



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

CARLA BRAZ EVANGELISTA

**CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE: UM ESTUDO COM
ENFERMEIROS**

João Pessoa-PB

2015

CARLA BRAZ EVANGELISTA

**CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE: UM ESTUDO COM
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, inserida na Linha de Pesquisa Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado:
Envelhecimento: o cuidar em Enfermagem e práticas educativas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Emília Limeira Lopes

João Pessoa-PB

2015

E92c Evangelista, Carla Braz.

Cuidados paliativos e espiritualidade: um estudo com enfermeiros / Carla Braz Evangelista. - João Pessoa, 2015.
96f. : il.

Orientadora: Maria Emília Limeira Lopes

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Cuidados paliativos. 3. Espiritualidade e saúde. 4. Enfermagem - práticas educativas.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

CARLA BRAZ EVANGELISTA

**CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE: UM ESTUDO COM
ENFERMEIROS**

APROVADA EM: ____/_____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Emília Limeira Lopes
(Orientadora/UFPB)

Prof.^a Dr.^a Solange Fátima Geraldo da Costa
(Membro Interno/UFPB)

Prof.^a Dr.^a Fátima Maria da Silva Abrão
(Membro Externo/UPE)

Prof.^a Dr.^a Patrícia Serpa de Souza Batista/ UFPB
(Suplente Interno/UFPB)

Prof.^a Dr.^a Regina Célia Oliveira
(Suplente Externo/UPE)

**João Pessoa – PB
2015**

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Marinalva Braz Evangelista e Carlos Alberto Evangelista por
serem os grandes responsáveis por esta vitória e por me incentivarem durante
toda a minha jornada acadêmica.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Emília Limeira Lopes por tudo que me ensinou e tem me ensinado ao longo dessa caminhada, pela sua dedicação, sabedoria, experiência, amizade e por sempre ter incentivado o meu crescimento profissional

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar o meu caminho e ser a minha fonte de inspiração e iluminar os meus passos.

Ao meu amado Laíres Cavalcante Borges Júnior por me incitar a lutar pelos meus sonhos e por compreender as ausências, as lágrimas e me encher de amor e carinho.

À professora Dr.^a Solange Fátima Geraldo Costa por sua paixão pela pesquisa, pela amizade, pelos ensinamentos e por sua contribuição para construção deste trabalho.

Às professoras Dr.^a Fátima Maria da Silva Abrão, Dr.^a Regina Célia Oliveira e a Dr.^a Patrícia Serpa pela disponibilidade em participar da banca examinadora.

A toda minha família: tios, tias, primos, primas, avó, por estarem sempre ao meu lado e acreditando no meu sucesso.

Às minhas amigas Amanda Maritsa, Izabel Alencar, Luana pela amizade e companheirismo.

Aos professores do programa de Pós-graduação em enfermagem pela contribuição para minha formação.

Às amigas do NEPB Andréa, Ana, Mônica, Zirleide, Indiara, Eveline, Jéssika e Priscilla pelo companheirismo, por me ajudarem nessa caminhada.

Muito Obrigada!!!

"Caminharei lado a lado com todo aquele que, no entardecer da sua vida, me procurar em busca de alívio. Cuidarei do seu corpo com a arte da ciência, confortarei sua alma com o sopro do espírito, guardarei seus mistérios por toda a eternidade."

Luis Saporetti

RESUMO

EVANGELISTA, Carla Braz. **Cuidados Paliativos e espiritualidade: um estudo com enfermeiros**. 2015. 96f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

Os cuidados paliativos constituem-se numa abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças potencialmente fatais, mediante o alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Destarte, observa-se que a espiritualidade auxilia os pacientes em situações consideradas difíceis e constitui-se uma ferramenta relevante em cuidados paliativos, por promover o alívio do sofrimento e da dor, provocados pelas doenças terminais e crônico-degenerativas. Esta dissertação foi constituída por dois artigos: o primeiro intitula-se *Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura*, e objetivou analisar artigos científicos produzidos no cenário mundial sobre cuidados paliativos e espiritualidade, por meio de uma revisão integrativa. O *corpus* da pesquisa foi composto por 40 artigos publicados no período de 2005 a 2014, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e IBECs e SciELO. Da análise textual das publicações, emergiram quatro abordagens temáticas: AT I – O significado da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos; AT II – Cuidados paliativos e assistência espiritual; AT III – A espiritualidade e o alívio da dor e de outros sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos e AT IV – Instrumentos de avaliação da dimensão espiritual no âmbito dos cuidados paliativos. Os resultados evidenciam a relevância da dimensão espiritual durante a assistência a pacientes sob cuidados paliativos e a incipiente produção de artigos sobre a temática, em nível nacional, o que torna necessário o desenvolvimento de novos estudos para disseminar o conhecimento sobre o tema. O segundo, original, intitula-se “A espiritualidade como recurso terapêutico em cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros”, e tem como objetivos compreender de que forma os enfermeiros empregam a espiritualidade como um recurso terapêutico na assistência a pacientes assistidos em regime de cuidados paliativos e identificar a influência de sua crença e fé na assistência a eles. Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, desenvolvida em um hospital filantrópico, que atende a pacientes oncológicos em regime de cuidados paliativos, no município de João Pessoa (PB). A amostra foi constituída por 10 enfermeiros. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, do qual recebeu certidão de aprovação, com registro CAAE, sob n. 32194614.2.0000.5188. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2014, mediante aplicação de entrevista semiestruturada, e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. A análise do material empírico do estudo permitiu a construção de três categorias: compreensão sobre cuidados paliativos e espiritualidade; necessidades espirituais de pacientes em cuidados paliativos; influência da crença e da fé na assistência aos pacientes em cuidados paliativos. Os enfermeiros reconhecem a importância da dimensão espiritual no atendimento aos pacientes sob cuidados paliativos e buscam atender às suas necessidades empregando variadas estratégias com base nessa dimensão.

Descritores: Cuidados Paliativos. Espiritualidade. Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

EVANGELISTA, Carla Braz. **Palliative Care and Spirituality: a study with nurses**. 2015. 96f. Thesis (Master'sDegree) – Health Sciences Centre, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and family members facing life-threatening diseases through the relief of physical, psychological and spiritual suffering. Therefore, it is observed that spirituality helps patients face difficult situations and is considered an important tool in palliative care, to ease the suffering and pain caused by terminal and chronic degenerative diseases. This master's degree thesis was consisted of two articles: the first is called Palliative Care and Spirituality: an integrative literature review, and aimed to analyze scientific articles produced worldwide on palliative care and spirituality: through an integrative review. The research *corpus* is consisted of 40 articles published from 2005 to 2014, in the LILACS, MEDLINE and IBECs and SciELO databases. From textual analysis of the publications four thematic approaches have emerged: AT I - The meaning of spirituality in the context of palliative care; AT II – Palliative care and spiritual assistance; AT III – Spirituality, pain relief and other symptoms that affect patients under palliative care, and AT IV -assessment tools of the spiritual dimension in the context of palliative care. The results indicate the importance of the spiritual dimension of patients under palliative care and the incipient production of articles about this theme nationwide, which makes it necessary to develop new studies to disseminate knowledge on the subject. The second, original, entitled "Spirituality as a therapeutic resource in palliative care: understanding nurses", and aims to understand how nurses employ spirituality as a therapeutic resource in assisting patients under palliative care and identify the influence of his belief and faith in assisting them. This is a qualitative field research, developed in a charity hospital that looks after cancer patients under palliative care, in the city of João Pessoa (PB). The sample consisted of 10 nurses. The research project was submitted to the Ethics Committee at the Health Sciences Centre, from which it received a certificate of approval, with CAAE registration under n. 32194614.2.0000.5188. Data were collected from August to October 2014 by applying semi-structured interviews and analyzed using content analysis technique. The analysis of the empirical material of the study allowed the construction of three categories: understanding palliative care and spirituality; spiritual needs of patients under palliative care; the influence of one's belief and faith in the assistance of patients under palliative care. The nurses recognize the importance of the spiritual dimension in patient assistance under palliative care and seek to meet their needs using a variety of strategies based on this dimension.

Descriptors: Palliative Care. Spirituality. Health. Nursing.

RESUMEN

EVANGELISTA, Carla Braz. **Cuidados paliativos y espiritualidad: un estudio con enfermeras**. 2015. 96 hojas. Tesis (Maestría) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2015.

El cuidado paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan la enfermedad mortal, a través del alivio del sufrimiento físico, psicológico y espiritual. Así pues, parece que la espiritualidad ayuda a los pacientes en situaciones consideradas difíciles y constituye una importante herramienta en cuidados paliativos, por promover el alivio del dolor y el sufrimiento causado por enfermedades terminales y crónico-degenerativas. Esta tesis doctoral fue compuesta de dos elementos: el primero se llama *Atención paliativa y espiritualidad: revisión integradora de literatura* y pretende analizar artículos científicos producidos en el escenario mundial sobre cuidados paliativos y espiritualidad, a través de una revisión integral. El corpus de esta investigación fue compuesto de 40 artículos publicados en el período comprendido entre 2005 y 2014, en las bases de datos MEDLINE, LILACS y SciELO e IBECs. Del análisis textual de publicaciones, surgieron cuatro enfoques temáticos: en el AT I-el significado de la espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos; En cuidado paliativo-II y asistencia espiritual; III-espiritualidad y el alivio del dolor y otros síntomas que afectan a los pacientes bajo cuidados paliativos y en herramientas de IV-evaluación de la dimensión espiritual en el contexto de cuidados paliativos. Los resultados demuestran la importancia de la dimensión espiritual durante el cuidado a los pacientes bajo cuidados paliativos y la incipiente producción de artículos sobre el tema, a nivel nacional, que exige el desarrollo de nuevos estudios para difundir el conocimiento sobre el tema. El segundo, original, se titula "espiritualidad como recurso terapéutico en cuidados paliativos: comprensión de las enfermeras", y pretende entender cómo las enfermeras emplean espiritualidad como recurso terapéutico en la asistencia a pacientes asistidos en régimen de cuidado paliativo e identificar la influencia de su creencia y fe en ayudarles. Es una investigación de campo, cualitativa en la naturaleza, que se convirtió en un hospital filantrópico, que atiende a pacientes con cáncer en régimen de cuidados paliativos, en el municipio de João Pessoa (Paraíba). La muestra consistió en 10 enfermeras. El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética del Centro de Ciencias de la salud, que recibieron un certificado de aprobación, con registro en el apartado 32194614.2.0000.5188 CAAE. Los datos fueron recogidos durante el período de agosto a octubre del de 2014, por aplicación de entrevista semi-estructurada y analizaron mediante la técnica de análisis de contenido. El análisis del material empírico del estudio permitió la construcción de tres categorías: comprensión de cuidados paliativos y espiritualidad; necesidades espirituales de los pacientes en cuidados paliativos; influencia de la creencia y fe en la asistencia a los pacientes en cuidados paliativos. Las enfermeras reconocen la importancia de la dimensión espiritual en la asistencia a los pacientes bajo cuidados paliativos y tratan de satisfacer sus necesidades mediante el empleo de variadas estrategias basadas en esta dimensión.

Descriptor: Cuidados Paliativos. Espiritualidad. Salud. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com a autoria, base de dados, país, periódico e ano.....	22
Quadro 2	Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com o delineamento de pesquisa e nível de evidência.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Artigo 1 - Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura.....	18
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1 Artigo 2 - Espiritualidade como recurso terapêutico em cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros.....	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	80
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	82
ANEXOS.....	83
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	84
ANEXO B- Normas da Revista Brasileira de Enfermagem.....	85
APÊNDICE C – Normas da Revista Escola Ana Nery Revista de Enfermagem.....	90
ANEXO D – Comprovante de Envio do Artigo.....	96

1. INTRODUÇÃO

O cuidar é uma prática social essencial para o desenvolvimento do ser humano (BORGES et al., 2012). O ato de cuidar considera o componente humanístico, ao promover a continuidade da espécie humana de forma saudável, e se insere no contexto da liberdade e da autonomia individual e coletiva, ao proporcionar condições para uma vida saudável em benefício do bem comum (SOUZA, 2010).

Para Fukumitsu, Cavalcante e Borges (2009), o cuidar é uma condição existencial e, de certo modo, um processo inerente às relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, que visa não somente curar a doença (visão biomédica), mas também diminuir o sofrimento e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da vida, principalmente quando os pacientes não apresentam possibilidade terapêutica de cura e necessitam de cuidados especiais que vão além da dimensão biológica.

Diante da necessidade de se considerar o indivíduo como um ser holístico, a saúde desvinculou-se do conceito que a restringia à ausência de doenças, cujo objetivo principal da assistência era a cura, e passou a contemplar o indivíduo em sua totalidade. Assim, o conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), passou a integrar outras dimensões além da biológica, tais como a psicológica, a social e a espiritual, conforme propõem os cuidados paliativos (WHO, 2002).

Os cuidados paliativos apresentam-se como uma abordagem que melhora a qualidade da vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves, por meio da identificação precoce, avaliação, tratamento da dor e de outros sintomas, sejam eles de ordem física, psicológica, social ou espiritual, principalmente quando a doença se encontra em estágio avançado e se tem pouca probabilidade de cura ou quando se enfrenta a doença em fase terminal, constituindo um sistema de apoio ao cliente e à família (WHO, 2002; WHO, 2007; National Cancer Institute, 2014).

Os cuidados paliativos são direcionados a pacientes, para os quais não existe a possibilidade de cura, uma vez que a patologia se encontra em um estágio progressivo, irreversível e já não responde a tratamentos curativos. Por essa razão, o cuidado é prioritário ao tratamento (SILVA; SUDIGURSKY, 2008). Esses cuidados não avançam nem atrasam a morte, afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, aliviam a dor e outros sintomas desagradáveis e integram os aspectos psicológicos e os espirituais durante a assistência (MATSUMOTO, 2012). Se para aliviar a dor física, existem os opioides, para a dor psíquica ou da alma, existem o acolhimento, a presença, o silêncio e a espiritualidade (GOMES, 2010).

No que tange à dimensão espiritual, cada vez mais, a Ciência se curva diante de sua grandeza e importância para a vida do ser humano (PERES et al., 2007). Gomes (2010) considera a espiritualidade como uma força dinâmica que se move no interior dos indivíduos e os coloca a caminho para dar significado à sua vida pessoal, sua história e sua realidade e pode estar relacionada a uma força transcendental, a uma realidade e a Deus. Trata-se de um percurso para compreender a si mesmo como ser humano ou para lidar com o próprio sofrimento. Também pode representar uma forma de se transmitir a quem sofre a esperança de continuar a viver e a lidar com a consciência da finitude.

Sob esse prisma, a espiritualidade é um recurso de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis para os indivíduos. No caso de pacientes sob cuidados paliativos, ela se configura como um caminho para que possam lidar com a terminalidade sem angústia, pelo fato reduzir o sofrimento e a dor provocada pelas doenças incuráveis. Nesse sentido, pode funcionar como um manto, um *pallium*, para que os pacientes portadores de doenças terminais possam se sentir mais amados, cobertos pelo manto da acolhida, e buscar na fé ou em algo transcendental a melhora da qualidade de sua vida (GOMES, 2010).

Alguns autores defendem a importância da assistência espiritual no atendimento de pacientes graves e de suas famílias (HASON et al., 2008; ASGEIRSDOTTIR et al., 2013). O estudo de Asgeirsdottir et al. (2013), desenvolvido com pacientes terminais, mostrou que a espiritualidade é uma das principais estratégias utilizadas pelos profissionais que assistem pacientes sob cuidados paliativos. Isso confirma a importância de se atender a esse aspecto na assistência aos pacientes fora das possibilidades de cura.

Broeckert (2011) afirma que, na assistência a pacientes terminais, todos os profissionais – médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais - dentro dos limites de cada profissão, devem observar o paciente em sua totalidade, considerando todas as dimensões, inclusive a espiritual.

Para isso, durante a assistência, a razão deverá dar lugar à sensibilidade, para que as necessidades espirituais dos pacientes sejam percebidas por esses profissionais, inclusive os da Enfermagem, e atendidas de forma particular, respeitando os desejos do paciente e de seus familiares (SILVA, 2011).

De acordo com Oliveira et al. (2012), os pesquisadores da área de Enfermagem têm desenvolvido estudos de modo a apontar ferramentas de avaliação identificadoras das necessidades espirituais dos pacientes. No entanto, poucos são os estudos nacionais que investigam a utilização da dimensão espiritual como ferramenta importante em cuidados paliativos. Dentre eles, destacam-se “A importância da integração da espiritualidade e da

religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos” (PERES et al., 2007); “Os significados e as práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos” (SILVA, 2011) e “Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar” (CERVELIN; KRUSE, 2014).

O interesse em realizar a presente pesquisa surgiu, inicialmente, da minha vivência como discente do Curso de Graduação em Enfermagem, quando tive a oportunidade de assistir (por ocasião do estágio curricular) pacientes em fase terminal, durante a disciplina Enfermagem em Emergência e UTI. Essa experiência contribuiu para me fazer perceber que a assistência voltada para esses pacientes, cuja doença era tida como incurável, não deveria contemplar somente o alívio do sofrimento físico, mas também o da alma.

Outra experiência diz respeito à minha participação como membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPB), durante o período da Graduação. Nesse Núcleo pude participar de eventos e desenvolver estudos e pesquisas relacionados à assistência a pacientes fora das possibilidades terapêuticas de cura. Dentre os eventos, destacam-se: Curso Introdutório em Cuidados Paliativos, Curso de Enfermagem em Cuidados Paliativos: bases para a ampliação da assistência, do ensino, da pesquisa e da implantação de serviços e Curso de Cuidados Paliativos e Espiritualidade. No tocante às pesquisas, direcionadas a essa temática, estas foram apresentadas em eventos regional, nacional e internacional, e divulgadas em periódicos científicos. São elas: Cuidados Paliativos e Enfermagem: produção científica em periódicos online da área da saúde (II Colóquio Científico Regional – HULW); Terminalidade e Cuidados Paliativos: produção científica no âmbito da saúde (15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem) e Compreensão de enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família (III Congresso Internacional do Envelhecimento e o V Congresso Internacional de Cuidados Paliativos).

Das pesquisas desenvolvidas que abordam a temática proposta, destacam-se os manuscritos “A dimensão espiritual do cuidar na prática de enfermagem: opiniões de estudantes”, “Bioética, cuidados paliativos e terminalidade: uma revisão integrativa da literatura” e “Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal”, todos publicados em periódicos nacionais.

Além dessas experiências, a insipiente produção brasileira de artigos referentes à temática, conforme destacado no artigo de revisão integrativa sobre cuidados paliativos e espiritualidade, justificou o meu interesse em desenvolver esta pesquisa.

Ante o exposto, apresentamos as questões centrais que orientaram o processo de investigação:

- Como os enfermeiros assistenciais compreendem a espiritualidade como recurso terapêutico utilizado na assistência a pacientes sob cuidados paliativos?
- Que estratégias são utilizadas por enfermeiros assistenciais para atender às necessidades espirituais desses pacientes?
- Qual a influência da crença e da fé dos enfermeiros assistenciais no cuidado prestado a pacientes sob cuidados paliativos?

Diante da relevância desses questionamentos para a compreensão do objeto de estudo, o estudo pretendeu alcançar os seguintes objetivos:

- Investigar a compreensão de enfermeiros assistenciais sobre a espiritualidade como recurso terapêutico utilizado na assistência a pacientes sob cuidados paliativos;
- Verificar as estratégias utilizadas por enfermeiros para atender às necessidades espirituais desses pacientes;
- Identificar a influência da crença e da fé dos enfermeiros assistenciais no cuidado prestado à pacientes sob cuidados paliativos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2 Artigo 01 - Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura

2.1 Artigo 1 - Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura

2.1 Artigo 01 - Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura

Na revisão de literatura, apresenta-se um artigo de pesquisa do tipo revisão integrativa acerca da temática “cuidados paliativos e espiritualidade”, o qual foi elaborado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn.

CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PALLIATIVE CARE AND SPIRITUALITY: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

CUIDADOS PALIATIVOS Y ESPIRITUALIDAD: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

RESUMO

Objetivou-se analisar artigos científicos disseminados em periódicos *on line* no cenário internacional acerca da temática cuidados paliativos e espiritualidade. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2014, nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, IBECs. A amostra foi constituída de 40 publicações, cuja análise textual permitiu a construção de quatro abordagens temáticas: significado da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos; cuidados paliativos e assistência espiritual; espiritualidade e alívio da dor e de outros sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos; e instrumentos de avaliação da dimensão espiritual no âmbito dos cuidados paliativos. Verificou-se a relevância da dimensão espiritual durante a assistência de pacientes assistidos por meio de cuidados paliativos e a incipiente produção de artigos sobre a temática, em nível nacional, o que torna necessário o desenvolvimento de novos estudos para disseminar conhecimento sobre o tema.

Descritores: Cuidados paliativos; Espiritualidade; Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze scientific articles online on the international scene on the the theme of palliative care and spirituality. It is an integrative review of the literature, whose data

were collected in September 2014, in LILACS, SCIELO, MEDLINE, IBECs databases. This sample was composed of 40 publications, whose textual analysis gave rise to four thematic approaches: the meaning of spirituality in the palliative care context; palliative care and spiritual assistance; spirituality and the relief of pain and other symptoms that affect patients under palliative care; and evaluation tools of the spiritual dimension concerning palliative care. The relevance of the spiritual dimension is noted during the assistance of patients under palliative care and the incipient production of articles on the theme nationwide, making the development of new studies to disseminate knowledge on the theme.

Keywords: Palliative Care; Spirituality; Health

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar artículos científicos producidos en línea en la escena internacional en el tema de los cuidados paliativos y la espiritualidad. Es una revisión integradora de la literatura, cuya recolección de datos produjo en el mes de septiembre de 2014, en las bases de datos LILACS, MEDLINE, SCIELO, IBECs. La muestra se compone de 40 publicaciones, de cuyo análisis textual surgieron cuatro enfoques temáticos: significado de espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos; cuidados paliativos y asistencia espiritual; espiritualidad y alivio del dolor y otros síntomas que afectan a los pacientes bajo cuidados paliativos; y herramientas de evaluación de la dimensión espiritual en el contexto de cuidados paliativos. Resulta que la relevancia de la dimensión espiritual durante la asistencia de pacientes asistidos por medio de cuidados paliativos y la incipiente producción de artículos sobre el tema, a nivel nacional, que exige el desarrollo de nuevos estudios para difundir el conocimiento sobre el tema.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Espiritualidad; Salud

INTRODUÇÃO

O progresso científico, notadamente os avanços da tecnologia médica, trouxe expectativas excessivas e irrealistas para a população e esqueceu que os seres humanos são finitos e que a morte é um fenômeno natural e não um simples fracasso⁽¹⁾.

Conforme a Medicina foi se tornando dependente da tecnologia, práticas humanistas como o apreço e a solidariedade foram sendo esquecidas pelos profissionais da saúde e o cuidar passou a existir tão-somente como uma medida consoladora, diante da impotência médica no prolongamento da vida⁽²⁾. Tal fato evidencia as limitações da Medicina diante das

necessidades dos pacientes que se encontram fora das possibilidades de cura⁽³⁾ e que necessitam de cuidados que vão além da dimensão física.

Quando a terapêutica médica não alcança o seu objetivo primordial - o de curar – são essenciais a realização de cuidados que amenizem a dor e o desconforto do processo de morrer⁽²⁾ e a promoção de uma assistência que contemple o indivíduo como ser holístico (dependente de necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais), conforme propõe a filosofia dos cuidados paliativos⁽⁴⁾.

Os cuidados paliativos são definidos como cuidados ativos e totais voltados para pacientes cuja doença não responde mais a tratamentos curativos e tem o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de vida deles e de seus familiares, por meio do alívio da dor e de problemas biopsicossociais e espirituais⁽⁵⁾. Esses se constituem como uma abordagem especializada que auxilia os indivíduos a viverem e a enfrentarem a morte da melhor forma possível⁽²⁻³⁾. Desse modo, o limite da vida é considerado com algo aceitável, e o cuidado é a sua prioridade⁽⁶⁾.

Durante a assistência paliativa, as necessidades a serem atendidas são diversas, porém, a espiritualidade passa a ser considerada a necessidade mais urgente para os pacientes fora das possibilidades de cura, devido à fragilidade deles diante da proximidade da morte e do medo do desconhecido⁽⁷⁾.

A espiritualidade é uma característica inata do ser humano e refere-se à busca por um sentido transcendente de vida, que pode acontecer através da religião, da arte, da música, da natureza e da solidariedade^(1,4). É um componente que fortalece e conforta as pessoas, principalmente em momentos difíceis⁽⁸⁾, e as auxilia a descobrir seu verdadeiro potencial, a ter mais confiança em si mesmas e coragem para amar e perdoar⁽¹⁾.

Vários estudos ^(4,7,9) destacam a importância da espiritualidade no enfrentamento de doenças em estágio avançado e na melhoria do bem-estar de pacientes com doença grave ou terminal. Pesquisa realizada com indivíduos internados em uma unidade de cuidados paliativos mostrou que uma atenção espiritual adequada influencia positivamente o paciente e os familiares na vivência do processo terminal da vida e os auxilia a enfrentar o processo de finitude⁽⁷⁾. Estudos como esses contribuem para alertar os profissionais da área de saúde de que devem estar preparados para atender às necessidades do paciente que se encontra em cuidados paliativos de forma integral e humanizada, por meio de ações que garantam uma morte digna e o controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos sociais e espirituais⁽¹⁰⁾.

Ressalte-se, no entanto, que, embora o atendimento espiritual seja um recurso terapêutico de grande relevância na assistência a esses pacientes, sua realização continua a ser

esquecida pelos profissionais de saúde⁽¹¹⁾, devido à falta de preparo e à dificuldade de atender às necessidades espirituais do paciente, o que demonstra a carência de conhecimento e informações a respeito do assunto⁽¹²⁾. Isso significa que novas investigações a respeito da temática devem ser feitas, no sentido de contribuir para a construção de conhecimentos sobre os cuidados paliativos e a espiritualidade e servir de subsídios para que os profissionais de saúde possam sentir-se mais seguros para atender ao paciente fora das possibilidades de cura.

Ante o exposto, o objetivo desta pesquisa foi o de analisar artigos científicos disseminados em periódicos *on line* no cenário internacional acerca da temática cuidados paliativos e espiritualidade

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa, com cujo método o pesquisador pode investigar estudos já existentes, relacionados à temática proposta, com vistas a compreendê-la bem mais. Essa abordagem metodológica tem sido apontada como uma ferramenta de grande relevância no campo da saúde, por proporcionar a busca, a avaliação crítica e a síntese de conhecimentos acerca de um tema⁽¹³⁾, o que facilita a identificação dos resultados relevantes e auxilia o profissional a escolher condutas e a tomar decisões⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Para elaborar esta revisão, foi trilhado o percurso metodológico subdividido em seis fases, quais sejam: elaboração da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e da busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁽¹⁴⁾.

Na primeira fase, foi definida a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica existente no cenário internacional acerca da temática cuidados paliativos e espiritualidade? A segunda consistiu no levantamento bibliográfico e na definição dos critérios de inclusão e exclusão das publicações. Quanto ao levantamento, a investigação dos estudos foi realizada por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e IBECS (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Quanto aos critérios de inclusão, foram contemplados artigos completos disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de janeiro de 2005 a

julho de 2014, e que apresentassem a temática proposta no título, no resumo ou nos descritores. Como critérios de exclusão, consideraram-se cartas ao editor, relatos de casos, editoriais, artigos em duplicidade, publicados em outros idiomas, com exceção do português, do inglês e do espanhol que antecedessem o ano de 2005 e aqueles que não abordavam diretamente a temática proposta.

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de setembro de 2014, e como estratégias de investigação, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (Decs): palliative care *AND* spirituality *OR* cuidados paliativos *AND* espiritualidade *OR* cuidados paliativos *AND* espiritualidad.

Posteriormente à seleção dos artigos, procedeu-se à terceira fase da revisão, quando foram definidas as informações que seriam extraídas dos estudos. Para viabilizar a apreensão das informações, foi utilizado um banco de dados elaborado no *software* Microsoft Office Excel 2010, que contou com as seguintes variáveis: autor da publicação, país, base de dados, título do periódico, idioma da publicação, ano de publicação, referência, delineamento do estudo, título do artigo, objetivos, resumo, principais resultados, conclusão e nível de evidência⁽¹⁵⁾. Na quarta fase, os estudos selecionados foram lidos na íntegra e analisados individualmente para garantir a validade da revisão, e na quinta, os estudos selecionados para revisão foram interpretados, com a discussão dos principais achados e analisados com base na literatura sobre a temática.

Para permitir uma melhor compreensão dos resultados, na sexta fase, foi apresentada a síntese do conhecimento sobre a temática, por meio do agrupamento das informações em quadros e em abordagens temáticas.

RESULTADOS

O universo do estudo foi constituído por 540 publicações pertinentes à temática investigada, dentre as quais, 503 foram encontradas na base de dados MEDLINE, 20, na LILACS, 4, na Scielo, e 12, no IBECs. Depois de leituras sucessivas dos títulos e dos resumos, foram excluídos 465 artigos por não abordarem a temática investigada, totalizando 75. Desses, 40 compuseram a amostra por atenderem aos critérios de inclusão, conforme apresentado no quadro 1.

Nº	Autores	Base de dados	País	Periódico	Ano
01	Cervelin, Kruse	LILACS/SciELO	Brasil	Esc Ana Nery	2014
02	Galiana et al.	IBECs	Espanha	Medicina Paliativa	2014
03	Asgeirsdottir et al.	MEDLINE	Islândia	Support Care Cancer	2013

04	Vermandere et al.	MEDLINE	Bélgica	Support Care Cancer	2013
05	Gaudette, Jankowski	MEDLINE	EUA	J Health Care Chaplain	2013
06	Higuera et al.	IBECS	Espanha	Medicina Paliativa	2013
07	Vermandere et al.	MEDLINE	Bélgica	Br J Gen Pract	2012
08	Meredith et al.	MEDLINE	Austrália	J Relig Health	2012
09	Ronaldson et al.	MEDLINE	Austrália	J Clin Nurs	2012
10	Cobb et al.	MEDLINE	Reino Unido	J Pain Symptom Manage	2012
11	Selman et al.	MEDLINE	Inglaterra	J Clin Epidemiol	2012
12	Vallurupalli et al.	MEDLINE	EUA	J Support Oncol	2012
13	Hui et al.	MEDLINE	EUA	Am J Hosp Palliat Care	2011
14	Kandasamy et al.	MEDLINE	Índia	Indian J Cance	2011
15	Selman et.	MEDLINE	Inglaterra	J Pain Symptom Manage	2011
16	Amoah	MEDLINE	Inglaterra	Int J Palliat Nurs	2011
17	Kale	MEDLINE	África	Int J Palliat Nurs	2011
18	Selman et al.	MEDLINE	Inglaterra	J Pain Symptom Manage	2011
19	Knapp et al.	MEDLINE	EUA	J Palliat Med	2011
20	Bergman et al.	MEDLINE	EUA	World J Urol	2011
21	Hexem et al.	MEDLINE	EUA	J Palliat Med	2011
22	Silva	LILACS	Brasil	Rev HCPA	2011
23	Arrieira et al.	LILACS	Brasil	Cienc Cuid Saude	2011
24	Puchalski et al.	IBECS	EUA	Med Paliat	2011
25	Edwards et al.	MEDLINE	Reino Unido	Palliat Med	2010
26	Penderell, Brazil	MEDLINE	Canadá	Palliat Support Care	2010
27	Albers et al.	MEDLINE	Holanda	J Pain Symptom Manage	2010
28	Seccareccia,Brown	MEDLINE	Canadá	J Palliat Med	2009
29	Herrera	MEDLINE	Colômbia	Invest Educ Enferm	2009
30	Vivat	MEDLINE	Reino Unido	Palliative Med	2008
31	Puchalski	MEDLINE	EUA	Omega	2008
32	Elias, Giglio, Pimenta	LILACS	Brasil	Rev Latino-am Enfermagem	2008
33	Peres et al.	LILACS/SciELO	Brasil	Rev Psiqu Clín	2007
34	Elias et al.	LILACS/SciELO	Brasil	Rev Psiqu Clín	2007
35	Sinclair et al.	MEDLINE	Canadá	Palliat Support Care	2006
36	Elias et al.	MEDLINE	Brasil	ScientificWorld Journal	2006
37	Sinclair et al.	MEDLINE	Canadá	J Palliat Med	2006
38	Renz et al.	MEDLINE	Suíça	Support Care Cancer	2005
39	Hills et al.	MEDLINE	EUA	J Palliat Med	2005
40	Pessini,Bertachini	LILACS	Brasil	Mundo Saúde	2005

Quadro 1. Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com a autoria, base de dados, país, periódico e ano.

Os resultados apresentados no quadro 1 indicam que a maioria dos estudos sobre a temática “cuidados paliativos e espiritualidade” foi desenvolvida na Europa, nos seguintes países: Canadá (10,00%), Reino Unido (7,50%), Espanha (5,00%), Bélgica (5,00%), Colômbia (2,50%), Holanda (2,50%), Inglaterra (10,00%), Islândia (2,50%) e Suíça (2,50%); outra parte, na América e contemplou os Estados Unidos (22,50%) e o Brasil (20,00%); e outra, na Oceania, na Austrália (5,00%), na Ásia, na Índia (2,50%), e na África (2,50%). Não obstante o fato de a maior parte das publicações estarem concentrada no continente europeu, o país que mais produziu artigos sobre essa temática foi Estados Unidos, seguido do Brasil.

Os Estados Unidos investem 400 bilhões de dólares, por ano, em pesquisas científicas e lidera o *ranking* de publicações no mundo, com 20,00% de produção em âmbito mundial. No

entanto, países como a China, Índia e Brasil têm mostrado um rápido desenvolvimento no campo da pesquisa. O Brasil, por exemplo, pretende aumentar para 2,50% os investimentos aplicados em investigações científicas, oriundos do produto interno bruto (PIB), até 2020⁽¹⁶⁾.

Observou-se que a maior parte dos estudos concentra-se na base de dados internacional MEDLINE, com 75,00% das produções acerca da temática. Esta é a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e contém mais de 21 milhões de resumos relacionados à literatura biomédica, o que pode justificar a maior concentração de estudos realizados nesse país⁽¹⁷⁾.

Considerando-se o número de artigos publicados por periódico, observou-se que o Journal of Palliative Medicine apresentou o percentual mais expressivo de produções acerca do tema abordado (12,50%). Esse periódico trata de questões relacionadas aos cuidados de fim de vida (por exemplo, os aspectos espirituais) e apresenta informações pertinentes para os profissionais que atuam no ambiente de cuidados paliativos, fator que explica o quantitativo de publicações a respeito da temática no referido periódico⁽¹⁸⁾.

Em relação ao ano de publicação dos artigos, evidencia-se que ano de maior produção de artigos foi o ano de 2011 com 30,00% das publicações, seguido do ano de 2012 com 15,00%. Não houve crescimento das publicações acerca da temática ao longo dos anos, mesmo diante do aumento das discussões acerca da temática nas últimas décadas.

Nº	Delineamento dos estudos	Nível de evidência
01	Revisão de Literatura	-
02	Revisão de Literatura	-
03	Qualitativo, fenomenológico	VI
04	Qualitativo	VI
05	Quantitativo, descritivo	VI
06	Quantitativo, descritivo, transversal	VI
07	Opinião de especialistas	VII
08	Qualitativo, descritivo, longitudinal	VI
09	Quantitativo, descritivo, transversal	VI
10	Revisão de Literatura	-
11	Quantitativo, descritivo, transversal	VI
12	Quantitativo, descritivo, transversal	VI
13	Quantitativo, descritivo, retrospectivo	VI
14	Quantitativo, descritivo, transversal	VI
15	Revisão Sistemática	I
16	Revisão de Literatura	-
17	Qualitativo, fenomenológico	VI
18	Revisão Sistemática	I
19	Quantitativo, descritivo	VI
20	Quantitativo, descritivo, retrospectivo	VI
21	Qualitativo	VI
22	Revisão de Literatura	-
23	Qualitativo, descritivo, exploratório	VI
24	Opinião de especialistas	VII
25	Revisão Sistemática Qualitativa	V
26	Qualitativo, descritivo	VI

27	Revisão de Literatura	-
28	Qualitativo, fenomenológico	VI
29	Quantitativo, descritivo, comparativo	VI
30	Revisão de Literatura	-
31	Revisão de Literatura	-
32	Qualitativo, fenomenológico	VI
33	Revisão de Literatura	-
34	Qualitativo, fenomenológico	VI
35	Qualitativo, auto-etnográfico	VI
36	Qualitativo, fenomenológico	VI
37	Revisão de Literatura	-
38	Qualitativo	VI
39	Quantitativo, descritivo	VI
40	Revisão de Literatura	-

Quadro 2. Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com o delineamento de pesquisa e nível de evidência.

Quanto ao delineamento da pesquisa e ao nível de evidência, 27,50% (11) dos estudos eram de revisão de literatura e não apresentaram nível de evidência; 5,00% (2) apresentaram nível de evidência VII, por se tratar de opinião de especialistas; 32,50% (13) dos artigos qualitativos, juntamente com 27,50% (11) dos estudos quantitativos, foram classificados com o nível de evidência VI; o estudo de revisão sistemática qualitativa apresentou nível de evidência V; e apenas 5,00% (2) dos estudos apresentaram o maior nível de evidência científica, por se tratar de uma revisão sistemática.

DISCUSSÃO

Mediante leituras sucessivas dos estudos selecionados para a presente revisão e o agrupamento de informações referentes à temática cuidados paliativos e espiritualidade foi possível construir quatro abordagens temáticas relacionadas aos enfoques das publicações: Abordagem temática I - O significado da espiritualidade no campo dos cuidados paliativos; Abordagem temática II - Cuidados paliativos e assistência espiritual; Abordagem temática III - A espiritualidade e o alívio da dor e de outros sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos e Abordagem temática IV – Instrumentos de avaliação da dimensão espiritual no campo dos cuidados paliativos.

Abordagem temática I – O significado da espiritualidade no campo dos cuidados paliativos

A presente abordagem temática foi composta de estudos com enfoque para o significado da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos, sob a perspectiva de profissionais⁽¹⁹⁻²⁴⁾, pacientes^(20,26), familiares⁽²⁰⁾ e de estudiosos⁽²⁷⁾.

A espiritualidade é um conceito multidimensional que compreende a busca de significado para a vida e a transcendência^(23-24,26), e pode estar relacionada à fé em Deus ou em uma força Superior^(19,24-27).

Estudo de revisão objetivou conhecer o significado e as práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos sob o ponto de vista de enfermeiros, pacientes e familiares. Com base nos resultados, foi possível visualizar diferentes percepções acerca do termo “espiritualidade”, com destaque para a fonte de conforto entre enfermeiros e pacientes e a fonte de cura e manutenção da saúde para familiares⁽²⁰⁾.

Outro trabalho realizado com profissionais da área de saúde do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico, localizado no estado do Rio Grande do Sul (RS), evidenciou que a espiritualidade, no sentido individual, envolveu a prestação de cuidados integrais, diferenciados e holísticos, e no sentido coletivo, a espiritualidade relacionou-se à fé em Deus ou em uma força superior⁽¹⁹⁾.

Duas pesquisas realizadas no Canadá investigaram a compreensão de médicos sobre a espiritualidade⁽²⁴⁻²⁵⁾. De acordo com o resultado do estudo⁽²⁴⁾, o termo relacionou-se ao significado para a vida, à crença em um ser superior, ao senso de conexão e à universalidade. Em outro estudo⁽²⁵⁾, foi concebido como a força que auxilia os pacientes fora das possibilidades de cura a continuar a viver e os próprios profissionais de saúde para prestarem assistência ao paciente que se encontra sob cuidados paliativos. Ambas as pesquisas evidenciaram a relação entre a espiritualidade pessoal e a prática dos cuidados paliativos.

Com base nos estudos investigados na abordagem temática I, pode-se inferir que a espiritualidade é uma palavra que denota diversos significados, como abordado em um estudo realizado com enfermeiros⁽²⁸⁾. Ainda não há uma definição clara e amplamente aceita a respeito do termo “espiritualidade”, entretanto, isso não pode ser traduzido na sua inexistência⁽²⁸⁾.

Com o intuito de identificar pontos de acordo entre a espiritualidade e sua aplicação nos cuidados de saúde e nos cuidados paliativos, em 2009, foi realizada uma conferência na cidade de Pasadena, na Califórnia (EUA). Nesse evento, especialistas entraram em um consenso acerca da definição do termo⁽²¹⁾.

Assim, a espiritualidade foi conceituada como um aspecto da condição humana relacionada à busca de significado para a vida e de expressão de um estado de conexão

consigo mesmo (interpessoal), com os outros (intrapessoal), com a natureza e com o significado do sagrado (transpessoal). Entretanto, sabe-se que o termo se diferencia de religião, porquanto a religião é parte de uma organização com regulamentos a serem seguidos, envolve celebrações e rituais e apresenta-se como uma das abordagens que os indivíduos utilizam para expressar sua espiritualidade⁽²⁴⁾. Desse modo, a espiritualidade parece ser um guarda-chuva global e a religião parece ser um de seus componentes⁽²²⁾.

De acordo com autor⁽²⁹⁾, a literatura aborda apenas semelhanças entre as descrições de experiências pessoais e profissionais acerca da espiritualidade que, dificilmente, podem ser investigadas de forma empírica, conforme observado na presente revisão. Então, qualquer definição sobre a dimensão espiritual pode ser aceita, porque a espiritualidade pode abranger vários aspectos.

Diante dessas considerações, verificou-se que o significado de espiritualidade é vago, subjetivo e impreciso, e isso traz à tona a necessidade de uma definição mais clara⁽²⁹⁾, para que se tenha uma melhor compreensão dessa dimensão.

Uma clarificação acerca do conceito de espiritualidade é necessária e poderá ajudar os profissionais de saúde a entenderem quais os aspectos dessa dimensão são importantes para ser abordados durante a consulta do paciente em cuidados paliativos, permitindo uma assistência com enfoque na espiritualidade que seja mais abrangente e efetiva, no sentido de atender às necessidades espirituais do paciente.

Abordagem temática II – Cuidados paliativos e assistência espiritual

A abordagem temática II demonstra a importância do atendimento espiritual para pacientes que se encontram em cuidados paliativos e aborda questões referentes às necessidades espirituais do paciente, às barreiras encontradas durante o atendimento espiritual e às informações indispensáveis à realização de uma assistência espiritual.

O cuidado com enfoque nos aspectos espirituais está ganhando cada vez mais atenção por parte dos estudiosos e dos profissionais da área de saúde, mas sua maior contribuição direciona-se para o atendimento a indivíduos que se encontram fora das possibilidades terapêuticas de cura e que necessitam de cuidados paliativos⁽³⁰⁾.

Os cuidados paliativos reconhecem a importância das necessidades espirituais no atendimento a pacientes terminais, de modo a auxiliá-los a enfrentar o processo de enlutamento e luto^(7,30-33). Essas necessidades incluem o significado para vida, esperança, perdão, amor, transcendência, conexão com outros, com Deus e com o sagrado⁽³¹⁾. Entretanto,

o perdão apresenta-se como a necessidade mais importante para os pacientes com doenças potencialmente fatais⁽³⁴⁾.

Estudo procurou sintetizar a classificação das necessidades espirituais com base na literatura e mostrou que as necessidades básicas presentes nos indivíduos são as de relacionamento, amor e significado para a vida. Porém, além dessas, as necessidades de revisão e de conclusão de assuntos pendentes, de esperança, de perdão, de conforto, de segurança, de garantia de bem-estar da família, de crenças e práticas religiosas ou espirituais e de preparação do corpo para a morte foram encontradas no estudo supracitado e somam-se às encontradas nesta revisão⁽³⁵⁾.

Há que se ressaltar que os profissionais de saúde devem estar preparados para atender às necessidades espirituais do paciente através da coleta de sua história espiritual⁽⁶⁾, e de encaminhamentos, quando necessário, para os serviços de capelania e outros apoiadores espirituais⁽⁹⁾. Quando os profissionais da área de saúde têm uma história espiritual, a avaliação espiritual e o plano de cuidados podem ser integrados ao plano global de tratamento⁽³¹⁾, o que proporciona uma assistência integral e boa qualidade.

Incentivar os pacientes a escrever sobre seus sentimentos e experiências^(6,31), fornecer leituras religiosas, e o auxílio de um capelão, conselheiro pastoral, ou diretor espiritual, tudo isso poderá ajudar os pacientes a aliviar o sofrimento espiritual, resolver seus problemas e entender o processo que estão passando⁽³¹⁾.

A assistência direcionada aos pacientes em cuidados paliativos deve abranger o domínio espiritual em todo o processo de triagem e anamnese e incluir uma avaliação espiritual completa que deve ser realizada por um capelão⁽³⁶⁾, cujas principais funções são de apoiar o paciente, acompanhar a família e auxiliar a equipe de saúde⁽³⁷⁾. Estudo realizado com especialistas na área de cuidados paliativos demonstrou 14 elementos centrais para a realização de uma assistência espiritual no ambiente domiciliar, que podem ser aplicados a qualquer ambiente paliativista. De acordo com o estudo, os profissionais devem ser sensíveis ao medo do paciente diante do processo em que se encontra; ouvir suas expectativas, suas histórias, seus sonhos e paixões; dar atenção aos seus desejos; promover rituais significativos para ele; ajudá-lo a encontrar força com recursos internos; utilizar de franqueza e honestidade; apoiar a comunicação e a qualidade das relações; promover conforto e segurança; observar a espiritualidade como interligada a outras dimensões; cuidar da própria espiritualidade; conhecer e aceitar sua vulnerabilidade; ser capaz de aprender com o conhecimento do paciente e fazer parte de uma equipe interdisciplinar⁽³⁸⁾.

Embora as pessoas com condições que limitam a vida tenham mencionado o desejo de ter suas preocupações espirituais abordadas durante o atendimento nos serviços de saúde, há evidências de que esses problemas, frequentemente, são evitados pelos profissionais que atuam na área de cuidados paliativos. E apesar de a espiritualidade poder contribuir para melhorar a vida desses pacientes, essa dimensão não é realizada plenamente na maioria dos serviços de cuidados paliativos^(9,39).

Entre as barreiras potenciais que dificultam a promoção de uma assistência espiritual efetiva encontradas nas publicações presentes nesta revisão, destacaram-se a dificuldade de definir o termo “espiritualidade”⁽³¹⁾, a falta de tempo^(30-31,33,40), carga de trabalho⁽³⁴⁾, falta de privacidade⁽³³⁻³⁴⁾, encargos financeiros⁽³¹⁾, fatores pessoais, culturais e institucionais e a necessidade de formação e treinamento profissional nessa área⁽³⁰⁻³¹⁾.

Estudo realizado com profissionais que atuavam em um *hospice* localizado na África constatou que o fornecimento de assistência espiritual a pacientes com crenças religiosas tradicionais africanas, como a feitiçaria e a maldição, por exemplo, também foi considerado prejudicial e promotor de desconforto para o profissional durante o atendimento espiritual dos pacientes⁽⁴⁰⁾.

As barreiras para um atendimento espiritual de boa qualidade⁽⁴¹⁾ corroboram com os estudos apresentados nesta abordagem temática. No entanto, outras barreiras foram mencionadas, como a falta de apreciação do papel da espiritualidade no cuidado voltado para os pacientes, discordâncias sociais, religiosas e culturais e falta de continuidade desses cuidados. Pesquisa demonstrou que o desconforto para abordar a temática, o medo de impor pontos de vista religiosos, o pensamento de que isso não faz parte do seu trabalho e que não é relevante para o tratamento também podem impedir o atendimento espiritual por parte do profissional. No entanto, de acordo com estudo, essas barreiras são ultrapassadas na medida em que o profissional de saúde se aprofunda no tema e liberta-se de seus anseios e preconceitos⁽⁴⁴⁾.

Diante dessas considerações, destaca-se que o ambiente de cuidados paliativos é propício para o atendimento espiritual⁽³³⁾ portanto, é imperativo que os serviços de cuidados paliativos integrem a assistência espiritual em sua prática, apoiando os indivíduos que expressam bem-estar espiritual e os que sentem angústia espiritual diante de uma doença grave⁽⁴³⁾.

Como os cuidados paliativos continuam a se desenvolver como um campo, os profissionais de saúde são desafiados a encontrar maneiras de defender e incluir a dimensão espiritual do cuidado⁽³¹⁾. Nesse contexto, os profissionais de saúde precisam melhorar seu

conhecimento acerca da dimensão espiritual e integrar a espiritualidade na assistência aos pacientes sob cuidados paliativos.

Abordagem temática III - A espiritualidade e o alívio da dor e de outros sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos

Os sintomas espirituais estão estritamente relacionados aos sintomas físicos e psicológicos que envolvem a doença terminal e que atingem os pacientes que se encontram fora das possibilidades de cura. Neles, a doença terminal apresenta-se como uma ameaça para o bem-estar, e o *coping* espiritual pode ajudar a amenizar essa sensação⁽⁴⁴⁾.

Os estudos apresentados nesta abordagem temática demonstram a relação entre a espiritualidade e o alívio de sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos, como, por exemplo, angústia espiritual⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾, ansiedade^(44,49), depressão⁽⁴⁹⁾ e dor crônica⁽⁵⁰⁾.

A dor crônica é o principal motivo de procura por atendimento nos serviços de saúde e apresenta-se como um sinal físico frequentemente relatado por pacientes que estão em fase final de vida. Nesses casos, o sofrimento físico deve ser aliviado antes de qualquer outro sintoma, pois quando não aliviado ameaça a sensação de plenitude desejada pelos que estão diante de uma condição terminal⁽⁵⁰⁾.

A espiritualidade e a religiosidade têm se mostrado como importantes ferramentas utilizadas no enfrentamento da dor, principalmente a dor crônica^(50,51). Nesse sentido, autores⁽⁵¹⁾ destacam que o benefício da espiritualidade e da religiosidade na diminuição da percepção dolorosa pode estar relacionado a uma maior eficiência e interatividade do sistema hipotálamo-pituitária-adrenal, em resposta ao estímulo doloroso, e à liberação de mediadores importantes (gaba, serotonina, dopamina) no Sistema Nervoso Central⁽⁵¹⁾.

No entanto, a dor física não é o único sintoma que pode ser aliviado pelo cuidado espiritual. Trabalhos publicados no Brasil e no exterior demonstram a eficácia da intervenção terapêutica de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) na resignificação da dor espiritual de pacientes que se encontram sob cuidados paliativos⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. Os estudos demonstraram que a terapêutica RIME auxiliou no processo de resignificação da dor espiritual, ao promover a melhora da qualidade de vida, serenidade e dignidade no processo de morrer e auxiliou o processo de aceitação de morte iminente, o que comprova o efeito da terapêutica no alívio da angústia espiritual.

Estudo determinou a associação entre as características de pacientes admitidos em Unidade de Cuidados Paliativos e a gravidade dos sintomas, utilizando-se a escala Edmonton

Symptom Assessment (ESAS), e mostrou que 44% dos participantes apresentaram perturbações espirituais (principalmente o desespero), e que esses estavam mais propensos a apresentar dor e depressão quando comparados aos que não apresentavam angústia espiritual⁽⁵²⁾.

Por sua vez, estudo realizado na Universidade de Nova York (Estados Unidos), com trinta e um pacientes em cuidados paliativos, demonstrou que as crenças e as práticas religiosas possuem uma associação benéfica com a ansiedade de pacientes que se encontram sob cuidados paliativos, demonstrando que o *coping* espiritual pode ajudar, de fato, o paciente a lidar com a sua ansiedade⁽⁴⁴⁾, que costuma surgir a partir do diagnóstico de doença grave e fora das possibilidades de cura⁽⁵³⁾.

Vale salientar que as crenças religiosas e espirituais e a realização de práticas espirituais como meditação e oração, por exemplo, podem reduzir a ansiedade e o estresse causado pela doença terminal, por proporcionar o relaxamento da mente desses pacientes⁽⁴⁴⁾. Tal fato pode ocorrer devido à diminuição da contagem de células imunes envolvidas no estresse⁽⁵¹⁾.

Os pacientes sob cuidados paliativos dependem, em muitos casos, da espiritualidade e das práticas espirituais para lidar com sintomas apresentados em decorrência de doença grave, no entanto, ainda não se sabe por que o *coping* (enfrentamento) espiritual ajuda os pacientes a lidarem com a doença⁽⁴⁴⁾. Por isso, os profissionais que atuam em cuidados paliativos devem estar atentos aos sintomas que acometem o paciente fora das possibilidades de cura e consultar capelães e fornecedores de assistência espiritual para melhorar sintomas apresentados por esses pacientes⁽⁴⁸⁾.

Desse modo, torna-se importante o reconhecimento desses e de outros sintomas durante a assistência à pacientes, em especial àqueles que se encontram fora das possibilidades de cura, e que necessitam de uma assistência integral, que contemple todas as suas dimensões, inclusive a espiritual, para promoção de uma morte digna e serena.

Abordagem temática IV – Instrumentos de avaliação da dimensão espiritual no campo dos cuidados paliativos

Nessa abordagem temática, foram encontrados estudos referentes à avaliação de instrumentos utilizados em cuidados paliativos e que trazem em seu conteúdo questões espirituais. A partir de uma análise dos estudos, foi possível identificar 73 instrumentos que abordam a dimensão espiritual de pacientes que recebem esse tipo de assistência.

Cabe destacar que a maioria dos instrumentos apresentados é destinada a pacientes com câncer, por exemplo, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well Being (FACIT-Sp-Ex), Meaning in Life Scale (MiLS), Spiritual Needs Related to Illness Tool (SpIRIT) e Spiritual Health Inventory (SHI). Entretanto, poucos são os instrumentos designados especificamente para pacientes que se encontram sob cuidados paliativos⁽⁵⁴⁾, com destaque para o *Spiritry* 8, o FICA e o Spiritual Needs Inventory (SNI). O FICA é um dos instrumentos sugeridos por pesquisadores em cuidados paliativos para a abordagem inicial do paciente fora das possibilidades de cura. Esse instrumento traz questões referentes à fé, a importância, à participação em igrejas ou em comunidades espirituais, e à abordagem da espiritualidade no atendimento do paciente⁽⁵⁵⁾.

Conquanto o quantitativo de instrumentos presentes nos estudos que abordam a dimensão espiritual seja relevante, pesquisadores demonstram que a quantidade de instrumentos validados transculturalmente é pequena – de apenas nove instrumentos, a saber: Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQoLI), McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), Palliative Care Outcome Scale (POS), Beck Hopelessness Scale (BHS), Existential Loneliness Questionnaire (ELQ), Existential Meaning Scale (EMS), FACIT-Sp, Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index Short Form (I-W SR Index), World Health Organization's Quality of Life Measure Spiritual Religious and Personal Beliefs (WHOQOL SRPB), World Health Organization's Quality of Life Instrument-HIV (WHOQOL-HIV)⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾.

O FACIT-Sp tem sido utilizado com sucesso para avaliar o bem-estar espiritual em pessoas com câncer e outras doenças crônicas. Tal instrumento foi traduzido e validado em diversos idiomas: inglês, árabe, chinês, dinamarquês, holandês, francês, alemão, italiano, japonês, coreano, norueguês, espanhol, sueco, espanhol e português⁽⁵⁹⁾.

Estudo de validação do Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp -12) desenvolvido com 346 pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, no contexto português, demonstrou que o instrumento é viável e sensível para o estudo do bem-estar espiritual e apresenta boa aceitabilidade pelos pacientes, o que pode permitir a sua aplicação em investigações científicas e na prática clínica⁽⁶⁰⁾.

Cumprе assinalar que a escala Palliative Care Outcome Scale (POS) foi traduzida, adaptada e validada no contexto brasileiro (POS-Br) e considerada confiável, no entanto, os pesquisadores sugerem a realização de novas investigações para melhorar a sua adaptação à cultura brasileira⁽⁶¹⁾.

Pesquisa analisou a presença das dimensões da espiritualidade (intrapessoal, interpessoal e transpessoal) propostas pelo Grupo da Sociedade Espanhola de Cuidados

Paliativos (SECPAL), nos instrumentos supracitados, e concluiu que somente quatro deles apresentavam os três itens da dimensão (MVQoLI, ELQ, I-W SR Index, WHOQOL SRPB)⁽⁵⁶⁾.

O McGill Quality of Life Question-naire (MQOL) e o Palliative Care Outcome Scale (POS) são os principais instrumentos com itens espirituais para serem usados em diversas populações de cuidados paliativos. No entanto, nenhuma dessas medidas marca perfeitamente todos os critérios psicométricos (o tempo de realização e adequação multirreligiosa), o que exige a realização de mais testes⁽⁵⁸⁾.

Pesquisa brasileira apresentou alguns instrumentos de avaliação da espiritualidade traduzidos e validados para a população brasileira, sendo eles o WHOQOL-SRPB, FACIT-Sp-12, ambos referenciados pelos estudos presentes nessa abordagem temática. No entanto, outros instrumentos foram identificados, DUREL (Duke Religious Index), Escala CRE (Escala de Coping Religioso-Espiritual) e a Escala de Atitude Religiosa também ⁽⁶²⁾.

Ao selecionar um instrumento adequado para medir a dimensão espiritual, pesquisadores devem considerar as características clínicas e culturais da população em que o instrumento foi validado e as propriedades psicométricas do instrumento, porém isso não ocorre com frequência^(58,63). Nesse sentido, pesquisas futuras devem investigar qual instrumento é mais viável para a avaliação espiritual em uma situação de cuidados específicos, como no caso dos pacientes sob cuidados paliativos⁽⁶⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos presentes nessa revisão integrativa permitiram a construção de quatro abordagens temáticas: Abordagem temática I - O significado da espiritualidade no campo dos cuidados paliativos; Abordagem temática II - Cuidados paliativos e assistência espiritual; Abordagem temática III - A espiritualidade e o alívio da dor e de outros sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos e Abordagem temática IV – Instrumentos de avaliação da dimensão espiritual no campo dos cuidados paliativos.

A Abordagem temática I dicorreu sobre o significado do termo espiritualidade sob a perspectiva de profissionais, pacientes, familiares e de estudiosos em cuidados paliativos. Na Abordagem temática verificou-se a importância do atendimento dessa dimensão no âmbito dos cuidados paliativos, as necessidades espirituais presentes no paciente fora das possibilidades de cura e as barreiras para atendê-las. Na Abordagem temática III foi verificada a relação entre a espiritualidade e o alívio da angústia espiritual, ansiedade, depressão e dor

crônica, sintomas esses que acometem pacientes que se encontram em cuidados paliativos. E na Abordagem temática IV foram apresentados alguns instrumentos de avaliação da dimensão espiritual de pacientes sob cuidados paliativos, com destaque para nove, que foram validados transculturalmente.

Os artigos examinados neste estudo sobre cuidados paliativos e espiritualidade demonstraram ser a dimensão espiritual um componente indispensável para a assistência a pacientes fora de possibilidades de cura, que promove a melhoria do bem-estar, mediante o alívio da dor e de outros sintomas.

A espiritualidade é um termo que denota diversos significados, por esse motivo, pode dificultar o atendimento das necessidades espirituais dos pacientes por parte dos profissionais, assim como a produção de instrumentos adequados para avaliação espiritual de pacientes fora das possibilidades de cura, visto que os instrumentos relacionados a essa dimensão são variados e não contemplam todos os itens da dimensão espiritual (intra, inter e transpessoal).

Nesse sentido, uma definição clara do conceito de espiritualidade é necessária, para que os profissionais da Saúde possam oferecer aos seus pacientes uma assistência espiritual adequada e de boa qualidade, e que atenda a todas as necessidades espirituais.

Ante o exposto, espera-se que este estudo possa contribuir para as discussões a respeito da dimensão espiritual na assistência a pacientes que se encontram em cuidados paliativos. No entanto, é necessário o desenvolvimento de novas pesquisas, principalmente no âmbito nacional, para respaldar o atendimento espiritual pelos profissionais que assistem os pacientes fora das possibilidades terapêuticas de cura.

A realização de estudo que investigue os instrumentos de avaliação da espiritualidade direcionados para pacientes sob cuidados paliativos e sua adaptação transcultural, também é necessária, visto que em nosso estudo, alguns instrumentos podem não ter sido abordados.

Este estudo traz algumas limitações como a incipiência de investigações que apresentam maior nível de evidência científica, revisões sistemáticas, meta-análises, pesquisas randomizadas e ensaios clínicos controlados, e realizadas com o próprio paciente que se encontra em cuidados paliativos e que têm necessidades espirituais que necessitam ser atendidas.

REFERENCIAS

1. Sánchez CT. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. FMC. 2012; 19(6):331-8.
2. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachine L (Orgs). Humanização e Cuidados Paliativos. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.
3. Mccoughlan M. In: Pessini, L.; Bertachine, L (Orgs). Humanização e Cuidados Paliativos. 5th ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.
4. Bertachine L, Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. Revista Bioethicos. 2010; 4(3):315-23.
5. World Health Organization [Internet]. WHO Definition of Palliative Care. 2014 [cited 2014 Nov 07]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
6. Cervelin AF, Kruse MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014; 18(1):136-42.
7. Higuera JCB, González BL, Durbán MV, Vela MG. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. Med Paliat. 2013; 20(3):93-102.
8. Campbell ML. Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem. Porto Alegre: AMGH; 2011.
9. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK et al. The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. J Support Oncol. 2012; 10(2):81–7.
10. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. Texto & contexto enferm. 2013; 22(4):1134-41.
11. Balboni T, Balboni M, Paulk Me, Phelps A, Wright A, Peteet J, Block S, Lathan C, Vanderweele T, Prigerson H. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. Cancer. 2011; 117(23):5383-91.
12. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. Revista Lat Am Enfermagem. 2011; 19(5):1205-13.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(Pt1) 102-6.

14. Mendes KDL, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008; 17(4):758-64.
15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. *In:* Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
16. The Royal Society. Knowledge, networks and nations Global scientific collaboration in the 21st century. London: The Royal Society; 2011.
17. U.S. National Of Library Medicine [Internet]. MEDLINE. 2014. [cited 2014 Nov 07]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>
18. Mary Ann Liebert [Internet]. Journal of Palliative Medicine. 2012. [cited 2014 Dec 11]. Available from: <http://www.liebertpub.com/overview/journal-of-palliative-medicine/41/>
19. Arrieira ICO. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(2):314-21.
20. Silva DIS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Revista HCPA.* 2011; 31(3):353-8.
21. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliat.* 2011; 18(1)20–40.
22. Sinclair S, Raffin S, Pereira J, Guebert N. Collective soul: The spirituality of na interdisciplinary palliative care team. *Palliat and Support Care.* 2006; 4:13–24.
23. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative Care. *J Palliat Med.* 2006; 9(2):464-79.
24. Seccareccia D, Brown JB. Impact of Spirituality on Palliative Care Physicians: Personally and Professionally. *J Palliat Med.* 2009; 12(9):805-9.
25. Penderell A, Brazil K, The spirit of palliative practice: A qualitative inquiry into the spiritual journey of palliative care physicians. *Palliat and Support Care.* 2010; 8:415–420.
26. Asgeirsdottir GH, Sigurbjörnsson E, Traustadottir R, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S, Kelly E. “To Cherish Each Day as it Comes”: a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Support Care Cancer.* 2013; 21(1):1-7.
27. Pessini, L.; Bertachini, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Mundo saúde.* 2005; 29(4):491-509.

28. Freitas CG. Espiritualidade no trabalho como fator de comprometimento na organização: o caso dos enfermeiros da microrregião de Irecê Bahia. [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2011.
29. Calvani CEB. Espiritualidades não-religiosas: desafios conceituais. *Horizonte*. 2014; 12(35):658-87.
30. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med*. 2010;24(8):753-70.
31. Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *OMEGA*. 2008; 56(1):33-46.
32. Renz M, Mao MS, Cerny T. Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research Projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. *Support Care Cancer*. 2005; 13:961–66
33. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *J Clin Nurs*. 2012; 21:2126–35.
34. Byrne M. Spirituality in palliative care: what language do we need? Learning from pastoral care. *Int J Palliat Nurs*. 2007; 13(3): 118-24.
35. Pinto SMO. A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: estudo numa população de doentes em quimioterapia [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2011.
36. Puchalski C. The spiritual history: an essential element of person-centered care. In McSherry W, Ross L. (Eds). *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*. Keswich: M&K Publishing; 2010.
37. Aitken, EVP. Assistência espiritual. In: Oliveira RA (Org). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.
38. Vermandere M, Lepeleire J, Mechelen WV, Warmenhoven F, Thoonsen B, Aertgeerts B. Spirituality in palliative home care: a framework for the clinician. *Support Care Cancer*. 2013; 21:1061–69.
39. Meredith P, Murray J, Wilson T, Mitchell G, Hutch R. Can Spirituality be Taught to Health Care Professionals? *J Relig Health*. 2012; 51:879–89.
40. Kale SS. Perspectives on spiritual care at Hospice Africa Uganda. *Int J Palliat Nurs*. 2011; 17(4):177-82.

41. Martins VRF. Caracterização e abordagem das necessidades espirituais do doente em final de vida: visão integrada dos profissionais de cuidados paliativos [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.
42. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med*. 2010; 8(2):154-8.
43. Amoah CF. The central importance of spirituality in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2011; 17(7):353-8.
44. Gaudette H, Jankowski KRB. Spiritual Coping and Anxiety in Palliative Care Patients: A Pilot Study. *J Health Care Chaplain*. 2013; 19:131–9.
45. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-Dash LG. Therapeutical Intervention, Relaxation, Mental Images, and Spirituality (RIME) for Spiritual Pain in Terminal Patients. A Training Program. *ScientificWorldJOURNAL*. 2006; 6:2158–69.
46. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-Dash LG. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34(supl. 1):60-72.
47. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM. Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção relaxamento imagens mentais e espiritualidade (RIME). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(6):18-25.
48. Hills J, PAICE JA, CAMERON JR, SHOTT S. Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation. *J Palliat Med*. 2005; 8(4): 782-788.
49. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer*. 2011; 48(1):55-9.
50. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34(supl. 1):82-7.
51. Lago-Rizzardi CD, Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *Mundo saúde*. 2010; 34(4): 483-487.
52. Hui D, Cruz M de la, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M, Bruera E. The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients With Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011; 28(4): 264-270.

53. Guimarães RCD. Ansiedade e depressão em cuidados paliativos: como tratar. In: Carvalho RT, Parsons HÁ (Orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2th ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
54. Vivat B. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliat Med.* 2008; 22:859–68.
55. Saporetti LA, Silva AMOP. Aspectos e ritos de passagem nas diferentes religiões. In: Carvalho RT, Parson HA. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
56. Galiana L, Olivera A, Gomis C, Barberocy J, Benito E. cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidadospaliativos: una revisión crítica. *Med Paliat.* 2014;21(2):62-74.
57. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson I.J. The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of Tools Validated Cross-Culturally: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manag.* 2011; 41(4): 728-53.
58. Selman L, Siegert R, Harding R, Speck R. A Psychometric Evaluation of Measures of Spirituality Validated in Culturally Diverse Palliative Care Populations. *J Pain Symptom Manag.* 2011; 42(4): 604-22.
59. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions.* 2011; 2:77-94.
60. Pereira F, Santos C. Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde.* 2011; 4(2): 37-45.
61. Correia FR. Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da *Palliative Outcome Scale* (POS). [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.
62. Camargos MG. Avaliação da espiritualidade/religiosidade e associação com a qualidade de vida de pacientes com câncer e de profissionais de saúde de um hospital oncológico. [dissertação]. Barretos (SP): Hospital de Câncer de Barretos; 2014.
63. Selmana L, Siegert RJ, Higginsona IJ, Agupio G, Dinatc N, Downingd J, Gwythere L, Mashaof T et al. The “Spirit 8” successfully captured spiritual well-being in African palliative care: factor and Rasch analysis. *J Clin Epidemiol.* 2012; 65:434-443.
64. Vermandere M, Choi Y, Brabandere H, Decouttere R, Meyere E, Gheysens E, Nickmans B. GPs’ views concerning spirituality and the use of the FICA tool in palliative care in Flanders: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2012. 718-25.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo de campo, com abordagem qualitativa. Esta modalidade de pesquisa objetiva compreender as práticas, os comportamentos e as crenças de indivíduos ou grupos (POLIT; BECK, 2011) e tem como fonte de dados o próprio campo onde ocorrem os fenômenos (TOZONI REIS, 2010).

Sobre a abordagem qualitativa, Minayo (2010) ressalta que ela examina a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito e favorece a análise detalhada dos hábitos, das atitudes e das tendências de comportamento. Para Marconi e Lakatos (2010), nesse tipo de estudo, o pesquisador preocupa-se em averiguar e interpretar os aspectos mais profundos da vida humana, favorecendo a análise meticulosa dos hábitos, das atitudes e das tendências de comportamento.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital filantrópico, que atende pacientes oncológicos em regime de cuidados paliativos, localizado no município de João Pessoa (PB), referência no Estado da Paraíba em Oncologia. A escolha do hospital deveu-se ao fato de ser este uma instituição especializada no atendimento de pacientes oncológicos.

A população envolveu os enfermeiros assistenciais que prestavam atendimento a pacientes oncológicos do hospital selecionado para o estudo. A amostra foi constituída pelo quantitativo de participantes a que a pesquisadora teve acesso durante o período da coleta do material empírico e envolveu dez profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em atividade durante o período de coleta de dados; ter, no mínimo, um ano de atuação na instituição selecionada para o estudo e ter interesse e disponibilidade em participar dele. Foram excluídos da amostra os profissionais que se encontravam afastados de suas funções (no período da coleta dos dados), por motivos de férias ou licença, e os que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No que diz respeito ao quântico de participantes, a pesquisadora seguiu as orientações recomendadas por Minayo (2010), segundo a qual, na pesquisa qualitativa, não importa o quantitativo de participantes envolvidos na pesquisa, mas a profundidade com que o fenômeno ocorre. Com base nesse entendimento, optou-se por trabalhar com uma amostra por acessibilidade que, segundo Gil (2010), não apresenta rigor estatístico e é indicada para estudos exploratórios e pesquisa de natureza qualitativa.

Antes de proceder à coleta dos dados propriamente dita, foi aplicado um teste-piloto (pré-teste) com quatro profissionais que atuavam em condições semelhantes às dos participantes da pesquisa. Esse tipo de teste tem a finalidade de testar a pertinência das questões em face dos objetivos propostos e de corrigir previamente possíveis problemas metodológicos e de comunicação (SILVEIRA, 2010).

A inserção da pesquisadora no campo só teve início após a aprovação do projeto de dissertação, concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba, conforme CAEE de nº 32194614.2.0000.5188.

De posse da Certidão do Comitê de Ética, foi iniciada a aproximação da pesquisadora com os participantes da pesquisa. Essa aproximação começou em agosto de 2014, quando ela se dirigiu ao hospital e se apresentou aos participantes da pesquisa como enfermeira e discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Durante a apresentação foi exposto, com clareza, os objetivos, a justificativa, a contribuição da pesquisa e a garantia do anonimato e do direito do participante de poder desistir a qualquer momento da pesquisa sem sofrer qualquer tipo de prejuízo. Depois desses esclarecimentos, foram agendados novos encontros com os enfermeiros que mencionaram verbalmente sua disponibilidade para participar da pesquisa.

Os encontros foram marcados nos horários estabelecidos pelos participantes, uma vez que eles se encontravam em seu ambiente de trabalho, e não era objetivo da pesquisadora dificultar a realização da assistência por parte desses profissionais. Na maior parte dos casos, esses encontros ocorreram durante o horário de folga e em diversos ambientes (salas, posto de enfermagem, repouso dos enfermeiros, copa etc.) da instituição, devido à falta de um espaço reservado para esse tipo de atividade. Para dar início à coleta dos dados, foi solicitada dos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias (uma para o participante, e uma, para a pesquisadora).

Para viabilizar a obtenção do material empírico, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro de questões composto de duas partes. A primeira envolveu dados de caracterização dos participantes (sexo, idade, estado civil, religião, ano de conclusão do curso, titulação, área do curso que havia concluído, tempo de atuação profissional e tempo de atuação na instituição), e a segunda abrangeu perguntas subjetivas, visando alcançar os objetivos propostos (APÊNDICE B).

Os depoimentos foram registrados por meio do sistema de gravação, utilizando-se como recurso tecnológico um aparelho de MP3. Contudo, ressalte-se que o referido recurso só foi utilizado com o prévio consentimento dos participantes do estudo.

O material empírico oriundo das entrevistas foi analisado mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Essa técnica contempla as fases de pré-análise, codificação, inferência e interpretação dos dados. A etapa de pré-análise é um processo de escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise e da elaboração de objetivos e

indicadores que fundamentam a interpretação final. A de codificação representa o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e reunidos em unidades (categorias), as quais permitem uma descrição exata das características relacionadas com o conteúdo expresso no texto. Na de inferência e de interpretação dos dados, interpretam-se as informações fornecidas pela análise, com respaldo na literatura pertinente ao tema do estudo.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, os depoimentos oriundos das entrevistadas foram codificados por letras e números. A letra “E”, relativa à palavra enfermeiro, e os números de 1 a 10, referentes à ordem de realização das entrevistas.

É oportuno mencionar que, para a realização da pesquisa, foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme prevê a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que diz respeito ao Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2013). A pesquisadora considerou, ainda, as observâncias contidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, em especial, o capítulo III, das responsabilidades, deveres e proibições concernentes ao ensino, pesquisa e produção técnico-científica (COFEN, 2007).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Artigo 02 – A espiritualidade como recurso terapêutico em cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros

Os resultados e a discussão desta dissertação estão contemplados em um artigo original, intitulado “Espiritualidade como recurso terapêutico em cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros”, realizado com enfermeiros assistenciais vinculados a um hospital filantrópico que atende a pacientes oncológicos em regime de cuidados paliativos. Ele foi elaborado de acordo com as normas da Escola Ana Nery Revista de Enfermagem.

ESPIRITUALIDADE COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS:
COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS

SPIRITUALITY AS A THERAPEUTIC RESOURCE IN PALLIATIVE CARE:
UNDERSTANDING NURSES

ESPIRITUALIDAD COMO RECURSO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS PALIATIVOS:
COMPRENSIÓN DE LAS ENFERMERAS

RESUMO

Objetivou-se compreender de que forma os enfermeiros empregam a espiritualidade como recurso terapêutico na assistência de pacientes em regime de cuidados paliativos e identificar a influência de sua crença e fé na assistência dispensada a eles. Trata-se de um estudo de campo, de natureza qualitativa, realizado com dez enfermeiros vinculados a um hospital filantrópico localizado no município de João Pessoa (PB). O material empírico foi analisado qualitativamente por meio da técnica de análise de conteúdo e os achados possibilitaram a construção das seguintes categorias: compreensão sobre cuidados paliativos e espiritualidade; necessidades espirituais de pacientes em cuidados paliativos; influência da crença e da fé na assistência aos pacientes em cuidados paliativos. O estudo destaca que os enfermeiros reconhecem a importância da dimensão espiritual no atendimento de pacientes sob cuidados paliativos e buscam atender às suas necessidades utilizando variadas estratégias, com base nessa dimensão.

Descritores: Cuidados paliativos; espiritualidade; saúde; enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to understand how nurses use spirituality as a therapeutic resource to assist patients under palliative care and identify the influence of their belief and faith on the assistance provided to them. It is a qualitative field study carried out with 10 nurses working at a charity hospital which assist cancer patients under palliative care in the city of João Pessoa, (PB). The empirical data were qualitative analyzed using content analysis technique and the findings enabled the elaboration of the following categories: understanding palliative care and spirituality; spiritual needs of patients under palliative care; the influence of the belief and faith in the assistance of patients under palliative care. This study detaches that nurses recognize the importance of the spiritual dimension in the assistance of patients under palliative care and seek to meet their needs using varied strategies based on this dimension.

Descriptor: Palliative care; spirituality; health; nursing.

RESUMEN

El objetivo fue entender cómo las enfermeras emplean la espiritualidad como recurso terapéutico para ayudar a los pacientes en régimen de cuidados paliativos e identifican la influencia de su creencia y fe en la asistencia a ellos. Es un estudio de campo cualitativo en la naturaleza, llevado a cabo con 10 enfermeras vinculadas a un hospital de caridad que atiende a pacientes con cáncer en cuidados paliativos, en el municipio de João Pessoa (PB). Los datos empíricos fueron analizados cualitativamente utilizando la técnica de análisis de contenido y los resultados permitieron la construcción de las siguientes categorías: conocimiento de cuidados paliativos y espiritualidad; necesidades espirituales de los pacientes en cuidados paliativos; influencia de la creencia y fe en la asistencia a los pacientes en cuidados paliativos. El estudio destaca que las enfermeras reconocen la importancia de la dimensión espiritual en el cuidado de pacientes en cuidados paliativos y tratan de satisfacer sus necesidades utilizando una variedad de estrategias, basadas en esta dimensión.

Palabras clave: Cuidados paliativos; espiritualidad; salud; enfermería.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem de cuidado que se destina a melhorar a qualidade da vida de pacientes e familiares que enfrentam uma condição clínica que ameaça a continuidade da existência, por meio da prevenção, da avaliação e do tratamento da dor e de outros sintomas e do apoio espiritual e psicossocial¹. Esses cuidados

exigem um olhar atento e cauteloso da equipe de saúde para o paciente fora das possibilidades terapêuticas de cura² e incluem a espiritualidade na dimensão do ser humano³.

A assistência paliativa, por se tratar de uma abordagem que objetiva atender às dimensões biopsicossociais e espirituais do indivíduo e de sua família, deve envolver uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, odontólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e assistente espiritual⁴⁻⁶. A dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda os indivíduos a enfrentarem as adversidades, os eventos traumatizantes e estressantes, particularmente relacionados ao processo de saúde-doença, como no caso de pacientes terminais⁷.

Nesse contexto, a espiritualidade é uma das ferramentas de grande relevância utilizadas em pacientes que se encontram em cuidados paliativos⁸. Integrar a espiritualidade e as questões atreladas ao sentido da fé aos cuidados paliativos é um componente essencial da excelência dos cuidados de apoio por auxiliar o indivíduo a viver dignamente até a morte e apoiar familiares, para que possam lidar com a doença e reelaborar a perda do ente querido⁹⁻¹⁰.

Definir o conceito de espiritualidade é uma tarefa complexa, uma vez que o termo é polissêmico e denota diversas compreensões, sobretudo a partir dos enfoques religiosos e dos não religiosos¹⁰. De acordo com estudo, a espiritualidade faz parte da essência dos indivíduos e é definida como busca de significado de vida e de conexão consigo mesmo (*self*), com o mundo, com a natureza e com o sagrado. É uma dimensão da experiência humana por meio da qual se descobre aquilo que permite que uma pessoa vivencie um sentido transcendente na vida¹¹⁻¹².

A espiritualidade é um tema de interesse crescente no campo da saúde e dos cuidados paliativos^{7,13}. No que concerne à Enfermagem, muitas práticas assistenciais realizadas pelos profissionais dessa área são promotoras de um atendimento espiritual¹⁴. Para tanto, entidades profissionais de Enfermagem têm proposto o cuidado espiritual como componente integral da Enfermagem holística¹³.

O cuidado espiritual em Enfermagem é expresso, principalmente, em atitudes e ações práticas orientadas por valores espirituais da própria profissão e envolvem o reconhecimento da dignidade humana, bondade, compaixão, calma, ternura e o próprio cuidar de si e do outro¹⁵.

Estudo destaca a importância do atendimento dessa dimensão pelos profissionais de Enfermagem e ressalta que eles precisam conhecer as necessidades espirituais dos pacientes

para que possam refletir e esclarecer as preocupações que perturbam o equilíbrio espiritual de cada indivíduo¹³.

Apesar das evidências da importância do cuidado espiritual no âmbito dos cuidados paliativos, os profissionais, raramente, dispensam esses cuidados ao paciente com doenças potencialmente fatais¹⁶. Para os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, abordar as questões espirituais, na prática dos cuidados paliativos, não é uma tarefa fácil, pelos seguintes motivos: porque eles desconhecem o assunto, falta-lhes tempo e privacidade e devido à estrutura física^{13,17}. Tal fato vulgariza a experiência legítima daqueles que estão vivendo a terminalidade e prejudica a realização de um atendimento de qualidade¹³. Por essa razão, os enfermeiros devem recorrer à dimensão espiritual como um instrumento que pode ser empregado para melhorar a saúde física, mental e a qualidade de vida dos pacientes, em especial, dos que se encontram em cuidados paliativos e necessitam com urgência de estratégias de enfrentamento para lidar com as questões presentes⁹. Além do mais, esclarecimentos acerca de como os enfermeiros podem implementar o cuidado espiritual são imperativos¹⁵.

Nessa perspectiva, compreender os enfermeiros que assistem pacientes sob cuidados paliativos no cenário hospitalar, de modo a conhecer suas concepções e como se desenvolve o cuidado prestado, poderá contribuir para melhorar a assistência e aliviar os sintomas que se apresentam em um paciente fora das possibilidades de cura. Essa é uma forma de se valorizar a integralidade humana⁶.

Destarte, são necessárias novas investigações acerca da temática, no sentido de contribuir para a construção de conhecimento do âmbito dos cuidados paliativos e espiritualidade e servir de subsídios para que os profissionais da área de saúde, principalmente os de Enfermagem, possam sentir-se mais seguros para atender ao paciente fora das possibilidades de cura.

Os achados desta pesquisa serão de grande relevância, porque possibilitarão um debate mais amplo acerca da temática “cuidados paliativos e espiritualidade” no campo da Enfermagem, o que auxiliará os seus profissionais a planejarem e a desenvolverem uma assistência de enfermagem qualificada e, conseqüentemente, um cuidado espiritual efetivo, direcionado aos pacientes que se encontram em regime de cuidados paliativos.

Nesse sentido, o estudo proposto contribui para preencher a lacuna do conhecimento sobre a assistência de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos, com enfoque na dimensão espiritual. Para tanto, teve como fio condutor os seguintes objetivos: compreender de que forma enfermeiros empregam a espiritualidade como recurso terapêutico na assistência

de pacientes em cuidados paliativos; identificar a influência da crença e da fé de enfermeiros na assistência a esses pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, realizada em um hospital filantrópico, que atende a pacientes oncológicos em regime de cuidados paliativos no município de João Pessoa (PB).

A população do estudo envolveu enfermeiros assistenciais que prestavam atendimentos a pacientes oncológicos no hospital selecionado para o estudo, e a amostra foi constituída por dez enfermeiros, aos quais a pesquisadora teve acesso durante a coleta dos dados do material empírico e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em atividade durante o período de coleta de dados; ter, no mínimo, um ano de atuação na instituição selecionada para o estudo, ter interesse em participar dele e disponibilidade para fazê-lo.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2014, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, utilizando-se como instrumento um roteiro com questões, composto de duas partes. A primeira envolveu dados de caracterização dos participantes (sexo, idade, estado civil, renda, religião, curso de pós-graduação), e a segunda abrangeu questões abertas, para possibilitar o alcance dos objetivos propostos.

Os depoimentos dos participantes do estudo foram registrados por meio do sistema de gravação, utilizando-se como recurso tecnológico um aparelho de MP3. Vale ressaltar que, as entrevistas só foram gravadas com autorização expressa dos participantes, para a garantia de cujo anonimato os depoimentos oriundos das entrevistas foram codificados pela letra “E”, relativo à palavra enfermeiro, de E1 a E10.

Depois de feitas a transcrição e a codificação das entrevistas, o material empírico obtido foi analisado mediante a técnica de análise de conteúdo, que compreende três fases: pré-análise, codificação e inferência e interpretação dos dados¹⁸.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba, conforme CAEE de nº 32194614.2.0000.5188. Foram considerados os aspectos éticos relacionados à pesquisa que envolve seres humanos, estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa¹⁹.

As entrevistas foram realizadas no sentido de explorar as opiniões e as atitudes dos enfermeiros em relação à assistência ao paciente sob cuidados paliativos, com enfoque na espiritualidade, e de colher outras informações relevantes para atender a proposta de estudo. Para uma melhor compreensão da análise do material empírico, advindo das entrevistas, foram construídas três categorias e suas respectivas subcategorias.

RESULTADOS

Participaram do estudo dez enfermeiros, dos quais sete eram do sexo feminino, e três, do sexo masculino, com média de idade entre 21 e 55 anos.

A maioria dos participantes declarou ser casado e ter renda superior a três salários mínimos. Todos os participantes da pesquisa tinham mais de cinco anos de exercício profissional na Enfermagem, e o tempo de exercício no hospital variou de um ano e seis meses a vinte e cinco anos. Em relação à religião, os participantes se incluíram nas duas religiões predominantes em nossa sociedade - a católica (8) e a evangélica (2).

No que diz respeito à titulação dos profissionais, o estudo mostrou que uma parcela significativa dos enfermeiros - nove - declarou ter concluído uma Pós-graduação *lato sensu* (especialização). Em relação à área de concentração correspondente aos cursos de especialização, destacou-se a área de Oncologia, que foi citada por seis dos enfermeiros.

Nenhum dos entrevistados relatou ter concluído Pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado), o que pode ser justificado pela grande dificuldade que os profissionais encontram para cursar Mestrado ou Doutorado, em decorrência da carga horária que é exigida desse profissional de, no mínimo, 40 horas semanais²⁰.

Categoria I – Compreensão sobre cuidados paliativos e espiritualidade

A categoria I possibilitou a construção de três subcategorias. A primeira se refere à compreensão dos enfermeiros entrevistados acerca dos cuidados paliativos. A segunda diz respeito ao que eles entendem sobre a espiritualidade, e a terceira faz referência à espiritualidade como um recurso terapêutico utilizado em cuidados paliativos.

Subcategoria I – Os cuidados paliativos promovem o alívio da dor e do sofrimento, o conforto e a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares

A necessidade de cuidados paliativos está crescendo em nível mundial, em decorrência do envelhecimento populacional e do aumento do câncer e de outras doenças tais como HIV/AIDS, tuberculose, insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, neurodegenerativas e respiratórias crônicas. Essa modalidade de cuidado vem se expandindo nos países subdesenvolvidos como o Brasil, por exemplo, embora ainda persista uma incompreensão sobre sua natureza e finalidade¹.

A compreensão de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos será apresentada na subcategoria I, em que eles destacam que os cuidados paliativos promovem o conforto e a melhoria da qualidade de vida de pacientes fora das possibilidades de cura e de seus familiares por meio do alívio da dor, conforme revelam os seguintes relatos:

São cuidados que oferecem conforto ao paciente [...], quando não tem mais nenhuma expectativa de tratamento (E1).

Cuidados paliativos são os cuidados realizados nos pacientes que precisam de conforto. Que a doença já está avançada, e estão num momento sem prognósticos terapêuticos (E2).

São cuidados prestados a um paciente que está em fase terminal da doença tentando promover um melhor conforto, uma melhor qualidade de vida (E5).

É uma maneira de você proporcionar um conforto aquele paciente que pela gravidade da sua doença não possui mais nenhuma medida terapêutica curativa, então é você tentar deixar o paciente sem dor [...], dar conforto (E7).

Os trechos dos depoimentos deixam transparecer que a compreensão dos participantes sobre os cuidados paliativos corrobora o que propõe a filosofia dos cuidados paliativos. Quase todos os enfermeiros entrevistados demonstraram possuir condições para atuar em cuidados paliativos, dado que foi relacionado tanto com o tempo de exercício na profissão no hospital (local da pesquisa) como com a realização de cursos de qualificação profissional nas áreas de Oncologia e Cuidados Paliativos.

Essa modalidade de cuidados paliativos se destina a pacientes com doenças potencialmente fatais e visa oferecer apoio e conforto e melhorar a vida desses pacientes, por meio da prevenção e do tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual²¹. Tais cuidados surgem como uma ideologia humanitária de cuidar de pacientes com doenças que ameaçam a vida, tendo como objetivo primordial o de aliviar a dor e outros sintomas²².

Estudo ressalta que a assistência paliativa, fundamentada numa visão antropológica biopsicossocial e espiritual, propõe um modelo de cuidados que contempla o ser que sofre, de maneira holística, a partir do atendimento das dimensões física, social, psicológica e espiritual²².

Os cuidados paliativos têm como foco central a valorização da vida e encaram a morte como um processo natural; não aceleram nem prolongam a morte; promovem o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; integram aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; oferecem suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível e focalizam as necessidades de pacientes e familiares, mesmo durante o processo de luto³.

Convém ressaltar que esses cuidados também são aplicados aos familiares/cuidadores de indivíduos que se apresentam fora das possibilidades de cura, como afirmam os entrevistados 8 e 10:

Cuidado paliativo é aquele que oferece o alívio da dor e do sofrimento, trazendo conforto o máximo possível, pra o paciente, como também para sua família e o cuidador (E8)

Tentar trazer tranquilidade não só pro paciente, mas também pra família (E10).

Diante desses depoimentos, observa-se que esses cuidados também auxiliam o cuidador/familiar que vivencia o processo de doença, juntamente com o paciente fora das possibilidades de cura e que, por esse motivo, pode necessitar dessa modalidade de cuidado.

Nesse contexto, o National Cancer Institute reconhece que os membros da família necessitam de assistência paliativa, porque podem sentir-se oprimidos por carregar responsabilidades extras que surgem a partir do diagnóstico do paciente. Além disso, muitos sentem dificuldades de cuidar de um parente doente, uma vez que tem outras obrigações, como o trabalho. Outro aspecto diz respeito à preocupação, a incerteza, o medo e o estresse, diante do processo de doença terminal de um ente querido, podem afetar a saúde do familiar. Nesses casos, os cuidados paliativos podem ser ofertados para apoiar o cuidador²¹, mesmo depois da morte do paciente.

Estudo teve o objetivo de conhecer a percepção de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos destinados a pacientes com câncer e mostrou que essa modalidade de cuidado visa minimizar os medos e angústia que afligem pacientes e familiares e fornece assistência integral e humanizada durante o processo de enlutamento e luto².

Para tanto, na assistência paliativa, é essencial promover um cuidado humanizado, para amenizar o sofrimento do paciente fora das possibilidades de cura, mesmo diante da morte iminente, conforme relataram os enfermeiros 1 e 6.

Prestar uma assistência humanizada, ao paciente, ajudando ele de maneira a diminuir o sofrimento (E6).

Eu acho que é até uma questão de humanização [...]. Porque às vezes a família diz “não tem o que fazer não”, então o médico tem que buscar o que fazer, pra ir tratando essa paciente até o momento que, momento final (E1).

A humanização na saúde pode ser entendida como processo, filosofia ou modo de prestar assistência aos pacientes, traduz-se em cuidado, compreensão, percepção e respeito ao doente em momentos difíceis²³ e visa um cuidado integral que permita o atendimento do indivíduo em sua totalidade, considerando as dimensões biopsicossociais e espirituais²⁴, mesmo que eles estejam passando por um processo de doença incurável.

A humanização do atendimento é um dos temas mais comuns apresentados em pesquisas sobre os cuidados paliativos²⁵. Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com enfermeiros mostrou que eles percebem a necessidade de humanizar o atendimento no contexto dos cuidados paliativos, com ênfase no cuidado holístico²⁶. Outro estudo realizado em Minas Gerais com a equipe de Enfermagem também aponta para a necessidade de humanizar o cuidado do paciente terminal²⁷.

Pode-se constatar, então, que a ideia de humanizar é mais intensa quando se trata de um doente fora das possibilidades de cura, portanto, deve ser discutida e praticada por todos os profissionais de saúde. Para isso, é sobremaneira importante unir os cuidados paliativos a uma proposta de cuidados mais humanizada, que contemple o indivíduo em sua totalidade²⁷. Para tanto, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deve prestar um atendimento humanizado e pautado no bem-estar biopsicossocial do paciente e da família, uma vez que o cuidar não só se relaciona com a cura, mas também, principalmente, procura entender o doente em suas necessidades principais²⁸.

Subcategoria II - A espiritualidade como fonte de força, conforto e fé

Espiritualidade é uma palavra de origem hebraica, que significa “sopro vital” e diz respeito a uma luz interna que guia e leva os indivíduos a lutarem com fé, coragem e

esperança, com o objetivo de se manter-se vivo²⁹⁻³⁰. Nesse sentido, alguns enfermeiros participantes desta pesquisa mencionam sua compreensão acerca da espiritualidade.

É a fé... a fé em Deus (E1).

É a fé que existe em cada um, a espiritualidade está dentro da gente (E2).

A força que ele encontra nele mesmo para viver (E8).

A espiritualidade são aquelas pessoas que crê né? Crê não no que vê [...] crê que de qualquer maneira tem alguém te ajudando, alguém te dando força, alguém te confortando (E3).

As falas referenciadas revelam que esses profissionais consideram a espiritualidade como algo intrínseco ao ser humano e que está relacionada à fé em Deus ou, simplesmente, em algo em que se acredita e que pode ajudar os indivíduos promovendo conforto e força. Esses achados corroboram outros estudos sobre a temática^(5,31).

A espiritualidade é inerente ao ser humano e refere-se à busca humana de sentido para a vida, por meio de uma relação consigo mesmo, com os outros e com o divino. Pode ser o que conforta e fortalece os indivíduos para que continuem a viver e pode envolver uma figura divina ou a uma força superior³¹. De acordo com autor⁵, é o que dá significado, importância, propósito e valor à vida do indivíduo.

Estudo realizado em Ribeirão Preto teve como objetivo o de descrever a compreensão de enfermeiros a respeito da espiritualidade e da religiosidade e concluiu que os participantes compreendem a espiritualidade como uma força que transcende o biológico e que, por vezes, pode estar relacionada a um ser superior³². Para estudantes de Enfermagem, a espiritualidade promove a melhoria da saúde dos indivíduos e diz respeito à fé, independentemente da crença e da religião de cada ser³³. Por sua vez, estudo de revisão integrativa verificou que, para os enfermeiros, a espiritualidade está relacionada à fonte de conforto, enfrentamento, força, esperança, sentido e propósito de vida, transcendência, essência do ser, conexão, crença em Deus ou num poder superior, fé, religião e a capacidade de saber ouvir³⁴.

A espiritualidade é um conceito mais amplo do que o de religião³⁵. Por isso, a espiritualidade pode existir independentemente de se ter uma religião, conforme cita o enfermeiro 4:

Tem que ter uma fé [...] porque agente tem que acreditar em alguma coisa independente de religião (E4).

Para o entrevistado, a espiritualidade apresenta-se com algo em que as pessoas acreditam, podendo existir independentemente de se possuir uma religião. A espiritualidade envolve as necessidades humanas universais e pode ou não incluir a religião³¹. Vai além da religiosidade e refere-se à busca de um sentido e significado transcendente²². Por sua vez, a religião corresponde a um conjunto de crenças que envolvem o sobrenatural, sagrado ou divino e códigos morais, valores e rituais associados a essas crenças^(5,22). É institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina e coletivamente compartilhada e/ou praticada³⁷.

Para as pessoas que têm um sistema de crenças religiosas, a espiritualidade pode ofertar cuidados e respostas para as questões existências, e para os que não têm, pode promover conforto através da solidariedade e da compaixão, o que reduz os anseios e os medos associados à dor e ao sofrimento²². No entanto, é algo que não se pode visualizar, conforme destaca o enfermeiro 8:

Uma força sobrenatural em que a gente não pode ver e sim, sentir. (E8)

Esse depoimento confirma alguns achados da literatura. A dimensão espiritual é algo que não se pode enxergar e que não podemos alcançar totalmente, como a dimensão física, uma vez que a espiritualidade faz parte do subjetivo³³. De acordo com autor⁸, tanto a palavra espiritualidade quanto seu termo de origem (espírito) fazem referência a algo não material. O próprio dicionário traz esse conceito e define espiritualidade como aquilo que é relativo ao espírito, a parte imaterial do ser humano; entidade sobrenatural ou imaginária³⁷.

Subcategoria III – A espiritualidade como recurso que auxilia os pacientes em cuidados paliativos a aceitarem e a enfrentarem sua situação

As dimensões humanas estão interligadas, e o que afeta uma dimensão poderá, consequentemente, afetar a outra. Tal fato aponta que os profissionais da área de saúde precisam considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais na prestação de assistência. No entanto, a espiritualidade é a dimensão que parece ter a menor ênfase no atendimento de pacientes. Porém, quando se trata de pacientes graves, essa parece ser a dimensão mais necessária na realização de uma assistência efetiva³⁸.

Os cuidados paliativos são considerados uma modalidade de assistência que abrange as dimensões espirituais, oferecendo mais sensação de bem-estar ao paciente terminal. Como modalidade de cuidados paliativos, a espiritualidade tem se tornado cada vez mais necessária

à prática da assistência de saúde. Nesse sentido, seu emprego na assistência ao paciente fora das possibilidades de cura pode auxiliar na promoção de tranquilidade e bem-estar em face das doenças e lhe proporcionar um suporte fundamental para o enfrentamento no processo de morte e do morrer⁴⁴.

A espiritualidade é uma ferramenta de grande relevância para a prática dos cuidados paliativos, por promover a melhora do quadro de paciente que se encontra fora das possibilidades de cura e por auxiliá-los a aceitar a situação e continuar a viver, mesmo diante da morte iminente. Isso pode ser demonstrado nos relatos seguintes:

Aquela pessoa que crê em um Deus, em qualquer coisa que vê, ela tem força pra sobreviver. Ela jamais vai pensar que vai morrer (E3).

A espiritualidade [...] é uma das ferramentas que o paciente tem em melhora do quadro, né? (E4).

[...] os pacientes que tem espiritualidade [...] são pacientes mais fortes. A gente vê que tem pacientes aqui que estão em tratamento há dez anos e não se entregam e que já tem metástase, já tem problema no fígado, no pulmão e estão bem aparentemente, mas todos que a gente vai perguntar tem fé e acreditam [...] (E5).

Eu acredito que um paciente que é espiritualizado, ele sofre menos. Ele consegue aceitar melhor a situação que está vivendo naquele momento (E7).

Esses trechos revelam que a dimensão espiritual é um componente essencial na assistência aos pacientes que se encontram sob cuidados paliativos, porque o conforta diante do problema de saúde. É por meio da espiritualidade que o paciente adquire forças para enfrentar e aceitar a doença.

Assim como observado nesses depoimentos, vários estudos demonstram o benefício da espiritualidade no enfrentamento de doenças potencialmente fatais^{11,39}. Pesquisa realizada com sessenta e nove pacientes com câncer em estado avançado evidenciou que a maioria tinha crenças religiosas e espirituais e acreditava que ambas auxiliam no enfrentamento da doença⁴⁰.

A espiritualidade é uma força motivadora do ser humano e que auxilia na manutenção da saúde mental positiva e da integridade, mesmo diante de situações consideradas adversas³⁹. É o componente fundamental na prática dos cuidados paliativos, por promover o conforto e o alívio do sofrimento de pacientes com doenças em estágio avançado e fora das possibilidades terapêuticas de cura, o que contribui para melhorar o quadro e a vida desses indivíduos¹¹.

As crenças espirituais tranquilizam o paciente que crê em vida após a morte. Para os enfermeiros desta pesquisa, essa outra vida é um sinônimo de passagem, conforme relatam os enfermeiros 6 e 7:

A importância é o paciente saber que possa existir uma vida além dessa que ele está. Para alguns pacientes sim, avalia até sinais de diminuição do sofrimento dele, que ele vai ter um descanso e esse descanso para quem tem uma religião é um lar de flores, uma passagem boa de tranquilidade (E6).

[...] os pacientes espiritualizados eles não são revoltados, eles entendem aquilo ali, como uma passagem na vida deles (E7).

Os depoimentos expressam que esses enfermeiros compreendem que a espiritualidade promove uma passagem tranquila para outra dimensão. Essa ideia de passagem está relacionada a diversas crenças religiosas, advindas do Cristianismo, do Budismo, do Espiritismo, do Judaísmo e do Islamismo⁴¹. Estudo demonstrou a compreensão de enfermeiros sobre conceitos de espiritualidade e de necessidades espirituais de paciente sem possibilidades terapêuticas e trouxe à tona a ideia de boa passagem promovida pela espiritualidade⁴².

A espiritualidade auxilia os pacientes terminais a resistir às pressões e aos desconfortos físicos e psicológicos de tal modo a promover o seu bem-estar até o último momento de sua vida. Desse modo, pode ajudar a eles, aos familiares, aos enfermeiros e aos demais profissionais que atuam em cuidados paliativos a enfrentarem com mais tranquilidade as situações de iminência de morte ou a morte em si³⁴.

Pesquisa⁴³ revela que maiores níveis de bem-estar espiritual podem proporcionar às pessoas uma visão mais positiva em relação à vida e funcionam como fonte de tranquilidade perante situações consideradas estressantes, principalmente às que estão acometidas por uma doença terminal ou incurável. Nesse entendimento, a espiritualidade pode contribuir, positivamente, com a saúde das pessoas pelo fato de estar relacionada ao cuidado do corpo, com a conscientização de práticas saudáveis e com o estímulo às relações interpessoais, para evitar a exposição aos fatores de risco que ocasionam o adoecimento e pelo fato de atrair indivíduos em processo de adoecimento que buscam um alívio ou cura espiritual, traduzido em alívio ou cura do corpo físico.

Categoria II - Necessidades espirituais de pacientes em cuidados paliativos

Para uma melhor compreensão desta categoria, os depoimentos dos entrevistados foram subdivididos em duas subcategorias. A primeira, intitulada “Necessidades espirituais de apoio familiar, perdão, amor, crença, fé e esperança”, e a segunda, “Comunicação, escuta, música, formação de vínculo e colaboração de outros profissionais como estratégias para o atendimento das necessidades espirituais de pacientes em cuidados paliativos.”

Subcategoria I – Necessidades espirituais de apoio familiar, perdão, amor, crença, fé e esperança

As necessidades espirituais são indissociáveis das necessidades fundamentais do ser humano e integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais⁴⁵. Elas podem incluir as necessidades de amor, fé, esperança, relacionamento, perdão, conforto, segurança, garantia de bem-estar da família, crenças e práticas espirituais, encontro e significado para a vida, revisão de vida e preparação do corpo para a morte⁴⁶. As necessidades espirituais dos pacientes sob cuidados paliativos, relatadas por alguns enfermeiros entrevistados, são apresentadas nestes trechos:

É familiar, é um apoio familiar. Muitas são abandonadas, então eu acho que precisa desse apoio familiar, crença em Deus também é muito importante. (E5)

A maioria dos pacientes quando eles estão em fase final, ele tem aquela força de perdoar né? Aquela força de querer que alguém perdoe também as coisas que ele fez. É como ele [...] perdoa ou se alguém o perdoa ele vai em paz, ele segue em paz. Não vai ter mais sofrimento (E3).

O perdão e também o amor. Eles são muito carente, às vezes do amor, do abraço, sabe? (E10).

[...] a busca da esperança, ter esperança que vai dar certo, do pensamento positivo (E4).

Assim, tem alguns pacientes que gostam muito de igreja, no caso assim se forem católicos, aí ele vê a dificuldade assim, de não ir pra uma missa, aí outros já buscam assim a televisão para assistir um programa religioso, quem são crentes que tem outro tipo de religião também gosta muito quando vem os irmãos da igreja dar a palavra para eles, eles, você sente que muda totalmente o comportamento deles (E6).

O paciente na maioria das vezes quando está em sã consciência, ele clama muito pela melhora, é um momento em que ele busca de todas as formas passar daquele momento, então você identifica nesse momento a fé desse paciente (E2).

Diante desses relatos, fica claro que as necessidades espirituais dos pacientes em cuidados paliativos, presentes nos depoimentos dos enfermeiros, referem-se às necessidades de apoio familiar, de perdão, de amor, de crença, de fé e de esperança. Essas necessidades estiveram presentes em um estudo⁴⁶ que procurou sintetizar as necessidades espirituais consideradas fundamentais encontradas na literatura.

A necessidade de crença é a mais expressa nos estudos e pode estar relacionada ou não a uma prática religiosa⁴⁶. O enfermeiro 6 revela que os pacientes sob cuidados paliativos têm necessidade de crença religiosa, porque, diante do processo de adoecimento e internação, eles já não podem mais ir à igreja, por isso, procuram outros modos de atender a essa necessidade, seja assistindo à televisão ou recebendo visitas de religiosos.

Estudo demonstrou que doentes em fase final, na maior parte das vezes, manifestam necessidades de conversar com um padre, um pastor ou outro líder espiritual, e que essa necessidade de apoio espiritual pode se manifestar a qualquer momento, no entanto, é mais frequente quando se está próximo do momento final. A vontade de conversar com um ente religioso e de assistir missa na TV foi considerada pelo autor como necessária de ser identificada pelo enfermeiro, entretanto, primeiramente, é preciso conhecer a orientação religiosa do doente⁴⁷. Além disso, o referido estudo ressalta que tais enfermeiros consideram o apoio religioso muito benéfico para a vida dos pacientes, pois, à medida que sua necessidade de crença religiosa é atendida, eles se sentem mais confortados, perdoados e em paz consigo mesmos⁴⁷.

Logo, avaliar as necessidades dos pacientes e providenciar a satisfação de suas necessidades religiosas, falar com um capelão, assistir a missa ou a culto ou receber a comunhão pode ser indispensável para promover o bem-estar e melhorar a vida dos indivíduos que estão diante da morte iminente. A vontade de estar com a família, com os amigos, de dar e receber amor, gratidão, companheirismo e perdão enquadram-se nas necessidades de relacionamento⁴⁵. O perdão surge como uma necessidade tão importante quanto às crenças religiosas e espirituais, por fazer com que os indivíduos que se encontram com doenças potencialmente fatais possam morrer sem culpa e não sofram mais. É como se a doença que estão experienciando fosse um castigo divino, e o perdão pudesse libertá-los desse castigo e diminuir o sofrimento pelo qual estão passando. Esse entendimento é mostrado no trecho seguinte:

Eles acham que tão passando por isso como se tivesse pagando. Então, ele acha que a partir do momento que ele perdoar, o sofrimento dele vai diminuir (E3).

Em tempos remotos, acreditava-se que as causas das doenças oncológicas e terminais eram devidas a um castigo divino e para que os pecados fossem purificados. Essas noções punitivas relacionadas às doenças persistem no imaginário social⁴⁸.

Logo, a relação entre o pecado e o surgimento de uma doença, em muitos casos, aparece no discurso de doentes e de seus familiares⁴⁹.

O apoio familiar também é uma necessidade fundamental para o paciente em cuidados paliativos²⁷. Essa necessidade parece fortalecer suas condições e minimizar os sintomas relacionados à doença¹¹.

O relato do enfermeiro 1 demonstra que o abandono familiar proporciona um sofrimento físico e psíquico aos pacientes fora das possibilidades de cura, o que prejudica o seu quadro de saúde.

Quando a família não atua e abandona é totalmente diferente. O paciente sente muito mais dor [...], se sente abandonado, ele chora mais, a dor aumenta, aqueles cuidados que você faz, a gente não vê aquele conforto que é esperado (E1).

Esse trecho revela que o abandono familiar é uma das queixas espirituais apresentadas por pacientes e enfermeiros¹¹. Pesquisa mostrou que 18% das comunicações não atendidas por enfermeiros referiram-se às situações de medo da morte por parte do paciente e do abandono familiar. Diante dessas situações, o enfermeiro pode não apresentar atitudes para auxiliar o doente⁵⁰, o que pode prejudicar o atendimento a essa necessidade.

Nesse sentido, a relação entre o enfermeiro e o paciente fora das possibilidades de cura deve estar centrada no amor. A necessidade de amor também foi identificada pelos entrevistados. Para o enfermeiro 10, essa necessidade foi considerada importante pelo fato de os pacientes sob cuidados paliativos se apresentarem muito carentes. Cumpre assinalar que todos os indivíduos necessitam de relacionamento e sempre estão carentes de amor e de afeto. Sem amor, por mais que se tenha saúde, dinheiro, posição social, não se saberá gerir uma vida humana⁵¹.

Alguns enfermeiros ainda destacaram as necessidades de fé e de esperança como necessidades espirituais encontradas nos pacientes sob cuidados paliativos. Elas podem contribuir para aumentar a confiança do paciente na melhora de seu quadro, mesmo diante de um processo terminal. Cumpre assinalar que o sentimento de fé e de esperança representa uma força propulsora que atua como elemento positivo, diante da evolução da doença e da proximidade da morte. A fé está, sobretudo, ligada a um erro no diagnóstico e que ainda

existe uma hipótese de cura, enquanto a esperança se prende mais ao adiamento do sofrimento e da morte de que o que vem não seja real⁵².

Em situações de doença, as pessoas podem expressar suas necessidades espirituais nas formas mais sutis. Assim, a pessoa doente e a família podem se beneficiar da assistência espiritual, se os enfermeiros valorizarem essa dimensão de cuidados e realizarem uma abordagem sistematizada, competente e rigorosa. A satisfação dessas necessidades converte-se em um acontecimento dinâmico, acompanhado de uma sequência de mudanças que envolvem a pessoa doente, as pessoas significativas e os prestadores de cuidados de saúde⁴⁵. Por essa razão, ressalta-se a importância da abordagem das necessidades espirituais durante a assistência a pacientes que se encontram sob cuidados paliativos⁴¹.

Subcategoria II – Comunicação, escuta, música, formação de vínculo e colaboração de outros profissionais como estratégias para o atendimento das necessidades espirituais de pacientes em cuidados paliativos

Essa subcategoria revela as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para atenderem às necessidades espirituais dos pacientes sob cuidados paliativos. Dentre elas, destacam-se a comunicação verbal, a escuta, a música, a formação de vínculo e a colaboração de outros profissionais, conforme os relatos a seguir:

Pronto to fazendo a visita aí eu percebo aquele paciente choroso né? Desesperançado, já achando que não tem mais jeito. E assim, quando eu tenho espaço, quando eu tenho espaço, eu entro cadê a fé, né? Começo a falar de coisas boas, que vai dar tudo certo (E1)

É nesse momento que a gente vai focar a espiritualidade para trazer esse conforto, falar de Deus, então é muito importante (E2)

A gente tem que atender a expectativa do paciente. Então assim, às vezes é só escutar (E4).

Muitas vezes saber ouvir, porque o paciente não tem com quem desabafar então eu passei seis anos trabalhando em enfermaria e eu só fazia escutar (E5).

Esses depoimentos denotam a importância da comunicação verbal e da escuta durante o atendimento da dimensão espiritual de pacientes que se encontram fora das possibilidades de cura. Isso se justifica porque, muitas vezes, o paciente se encontra desesperado e

angustiado diante do processo de adoecimento e, nesse caso, precisa de uma palavra positiva, uma palavra de fé ou, simplesmente, de alguém para ouvi-lo.

A comunicação se configura como um elemento eficaz do cuidado de pacientes fora das possibilidades de cura, uma ferramenta imprescindível para a promoção dos cuidados paliativos⁵³, que pode trazer à tona informações necessárias para a assistência e, consequentemente, reduzir a ansiedade e o desespero que afligem o paciente que se encontra diante da proximidade da morte⁵⁴.

A espiritualidade, por sua vez, não deve ser descartada da comunicação, na medida em que pode contribuir para o fluxo comunicacional considerar o universo daqueles que recebem cuidados. A dimensão espiritual pode até não ser importante no universo de valores de determinado profissional de saúde, mas pode ser imprescindível para os pacientes e seus familiares⁵⁵.

Estudo teve o objetivo de investigar que tipos de conversa voluntários de um *hospice* tinham com pacientes. Conversas sobre milagres, contato espiritual com mortos e discussões sobre Deus marcaram os diálogos de alguns voluntários e trouxeram para as conversas questões espirituais⁵⁶. Nas situações em que o paciente ainda é capaz de se comunicar, pode existir um desejo de partilhar com alguém seus sentimentos e anseio⁵⁴.

Outro trabalho que investigou o enfrentamento religioso de pacientes oncológicos mostrou que todos os participantes apresentaram relatos verbais com conteúdos religiosos e espirituais⁵⁷. Tal fato demonstra ser imperativo haver uma boa comunicação entre o enfermeiro e o paciente e a escuta atenta de suas necessidades e preocupações espirituais. Essas considerações evidenciam que a comunicação é uma das habilidades que deve ser empregada pelo enfermeiro durante o atendimento a pacientes que se encontram sob cuidados paliativos⁵³, até mesmo para tratar de questões espirituais.

A comunicação, como estratégia empregada pelos enfermeiros entrevistados para atenderem às necessidades espirituais de pacientes também envolveu leituras bíblicas e oração, segundo os depoimentos a seguir:

Faço leitura, oração, pego aquele verso do salmo (E09).

Eu chego, ai eles chegam muito, assim, muito baixo astral aí eu começo a ler a palavra pra eles (E10).

A oração e as leituras de textos sagrados, como a bíblia, o alcorão e a torá, por exemplo, podem ser utilizadas para atender às necessidades espirituais dos pacientes em cuidados paliativos e promover seu relaxamento. Outras estratégias para o atendimento dessas

necessidades podem incluir psicoterapia, exercícios de relaxamento, toque terapêutico, ioga, meditação e musicoterapia^{5,7,58}.

A música parece ter um efeito inspirador e calmante e pode elevar espiritualmente o paciente⁵⁹. A música também foi relatada por um dos enfermeiros entrevistados.

[...] quando a gente tem tempo mesmo para prestar essa assistência a gente gosta de colocar uma música na hora do banho do paciente, uma música religiosa, certo? Tem vez que eles gostam que a pessoa cante o hino então vai depender muito do paciente e da necessidade mesmo que ele está precisando (E6).

Esse depoimento demonstra que a música é um recurso que promove o bem-estar espiritual do paciente e faz com que seu cotidiano fique mais leve diante da situação de morte iminente. A música pode promover um conforto biopsicossocial e espiritual e permitir que os doentes reflitam sobre sua espiritualidade durante o processo de adoecimento⁶⁰.

Estudo de revisão mostrou que o uso da música no ambiente de cuidados paliativos pode promover o conforto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes fora das possibilidades de cura e ajudar na relação da família com a despedida do ente querido⁶¹.

Cumprasse assinalar que alguns entrevistados citam a colaboração de outros profissionais para ajudarem no atendimento da dimensão espiritual, como no caso do psicólogo e de assistentes espirituais de diversas religiões:

Se eu ver que o meu limite não pode passar daquilo, eu chamo alguém em busca de uma ajuda. Eu chamo o psicólogo, chamo alguém, se for um espírita eu chamo alguém da parte espírita, se for um católico eu chamo alguém da parte do catolicismo entendeu? Eu respeito à religião de cada um deles (E3).

A gente tem voluntárias aqui da igreja católica e da evangélica, que passam nas enfermarias, muitas trazem a unção dos enfermos, lêem a palavra, tocam, louvam a Deus, pra levar um pouquinho de conforto e de alguma maneira tentar alegrar, porque infelizmente a gente trabalha num hospital onde não tem muitas alegrias, a gente todo dia perde paciente, então o ambiente por si só é muito pesado (E5).

Esses trechos destacam que, para atender à necessidade do paciente, pode ser necessário o auxílio de outros profissionais, inclusive de religiosos, porém, a vontade do paciente e a sua religião precisam ser respeitadas. Por essa razão, os profissionais que atuam em cuidados paliativos devem estar atentos às demandas dos pacientes e seus familiares, respeitando as diferentes crenças e possibilitando sua livre expressão, caso esse seja o desejo do paciente⁶².

Corroborando os achados da presente pesquisa, estudo⁴⁷ realizado em Portugal com enfermeiros que atendiam a pacientes em estado terminal mostrou que, com o intuito de proporcionar algum conforto espiritual para o doente, recorrem a um capelão ou assistente religioso.

O depoimento de E2 relata uma vivência profissional com paciente terminal, durante a qual ele afirma não conversar tanto com o paciente sobre religião:

[...] da parte religiosa, eu tenho falado muito pouco, porque eu sinto que ele tem medo quando se fala em alguma coisa voltada para a religião. [...] de Deus eu tenho falado muito pouco, porque ele não tem essa abertura, ele aceita, não dá muito espaço (E2).

Esse trecho revela a falta de preparo desse enfermeiro para lidar com as questões espirituais dos pacientes que se encontram fora das possibilidades de cura, pois, quando o profissional encontra uma negação do paciente sobre questões religiosas, demonstra uma limitação e não aborda mais o assunto.

Outros estudos também evidenciam a falta de preparo dos profissionais para abordarem as questões espirituais de pacientes fora das possibilidades de cura^{6,47,63}. Por isso, os profissionais de saúde precisam ser treinados, inclusive dos enfermeiros, para atender às questões espirituais dos pacientes. Esse treinamento poderia ser ofertado pelos próprios profissionais que atuam nos serviços de capelania dos hospitais⁶³.

Categoria III - Influência da crença e da fé na assistência aos pacientes em cuidados paliativos

A categoria III será representada pela subcategoria “A crença e a fé auxiliam o enfermeiro a enfrentar o cotidiano profissional e aproximar-se do paciente”. Esta revela a influência da crença e da fé dos enfermeiros para si mesmo e para o paciente.

Subcategoria I - A crença e a fé auxiliam o enfermeiro a enfrentar o cotidiano profissional, aproximar-se do paciente, diante do seu sofrimento, e encorajá-lo

Os enfermeiros participantes da pesquisa parecem compreender que a crença e a fé geram uma força para que o profissional consiga trabalhar no ambiente paliativo, facilitam a aproximação e encorajam o paciente diante da situação de doença, conforme observado nos trechos a seguir.

A minha fé me dá forças de superar aquele momento, porque se eu não tiver uma estrutura e uma força em mim eu não vou ter como passar pra ele (E1).

Porque a fé que eu tenho, a crença que eu tenho facilita com que eu chegue até os pacientes. De dar testemunhos, de dar força. De botar essa paciente pra frente, pra cima, porque se eu não tivesse fé, se eu não tivesse, eu não conseguiria (E3).

Passar realmente a mensagem de fé, de esperança, de amor (E4).

Esses depoimentos expressam que a crença e a fé do profissional o auxiliam a prestar os cuidados de Enfermagem ao paciente fora das possibilidades de cura. É por meio da crença e da fé que o enfermeiro adquire forças para assistir o paciente, aproximar-se dele com mais facilidade e encorajá-lo com palavras positivas de fé, esperança e amor.

Estudo realizado nos Estados Unidos, com 74 oncologistas pediátricos, verificou que a maioria acreditava que suas crenças e práticas religiosas influenciavam as interações com outros profissionais e pacientes⁶⁴. Outro estudo desenvolvido no Brasil mostrou que a religiosidade do enfermeiro proporciona amor, carinho, afeto, atenção, lealdade e respeito ao paciente⁶⁵.

Parece que a fé promove uma força interior para que o profissional continue a trabalhar com esses pacientes sem ficar doente e deprimido, porquanto cuidar de um paciente terminal não é tarefa fácil, e pelo fato de ter que lidar com a morte, quase que diariamente, é considerado negativo para o próprio profissional que foi qualificado para curar os pacientes e tem que ver a morte chegar sem poder prestar uma assistência curativa, assim como relatado pelo enfermeiro 9.

[...] Se eu não vier trabalhar com fé, eu não tava aqui trabalhando [...], justamente com pacientes sob cuidados paliativos, se não fosse, eu não conseguia dormir, vivia depressiva (E9).

Esse trecho demonstra que o enfermeiro se apega as suas crenças para resistir às tensões relacionadas ao ambiente de cuidados paliativos. Esse relato não revela, em si, um despreparo do enfermeiro, mas ressalta a importância do cultivo de valores espirituais como uma estratégia para auxiliar os próprios enfermeiros a enfrentarem o cotidiano da assistência paliativa. Assim como na presente pesquisa, estudo realizado no ambiente de terapia intensiva verificou que os enfermeiros buscam forças na religião como estratégia defensiva para lidar com as situações de sofrimento do paciente⁶⁹.

Pesquisa cujo objetivo foi de descrever como a religiosidade dos enfermeiros motiva a sua prática e se manifesta durante o atendimento ao paciente, principalmente no que se refere ao cuidado espiritual, revelou que as crenças e as práticas religiosas auxiliam o profissional a lidar com estresse de trabalho e promove uma sensação de proteção e orientação para realizar a assistência⁶⁷.

Alguns profissionais da área de saúde têm usado práticas espirituais para ajudá-los a lidar com a morte de pacientes. Em uma UTI, os membros da equipe mantiveram um diário perto da cabeceira de um paciente que se encontrava diante do processo de finitude e nele escreveram mensagens, orações, bênçãos e memórias sobre o paciente, com o intuito de diminuir o próprio sofrimento⁶⁸. Desse modo, a religiosidade e a espiritualidade do profissional contribuem para sua saúde e o auxiliam na adaptação do estresse existente nos ambientes de saúde, principalmente nos setores onde a dor e o sofrimento são inevitáveis, como o ambiente de cuidados paliativos⁶⁹.

Ressalte-se, no entanto, que a incorporação da religiosidade e da espiritualidade do profissional no atendimento do paciente deve ser analisada adequadamente, uma vez que a religião e as necessidades do paciente precisam ser respeitadas. Assim, antes de abordar um discurso religioso, os enfermeiros devem observar os sinais de aceitação e avaliar as respostas do paciente, a fim de respeitar sua autonomia⁶⁷.

É notório que a crença e a fé auxiliam o enfermeiro no cuidado voltado para os pacientes que se encontram fora das possibilidades de cura, por permitir que eles o encorajem diante da situação de morte iminente e enfrentem o trabalho diário que prioriza o cuidado ao invés da cura e que procura promover um conforto do alívio dos sintomas físicos e do sofrimento espiritual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo expressam que os cuidados paliativos promovem o alívio da dor e do sofrimento, oferecem conforto e contribuem para melhorar a qualidade da vida dos pacientes. Essa compreensão se amplia quando afirmam que recorrem à espiritualidade como um importante recurso na assistência paliativa, por ser fonte de força, conforto e fé e por possibilitar uma melhora do quadro clínico dos pacientes e a aceitação e o enfrentamento que vivenciam.

O estudo destaca que os enfermeiros percebem o apoio familiar, o perdão, o amor, a crença, a fé e a esperança como as principais necessidades espirituais dos pacientes em

cuidados paliativos, e para atender a essas necessidades, eles empregam estratégias como, por exemplo, a comunicação que, para eles, configura-se como um elemento necessário à promoção da saúde dos pacientes, visto que possibilita que o profissional obtenha informações imprescindíveis ao seu tratamento paliativo, e isso contribui para minimizar sentimentos e emoções relacionadas ao processo de finitude e que os perturbam.

Além da comunicação, outras práticas como a escuta, a música, a formação de vínculo e a colaboração de outros profissionais também foram citadas por eles. A utilização de diversas estratégias, durante a assistência paliativa, demonstra que quase todos os enfermeiros participantes desta pesquisa se sentem em condições de oferecer um cuidado espiritual, com exceção de um enfermeiro que demonstrou certo despreparo para atender às necessidades espirituais do paciente, tendo em vista sua dificuldade de abordar questões religiosas.

Outro ponto merecedor de destaque é a influência da crença e da fé dos próprios enfermeiros na assistência que prestam aos pacientes em cuidados paliativos. Ter fé e professar uma crença religiosa parece oferecer aos enfermeiros uma condição melhor, não somente para lidar com esses pacientes, auxiliando-os a se aproximarem mais dos pacientes e a encorajá-los a enfrentar o seu processo de finitude, mas também para enfrentar as constantes demandas oriundas do seu cotidiano profissional.

Ante o exposto, considera-se que esta pesquisa é de grande relevância para o campo da Enfermagem, porquanto poderá estimular seus profissionais a refletir sobre a necessidade de atender à dimensão espiritual do paciente que se encontra fora das possibilidades de cura e que necessita de uma assistência que possibilite o alívio do sofrimento espiritual. Além disso, poderá fortalecer as leituras críticas a respeito da temática e subsidiar novas investigações acerca da temática, visto que essa dimensão deve ser mais explorada no âmbito acadêmico.

Assim, sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas no sentido de investigar como os próprios pacientes que se encontram recebendo a assistência paliativa compreendem a dimensão espiritual, com a finalidade de identificar suas necessidades espirituais e auxiliá-los melhor, mediante a oferta de um cuidado humanizado. Sugere-se, ainda, a realização de pesquisas que ressaltem o desenvolvimento da espiritualidade dos próprios profissionais de Enfermagem, visto que ela foi considerada importante ferramenta a ser utilizada na assistência paliativa no cotidiano da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Definition of Palliative Care [Internet]. 2014. [cited 2015 Jan 05]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Agra G, Lopes MS, Rodrigues FA. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(9):2589-96.
3. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos; conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HÁ (Orgs). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2th ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
4. Carvalho RT, Parsons HÁ (Orgs). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2th ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
5. Campbell ML. *Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem*. Porto Alegre: AMGH; 2011.
6. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & contexto enferm*. 2013; 22(4):1134-41.
7. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clín* 2007; 34(supl. 1):82-7.
8. Shimabucuro AH. A Espiritualidade à luz da academia: ideias e reflexões. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 2011; 31(80):2011.
9. Santos FS. *Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Editora Atheneu; 2011.
10. Gomes R. Espiritualidade e cuidados paliativos: alguns pontos para reflexão. *Espaços*; 18(2):187-96.
11. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Medicina Paliativa*. 2011; 18(1):20-40.
12. Kavar, LF. *The integrated self: A holistic approach to spirituality and mental health practice*, UK: O Books; 2012.
13. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21:2126-35.
14. Byrne M. Spirituality in palliative care: what language do we need? *Learning from pastoral care. International journal of palliative nursing*. 2007; 13(3): 118-24.
15. Meehan TC. Spirituality and spiritual care from a Careful Nursing perspective. *J Nurs Manag*. 2012;20(8):990-1001.
16. Epstein Peterson, Sullivan AJ, Enzinger AC, Trevino KM, Zollfrank AA, Balboni MJ, VanderWeele TJ, Balboni TA. Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. Epub; 2014.
17. Saporreti LA. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: Oliveira RA. *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
18. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
19. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 . Available from: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 de junho 2013.
20. Vasconcelos MF. *Cuidados paliativos aos pacientes com HIV/AIDS: uma abordagem bioética [dissertação]*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012;

21. National Cancer Institute. Palliative Care In Cancer [Internet]. U.S. USA: National Institutes of Health, 2014. Available from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Support/palliative-care>
22. Bertachini L, Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Bioethicos*. 2010; 4(3):315-23.
23. Lazzari DD, Jacobs LG, Jung W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(1):116-24.
24. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L (Orgs). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.
25. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2577-88.
26. Daronco VF, Rosanelli CLSP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Cuidados paliativos a pacientes oncológicos: percepções de uma equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(4):657-64.
27. Santana JCB, Paula KF, Campos ACV, Rezende MAE, Barbosa BDG, Dutra BS. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethicos*. 2009;3(1):77-86.
28. Sales CA, Silva VA. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(1):66-73.
29. Pessini, L.; Bertachini, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O mundo saúde*. 2005; 29(4):491-509.
30. Watson MJ. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: FA; 2005.
31. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A espiritualidade nos pacientes com câncer em quimioterapia. *CuidArte, Enferm*. 2012; 6(1):8-14.
32. Nascimento LC, Santos TFM, Oliveira FCS, Pan R, Flória-Santos M, Rocha SMM. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2013; 22(1): 52-60.
33. Oliveira AMM, Lopes MEL, Evangelista CB, Gouveia EML, Costa SFG, AlveS AMPM. The spiritual dimension of care in nursing practice: student's opinion. *Journal of Nursy UFPE on line*. 2012; 6(9):2037-44.
34. Silva DIS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Revista HCPA*. 2011; 31(3):353-8.
35. Breitbart W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. 5ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.
36. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007; 34(1):126-35.
37. Holanda BA. *Míni Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 8 th. Editora Positivo; 2010.
38. Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *OMEGA*. 2008; 56(1):33-46.
39. Gomes R, Margarida A. A espiritualidade no aproximar da morte... *Enfermería Global*. 2011; 2(22):1-9.
40. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK et al. The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *J Support Oncol*. 2012; 10(2):81-7.
41. Saporetti LA, Silva AMOP. Aspectos e ritos de passagem nas diferentes religiões. In: Carvalho RT, Parson HA. *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.

42. Brito FM, Costa ICP, Andrade CG, Lima KFO, Costa SFG, Lopes MEL. Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21(4):483-9.
43. Oliveira AML. Análise psicométrica da Daily spiritual experience scale pelo método Rasch. [tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
44. Dal Farra RA.; Geremia, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Revista brasileira de educação médica*. 2010; 34(4):587-97.
45. Castelo Branco MZ, Brito D, Fernandes Sousa C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa Aquichan. 2014; 14(1):100-08.
46. Pinto SMO. A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica: estudo numa população de doentes em quimioterapia [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2011.
47. Martins MCSFC. Aliviando o sofrimento: o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida [tese]. Universidade de Lisboa; 2010.
48. Silva GF. Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer [dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2008.
49. Ribeiro EE. Tanatologia: vida e finitude. Informações gerais para os módulos: velhice e morte, Medicina e morte, cuidados paliativos e bioética. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008.
50. Bax AMC, Araújo STC. Z. Expressão não verbal do paciente no cuidado: percepção do enfermeiro em unidade cardiointensiva. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):728-33.
51. Alves MLSD. Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos [dissertação]. Universidade de Lisboa; 2011
52. Casmarrinha M. Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades...[dissertação]. Universidade do Porto; 2008.
53. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(9):2523-2530.
54. Silva MJP, Araújo MMT. Comunicação em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 th. Porto Alegre: Sulina; 2012.
55. Instituto Nacional de Câncer. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
56. Planalp S, Trost MR, Berry PH. Spiritual feasts: meaningful conversations between hospice volunteers and patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011;28(7):483-6.
57. Fornazari AS, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010; 26(2):265-72.
58. Renz M, Mao Ms, Cerny T. Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. *Support Care Cancer*. 2005; 13:961–966.
59. Narayanasamy A. Palliative care and spirituality. *Indian J Palliative Care*. 2007; 13(2): 32-41
60. Petersen EM. Buscando novos sentidos à vida: musicoterapia em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. 2012; 2(11):63-69.
61. Seki NH, Galheigo O SM. Uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2010; 14(33):273-84.
62. Domingues GR, Alves KO, Carmo PHS, Galvão SS, Teixeira SS, Balduino EF. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*. 2013; 11 (1), 2-24.
63. Selli L, Alves JS. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Bioethikos*. 2007;1(1):43-52.

64. Ecklund EH, Cadge W, Gage EA, Catlin EA. The religious and spiritual beliefs and practices of academic pediatric oncologists in the United States. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2007; 29(11): 736-742.
65. Peixoto LF. A assistência psíquicoespiritual na enfermagem: ensino e prática [tese]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
66. Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(1): 1-8.
67. Taylor EJ, Park CG, Pfeiffer JB. Nurse religiosity and spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(11), 2612–21.
68. Puchalski CM, Sandoval C. Spiritual Care. In: O'Neill JF, Selwyn PA, Schietinger HA (Orgs). *Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/ AIDS Health Resources and Services Administration*, US Department of Health and Human Services; 2003.
69. Pilger C, Macedo JQ, Zanelatto R, Soares LG, Kusumota L. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(3):479-86.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, procuramos investigar a temática cuidados paliativos e espiritualidade, com a finalidade de ressaltar a importância do atendimento da dimensão espiritual por parte de profissionais de saúde, em especial, os de Enfermagem, nos cuidados prestados aos pacientes fora das possibilidades de cura, uma vez que os cuidados paliativos procuram atender ao indivíduo que sofre em sua totalidade, contemplando as dimensões física, psicológica, social e espiritual. Porém, a dimensão espiritual tem sido pouco valorizada pelos profissionais da Saúde.

O texto deste estudo foi organizado em dois artigos científicos. O primeiro, uma revisão integrativa da literatura, que traz uma abordagem sobre a produção científica no cenário mundial a respeito dos cuidados paliativos e da espiritualidade. O segundo, uma pesquisa de campo que buscou investigar a compreensão de enfermeiros sobre a espiritualidade, como ferramenta de cuidado utilizada na assistência paliativa, e a influência da crença e da fé do enfermeiro nessa assistência.

No que diz respeito à revisão integrativa, o estudo apontou o significado do termo espiritualidade e evidenciou a importância do atendimento dessa dimensão no âmbito dos cuidados paliativos e as barreiras para atendê-la. Alguns instrumentos de avaliação da dimensão espiritual de pacientes sob cuidados paliativos também foram abordados, com destaque para nove, que foram validados transculturalmente, a saber: Missoula -VITAS Quality of Life Index (MVQoLI), McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), Palliative Care Outcome Scale (POS), Beck Hopelessness Scale (BHS), Existential Loneliness Questionnaire (ELQ), Existential Meaning Scale (EMS), FACIT-Sp, Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index Short Form (I-W SR Index), World Health Organization's Quality of Life Measure Spiritual Religious and Personal Beliefs (WHOQOL SRPB) e World Health Organization's Quality of Life Instrument-HIV (WHOQOL-HIV).

A pesquisa de campo apresentou a compreensão de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos e espiritualidade, das necessidades espirituais dos pacientes e das estratégias para atender a essas necessidades, e concluiu que a crença e a fé auxiliam o enfermeiro a lidar com o sofrimento humano, a se aproximar dele e encorajá-lo.

Os resultados mostraram que as necessidades espirituais de apoio familiar, perdão, amor, crença, fé e esperança foram mencionadas pelos enfermeiros como as mais relevantes, e que eles buscam atendê-las, utilizando-se de diversas estratégias de cuidado, das quais se destaca a comunicação. Essa comunicação ocorreu através de palavras positivas de fé, de leituras bíblicas e de oração. Além dessas, outras estratégias foram utilizadas pelos

enfermeiros: a escuta, o uso da música, a formação de vínculo entre o profissional e o paciente e o auxílio de outros profissionais, como psicólogos e assistentes espirituais.

O estudo mostrou ainda que a comunicação contribui para o atendimento das necessidades espirituais dos pacientes sob cuidados paliativos, pois foi considerada uma das ferramentas mais utilizadas para promover o diálogo entre o enfermeiro e o paciente, no sentido de identificar suas necessidades e de atendê-las de maneira competente e eficaz.

Consideramos que este estudo é uma via de acesso a espaços de investigação no campo dos cuidados paliativos e da espiritualidade, uma vez que há uma incipiente produção de estudos acerca da temática no âmbito nacional. Nessa perspectiva, sugerimos a realização de novas investigações, no sentido de ampliar as discussões sobre a referida temática e ressaltar a importância do atendimento dessa dimensão no atendimento de pacientes sob cuidados paliativos. Estudos com os próprios pacientes que necessitam desses cuidados também são necessários para investigar a dimensão espiritual na visão dos que recebem os cuidados de saúde, e cujas necessidades podem não ser atendidas pelos profissionais.

Ante o exposto, considera-se que esta pesquisa é de grande relevância para o campo da Enfermagem, porquanto poderá estimular seus profissionais a refletir sobre a necessidade de atender à dimensão espiritual do paciente que se encontra fora das possibilidades de cura e que necessita de uma assistência que possibilite o alívio do sofrimento espiritual. Também poderá subsidiar novas investigações acerca da temática, visto que essa dimensão necessita ser mais explorada no âmbito acadêmico.

REFERÊNCIAS

ASGEIRSDOTTIR, G. H. et al. "To Cherish Each Day as it Comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n.1, p.1-7, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BORGES, M. C. L. A. et al. Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 42-48, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 de junho 2013.

BROECKAERT, B. Spirituality and Palliative Care. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 17, supl. 1, p. 39-41, 2011.

CERVELIN, A.F.; KRUSE, M.H.L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 136-142, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

FUKUMTISU, K. O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, ano 9, n.1, p. 174-184, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, R. Espiritualidade e cuidados paliativos: alguns pontos para reflexão. **Espaços**, v. 18, n. 2, p. 187-196, 2010.

HANSON, L. C. et al. Providers and Types of Spiritual Care during Serious Illness. **Journal of Palliative Medicine**, v. 11, n. 6, p. 907-914, 2008.

MARCONI, A. A.; LAKATOS, E. M. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2010.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamento e princípios. *In*: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2010.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Palliative Care in Cancer. USA: National Institutes of Health, 2014. Disponível em:
<<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Support/palliative-care>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

OLIVEIRA, A. M. M. et al. The spiritual dimension of care in nursing practice: student's opinion. **Journal of Nursy UFPE on line**, v. 6, n. 9, p. 2037-2044, 2012.

PERES, M.F.P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n., p. 82-87, 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. F. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, D. I. S. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. **Revista HCPA**, v. 31, n. 3, p. 353-358, 2011.

SILVA, E.P; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

SILVEIRA, J.P. **Passos para se elaborar um projeto de pesquisa de campo**. Olinda: livro Rápido, 2010.

SOUZA, A. T. O. et al. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na bioética. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 26, n. 3, p. 117-129, 2010.

TOZONI REIS, M.F.C. **Metodologia da pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2th ed. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Definition of Palliative Care**. 2014.

Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

APENDICÊS

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado Participante,

Esta pesquisa intitula-se “Cuidados paliativos e espiritualidade: um estudo com profissionais de enfermagem” e está sendo desenvolvida pela mestrandia Carla Braz Evangelista, aluna regularmente matriculada no Curso de Pós- Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Emília Limeira Lopes.

O presente estudo apresenta por objetivos: investigar a compreensão profissionais de enfermagem sobre a espiritualidade como recurso terapêutico utilizado em pacientes sob cuidados paliativos; identificar situações de cuidado durante as quais os profissionais de enfermagem atendem a necessidade espiritual de pacientes sob Cuidados Paliativos; verificar as estratégias (com enfoque na espiritualidade) utilizadas por profissionais de enfermagem durante a assistência a pacientes sob Cuidados Paliativos.

Na oportunidade, ressaltamos que esta investigação contribuirá para um entendimento acerca da espiritualidade como modalidade terapêutica em Cuidados Paliativos para nortear a prática do enfermeiro ao assistir pacientes sob cuidados paliativos.

A sua participação na presente pesquisa é voluntária e de fundamental importância, no entanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo. Vale lembrar que esta pesquisa oferece aos sujeitos participantes riscos considerados “mínimos”, já que poderão ficar inibidos durante a coleta de dados. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar o debate acerca da temática – cuidados paliativos e espiritualidade.

Para a viabilização da investigação, solicito a sua valiosa colaboração para a realização das atividades propostas, tais como: responder um questionário e a entrevista semiestruturada podendo o (a) senhor (a) responder de forma escrita ou através de sistema de gravação em MP3.

Solicitamos ainda a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e/ou publicar em revistas científicas da área. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e os dados confidenciais serão mantidos no anonimato.

Vale ressaltar que, durante as etapas da presente pesquisa, serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução 466/12 do CNS- Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, em vigor no Brasil.

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) quantos aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa e dou o meu consentimento para participar dela e para a publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

João Pessoa, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Endereço do pesquisador: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba (Campus I), Castelo Branco, João Pessoa - PB. CEP: 58.059-900. Telefone para contato: 83- 3216-7735.

Email: carlabrazevangelista@gmail.com

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (Centro de Ciências da Saúde): Universidade Federal das Paraíba (Campus I), Castelo Branco, João Pessoa-PB. CEP: 58050-000. Telefone para contato: (83) 3216-7791.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista**I- DADOS GERAIS DOS PARTICIPANTES**

Idade: _____ Sexo: _____ Religião: _____

Estado civil: _____ Renda familiar: _____

Titulação: _____ Área: _____

II- QUESTIONAMENTOS:

- a) O que você entende por cuidados paliativos?
- b) O que você entende por espiritualidade?
- c) Qual a sua compreensão sobre a espiritualidade como recurso terapêutico, utilizado na assistência em pacientes sob cuidados paliativos?
- d) Quais as necessidades espirituais que você identifica nos pacientes sob cuidados paliativos?
- e) Quais estratégias você utiliza, com enfoque na espiritualidade, durante a assistência a pacientes sob Cuidados Paliativos?
- f) Você considera que sua crença/fé influencia no cuidado prestado aos pacientes sob cuidados paliativos? Se afirmativo, de que maneira ocorre essa influência?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 30/06/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM”** da Pesquisadora Carla Braz Evangelista. Protocolo 0308/14. CAAE: 32194614.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Teresa Cristina Cunha
Mat. SIAPE 0331417
CEP-CCS-UEPB

ANEXO B – Normas da Revista Brasileira de Enfermagem



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional. A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo Vancouver, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se

condiciona a publicação. Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e referências.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: **Entrevista (máximo de 3 páginas)** com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de **Autor convidado (máximo de 15 páginas**, incluindo resumos e referências); **Carta ao Editor (1 página)**; e **Resenha** de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (**máximo de 2 páginas**, incluindo referências, se houver).

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Aspectos gerais

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do Microsoft Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5);]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5),]. Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

É recomendável que os artigos de Pesquisa e de Revisão sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) Página de identificação

É a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (máximo de 15 palavras) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma nova página (a segunda). Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no máximo, 150 palavras. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, key words e palabras clave. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS(<http://decs.bvs.br>).

c) Corpo do texto

O corpo do texto inicia nova página (a terceira), em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

d) Agradecimentos (opcional)

Os agradecimentos, quando houver, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

e) Referências

O número de referências no manuscrito deve ser limitado a vinte (20), exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo Vancouver. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (U.S. National Library of Medicine – NLM), podem ser obtidos na URL

<http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

PROCESSO DE SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link Submissão Online. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de

Direitos

Autorais.

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cientes de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores. Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (peer review), adotando-se a avaliação duplo-cega (double blind review), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou, ainda, que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

Todos os autores de manuscritos ACEITOS devem ser assinantes da REBEn, condição sine qua non para a publicação.



ISSN 1414-8145 *versão
impressa*

ISSN 2177-9465 *versão
online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Como órgão oficial de difusão científica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** tem por finalidade a publicação de trabalhos originais de autores brasileiros e de outros países, relativos à Enfermagem, Saúde e outras áreas afins, e atualidades relevantes para a profissão.

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista. Para tanto, os autores deverão submeter seu artigo através do SGP (Sistema de Gestão de Publicações) disponível no seguinte endereço: www.revistaenfermagem.eean.edu.br.

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista estando vedadas a reprodução ou tradução parcial ou total dos mesmos. Para a publicação total ou parcial (citações textuais com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações) em outros periódicos (impressos e/ou eletrônicos) são necessárias autorizações por escrito de seus editores e do(s) autor(es) do manuscrito envolvido. Da mesma forma, publicações de manuscritos publicados em outros periódicos nesta Revista, através de reprodução ou tradução de texto total ou parcial (citações com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações) tornam necessárias autorizações por escrito dos editores daquele periódico e do(s) autor(es) do manuscrito originalmente publicado.

O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decisão sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentem os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 / 96, do Conselho Nacional de Saúde) ou uma justificativa para ausência desse documento contendo a descrição dos cuidados éticos adotados pelo(s) autor(es) para substituí-lo.

É responsabilidade dos autores reconhecer e informar ao Conselho Editorial a existência de **conflitos de interesse** que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito. Desta forma, as relações financeiras ou de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada

um dos autores em declarações individuais, disponíveis na URL: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/ImageBank/PDF/Declaracao_de_conflitos_de_interesse.pdf.

O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois relatores (Consultores Ad Hoc), pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e relator(es). A análise pelos relatores é feita com base no Instrumento de Análise e Parecer (disponíveis na URL: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/revista_enf.htm), elaborado especificamente para essa finalidade.

A confiança pública, fundamental no processo de revisão por especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados na elaboração da redação, revisão por pares e edição. Os **conflitos de interesse** existem quando o autor, o revisor ou o editor possuem relações financeiras ou pessoais que podem influenciar inadequadamente suas ações. Conflitos de interesse financeiro (quando envolve emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários) são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois relatores (Consultores Ad Hoc), pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e relator(es). A análise pelos relatores é feita com base no Instrumento de Análise e Parecer (disponíveis na URL: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/ImageBank/pdf/avaliacaoadhoc.pdf>), elaborado especificamente para essa finalidade.

A **Escola Anna Nery apóia as políticas para registro de ensaios clínicos** da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2009, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. **Público-alvo:** Enfermeiros, alunos do curso de graduação em enfermagem, profissionais da saúde.

Forma e preparação de manuscritos

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial em espaço duplo na fonte Times New Roman tamanho 12

Categorias de manuscritos

Pesquisa Original: relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional contendo:

- (a) Introdução: apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.
- (b) Revisão da literatura: selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) Método: incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) Resultados: os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) Discussão: pode ser redigida juntamente com os resultados, a critério do(s) autor(es). Deve destacar a compatibilidade entre os resultados e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

(f) Conclusões: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo. Outros formatos de pesquisa poderão ser aceitos, quando pertinentes à natureza do estudo. Os manuscritos poderão ter até 18 referências e 20 laudas impressas de acordo com as especificações no item composição de manuscritos.

Reflexão: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais. Os manuscritos poderão ter até 15 referências e 20 laudas impressas, de acordo as especificações no item: composição de manuscritos.

Relato de experiência: refere-se às descrições de experiências de assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem ou afins, para divulgar aspectos inéditos e originais envolvidos. Os manuscritos de relato de experiência poderão ter até 15 referências e 20 laudas impressas devendo estar de acordo com o item composição de manuscritos.

Revisão crítica: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou áreas afins fundamentada na literatura considerada pertinente e relevante. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos e a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter um mínimo de 15 e um máximo de 20 referências e 15 laudas impressas devendo estar de acordo com o item composição de manuscritos.

Biografia: constitui-se na história de vida de pessoa que tenha contribuído com a Enfermagem ou áreas afins. Deve conter introdução, desenvolvimento e conclusão; e evidenciar o processo de coleta de dados que permitiu a construção biográfica. Os manuscritos de biografia poderão ter até 10 referências e 10 laudas impressas, de acordo com as especificações no item: composição de manuscritos.

Forma

Citações no texto: as citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, Ex.: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas cuidatividades¹. Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: 1-5; quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: 1-3,6.

Na transcrição "ipsis litteris" de citações a indicação a página da referência adotada é uma exigência. Ela deve estar localizada após o número da referência seguido de dois pontos, ex.: 3:16-18, e deve atender aos seguintes critérios: (a) até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal; (b) mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em

bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda.

Os dados empíricos recortados em pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, em itálico (apenas nesse caso), sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, para entrevistas ou pseudônimos, ex.: [...] os usuários desse serviço de saúde são bastante consciente da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

Notas de rodapé: deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a primeira nota, b segunda nota e c terceira nota.

Resumos e descritores: devem conter até 150 palavras para manuscritos de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão crítica e biografia, acompanhados das versões em espanhol (resumen) e inglês (abstract). Os resumos devem ser informativos de acordo com a NBR 6028 da ABNT, de novembro de 2003, para manuscritos nacionais. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Para manuscritos internacionais, o resumo informativo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Os descritores são palavras fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 descritores. Após a seleção desses descritores, sua existência em português, espanhol e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - criado por BIREME). A terminologia para os descritores deve ser denominada no manuscrito como se segue: palavras-chave, palabras clave e keywords.

Tabelas: Devem ser enviadas junto com o conteúdo do artigo no "Passo 5" da submissão online, simplesmente copiando e colando em formato texto, e não como imagens. Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a 05 no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo *. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel

Gráficos e Ilustrações: Deverão ser enviados no Passo 6 e deverão seguir o padrão da revista. Largura igual ou superior a 1000 px e DPI igual ou maior que 300 deverão obrigatoriamente ser arquivos com extensão **JPG, GIF, PNG, PSD ou TIF**. Logo após o upload, na página

seguinte, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone  para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

Referências bibliográficas: o número de referências deve seguir a quantidade determinada para cada categoria de manuscrito apresentado à Revista (ver categorias de manuscritos). A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de aparição no texto, de acordo com as normas do International Committee of Medical Journal

Editors (<http://www.icmje.org>), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1995.

Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989. Obra de autoria institucional ou entidade coletiva: Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª ed. Brasília: DF; 2001.

Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizadora. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadoras. Índícios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.

Livro com edição:

Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago; 7(2): 156-66.

Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B, et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 Feb; 23 (1): 43-54.

Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Cabral IEC. Cuidando y educando para la cidadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2): [aprox.3 telas]. Disponível em:<http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>

Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [on line] 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22]; 11(4): [aprox.8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br>.

Artigo de periódico científico no prelo:

Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.

Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo) 2003 out 29; 36 (43): 95-113.

Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery. 2003 dez; 3(7): 309-10.

Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:

Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife: ABEn; 2000. p. 13.

Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:

Barreira IB , Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificação da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermería; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis(SC): ABEn; 2000. p. 295-311.

Dissertação, tese e monografia acadêmica:

Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro(RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

Dissertação e tese em formato eletrônico:

Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS. [CD-ROM] [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Trabalho em CD-ROM:

Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura. [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbetes de dicionário:

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:

Associação Brasileira de Enfermagem. Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro(RJ); 2000.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião para ser implantado um projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ); 1976 abr.

Documento jurídico:

Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil , Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Para abreviações de títulos de periódicos:

- <http://www.ibict.br>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>
- International Nursing Index



[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > [#149274](#) > **[Resumo](#)**

#149274 Sinopse

Submissão

Autores Carla Braz Evangelista, Maria Emília Limeira Lopes, Solange Fátima Geraldo da Costa, Patrícia Serpa de Souza Batista, Jaqueline Brito Vidal Batista, Amanda Maritsa de Magalhães Oliveira

Título CUIDADOS PALIATIVOS E ESPIRITUALIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Documento original [149274-737864-1-SM.DOC](#) 2015-05-04

Docs. sup. [149274-737865-1-SP.DOC](#) 2015-05-04 [INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)
[149274-737876-1-SP.DOC](#) 2015-05-04
[149274-738167-1-SP.DOC](#) 2015-05-05
[149274-738179-1-SP.PDF](#) 2015-05-05

Submetido por Senhorita Carla Braz Evangelista 

Data de submissão maio 5, 2015 - 04:34

Seção Revisão

Editor Nenhum(a) designado(a)

Situação

Situação Aguardando designação

Iniciado 2015-05-05