antecipadas de vontade traçadas por ela;
- Pergunte se há algo que você possa fazer;
- Respeite as suas necessidades de privacidade.

A prática da intervenção psicológica por profissionais capacitados para o acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos é orientada a minimizar o sofrimento inerente a essa fase da vida e na elaboração das eventuais sequelas emocionais decorrentes deste processo. Busca-se a humanização do cuidado, propiciando a comunicação eficaz, a escuta ativa, compreensiva e reflexiva, a elaboração de questões pendentes, facilitando as relações equipe-paciente-família.

Do ponto de vista ético, a Resolução Cofen n.º 564/2020, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), dispõe como deveres dos profissionais a fundamentação de suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e ainda, “esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.” Em seu art. 40, o CEPE trata sobre o dever de orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos. Faz-se importante reforçar neste capítulo o dever de “respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais”, conforme disposto no art. 42. Em seu parágrafo único, expõe o dever dos profissionais de enfermagem:

respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

No contexto da abordagem da dimensão psicológica nos cuidados paliativos, a observação destas normativas torna-se essencial para o direcionamento da conduta profissional e norteamento de suas ações.

Sob o aspecto legal, o Decreto Regulamentador n.º. 94.406/19 estabelece que o Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, inclusive, integrar a equipe de saúde, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, bem como orientá-lo na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas. O Técnico de Enfermagem deve assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de assistência de Enfermagem e ao Enfermeiro compete, como integrante da equipe de saúde, a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde e nos programas e atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.

Desta forma, observa-se que os profissionais de enfermagem (Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros) possuem competência técnico-científica, ética e legal para assistir o paciente integralmente, inclusive acompanhando, orientando e prestando apoio em aspectos psicológicos do cuidado direto, da presença diária e da assistência planejada da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel; BERGAMO, Daniela Carvalho. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde debate**, v. 43, n. 122, p. 805-818, set. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000300805&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000300805&script=sci_arttext). Acesso em: 20 jul. 2020.

ARIAS-ROJAS, Mauricio; CARREÑO-MORENO, Sonia; POSADA-LÓPEZ, CAROLINA. Incerteza dos cuidadores familiares na doença de pacientes sob cuidados paliativos e fatores associados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100380&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100380&script=sci_arttext). Acesso em: 20 jul. 2020.

BORGES, Maira Morena; SANTOS JUNIOR, Randolpho. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 275-282, jun. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000200015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. **Lei n.º. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm). Acesso em: 4 abr. 2020.

BREITBART, W. S. Retidão, integridade e cuidado: como viver diante da morte. p. 131-140, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/36335344-Retidao-integridade-e-cuidado-como-viver-frente-a-morte.html>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº. 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 4 abr. 2020.

DONATO, SUZANA CRISTINA TEIXEIRA *et al.* Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 1014-1024, nov./dez. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342016000601014&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342016000601014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 jul. 2020.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000900012&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000900012&script=sci_arttext). Acesso em: 23 mar. 2020.

KOVÁCS, MARIA JULIA. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 1, p. 94-104, abr. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 jul. 2020.

Kübler-Ross E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LINDERHOLM; M., FRIEDRICHSEN; M. A desire to be seen: family caregivers' experiences of their caring role in palliative home care. **Cancer Nurs**, v. 33, n. 1, p.

28-36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19926979/>. Acesso em: 18 jul. 2020.

LYUBOMIRSKY, Sonja. Não poderei ser feliz se o resultado do exame for positivo. *In: LYUBOMIRSKY, Sonja. Os mitos da felicidade*. Rio de Janeiro: Odisseia, 2013. p. 191-215.

MANNIX K. **Precisamos falar sobre a morte**: histórias e reflexões sobre a arte de viver e morrer. Rio de Janeiro: Sextante; 2109.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 3, p. 452-469, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000300007](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007). Acesso em: 23 mar. 2020.

PRADE, C. F.; CASELLATO, G.; SILVA, A. L. M. Cuidados Paliativos e comportamento perante a morte. *In: KNOBEL, Elias. Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. p. 375-375.

SANTOS, Franklin Santana. Para além da dor física-trabalhando com a dor total. *In: SANTOS, Franklin Santana. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 411-424.

VASQUES, Tania Cristina Schäfer *et al.* Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. **Trab. educ. saúde**, 2019, v.17, n. 3. p. 1-15. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000300504](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300504). Acesso em: 20 jul. 2020.

ZENEVICZ, Leoni Terezinha *et al.* Permission for departing: spiritual nursingcare in human finitude. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2020, v. 73, n .3, p. 1-5. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672020000300402&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672020000300402&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 20 jul. 2020.

### 3 A DIMENSÃO ESPIRITUAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Alexandre Ernesto Silva

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Partindo do princípio de que o indivíduo é um ser holístico, integral em sua totalidade e contempla de forma conjunta as dimensões biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, DameCicely Saunders, na sua prática com pessoas doentes em fase final de vida, evidenciou que a dor assim também se manifesta nas diversas dimensões da pessoa, conceituando-a como DOR TOTAL (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013; EVANGELISTA, et al., 2016).

Pessoas portadoras de condições que ameaçam a continuidade de suas vidas relatam significativamente sofrimento espiritual e/ou religioso. Relatam ainda que buscam principalmente, por meio da espiritualidade, estratégias para enfrentarem adversidades deste momento tão delicado e singular em suas vidas (SILVA et al., 2016).

A espiritualidade, que engloba diversas acepções, diz respeito à forma pela qual os indivíduos buscam e manifestam o significado e sentido de suas vidas, e também um estado de conexão com determinado momento, com a natureza, consigo mesmo, com o mundo, e especialmente com aquilo que eles consideram sagrado, sendo capaz de os fazerem transcender (EVANGELISTA et al. 2016).

O sofrimento espiritual caracteriza-se pelo “sentimento” de falta de percepção ou fé em algo que o faça conectar-se para além do mundo material, antepondo uma percepção que anteriormente o fazia se conectar ou transcender. Enquanto Diagnóstico de Enfermagem, o Sofrimento Espiritual é definido como “estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior.” (NANDA-I, 2018, p. 710). Já o sofrimento religioso caracteriza-se pelo sentimento negativo por descumprimento de obrigações para com a própria religião (CARVALHO, 2012).

Esclarecendo o que muitos consideram sinônimo, espiritualidade pode ou não contemplar a religiosidade, ou seja, religião diz respeito a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a favorecer a proximidade da pessoa

com seu sagrado, ou seja, é uma das formas, é uma ponte para conectar-se a este. Sendo assim, a espiritualidade é um campo maior, que pode ou não contemplar uma determinada religião (EVANGELISTA et al. 2016).

Sabe-se que a espiritualidade é um componente fundamental e estratégico para diminuir o sofrimento humano, especialmente em pessoas em condições que ameacem a continuidade da vida. No entanto, observa-se certa inaptidão dos profissionais de saúde, especialmente entre aqueles que compõem a equipe de enfermagem, para atender à demanda de pacientes que apresentam a espiritualidade como forma de lidar com a situação de saúde atual ou que apresentem sofrimento espiritual. Santos (2009, p. 447) realça que “a dor espiritual é a maior de todas as dores e, por incrível que pareça, a que menos conhecemos e na que menos intervimos”. Em estudo que investigou a prestação de cuidado espiritual pela equipe de enfermagem, os resultados apontam que, apesar de considerar importante, a maior parte dos entrevistados (68%) não presta ou raramente presta o cuidado espiritual enquanto parte da assistência de enfermagem (MESQUITA et al. 2014). Essa inaptidão é apontada como fator relevante que dificulta a identificação e posterior intervenção com o intuito de suprir as necessidades do indivíduo. Uma situação que identifica a fragilidade do profissional de enfermagem em lidar com necessidades espirituais manifesta-se, por exemplo, na dificuldade em diferenciar angústia espiritual da emocional/psíquica e social e lidar com sintomas subjetivos, dificultando assim elencar as necessidades de cuidado (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

Outra causa desse problema está no avanço tecnológico que originou revoluções no que se refere ao processo de saúde e doença. Houve transformações no que diz respeito ao envolvimento da enfermagem com a tecnologia, uma vez que sua atuação pautada no cuidar humano e conceitos humanísticos adota, de forma exacerbante, especialmente a partir da revolução industrial, valores mecanicistas. Assim, percebe-se que a tecnologia interfere fortemente nos valores, conhecimentos, regras e responsabilidades adotadas por profissionais de enfermagem (SILVA et al. 2016).

Para amenizar a robotização muitas vezes inflexível de determinados protocolos de cuidado, o modelo biomédico de assistência à saúde das últimas décadas tem sido substituído por um novo paradigma, especialmente no que diz



respeito aos cuidados às pessoas elegíveis aos cuidados paliativos. A atenção aos aspectos da espiritualidade se une aos aspectos biológicos e psicossociais, proporcionando qualidade de vida e bem-estar aos pacientes e seus cuidadores/familiares, o que jamais deveria ser tratado separadamente. Esse modelo “diferenciado” de cuidar visa não somente aliviar os sinais e sintomas da doença, mas cuidar do ser integralmente, aliviando sintomas biopsicossociais e espirituais.

Tendo como cerne desta apresentação os aspectos espirituais do cuidado, nota-se que é importante identificar as necessidades desta dimensão em cada indivíduo, para que o profissional de enfermagem possa planejar e realizar cuidados voltados para a pessoa, atendendo às necessidades inerentes à sua singularidade, a fim de garantir-lhe a qualidade de vida e dignidade (SILVA et al. 2016). Identificar as necessidades espirituais de uma pessoa, exige do profissional de enfermagem adentrar em seu mundo exterior e interior, ou seja, conhecê-lo em todas as dimensões do cuidado, para descobrir seus sagrados, seus desejos, medos, angústias... Para isso acontecer é preciso a permissão do outro e de muita habilidade e sabedoria, pois adentra-se em seu santuário, no seu Eu. Sendo assim, se faz necessário desenvolver uma relação empática, na qual a confiança passa a ser um pilar muito importante, bem como é fundamental ter o máximo de respeito e sigilo.

Para adentrar no sagrado do outro, depois da relação empática estabelecida, ou seja, o ato sem julgamento de me colocar no lugar do outro, precisamos conhecer a biografia da pessoa e de seu entorno, para que, de maneira objetiva, possamos planejar o cuidado e intervir nas suas necessidades reais o mais rápido possível, tendo em vista sua condição frágil e ameaçadora de vida. A biografia da pessoa diz respeito às suas particularidades que vão para além da doença, para conhecê-la formalmente em sua informalidade. Conhecer a biografia do outro permite ao profissional olhar para seu Eu interior para além do exterior ou para além de um protocolo de perguntas e respostas. E como a espiritualidade se apresenta de dentro para fora, a conexão entre o profissional de enfermagem e o paciente e/ou seus familiares, se faz fundamental. Pacientes e familiares mostram-se muito receptivos à abordagem espiritual, sempre que realizada em momento oportuno. Inclusive, é importante saber a crença dos familiares envolvidos nos cuidados e qual



o grau de compatibilidade entre elas, para que no planejamento das intervenções incluamos todos os envolvidos (CARVALHO, 2012).

Existem algumas ferramentas que facilitam identificar essas necessidades espirituais, como as escalas HOPE e FICA. A HOPE é uma escala para avaliação espiritual composta por 9 itens divididos em 4 categorias: Fontes de esperança (H - sources of Hope), Religião organizada (O – Organized religion), Espiritualidade e práticas pessoais (P – Personal spirituality and practices), e Efeitos sobre os cuidados médicos e questões em fim de vida (E - Effect on medical care and end-of-life issues) (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001). Já a escala FICA busca, por meio de perguntas ou observando no dia-a-dia do cuidado, conhecer diretamente o paciente ou indiretamente por intermédio de seus familiares, sua espiritualidade. Decompondo-se este acrônimo FICA, observa-se que essa escala questiona os seguintes tópicos (ANCP, 2009):

- F (Faith) - Fé: Você tem alguma crença, fé? Se não, o que dá sentido à sua vida?
- I (Importance) – Importância: o quanto essa fé tem sentido em sua vida?
- C (Community) – Comunidade: você pertence a algum grupo que contempla sua mesma crença ou sentido de vida? Se sim, qual?
- A (Address) – Abordagem: como podemos abordar ou incluir esta questão no seu atendimento?

Cabe elucidar que a escala FICA tem como propósito encontrar o sentimento de continuidade/transcendência, a síntese de sabedoria e a percepção do legado espiritual daquela pessoa. Tocar nas questões espirituais permite, de forma leve na abordagem, conhecer da pessoa seus sonhos, esperanças, culpas, afetos, valores da vida, credos e fé, rituais importantes no contexto atual, dentre outros. Os profissionais de enfermagem, na aplicação dessa escala, devem ter como objetivo conhecer as necessidades espirituais da pessoa cuidada, buscando o alívio do sofrimento existencial/espiritual, proporcionando a ressignificação de sua vida, reconciliações, realizações de vontades e sonhos (ANCP, 2009).

Usualmente, entre os pontos a serem levantados durante o diálogo estão possíveis conflitos com Deus, com a religião, com familiares, demandas com relação

a ritos religiosos, obrigações, promessas e situações não resolvidas ou mal resolvidas no decorrer da vida daquela pessoa. É preciso estar atento para registrar essas pendências, e por meio de um plano de cuidados, orientado no processo de enfermagem, que o Enfermeiro possa propor intervenções capazes de proporcionar o conforto e alívio da dor na dimensão espiritual. Cabe ressaltar que o plano assistencial em cuidados paliativos deverá ser multiprofissional, não impedindo o Enfermeiro de inicialmente utilizar do processo de enfermagem para sistematizar e propor o cuidado oferecido, apresentando, por fim, à equipe, suas possíveis intervenções em um contexto multidisciplinar.

Vale a pena lembrar que o uso da escala é uma alternativa para guiar o diálogo, não impedindo que a abordagem aconteça espontaneamente, desde que não se perca o foco de conhecer a dimensão espiritual da pessoa cuidada. Nas situações não programadas para esse diálogo, caso a pessoa demonstre interesse de trazê-lo à tona, permita que o faça, pois ouvir já é um enorme ato terapêutico. Esse tema, por exemplo, poderá surgir no momento de um banho de aspersão no qual ele se sinta intimamente à vontade para expressar suas vontades, angústias, etc. Permita que expresse. Deve-se acolher, compartilhar com a equipe, e junto desta traçar o plano de cuidados que possa contemplar suas demandas e aliviar possíveis sofrimentos (MENDES, 2010).

Para elaboração do plano de cuidados é fundamental ter clareza do problema, dos sintomas, das necessidades de saúde, da história e cronologia da condição que o coloca em ameaça à vida e da possibilidade de prevenir complicações. Esse plano deve deixar claro que a proposta seja continuada por toda a equipe assistencial (ANCP, 2009).

Importante salientar que a pessoa é um ser em constante alteração até o dia de sua morte, assim como os familiares, cuidadores e profissionais. Por isso, a abordagem não deverá acontecer somente na admissão dessa pessoa em um serviço de saúde, mas precisa periodicamente ser refeita. Os problemas comumente encontrados na abordagem espiritual estão relacionados a dúvidas existenciais, à solidão, expectativas frustradas, questões familiares e conjugais, sexualidade, problemas econômicos, vícios e assuntos religiosos. Já os sintomas apresentados normalmente são medo, culpa, vazio, mau humor, nervosismo, tristeza, desânimo, ansiedade, revolta, isolamento social e incerteza, os quais muitas vezes não os

compreendemos como sintomas de angústia espiritual, tratando-os com um olhar apenas biologicista (MENDES, 2010). Faz-se necessário conhecer, por meio da escuta ativa e da presença compassiva, os principais problemas e sintomas que se manifestam no sofrimento espiritual de uma pessoa acompanhada por nós, para que assim possamos diferenciá-los em equipe, de outras correlações biopsicossociais e, dessa forma, planejar as intervenções.

Mendes (2016), em seu livro: “Cuidados paliativos: diagnóstico e intervenção espiritual”, elenca as principais necessidades espirituais de pessoas elegíveis aos cuidados paliativos, são elas: necessidades de ser reconhecido como pessoa, de reler a vida, de encontrar sentido na vida, de libertar-se de culpas e se perdoar, de reconciliações, de uma autêntica esperança e de expressar sentimentos, desejos e vivências religiosas. Para elaboração do plano de cuidados é fundamental ter clareza do problema, dos sintomas, das necessidades de saúde, da história e cronologia da condição que o coloca em ameaça à vida e da possibilidade de prevenir complicações. Esse plano deve ser claro para que a proposta seja sequenciada por toda a equipe assistencial.

A partir do momento que os profissionais de enfermagem identificam necessidades espirituais e buscam transpor de planejamento para intervenção multidisciplinar, se faz necessário e ético que as decisões sejam compartilhadas entre profissionais de saúde, paciente e familiares. A responsabilidade e as decisões compartilhadas, por meio de uma confiança mútua, favorecem, especialmente na dimensão espiritual, o bem maior a todos envolvidos no cuidado, inclusive e principalmente o “paciente” (MENDES, 2010).

Para oferecer assistência espiritual, os profissionais de saúde devem ter a capacidade de uma escuta amorosa, livre de julgamentos, que acolha o outro simplesmente pelo ato de olhar, pelo toque afetivo e essencialmente por se fazer presente. Os profissionais de enfermagem, pela possibilidade de se fazerem presentes continuamente na assistência à pacientes em condições que ameacem a continuidade da vida, devem compassivamente aliviar a dor do outro, fazendo com que a travessia por esses momentos difíceis seja mais leve. A leveza, muitas vezes buscada por esses pacientes e familiares, provém de atos e intervenções de cunhos existenciais e espirituais, de aproximações com situações ou pessoas que dão

sentido à sua vida, seus sagrados, o que não encontramos em intervenções físicas e medicamentosas.

Considerando os aspectos éticos, a Resolução Cofen n.º. 564/2017 dispõe em seu art. 48 sobre o dever dos profissionais de enfermagem em prestar assistência de Enfermagem, promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto. Expressa, em seu parágrafo único, que nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, **em consonância com a equipe multiprofissional (COFEN, 2017, grifo nosso)**, os Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros devem ofertar todos os cuidados paliativos disponíveis, a fim de assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Em relação ao sigilo profissional, o CEPE apresenta em seu art. 52 o dever dos profissionais de enfermagem **em manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional (COFEN, 2017, grifo nosso)**, exceto nos casos previstos nesta resolução. Faz-se importante reiterar a necessidade e também o dever do aprimoramento dos “conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão”, conforme o art. 55 (COFEN, 2017), para que os profissionais de enfermagem estejam adequadamente capacitados para contribuir com uma intervenção multidisciplinar segura, efetiva e de qualidade.

E, por fim, torna-se imprescindível e também ético o registro adequado da assistência de enfermagem ofertada e planejada, para que se favoreça à continuidade do cuidado do paciente. Esta ação está prevista nas Resoluções Cofen n.º. 429/2012, 514/2016, 545/2017 e 564/2017.

Sob o aspecto legal, o Decreto Regulamentador n.º. 94.406/1987 dispõe que cabe ao profissional enfermeiro, privativamente, a consulta de Enfermagem e prescrição da assistência de Enfermagem. Diante da escuta qualificada por parte destes profissionais, no contexto da assistência de enfermagem e de um adequado envolvimento multidisciplinar, compete ao enfermeiro a prescrição de cuidados de enfermagem através da aplicação do Processo de Enfermagem, disposto na Resolução Cofen n.º. 358/2009. Neste contexto, compete ao Auxiliar e ao Técnico de

Enfermagem o cumprimento de atividades assistenciais prescritas, considerando os preceitos éticos e legais da profissão.

## REFERÊNCIAS

ANANDARAJAH, Gowri; HIGHT, Ellen. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **American Family Physician**, v. 63, n. 1, p. 81, 2001. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html>. Acesso em: 4 abr. 2020.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de cuidados paliativos ANCP. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. p. 590-590. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 9 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 4 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html).

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 429**, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: Cofen, 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html). Acesso em: 4 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 514**, de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília: Cofen, 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016\\_41295.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html). Acesso em: 4 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 545**, de 9 de maio de 2017. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasília: Cofen, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017\\_52030.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html). Acesso em: 4 abr. 2020.

EVANGELISTA, Carla Braz *et al.* Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 176-182, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318023.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2020.

MENDES, Alberto Paulo Madureira. **Cuidados paliativos**: diagnóstico e intervenção espiritual. 2. ed. Lisboa: Multinova, 2016. 142p.

MESQUITA, Ana Cláudia *et al.* El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual e nun equipo de enfermería. **Index de Enfermería**, v. 23, n. 4, p. 219-223, 2014. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300006). Acesso em: 5 abr. 2020.

NANDA-I. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SANTOS, Franklin Santana. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. In: **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 447-447.

SILVA, B. S. *et al.* Nursing team perception non spirituality in end-of-lifecare. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 4, p. 01-08, 2016. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/12/47146-191965-1-PB.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

SILVA, Rodval Souza; AMARAL, Juliana Bezerra; MALAGUTTI, William. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 77-93.

## 4 A DIMENSÃO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Cláudia Mesquita Garcia

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

O cuidado em saúde requer o entendimento do homem como ser integral, com demandas diferenciadas, específicas e que devem ser solucionadas conjuntamente (ANDRADE et al., 2018). No contexto dos Cuidados Paliativos, o conceito de dor total aborda a dor da pessoa humana de forma integral: física, psicológica, social e espiritual (PHENWAN, 2018). Qualquer indivíduo pode “sentir dor” em cada um destes domínios, em níveis diferentes (PHENWAN, 2018). A dor deve ser concebida como algo completamente mais complexo do que apenas uma sensação fisiológica, sendo que os contextos biográficos, sociais e culturais nos quais esta dor é experimentada são essenciais para a compreensão mais completa e, conseqüentemente, para o cuidado adequado do indivíduo (CLARK, 1999).

As doenças incuráveis alteram o status social da pessoa enferma. Além da dor e de outros sintomas e complicações angustiantes de ordem física, os pacientes podem sofrer os efeitos indesejáveis da doença, os quais podem implicar em alteração de sua aparência; perda de papéis sociais, profissionais e familiares; dependência; alteração da percepção do futuro (DOBRÍKOVÁ et al., 2016) e necessidades financeiras (MALHOTRA et al., 2019). À medida que a doença avança, os pacientes podem apresentar diferentes formas de sofrimento no final da vida, decorrentes do abandono, com perda dos laços sociais, insegurança quanto ao futuro, inacessibilidade a serviços, invisibilidade social (como no caso da população de rua, por exemplo) e distanciamento de uma vida e de finitude dignas (FROSSARD et al., 2018).

Sendo assim, a dimensão social é um fator crucial a ser levado em consideração na assistência à pessoa em Cuidados Paliativos. Os profissionais do Serviço Social têm papel central na atenção à dimensão social da pessoa em Cuidados Paliativos. No entanto, a dor social não se restringe ao olhar especializado do assistente social, mas trata-se de uma dimensão a ser compartilhada com intensidade entre diferentes saberes (FROSSARD et al., 2018). Assim, os



profissionais de Enfermagem devem pensar no planejamento de sua assistência, de modo a incluir as demandas sociais de pacientes e familiares, levando em consideração a rede de suporte social destes.

#### **4.1 Dor e Sofrimento Social**

A palavra social é relativa à sociedade que, por sua vez, pode significar “Estado dos homens que vivem sob leis comuns; corpo social; associação; parceria; relações ou frequência habitual de pessoas; camada social”. (BUENO, 1996, p. 612).

Cada pessoa pertence a uma coletividade e, apesar das diferenças individuais, existe uma unidade do grupo. Há relatos na literatura científica de que a dimensão social pode ser realmente constitutiva da própria humanidade, de modo que uma população de indivíduos que não estivesse profundamente socializada não poderia ser considerada adequadamente humana (STEWART, 2014).

Aspectos importantes da vida social incluem a convivência com outras pessoas, como amigos e familiares, mas também dizem respeito ao papel que o indivíduo desempenha nos meios sociais dos quais participa, como no ambiente profissional, político e religioso, por exemplo. A presença de uma doença grave pode afetar negativamente o desempenho de tais papéis e atividades sociais (STRANG, 1992). Os papéis, conceito bem estabelecido em antropologia, sociologia, psicologia e nas ciências sociais, são as orientações dadas às pessoas para que elas ajam de forma compatível com suas funções sociais, como, por exemplo, estudante, trabalhador ou pai (BARRETT; KIELHOFNER, 2002; KAHN; ANTONUCCI, 1979). As comunidades, bem como grupos e famílias, por exemplo, são contextos para o desempenho de tais papéis, de modo que a vida da pessoa pode ser estruturada em torno das funções que ela tem ou deseja (GRIGOLATTO et al. 2014). Desta forma, a função é definida como um conjunto de atividades que se espera da pessoa em virtude de seu papel e implica em uma determinada posição no espaço social (GRIGOLATTO et al., 2014).



Pode ser observado o caso de um adolescente diagnosticado com câncer. Ele era um jovem com perfil de alto desempenho, o melhor de sua classe na escola, jogava futebol em campeonatos regionais e amado por todos. No entanto, devido à doença, ele falava constantemente sobre seu medo de ser “deixado de fora” de seu grupo de amigos, porque ele não poderia mais frequentar a escola, sendo que seus amigos seguiriam suas vidas enquanto ele estaria preso em casa ou no hospital (PHENWAN, 2018). Neste sentido, a dor social pode ser entendida como os sentimentos dolorosos associados à ameaça ou perda da conexão social (rejeição, exclusão, morte de um ente querido) (EISENBERGER, 2012). Já o sofrimento social trata-se do conjunto de problemas humanos que resultam do que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e também compreende as respostas humanas aos problemas sociais (KLEINMAN et al., 1997). Há ainda definições mais amplas nas quais o sofrimento é considerado uma experiência subjetiva aninhada em contextos sociais e culturais de um evento interpretado como doloroso ou prejudicial (LE BRETON, 1999), e em que o sofrimento é concebido como uma experiência social resultante de desequilíbrios de poder, como desigualdade, pobreza e insegurança relacionadas a forças e influências políticas, econômicas e institucionais recíprocas (DARBY, 2006).

Desta forma, torna-se importante que a equipe de enfermagem esteja atenta quanto à dimensão social do indivíduo, de modo que esta trabalhe para a detecção, a avaliação e o alívio da dor e do sofrimento social de pessoas com doenças crônicas limitantes da vida, tanto transmissíveis quanto não transmissíveis.

## **4.2 A Família como Componente do Contexto Social do Paciente em Cuidados Paliativos**

Frequentemente, o histórico familiar de uma pessoa, além de qualquer outro fator, influencia o significado que ela atribui a uma doença grave. Cada pessoa é moldada e, por sua vez, molda sua visão de mundo. Um componente importante da visão de mundo de qualquer pessoa é sua família, pois ela fornece ao indivíduo sua história, um forte padrão de crenças (incluindo aquelas sobre doenças graves e seu

tratamento), tradições e uma identidade. Cada indivíduo está intimamente ligado e é afetado pela vida de sua família, que, por sua vez, responde a mudanças no indivíduo. Para entender completamente o impacto de uma doença em um paciente, é imprescindível que também seja considerado o impacto desta na família como um todo (LETHBORG; KISSANE, 2015).

Reconhecer a importância de uma estrutura familiar requer definir claramente o que se entende por “família”. Na maioria das vezes, as famílias em cuidados paliativos consistem em pacientes, cônjuges e filhos (STEELE; DAVIES, 2015). No entanto, em outros casos, pessoas não relacionadas entre si por parentesco sanguíneo ou casamento podem funcionar como família (PANKE et al.; 2010). Ainda, família pode ser simplesmente definida como “aqueles indivíduos considerados familiares por essa pessoa” (FERRELL, 1998). Portanto, a definição de família deve ser ampliada. A família é um grupo de indivíduos inextricavelmente ligados de maneiras constantemente interativas e que se apoiam mutuamente (STEELE; DAVIES, 2015). Família pode significar parentes diretos de sangue, relacionamentos a partir de um compromisso emocional ou o grupo ou pessoa com a qual um indivíduo se sente mais conectado (FIELD; CASSELL, 1997). Além disso, a família, em seu sentido mais amplo, abrange todas as gerações - passado, presente e futuro; os vivos, os mortos e os que ainda não nasceram. Sombras do passado e sonhos do futuro também contribuem para a compreensão das famílias (STEELE; DAVIES, 2015).

De acordo com estudiosos da área de Serviço Social, no que diz respeito à perspectiva social, é de suma importância conhecer a família, o paciente e seus cuidadores. Conhecer e compreender a família, com seus limites e possibilidades, é essencial para um atendimento adequado. Neste sentido, a escuta atenta e o acolhimento são imprescindíveis. É necessário conhecer os tipos de vínculos existentes entre os membros da família, se esta tem condições (financeiras, emocionais e/ou organizacionais) de cuidar do enfermo e a forma como o paciente quer ser cuidado. Quanto à avaliação socioeconômica, algumas informações são fundamentais para o estabelecimento do plano de cuidados, pois irão possibilitar o conhecimento das demandas apresentadas pelas famílias, seus mecanismos de enfrentamento e seus limites (ANDRADE et al., 2018):

- Composição familiar: torna-se importante identificar com quem o paciente reside, quais são as pessoas que podem colaborar no cuidado deste, se há outros indivíduos no núcleo familiar que precisam de cuidados específicos de saúde. A construção de um genograma familiar pode auxiliar no desenvolvimento de uma visão sucinta da estrutura da família.
- Local de moradia: a depender do local de residência, é preciso identificar a precariedade ou suficiência das redes de suporte social, bem como a viabilidade de comparecimento ao atendimento em saúde, por exemplo, se haverá necessidade de encaminhar o paciente para ser atendido em outros locais da região e /ou se haverá a necessidade de transporte, entre outros.
- Formação, profissão e situação empregatícia do paciente: estas questões são primordiais, principalmente se o paciente for o responsável pelo sustento da família.
- Renda familiar: o conhecimento deste aspecto é necessário, uma vez que esta informação será importante para identificar se a família terá condições de arcar com futuras solicitações. Custos além do que a família pode arcar podem inviabilizar a assistência adequada ao paciente, levando a situações de estresse para os envolvidos.
- Religião: conhecer a religião da família e do paciente fornece subsídios para o planejamento de abordagens compatíveis com as crenças e significados pessoais destes;
- Rede de suporte social: esta rede trata de entidades (instituições, grupos formais, serviços) ou pessoas (parentes, amigos, vizinhos) às quais o paciente e seus familiares podem recorrer em casos de necessidade.

O cuidado centrado na família é um princípio básico da filosofia dos cuidados paliativos, que reconhece que os pacientes são parte de um sistema familiar. A doença do paciente afeta toda a família e, por sua vez, as respostas da família à doença de um de seus membros afetam o paciente. Apoiar as famílias nos cuidados paliativos significa que a equipe de enfermagem deve planejar seus cuidados com um entendimento não apenas das necessidades individuais do paciente, mas

também do sistema familiar no qual o paciente está inserido. Assim, as relações terapêuticas enfermeiro-paciente e enfermeiro-família são fundamentais para os cuidados paliativos centrados na família (STEELE; DAVIES, 2015).

Faz-se necessário que os profissionais de enfermagem compreendam que a vulnerabilidade, muitas vezes, se articula com a dor, podendo ser biológica, psicológica, espiritual e social. Esta última se origina na conjunção da precariedade do trabalho com a fragilidade do vínculo social, situações por meio das quais se pode descrever a situação de uma grande parcela da população brasileira. Para atuar quanto a esta dicotomia que está dada socialmente e que se faz mais aguda no caso de sujeitos que estão em relações que os tornam mais vulneráveis, como por exemplo, no caso das doenças limitantes da vida, é preciso que se perceba a pessoa para além de seu corpo, de sua condição física e de sua doença, afinal, ela é muito mais do que apenas o corpo que carrega (BESERRA et al., 2014). É preciso questionar uma sociedade que despoja as pessoas de sua identidade e os transforma em algo, como um número, uma doença, um “caso” (SILVA, 2012), afinal, “tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença (SIR WILLIAM OSLER, 1849-1919 apud JOHN, 2013, p. 58).

Diante do exposto, compreende-se que os profissionais de enfermagem possuem competência técnico-científica para entender, planejar e atuar sobre os aspectos sociais envolvidos nos cuidados paliativos.

Em seus Princípios Fundamentais, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe que “a Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade”, sendo que o profissional atua com autonomia e competência para a promoção do ser humano **na sua integralidade (COFEN, 2017, grifo nosso)**, preservando a autonomia das pessoas e a participação da comunidade.

Os profissionais de enfermagem possuem o direito de participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão e ainda, de ter acesso às informações relacionadas ao paciente, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional. Adentrar nas relações familiares/sociais do paciente requer sobretudo construção de um vínculo respeitoso, ético, considerando a necessidade

do sigilo, da prudência e da diversidade de opinião e posição ideológica, conforme disposto na Resolução nº 564/2017. O planejamento dos cuidados de enfermagem deve estar fundamentado no Processo de Enfermagem (PE). “O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”. (COFEN, 2009). Devem ser consideradas ainda as diretrizes multidisciplinares dos cuidados paliativos.

Sob o aspecto legal, a Lei Federal nº. 7498/1986 e o seu Decreto Regulamentador nº. 94406/1987 garantem o livre exercício da Enfermagem em todo o território nacional pelos profissionais legalmente habilitados, respeitadas as competências de cada categoria profissional. Os profissionais de enfermagem (Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros) possuem competência técnico-científica, ética e legal para prestarem assistência integral ao paciente eleito para cuidados paliativos, em todas as suas dimensões de assistência.

## REFERÊNCIAS

BARRETT, L.; KIELHOFNER, G. Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento ocupacional. *In*: Willard & Spackman. **Terapia Ocupacional**. 11. ed. Madrid: Panamericana, 2011. p. 209-233.

BESERRA, Eveline Pinheiro *et al.* Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/7911>. Acesso: 4 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm). Acesso em: 4 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 94.406**, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 1987. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em: 4 abr. 2020.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 1996. p. 612.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 4 abr. 2020.

CLARK, David. Total Pain', Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders. **Social science & medicine**, v. 49, n. 6, p. 727-736, 1999. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699000982>. Acesso em: 10 mar. 2020.

DARBY, Phillip. Security, spatiality, and social suffering. **Alternatives**, v. 31, n. 4, p. 453-473, 2006. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030437540603100405>. Acesso em: 10 mar. 2020.

EISENBERGER, Naomi I. Broken Hearts and Broken Bones: a Neural Perspective on the Similarities Between Social and Physical Pain. **Current Directions in Psychological Science**, v. 21, n. 1, p. 42-47, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0963721411429455>. Acesso em: 20 abr. 2020.

FERRELL, B.R. The family. In: HANKS, Geoffrey *et al.* **Oxford text book of palliative medicine**. Oxford University Press, 2011. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Fk9uBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Ferrell+BR.+The+family.+In:+Doyle+C,+Hanks+GWC,+McDonald+N,+eds.+Oxford+Textbook+of+Palliative+Medicine,+2nd+ed.+Oxford:+Oxford+University+Press,+1998.&ots=faF-FrxIMH&sig=0ykOB\\_U-YQaLNM8yz008Mzgg1Pg#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Fk9uBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Ferrell+BR.+The+family.+In:+Doyle+C,+Hanks+GWC,+McDonald+N,+eds.+Oxford+Textbook+of+Palliative+Medicine,+2nd+ed.+Oxford:+Oxford+University+Press,+1998.&ots=faF-FrxIMH&sig=0ykOB_U-YQaLNM8yz008Mzgg1Pg#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 20 abr. 2020.

FIELD, Marilyn J. *et al.* **Approaching death: improving care at the end of life**. National Academies Press, 1997. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=klluAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR18&dq=Field+MJ,+Cassell+CK,+eds.+Approaching+Death:+Improving+Care+at+the+End+of+Life.+Washington,+DC:+National+Academy+Press%3B+1997.&ots=Rjno6p5lc5&sig=7agCQns6owlJvX6XgKTA5AdmPBE#v=onepage&q=Field%20MJ%2C%20Cassell%20CK%2C%20eds.%20Approaching%20Death%3A%20Improving%20Care%20at%20the%20End%20of%20Life.%20Washington%2C%20DC%3A%20National%20Academy%20Press%3B%201997.&f=false>. Acesso em: 22 abr. 2020.

GRIGOLATTO, Tatiane *et al.* A influência dos papéis sociais na qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 22, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/512>. Acesso em: 22 abr. 2020.

JOHN, Michael. From Osler to the cone technique. **HSR Proc Intensive Care Cardiovasc Anesth**. v. 5, n. 1, p. 57-58. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b7c8/03d4768114269a9b5450c216dea4ef32f86d.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

KAHN RL, Antonucci TC. *Convoys over thelifecourse: attachment, roles and social support*. Michigan: Institute for Social Research, University of Michigan, 1979. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/259253271\\_Convoys\\_Over\\_the\\_Life\\_Course\\_Attachment\\_Roles\\_and\\_Social\\_Support](https://www.researchgate.net/publication/259253271_Convoys_Over_the_Life_Course_Attachment_Roles_and_Social_Support). Acesso em: 22 abr. 2020.

KLEINMAN, Arthur *et al.* **Social suffering**. Univ. of California Press, 1997. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ea8wDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Kleinman+A,+Das+V,+Lock+MM,+eds.+Social+Suffering.+1st+ed.+University+of+California+Press%3B+1997.&ots=IT8SREM60P&sig=nmXgTjy-X8a29RrSIH5cQsDqDg#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 22 abr. 2020.

LE BRETON, David. *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral. *In: LEON, Luis de. De los nombres de Cristo*. Obras completas castellanas de Fray Luis de León, Madrid: BAC, 1999.

LETHBORG, C.; KISSANE, D.W. The family perspective. *In: CHERNY, N. et al. Oxford Text book of Palliative Medicine*. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.

MALHOTRA, Chetna *et al.* Financial difficulties are associated with greater total pain and suffering among patients with advanced cancer: results from the COMPASS study. **Supportive Care in Cancer**, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-05208-y>. Acesso em: 12 abr. 2020.

PANKE, J. T.; FERRELL, B. R. The family perspective. *In: HANKS, G. et al. Oxford Text book of Palliative Care*, p. 1437-1444, 2010.



PHENWAN, Tharin. Relieving total pain in an adolescent: a case report. **BMC research notes**, v. 11, n. 1, p. 265, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13104-018-3368-8>. Acesso em: 8 abr. 2020.

SILVA, Maria Julia Paes da. Comunicação de más notícias. **O mundo da saúde**, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002305906>. Acesso em: 24 abr. 2020.

STEELE, Rose; DAVIES, Betty. Supporting families in palliative care. In: FERRELL, Betty R.; COYLE, Nessa; PAICE, Judith. **Oxford text book of palliative nursing**. Oxford University Press, 2014.

STEWART, John. An enquiry concerning the nature of conceptual categories: a case-study on the social dimension of human cognition. **Frontiers in psychology**, v. 5, p. 654, 2014. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.00654/full>. Acesso em: 24 abr. 2020.

STRANG, Peter. Emotional and social aspects of cancer pain. **Acta Oncologica**, v. 31, n. 3, p. 323-326, 1992. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02841869209108179>. Acesso em: 24 abr. 2020.







SIGA O **COREN-MG**  
NAS REDES SOCIAIS



[www.corenmg.gov.br](http://www.corenmg.gov.br)

Rua da Bahia, 916 | Centro  
Belo Horizonte-MG | CEP 30160-011  
Telefone Geral: (31) 3238-7500