

Artigo de Revisão

Serviço Social e Oncologia: os Cuidados Paliativos em foco

Social Service and Oncology: palliative care in focus

Andrea Frossard^a, Luciana Rodrigues^a, Bruno Oliveira^a, Cristiane Fernandes^{a,}*

Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil

INFORMAÇÃO DO ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 13 Maio 18

Revisado em 20 Julho 18

Aceito em 12 Agosto 18

Palavras-chave:

Oncologia

Cuidados Paliativos

Serviço Social

Terminalidade

Keywords:

Oncology

Palliative Care

Social Work

Terminality

RESUMO

O presente trabalho aborda os Cuidados Paliativos em Oncologia com ênfase nos Cuidados no Fim da Vida. Os Cuidados no Fim da Vida são uma dimensão das práticas desenvolvidas no campo em questão. Desvelam-se as singularidades e possibilidades da integração de práticas interdisciplinares com ênfase nas ações interventivas do assistente social. A partir da adoção de uma perspectiva teórica crítica, se desenvolveu uma pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico com uso de revisão narrativa. Sugerem-se a intensificação do debate sobre as práticas assistenciais em curso e a ampliação da produção de conhecimento em Cuidados Paliativos no campo do Serviço Social.

ABSTRACT

This paper deals with Oncologic Palliative Care with emphasis on end-of-life care. End-of-Life Care is a dimension of the practices developed in the field of health studied. The singularities and possibilities of integration of interdisciplinary practices, with emphasis on the intervention actions of the Social Worker, are unveiled especially in finitude. From the adoption of a critical-dialectical theoretical perspective, a qualitative research was developed with a bibliographical approach, using narrative revision. It is suggested to intensify the debate on the current welfare practices and the expansion of the production of knowledge in the field of Social Work.

Introdução

A medicina desenvolveu-se com ênfase na cura dos pacientes. Contudo, nas últimas décadas, essa tendência vem se alterando com a consolidação dos Cuidados Paliativos como especialidade médica. Enfatiza-se que, no Brasil, há um movimento sólido para que esse campo se

desvincule de área de atuação para especialidade médica¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou, em 2002, o conceito de Cuidados Paliativos que fora definido em 1990:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que

* Andrea Frossard, pós-doutora em ciências Humanas. Docente Unesa/INCA

E-mail: afrossard@inca.gov.br

ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde² sugere que os serviços de Cuidados Paliativos devem reunir quatro traços marcantes, quais sejam: desejáveis (de alta qualidade, seguros e eficazes), sustentáveis (resilientes de forma contínua), equitativos (justos e acessíveis a todos) e acessíveis (fazer o melhor uso de fundos públicos). Além disso, acrescenta as barreiras aos cuidados paliativos a serem transpostas em diferentes realidades nacionais. Estas incluem: a falta de consciência entre os gestores políticos, os profissionais de saúde e a população sobre o que são os cuidados paliativos e os benefícios que podem oferecer aos pacientes e aos sistemas de saúde; limitações culturais e sociais, como crenças sobre morte e morrer; alguns equívocos sobre cuidados paliativos, tais como acreditar que esses cuidados são restritos aos pacientes com câncer ou direcionados para as últimas semanas de vida, ou, ainda, a crença de que a eliminação do excesso de burocracia a fim de facilitar o uso da analgesia de opioides gerará o aumento do abuso dessas substâncias.

Assim posto, evidencia-se que uma abordagem diferenciada é fundamental na fase de palição, em que não há perspectiva de cura e muito a ser feito pelos pacientes. Portanto, vislumbra-se um dos princípios dos Cuidados Paliativos, referente à manutenção da vida com qualidade enquanto ela durar, com o controle dos sintomas e da dor e o alívio do sofrimento, para oferecer conforto para o paciente e contribuir para a preservação da sua autonomia.

Considerando o exposto anteriormente, Frossard³ afirma que a prática dos profissionais em Cuidados Paliativos requer o exercício diário da leveza, da sensibilidade e do compromisso com a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Registra-se que, à medida que a doença progride, os pacientes apresentam diferentes formas de sofrimento no final da vida – que surgem decorrentes do abandono com perda total de laços sociais, insegurança quanto

ao futuro, inacessibilidade a serviços, invisibilidade social (população de rua, por exemplo) e distância de uma vida e de finitude dignas.

Desse modo, os momentos finais vividos pelo paciente em condição terminal constituem um período delicado e complexo, tanto para ele e para seu núcleo de cuidado (familiares e/ou cuidadores) quanto para a equipe de paliativistas. Não é à toa que a literatura inerente ao campo de Cuidados Paliativos enfatiza a dimensão dos cuidados em fim vida^{4,5,6} e as estratégias de cuidado, tanto no óbito quanto no pós-óbito.

O presente trabalho tem como objetivo desvelar as singularidades e as possibilidades de integração de práticas interdisciplinares, com ênfase nas ações interventivas do Serviço Social, na dimensão dos cuidados em fim de vida, considerando o princípio: “oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença do paciente e na finitude”², com o intuito de suscitar um debate profícuo sobre as práticas assistenciais em curso.

Métodos

Trata-se de um estudo bibliográfico com uso do método de revisão narrativa. Segundo Köche⁷, a pesquisa bibliográfica viabiliza o levantamento da produção de conhecimento disponível na área, identificando as teorias produzidas, analisando-as e avaliando sua contribuição para compreender ou explicar o problema objeto da investigação.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Registre-se, que as revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Assim posto, se desenvolve o estado de arte da investigação sem a preocupação com padrões rígidos e sistemáticos, com liberdade para realizá-lo no trajeto de busca e na reflexão crítica da literatura.

O estudo está em consonância com as normas de dispensa de submissão ao CEP/UNESA, de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

Resultados

Alteridades e Intercensões: o Núcleo Específico da ação do Serviço Social

Um estudo recente de Stringhini et al.⁸, a partir de uma crítica ao Plano 25 × 25 da Organização Mundial de Saúde para reduzir a mortalidade por doenças não transmissíveis em 25% até 2025, aborda a pobreza como fator de risco em saúde (neste plano elaborado pelos Estados Membros, esse fator não fora considerado como tal).

Os autores, baseados em dados de 1,7 milhão de pessoas, analisam como o nível socioeconômico interfere na saúde e na mortalidade em comparação com outros agentes convencionais, como o alcoolismo ou a obesidade. O achado está em consonância com pesquisas anteriores: a pobreza é um fator que afeta a saúde tanto quanto o tabaco, o álcool, o sedentarismo, a hipertensão, a obesidade e o diabetes. Além disso, a capacidade de abreviar a vida é maior do que muitos agentes convencionais. A precária condição socioeconômica reduz a expectativa de vida em mais de dois anos (2,1) em adultos entre 40 e 85 anos, enquanto o alto consumo de álcool reduz em meio ano; a obesidade encurta 0,7 anos; o diabetes reduz a expectativa de vida em 3,9 anos; a hipertensão, em 1,6 anos; o sedentarismo, em 2,4 anos; e o pior, reduzindo a média de vida em 4,8 anos, é o hábito de fumar.

Ressalte-se que, mundialmente, é divulgada, por meio dos veículos de comunicação de massa, a crescente diferença entre ricos e pobres. Faz-se notório que a pobreza impede as pessoas de conduzirem as

suas próprias vidas ao ter reduzidas drasticamente seus recursos materiais, o que interfere tanto no estilo de vida quanto nas oportunidades. Nesse sentido, a dor social é agudizada como consequência de um cotidiano tenso e contraditório que impõe uma dura realidade, pondo em xeque a garantia de acesso universal à saúde (sem discriminação e segurança social), que se torna distante, quase utópica. Sem dúvida, um dilema de todos os profissionais de saúde diante da realidade brasileira.

Em decorrência de diversas alterações nos fatores de riscos existentes na atualidade – e também de sua interdependência –, o modo de proceder em situações de crise se alterou e vem se alterando constantemente, incluindo o campo dos Cuidados Paliativos. Portanto, a dor social é uma dimensão que não se restringe ao olhar especializado do Serviço Social, mas que é compartilhado por outras disciplinas que se alternam e se fundem no dia a dia assistencial.

O que está explícito é a necessária redução nos níveis de pobreza para conter a mortalidade, o que foge da esfera das ações individuais. Sua resolutividade é complexa exatamente porque depende de políticas de Estado e ações efetivas de governos.

O profissional de Serviço Social, como mediador estratégico na equipe de paliativista, poderá contribuir para o acesso dos usuários aos bens e serviços por meio do estudo social, aludindo à condição socioeconômica dos pacientes e de seu núcleo de cuidado, que pode interferir no processo de saúde e, consequentemente, na qualidade de vida.

Segundo Andrade (2012)⁹:

É específico do assistente social o conhecimento e a abordagem sobre a realidade socioeconômica da família, bem como sobre os aspectos culturais que compõem este universo. Assim, a decodificação dessa realidade para a equipe de trabalho constitui-se em uma de suas principais atribuições. Este profissional torna-se o interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões apontadas, que são fundamentais para se alcançar os objetivos almejados em

Cuidados Paliativos: morte digna e cuidado aos que ficam.

Antes de tudo, é preciso preservar a qualidade de vida para quem tem tempo limitado para viver. Portanto, a avaliação das necessidades do paciente deve ser realizada sistematicamente. O assistente social se apresenta como profissional integrante da equipe de paliativista, à medida que tem a compreensão dos dados biográficos do paciente, ou seja, onde vive, com quem vive e em que condição vive¹⁰. Além disso, por terem conhecimento sobre a situação socioeconômica, podem acionar os serviços disponíveis e as redes de suporte, contribuindo para um processo de finitude digno.

A assistente social busca a identificação dos temas centrais que circulam em torno da família, como o desejo do paciente em aprofundar os conhecimentos sobre a doença ou não, o momento que está vivendo e sua dinâmica de compartilhamento com os membros de sua unidade familiar; rastreia as condições dos cuidados disponíveis no lar e, se for o caso, incentiva e viabiliza o atendimento domiciliar; e disponibiliza informações acerca do preparo para o plano de cuidado avançado com a equipe interdisciplinar¹¹.

Nessa direção, considerando os microespaços (é neles que circulam rotineiramente milhares de pessoas anônimas), somam-se outras situações geradoras de dores e sofrimentos. Sabe-se que não há, muitas vezes, o exercício do direito a um funeral digno, por exemplo, por parte da população vulnerada, que depende de serviços sociais promovidos pelo estado.

No cotidiano das instituições de saúde, é recorrente o receio desses indivíduos de serem postos em vala comum como indigentes. Não é à toa a presença desse sentimento de insegurança, não somente pela dimensão individual (caso de rompimento de laços familiares), mas também pela coletiva – em geral, o Estado, por excesso de burocracia, falha no quesito humanização, no que se refere a uma despedida digna aos familiares e entes queridos.

Vale recordar que a dor social é derivada de múltiplas fontes, incluindo a falta de

alimentos ou roupas adequadas, habitação, estigma e discriminação por doenças, pobreza extrema, sexismo, racismo ou preconceito religioso. Soma-se, que inúmeras famílias enfrentam dificuldades financeiras devido à doença grave de um de seus membros. Sendo que, para aqueles que já não conseguem sustentar a si mesmos e a suas famílias materialmente, os profissionais de Cuidados Paliativos podem facilitar o acesso aos benefícios sociais disponíveis em cada realidade nacional. “Os cuidados paliativos devem minimizar o sofrimento social, por meio de oferta de cestas de alimentos, assistência na obtenção de habitação e esforços para combater a estigmatização e a discriminação”¹².

O planejamento do cuidado e o preparo do paciente e de seu núcleo de cuidados para perdas e óbito

Os assistentes sociais, na prática assistencial, têm como norte as decisões pertinentes ao cuidado do paciente, que são realizadas com base na interdisciplinaridade. Estas incluem o prognóstico sobre a morte e a disposição para uma comunicação informativa, sensível e possível (não uma ideia de evolução/progressão de uma conversa simplesmente, mas de seres mutuamente afetados no relacionamento estabelecido de forma complementar e contraditória como é a vida).

Os pacientes e os membros do seu núcleo de cuidado recorrentemente demandam por apoio emocional necessário ao enfrentamento das perdas, associadas à morte e ao luto. É fato que muitos membros enlutados desenvolvem dor psicológica, o que requer tratamento específico no âmbito psicossocial.

Nesse sentido, observa-se que diferentes perdas podem ocorrer durante o processo de doença (autonomia, autocuidado, financeira, etc.); estas se potencializam na hora da morte e, por isso, é importante que haja intenso diálogo entre os membros da equipe de paliativista, que devem se antecipar ao luto a fim de minimizar o impacto da perda.

Sabe-se que o acolhimento na fase de luto é um componente fundamental nos Cuidados Paliativos. Aqui, há uma intercessão entre ações interdisciplinares com foco no núcleo de cuidado.

Desse modo, o compartilhamento de saberes conduz a uma visão de totalidade necessária para assegurar a finalização de processos e procedimentos formais associados à assistência na morte e pós-morte, bem como a interação entre os membros da equipe de paliativista, visando o seu próprio cuidado. No interior dos serviços de Cuidados Paliativos, é oportuno o incentivo às estratégias de autocuidado e de apoio à equipe, como o compartilhamento sistemático de casos difíceis, atividades sociais regulares, promoção de ginástica laboral e tempo livre adequado para a preparação de atividades educativas.

Como parte integrante do processo descrito anteriormente, a assistência no pós-óbito é peça-chave para o fechamento do plano de cuidado. Considerando a assistência no pós-óbito para além do atendimento das providências burocráticas (documentações diversas para fins previdenciários e outros), destacam-se o desenvolvimento de práticas interdisciplinares direcionadas ao núcleo de cuidados. Por exemplo: a promoção de eventos como cerimoniais de memória e a inserção de famílias egressas em evento anual de conscientização dos Cuidados Paliativos; distribuição de cartilhas informativas sobre Cuidados Paliativos como um direito dos pacientes; envio sistemático de carta institucional de condolências, entre outros.

Discussão

Cuidados Paliativos e Cuidados no Fim da Vida

Sabe-se, que no Brasil o câncer é a segunda causa de morte. Em 2015, segundo o DATASUS¹³ foram registrados 209.780 óbitos. Esses dados põem em relevo à compreensão dos fundamentos dos Cuidados Paliativos, de suas especificidades e aplicabilidades para o desenvolvimento de práticas humanizadas que possibilitem o protagonismo,

corresponsabilidade e a autonomia de usuários e familiares, conforme prevê a Política Nacional de Humanização (PNH).

Neste sentido, é preciso destacar a importância dos conceitos de prevenção e alívio do sofrimento humano em Cuidados Paliativos. Desse modo, ressalte-se o estudo promovido pela OMS em conjunto com a World Hospice Care Alliance¹⁴, que define os objetivos dos Cuidados Paliativos, quais sejam: prevenir e aliviar o sofrimento humano nas dimensões física, psicológica, social e espiritual, em adultos ou em crianças com diferentes graus de comprometimento relacionados à saúde (crônicos, graves, complexos e limitantes).

O estudo em epígrafe defende uma visão de cuidado centrado no usuário e baseado em evidências visando à maximização da qualidade de vida. A promoção é entendida na perspectiva do respeito à dignidade humana. Aqui, ganha centralidade o processo de adaptação do estilo de vida das pessoas à realidade posta alinhando-o às doenças progressivas.

Nessa direção, corrobora um recente estudo apresentado na Sociedade Europeia de Oncologia Médica, pela London Cancer Alliance¹⁴, que comprova que disponibilizar aos pacientes acesso antecipado a Cuidados Paliativos especializados pode ter muitos benefícios, incluindo o prognóstico.

Na perspectiva da Humanização, o modelo assistencial promove o atendimento às necessidades de usuários fora de possibilidades de cura buscando ofertar cuidados individualizados, tanto para os que necessitam ser hospitalizados quanto para aqueles inseridos em programas de Cuidados Paliativos nas unidades de atenção primária ou em assistência domiciliar, com especial atenção aos seus desejos e escolhas.

Para a autora Dadalto¹⁵, o Testamento Vital deve ser entendido como uma declaração de vontade que será utilizada pelo paciente e que deve ser manifestada previamente à fase de terminalidade.

Assim, segundo a Resolução CFM nº 1995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, elas são

definidas como o conjunto de desejos (prévia e expressamente manifestados pelo paciente) sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Nos últimos anos, nota-se uma tendência crescente por parte da população de registrar e escolher, mesmo antes de ser acometida por uma doença, os tipos de procedimentos médicos que gostaria ou não de se submeter, em caso de impossibilidade de se expressar.

Chama-se a atenção para o atendimento dos desejos e escolhas dos grupos vulneráveis inseridos em programas de Cuidados Paliativos no país. Sem dúvida, são pertinentes respostas adequadas à organização dos cuidados em fim de vida, por parte da família e/ou cuidadores do paciente, considerando os serviços sociais ofertados nos municípios. Desse modo, urge a identificação da rede de suporte funerária de cada município brasileiro e o estabelecimento de novas estratégias na produção do cuidado em fim de vida.

Assim, afirma-se que o assistente social é o profissional que realiza a mediação entre o paliativista, os pacientes e seu núcleo de cuidado para obtenção de consentimento. Esse profissional atua respeitando a autonomia do paciente, compreendida como um direito – ou seja, a sua capacidade de decidir e de fazer escolhas livremente, sem interferência externa. Contudo, sabe-se que ser livre é relativo, assim como as influências externas, pois são dependentes de uma dada cultura (os homens expressam sua liberdade socialmente, criam seu próprio mundo e interesses).

Observa-se ainda que, na atual conjuntura brasileira, apesar dos avanços detectados no âmbito das diretrizes antecipadas de vontade (testamento vital), um dos grandes desafios é a identificação dos obstáculos para efetivação da vontade da população vulnerada, uma vez que esta não tem o exercício pleno de sua cidadania – desde o direito de ir e vir (nas comunidades no Rio de Janeiro, por exemplo) até a garantia dos mínimos sociais necessários à sobrevivência.

Com base nas considerações anteriores, é primordial a difusão de conhecimento por meio

de ações educativas sustentáveis junto às populações (considerando, evidentemente, as diferenças regionais), visando à desmistificação da morte e do morrer, à disseminação dos objetivos e princípios dos Cuidados Paliativos e ao reconhecimento da importância das preferências e escolhas na fase de cuidados em fim de vida. Estas, aliadas a ações de educação continuada com o intuito de dar apoio às equipes que lidam com doenças incuráveis (dando suporte para superar as dificuldades de comunicação de “más notícias”), constituem-se em poderosos instrumentos para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Humanização, em serviços de Cuidados Paliativos, em território nacional.

Desta feita, pode-se vislumbrar que os Cuidados Paliativos abarcam intervenções desde o nível de prevenção até o pós-óbito. Portanto, faz-se pertinente delimitar as diferenças entre os termos Cuidados Paliativos e Cuidados no Fim da Vida, que são mais que uma mera questão semântica¹⁶.

Os Cuidados Paliativos devem ser ofertados ao usuário e seu núcleo de cuidado desde o “início da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia, e inclui as investigações necessárias para entender e controlar melhor as complicações clínicas dolorosas”². Já os Cuidados no Fim da Vida (CFV) dizem respeito às providências tomadas nas últimas horas de vida, em que o paciente se encontra em “estado de declínio progressivo e inexorável”. Sobre os Cuidados em Fim de Vida, Américo⁴ afirma:

A conceituação precisa do início das últimas horas não é exata na literatura. Entretanto, esta definição transcende a necessidade real, que é a identificação deste momento cercado de sintomas exacerbados e que exige alteração do planejamento de tratamento e cuidados contínuos.

Desse modo, os Cuidados no Fim da Vida são parte importante dos Cuidados Paliativos, referindo-se à assistência que a pessoa deve receber durante a última etapa de sua vida (fase de terminalidade), ao se aproximar da finitude.

Acredita-se que se trata de um momento delicado tanto para quem está partindo quanto para sua família, sendo imprescindível o acompanhamento da equipe interdisciplinar.

Registre-se que a compreensão do conceito de dor total torna-se central para o desenvolvimento de boas práticas em Cuidados Paliativos, uma vez que todas as dimensões existenciais são contempladas e cuidadas pela equipe, com adequada comunicação, prestação de cuidados individualizados e continuados e, conseqüentemente, com promoção da qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o paciente (familiares e/ou cuidadores) é o centro do processo de trabalho em saúde, uma vez que os:

Cuidados Paliativos, como todo cuidado de saúde, devem ter o paciente como centro de atenção e ser guiados pelas necessidades deste, levando em conta seus valores e preferências e que a dignidade e a autonomia são questões centrais para os pacientes que necessitam de cuidados paliativos.

Considerando o conceito de dor total, afirma-se que a espiritualidade é uma dimensão relevante nos Cuidados Paliativos. É pertinente, ainda, registrar a diferença entre religiosidade e espiritualidade: religiosidade refere-se à maneira como o cidadão se encontra em conexão com o sobrenatural, o sagrado ou uma força divina, e a espiritualidade diz respeito às necessidades humanas universais, ou seja, sobre a forma como cada pessoa se relaciona com o mundo, com o outro, consigo mesmo e com Deus, envolvendo todas as religiões e, até mesmo, aqueles que se autodenominam sem religião¹⁷.

Reafirmando a posição exposta em epígrafe, Evangelista et al.¹⁸ sinaliza que:

Os profissionais que atuam em cuidados paliativos devem estar atentos aos sintomas de angústia espiritual que acometem o paciente cujo tratamento curativo perdeu o poder de exercer um controle razoável da doença, e abertos a consultar capelães e fornecedores de assistência espiritual para auxiliá-los durante a abordagem aos mesmos. Desse

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

Logo, quando não há muito a ser feito, é o momento de repensar e redesenhar o que fazer com base no entendimento do cuidado como um ato criativo ao efetivar o planejamento da assistência e o preparo do paciente e seu núcleo de cuidados para perdas e óbito. Certamente, as alteridades e intercessões nas intervenções interdisciplinares, na perspectiva do acesso ao direito, propiciam o entendimento da morte como um processo natural e derradeiro da vida.

Conclusões

O presente trabalho, a partir do entendimento da pobreza como um fator de risco em saúde, abre um debate pertinente no campo do Serviço Social, no âmbito dos Cuidados Paliativos Oncológicos. A dor social não se restringe ao olhar especializado do assistente social; ao contrário, é uma dimensão a ser compartilhada com intensidade entre saberes, vislumbrando possibilidades e desafios perante a realidade brasileira.

Assim posto, fazem-se necessárias a elaboração e a consolidação de uma política nacional para os Cuidados Paliativos que amplie o acesso ao atendimento, promovendo a efetivação de escolhas, privilegiando as populações vulneráveis e associando os princípios do Programa Nacional de Humanização com as práticas assistenciais em cuidados no fim da vida.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Agradecimentos

À Universidade Estácio de Sá pelo apoio ao desenvolvimento da pesquisa por meio da concessão de bolsa de Produtividade à pesquisadora principal.

Referências

1. Academia nacional de cuidados paliativos. Reconhecimento da medicina paliativa como especialidade médica, 2017. Disponível em: < <http://paliativo.org.br/ancp-envia-ao-cfm-carta-sobre-reconhecimento-da-medicina-paliativa-como-especialidade-medica/%3e>>
2. World health organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, 2016. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf?ua=1>>
3. Frossard, a. Vidas em partidas. Rio de janeiro: quartet, 2014.
4. Américo, a. F. Q. As últimas quarenta e oito horas de vida. In: carvalho, r. T.; parsons, h. A. (org.). Manual de cuidados paliativos. Academia nacional de cuidados paliativos – ancp, 2012.
5. Santos, f. S. Et al. (org.). Tratado brasileiro sobre perdas e luto. São paulo: editora atheneu, 2014.
6. O'connor t. L. Et al. Hospice utilization and end-of-life care in metastatic breast cancer patients at a comprehensive cancer center. *J palliat med, maryland*, 18, 2015, p. 50-55.
7. Köche, josé carlos. Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa. 14 ed. Petrópolis: vozes, 1997
8. Stringhini, s. Et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women, 2017. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/pis0140-6736\(16\)32380-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/pis0140-6736(16)32380-7.pdf).
9. Andrade, l. O papel do assistente social na equipe. In: carvalho, r. T.; parsons, h. A. (org.). Manual de cuidados paliativos. Academia nacional de cuidados paliativos – ancp, 2012.
10. Hermes, h. R.; lamarca, i. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, v. 18, n. 9, 2013, p. 2577-2588.
11. Frossard, a. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. In: fonseca, f. (org.). *Revista ebape, são paulo*, ed. Especial, v. 14, artigo 12, p. 640-655, jul. 2016.
13. Brasil. Ministério da saúde. Instituto nacional de câncer. *Abc do câncer – abordagens básicas para o controle do câncer*. 2. Ed. Rio de janeiro, 2017.
12. World health organization. Definition of palliative care, 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>
14. Batiste, x, connor, s (eds). Building integrated palliative care programs and services. Catalonia: chair of palliative care, who collaborating centre public health palliative care programmes, worldwide hospice palliative care alliance, “la caixa” banking foundation, 2017, p. 45-62.
15. Dadalto, l. Testamento vital. Rio de janeiro: lumen juris ed., 2010.
16. Krau, s. D. The difference between palliative care and end of life care: more than semantics. *Nursing clinics*, v. 51, n. 3, p. 9-10, 2016. Disponível em: < [http://www.nursing.theclinics.com/article/s0029-6465\(16\)30027-5/fulltext](http://www.nursing.theclinics.com/article/s0029-6465(16)30027-5/fulltext)> .
17. Cervelin, a. F.; kruse, m. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Escola anna nery revista de enfermagem, rio de janeiro*, v. 18, n. 1. Ufrj, 2014.
18. Evangelista, c. B. Et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de enfermagem, Brasília*, v. 3, p. 554-563, 2016 [versão eletrônica].

Disponível online em <http://periodicos.estacio.br/index.php/e-revistafacitec/issue/current>



Página inicial: <http://periodicos.estacio.br/index.php/e-revistafacitec>

* Andrea Frossard, pós-doutora em ciências Humanas. Docente Unesa/INCA

E-mail: afrossard@inca.gov.br