



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ - SC
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALESSANDRA CAVASIN

**A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE MORTE E MORRER:
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.**

**CHAPECÓ
2019**

ALESSANDRA CAVASIN

**A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE MORTE E MORRER:
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Leoni Terezinha Zenevitz

**CHAPECÓ
2019**

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Cavasin, Alessandra
A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE MORTE E MORRER :
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. /
Alessandra Cavasin. -- 2019.
99 f.:il.

Orientador: Doutora Leoni Terezinha Zenevicz.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Enfermagem, Chapecó, SC , 2019.

1. Adoecimento. 2. Espiritualidade. 3. Religião. I.
Zenevicz, Leoni Terezinha, orient. II. Universidade
Federal da Fronteira Sul. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALESSANDRA CAVASIN

**A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE MORTE E MORRER:
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leoni Terezinha Zenevitz

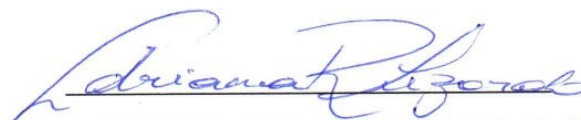
Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

09/12/2019

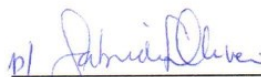
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Leoni Terezinha Zenevitz (Presidente da Banca - Orientador)



Prof. Dr.^a Adriana Remião Luzardo – UFFS (Primeiro Titular)



Prof.^a Dr.^a Gabriela Gonçalves de Oliveira – UFFS (Segundo Titular)



Prof.^a Dr.^a Denise Consuelo Moser Aguiar – UFFS (Suplente)

Dedico o meu trabalho de conclusão de curso para todos aqueles que fizeram do meu sonho realidade, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida. Obrigado por tudo família, marido, orientadora, professores, que me ensinaram a persistir em meus sonhos para alcançar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Ao término dessa longa trajetória em que idealizei tornar-me enfermeira, concretizo muito além de um sonho realizado. Estar hoje aqui, após cinco anos de batalhas, perdas e conquistas, mostra-me os verdadeiros pilares que me sustentaram nessa caminhada.

Agradeço, primeiramente a Deus, que esteve ao meu lado e me deu força, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este meu sonho e objetivo de vida. A Ele eu devo minha gratidão.

A minha mãe, ao meu padrasto que é um grande pai para mim, ao meu afilhado e irmão que me trouxeram alegria e vida aos meus dias, ao meu marido, aos meus avós, ao meu pai e família agradeço a todos pela capacidade de acreditarem em mim, sem medirem esforços para que eu chegasse até aqui, me dando carinho, apoio e amor incondicional. Obrigada a todos pelo seu suporte cuidado e dedicação.

A minha orientadora, professora Doutora Leoni Terezinha Zenevicz pela humildade e coragem em depositar em mim expectativas, dividindo conhecimentos sábios adquiridos ao longo de sua trajetória pessoal e profissional, de forma dedicada e comprometida nas orientações. Agradeço de coração por ter aceitado ser minha orientadora, me fornecido calma, luz e apoio de forma incondicional. Palavras tornam-se insuficientes para dizer muito obrigada, não apenas pela conclusão deste, mas pelo quanto aprendi e cresci em sua companhia.

A Luisa Coelho e sua equipe responsável pela digitação, banco de dados e análises estatística pela eficiência, ajuda e dedicação.

A professora Doutora Adriana Remião Luzado, Doutora Gabriela Golçalves de Oliveira e Doutoranda Silvia Silva de Souza pela participação de todos vocês na banca de qualificação e na banca examinadora.

A todos os professores que me acompanharam durante a graduação, pois foram tão importantes na minha vida acadêmica, seus ensinamentos formaram a profissional que sou.

Às verdadeiras colegas de turma pelo convívio, com quem compartilhei experiências, aprendizados e pude contar em todos os momentos.

Ao curso de Enfermagem e à Universidade Federal da Fronteira Sul pela oportunidade de cursar o ensino superior.

A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram próximos a mim, apoiando e prestando auxílio, fazendo com que tudo valesse à pena.

A vocês, essa conquista e o meu eterno agradecimento.

A vida, Senhor Visconde, é um pisca-pisca. A gente nasce, isto é, começa a piscar. Quem pára de piscar, chegou ao fim, morreu. Piscar é abrir e fechar os olhos - viver é isso. É um dorme-e-acorda, dorme-e-acorda, até que dorme e não acorda mais. (...) A vida das gentes nesse mundo, senhor sabugo, é isso. Um rosário de piscadas. Cada piscar é um dia. Pisca e mama; pisca e anda; pisca e brinca; pisca e estuda; pisca e ama; pisca e cria filhos; pisca e geme os reumatismos; por fim pisca pela última vez e morre. - E depois que morre? - perguntou o Visconde. - Depois que morre, vira hipótese. É ou não é?. (Monteiro Lobato, 1936, trecho de “Memórias da Emília”).

RESUMO

O Brasil atualmente passa por grandes transformações no perfil da pirâmide populacional, o processo de adoecimento gera preocupações e demandas diferenciadas na assistência que apesar das tecnologias para manutenção da vida, a morte continua a ser a única certeza. Durante este processo, quando nos deparamos com a fronteira final, formulamos uma série de questões principalmente em relação à espiritualidade e a morte. Dentre as patologias, o câncer tornou-se um problema de saúde pública. A dimensão espiritual é um importante recurso, pois promove auxílio aos pacientes durante o enfrentamento das adversidades, relacionados ao processo de saúde-doença-finitude. Desse modo a espiritualidade oferece compreensão da essência que habita em cada ser, estimulando o interesse para consigo e com os outros podendo ser vivenciada ou não através da religião. O objetivo do estudo foi conhecer a espiritualidade dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do oeste de sc. Foram entrevistados 160 pacientes internados nas unidades de um hospital de referência do oeste de Santa Catarina, durante os meses de agosto e setembro. As entrevistas tiveram duração de 40 minutos em sala reservada. Obedeceu-se criteriosamente os preceitos da Resolução 466/2016 e assinatura do TCLE. Os dados receberam tratamento estatístico descritivo através das medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartil), bem como, a distribuição absoluta e relativa (n - %). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de *kolmogorov-smirnov*. O trabalho apresentou os seguintes resultados: predomínio do sexo masculino com 53,8%. A idade média foi de 61,6 anos. O nível de escolaridade dos participantes é o ensino fundamental (57,1%). Sobre o rendimento mensal da família 70% dos pacientes percebem até 2 salários mínimos. A religião católica é predominante para 81,3% dos participantes. 68,1% pertencem a alguma forma de comunidade. 90,0% dos pacientes vivenciam a sua espiritualidade através do sistema de crenças que foram educados ou que escolheram. A prática religiosa mais comum é o hábito de rezar (81,9%). Todos os participantes entrevistados aceitam os elementos espirituais, são aceitos de todas as faixas etárias. A prática da espiritualidade é um requisito fundamental em relação as suas vidas. O planejamento final no processo de morte e morrer, 25,0% apontaram que as decisões ficam nas mãos da família e médicos. Em relação à dor, 54,4% informaram ausência. Sintoma prevaleceu foi levemente com 39,0%. 40,3% dizem não a ansiedade com a doença. Referente à preocupação de algum familiar 53,5% responderam que sim. 84,3% dos pacientes relataram que a informação transmitida para o mesmo sobre a doença foi completa. 81,1% relataram ter compartilhado todas as informações desejáveis com familiares. 90,6% sentem que a sua vida vale a pena. 84,9% dos pacientes se sentem bem com o diagnóstico mesmo. 78,0% relatou gastar mais da metade de um dia para a doença. 57,9% dos pacientes não têm problemas financeiros relacionados à doença. 90,6% dos pacientes responderam sozinhos aos questionários.

Palavras-chave: Adoecimento. Espiritualidade. Religião.

ABSTRACT

Brazil currently goes through big transformations in its population pyramid profile, the illness processes generates concerns and distinguished demands at the assistance, that despite the technologies to sustain life, death remains to be the only certitude. During this process, when we face the final frontier, we formulate a number of questions specially related to spirituality and death. Among the pathologies cancer became a public health issue. Cancer is defined as a group of illnesses involving the abnormal cell growth with potential to invade and spread to other parts of the body. The spiritual dimension is an important resource, since it promotes assistance during the confrontation of adversity related to the health-illness-finitude. Therefore spirituality offers the understanding of the essence that inhabits in every being, encouraging the interest into oneself and into others that might or not be experienced through religion. The purpose of the study was to know spirituality in patients with chronic-degenerative diseases and its relevance to the process of death and dying inside a hospital in western SC. 160 admitted patients were interviewed at the unities of a reference hospital in western Santa Catarina in the months of August and September. The interviews had a 40-minute length in a private room. The precepts of the 466/2016 and the TCLE signature were carefully obeyed. The data received statistic descriptive treatment through central tendency measures (average and median) and variability (diversion pattern and interquartis amplitude), and also, the absolute relative distribution (n - %). The continuous symmetry distribution was evaluated by the Kolmogrov-Smirnov test. The study presented the following results: A 53,8% male predominance. The average was 61,6 years old. The education levels of the participants were elementary (57,1%). About the monthly family income 70% of the patients receive two minimal wages or less. The Catholic religion is predominant to 81,3% of the participants. 68,1% belongs to some kind of community. 90,0% of the patients experience their spirituality through the belief system that were educated in or were chosen. The most common religious practice is the preying habit (89,9%). All the interviewed participants accept the spiritual elements which are accepted by all ages. The practice of spirituality is an important requirement to their lives. In the final planning in the process of death and dying, 25,0% pointed that the decisions are in the family and doctors hands. Related to pain, 54,4% informed not having any. Slightly persistent symptoms were 39,0%. 40,3% claimed not having any anxiety related to the illness. The concern of any relative 53,5% answered yes. 84,3% reported that the information about the illness was complete. 81,1% reported to have shared everything with to their relatives. 90,6% feel that their lives matter. 84,9 of the patients feel good about themselves. 78,0% reported to spend more than half a day with the illness. 57,9% of the patients don't have any kind of financial issues related to the illness and 90,6% of the patients answered the questionnaire by themselves.

Key words: Illness, Spirituality, Religion.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Mapa de identificação e localização do município de Chapecó-SC e municípios circunvizinhos.....	31
Figura 2: Mapa do Brasil, destacando Santa Catarina, Chapecó e o local do estudo.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemografica do respondente	42
Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa para o município de origem	43
Tabela 3: Distribuição absoluta e relativa para as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual segundo a aceitação.	48
Tabela 4: Distribuição absoluta e relativa para as práticas especifica de sua religião ou crença	50
Tabela 5: Distribuição absoluta e relativa para as práticas especifica da religião ou crença do paciente.....	51
Tabela 6: Distribuição absoluta e relativa o quando a vontade do paciente interfere em suas decisões no final de sua vida	53
Tabela 7: Distribuição absoluta e relativa para a Escala De Resultados em Cuidados Paliativos	60

LISTA DE SIGLAS

EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EFC	Ensino Fundamental Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
EMC	Ensino Médio Completo
ESI	Ensino Superior Incompleto
ESC	Ensino Superior Completo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Q	Questão
DAV	Diretiva Antecipada de Vida
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SEPE	Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão
INCA	Instituto Nacional do Câncer
CSF	Centro de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
IHD	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Objetivo Geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos	20
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 PATOLOGIAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O CÂNCER.....	21
2.2 A MORTE E O MORRER.....	23
2.3 TERMINALIDADE NO CONTEXTO DA FINITUDE	26
2.4 ESPIRITUALIDADE.....	28
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	30
3.3 AMOSTRA.....	30
3.4 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO.....	31
3.4.1 Identificação e localização.....	32
3.5 ÉTICA	33
3.5.1 Riscos e Benefícios.....	33
3.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA	33
3.6.1 Coleta de dados.....	34
3.7 TRATAMENTO DE DADOS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 TÉCNICAS ESTATÍSTICAS EMPREGADAS	36
4.2 ANÁLISE DESCRITIVA PARA O TOTAL DA AMOSTRA.....	36
4.2.1 Caracterização sócio demográfica	36
4.2.2 Espirit – Maugans.....	45
4.2.3 Escala de Resultados em Cuidados Paliativos.....	53

5 CONCLUSÕES.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	79
APÊNDICE A: Caracterização Sociodemografica.....	80
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
ANEXOS	84
ANEXO A: Escala Spirit-Maugans	85
ANEXO B: Escala de Resultados em Cuidados Paliativos.....	85
ANEXO C: Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas	89
ANEXO D: Parecer Consubstanciado o CEP.....	90

1 INTRODUÇÃO

O Brasil atualmente passa por grandes transformações na pirâmide populacional, devido ao acréscimo da população idosa. Dentro deste contexto, o processo de adoecimento e morte, geram preocupações e demandas diferenciadas na assistência. Durante o processo de adoecimento, quando vislumbram a possibilidade de morrer, todas as pessoas ficam questionando sobre um dos principais fenômenos que acompanham o homem desde tempos remotos: a morte. No entanto a morte é considerada um acontecimento alheio, pois morrer vai muito além de um conceito de ser uma parte da vida, ela vem para desafiar o ser a repensar seu processo de vida, sendo um tema atual e pertinente devendo ser trabalhado por todos os profissionais de saúde, no sentido de habilitar os pacientes a lidarem da melhor forma possível frente a este evento natural (JUNQUEIRA, 2013).

A morte é compreendida como o fim do processo físico-biológico e pode ser definida como separação do corpo e da alma, sendo a avaliação da função cerebral/neurológica, o critério mais utilizado para que possa a morte do paciente ser detectada. Alguns pacientes que se encontram em fase terminal apresentam uma condição considerada irreversível por uma doença crônicas não transmissíveis, além da alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo. As doenças crônicas não transmissíveis são aquelas que penduram por toda a vida, causando a deterioração dos tecidos e órgãos do corpo levando a exaustão e conseqüentemente o falecimento (SILVA, 2003).

O paciente na fase terminal experimenta fases de negação, raiva, depressão e aceitação, etapas vivenciadas desde o diagnóstico da doença terminal até a morte. Estas etapas podem ser enfrentadas de maneiras distintas por cada paciente e depende das crenças, suporte familiar, idade, controle emocional, duração da doença e aspectos culturais (JÚNIOR *et al.*, 2011)

Sendo o homem um ser racional, é o único que tem consciência da própria morte, entretanto, ninguém se prepara para ela. Na assistência a saúde, vemos lacunas para um cuidado assistencial em que a morte também esteja na lista de prioridades e que o homem de fato receba todos os cuidados assistenciais e que neles a sua dignidade seja respeitada (JUNQUEIRA, 2013).

A morte é um evento natural e nos espaços de assistência, principalmente nas áreas hospitalares, ela é presente cotidianamente. A morte caminha paralela à vida. Adoecer e

morrer são encarados e visto de formas diferentes. Uns a aceitam com benevolência outros, entretanto, a enfrentam com sentimentos de raiva e tristeza (SILVA, 2003).

Neste olhar, os cuidados paliativos sinalizam o resgate da morte como um evento do ciclo vital e esperado, priorizando a vida e a dignidade dentro do processo de morte e do morrer e compasso buscando diminuir a dor e o sofrimento. O sofrimento para muitos decorre da ciência da destruição do corpo físico e biológico, além do medo da ruptura dos laços construídos ao longo da existência, o que pode gerar um sentimento de fracasso, não somente para os pacientes, mas, também para os profissionais (SILVA, 2003).

Diante das inúmeras doenças crônicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças osteomusculares, doenças neuropsiquiátricas, diabetes mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e certos tipos de câncer, estão diretamente relacionados à incapacidade funcional encontrada em idosos e diminuição da qualidade de vida (MIKSCH *et al.*, 2009). Um dos maiores problemas da atualidade e com impactos céleres nos índices de morbidade e mortalidade é o câncer. Conceitua-se câncer como o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Estas células dividem-se de forma rápida, sendo muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo aos quais chamamos de metástases.

Esta patologia pode ter inúmeras causas, como por exemplo: fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida, uso de tabaco e hábitos alimentares, bem como de fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento do ser humano. Outros fatores extrínsecos tais como meio ambiente, dieta, estresse, hábitos de vida e de trabalho com jornadas exaustivas, são na atualidade estudados pelas consequências nefastas que atingem as diferentes dimensões do homem, causando outras doenças crônicas não transmissíveis além do câncer.

Segundo dados do INCA (2018), a ocorrência de câncer em 2018 ultrapassou os 600 mil casos novos no Brasil. O índice era de 582.590 casos novos: 282.450 em mulheres e 300.140 em homens. Já o tipo de câncer mais incidente em ambos os sexos é o de pele não melanoma, que é um tipo de tumor menos letal, com 165.580 casos novos. Com base nos dados do INCA, os dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil serão de próstata (68.220 casos novos por ano), mama feminina (59.700), câncer de intestino (36.360), pulmão (31.270), estômago (21.290), colo do útero (16.370), cavidade oral (14.700), sistema nervoso central (11.320), leucemias (10.800) e esôfago (10.790) (INCA, 2018).

De acordo com a estimativa de dados de 2001 a 2011 a taxa de mortalidade proporcional por câncer cresceu de 12,6% para 15,1% no Brasil. A Região Sul apresentou a

maior taxa de mortalidade por câncer dentre as regiões do país, e o Rio Grande do Sul demonstrou ser o estado com o maior número de óbitos por neoplasias em ambos os sexos (BONINI, 2014). Este aumento, além de suscitar novas formas de assistência vem onerando o sistema de saúde (SILVA; CRUZ, 2011).

No Brasil a neoplasia é a segunda causa de morte e vem crescendo de modo vertiginoso, advinda do aumento a expectativa de vida da população, da urbanização e industrialização, dos novos modos de vida, padrões e hábitos de consumo da população (SILVA; CRUZ, 2011). O câncer é uma doença democrática que atinge ambos os sexos, idades, culturas, religiões e situações socioeconômicas (SILVA *et al.*, 2012).

Diante disso, entra o enfermeiro oncológico, que por sua vez colabora de forma individualizada, atuando em cada fase da doença prestando um cuidado as diferentes mudanças físicas e psicológicas.

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos causaram uma grande revolução no tratamento do câncer. Dentre as quais cirurgia, a quimioterapia e radioterapia integram as formas mais eficazes na luta contra a doença. Na maioria dos casos, o uso combinado de tratamentos proporciona excelentes resultados. Atualmente o maior desafio dos profissionais da área oncológica é o de encontrar formas e modelos de tratamentos mais eficazes, para tratar a doença com o mínimo de efeitos colaterais possíveis para o paciente (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2013).

Neste período, as necessidades dos pacientes são inúmeras, mas, o cuidado a dimensão espiritual é a mais urgente visto que os pacientes com doenças fatais apresentam uma fragilidade maior, medo do desconhecido e da morte (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2015).

Cuidar da dimensão espiritual exige do profissional uma visão do ser holístico e sabe-lo ouvir e respeitar seus valores e as possíveis diferenças religiosas ou espirituais que permeiam a relação profissional de saúde paciente. Neste contexto, a espiritualidade é a dimensão simbólica de todo ser humano que o impulsiona pela busca do sagrado e a transcendência na tentativa de dar sentido e resposta aos aspectos fundamentais da vida (ZENEVICZ, 2009).

O cuidado da dimensão espiritual inclui realizar um balanço sobre a vida, significados, culpa, perdão, medos e crenças na vida após a morte. Cuidar destes aspectos é cuidar da singularidade do paciente, reconhecendo suas crenças, valores e práticas rituais que demonstra a capacidade do profissional em serem abertas as necessárias reformulações, revelações e experimentações deste momento singular onde cada um de nós evidencia a própria finitude. Neste momento pacientes e familiares são incentivados a falar e a vivenciar suas crenças e

utilizar seus símbolos sagrados numa atmosfera de aceitação, e os profissionais devem aceitá-los respeitando a diversidade cultural e religiosa (CERVELIN; KRUSE, 2014).

A Organização Mundial da Saúde atenta à importância da espiritualidade, e fez um movimento importante quando incorporou ao conceito multidimensional de saúde, valorando as questões sobre o significado e sentido da vida e não reduzindo meramente algum tipo de crença ou prática religiosa (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

No processo de envelhecimento a espiritualidade se constitui uma ferramenta poderosa e essencial à vida, possibilitando uma jornada no despertar dos sentidos, da avaliação dos desejos e vontades, revelando a vocação e dons de cada ser humano. Neste processo o paciente oncológico busca forças para a continuidade da vida, buscando respostas dentro de si de forma que a vida tenha sentido e significado, bem como ressignificando a dor vivenciada. Diante do exposto entendemos a importância da espiritualidade a quem está atravessando um período de dor e sofrimento. A espiritualidade é uma ferramenta que transforma o ser humano num ser melhor e a religiosidade possibilita o diálogo íntimo e profundo com Criador, nos empoderando de forças e auxiliando a angariar as forças na superação das provações (ZENEVICZ, 2009).

Evangelista *et al.*, (2016) afirmam que a dimensão espiritual é um importante recurso que promove auxílio aos pacientes durante o enfrentamento das adversidades, dos eventos traumatizantes e estressantes, relacionados ao processo de saúde-doença em sua finitude. Desse modo a espiritualidade é a essência do humano que habita cada um, estimulando o interesse para consigo e com os outros podendo ser vivenciada ou não através da religião formal. A assistência da equipe de Enfermagem, por ser uma profissão que está em contato direto com o paciente, precisa ampliar a assistência num olhar mais holístico e que contemple as diferentes dimensões do ser humano, para que de fato atenda o ser em toda a sua totalidade. Sob essa percepção, a espiritualidade é fundamental para a oferta de uma assistência de Enfermagem de qualidade e individualizada, para além. Estudos demonstram que a assistencial cuidado em relação à espiritualidade tem apresentado resultados positivos na redução da mortalidade geral, bem como modificações expressivas nas áreas da imunologia, saúde mental, doenças cardiovasculares, doenças infecto parasitárias como o HIV e neoplasias (THIENGO *et al.*, 2019).

Para Zenevicz (2009) o ser humano é uma unidade formada por corpo, mente e espírito, tornando indispensável avaliação pela equipe da necessidade de intervenção no campo espiritual. Uma vez que a espiritualidade é essencial no processo para todos de uma forma ou de outra, diante da dor, das perdas, das mudanças, do estresse e da própria finitude

da vida. Pode também ser considerada um meio de difundir a esperança no processo de adoecimento. As crenças pessoais auxiliam as pessoas a lidar em diferentes situações, desenvolvendo um sentimento de autoconfiança, adaptação, firmeza e maior aceitação (INOUE, VECINA, 2017). Nesta compreensão, a Enfermagem precisa apropriar-se deste conhecimento para que possa atender as demandas espirituais dos pacientes, valorizando-as e incorporando-as no planejamento do cuidado (DUARTE, WANDERLEY, 2011).

Gomes; Margarida (2011) salienta que ao se aproximarem da finitude os pacientes de maneira geral gostariam que os profissionais trabalhassem os aspectos espirituais os reconhecendo como pessoa portadora de uma dimensão espiritual, perdoando, mantendo a esperança e dando um sentido da vida apesar das dificuldades, e neste fazer estabelecer elo entre quem cuida e quem é cuidado.

A morte é uma certeza, uma verdade histórica, comum e universal a todos os seres vivos, que estão ou não sobre a superfície terrestre. Este é um processo doloroso e traumático por originar dor e perda para si e para os que ficam e pela omissão de conversas francas do que é a morte, vendo-a como natural e pertencente ao ciclo da vida, devendo deixar de ser um tabu para todas as categorias profissionais de saúde.

Existe uma imensa lacuna no conhecimento sobre esta temática, e este trabalho tem a intenção de contribuir com um pequeno passo, ao mesmo tempo em que reconhecemos que a vida é um piscar de olhos, de um abrir e fechar e o quanto os pacientes neste processo nos ensinam e quanto à espiritualidade auxilia a todos neste processo. Finalizando este trabalho, podemos também apontar que crescemos como pessoas e nos curvamos aos pacientes que com sua sapiência e resiliência nos ensinaram nos aprimorando enquanto profissionais, mas, além de tudo nos melhorando como gente que cuida de gente.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho foi conhecer aspectos relacionados a espiritualidade dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do Oeste de SC.

1.1.2 Objetivos Específicos

Realizar o levantamento do perfil sociodemográfico dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do Oeste de SC.

Aplicar a escala Spirit Murgans dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do Oeste de SC.

Conhecer o resultado dos cuidados paliativos dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do Oeste de SC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O objetivo deste capítulo é apresentar os temas que serão norteadores através de diferentes autores e olhares que embasem a revisão e nas quais serão tratados: Espiritualidade, terminalidade, finitude patologia crônicas não transmissíveis e câncer, de forma ética e coerente abrindo espaço para compreensão deste novo paradigma emergente na sociedade.

2.1 PATOLOGIAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O CÂNCER.

As doenças crônicas não transmissíveis relacionam-se as condições de vida do paciente, nele incluímos o trabalho, consumo alimentício, sobrecarga do sistema nervoso, dentre outros, que nesse contexto, temos um número cada vez maior de pacientes. Portanto a qualidade de vida é um conceito marcado pela subjetividade, envolvendo os componentes mais importantes da condição humana, seja ele físico, psicológico, social, cultural ou espiritual (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que as doenças crônicas não transmissíveis incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças. Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA *et al.*, 2014).

O câncer é uma doença crônicas não transmissíveis e é um problema de saúde pública, na qual é definido como um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado e anormal de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. É uma doença que atinge todos os sexos, idades, culturas, situações socioeconômicas e religiões e encontra-se dentre as principais causas de morte (INCA, 2015).

O câncer é uma doença com concepções criadas historicamente pela sociedade, como sendo uma doença dolorosa, na qual o seu diagnóstico desencadeia reações nas várias dimensões do paciente provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar sofrimento que podem acarretar uma desorganização psíquica e espiritual (BONINI, 2014).

Porém, o desenvolvimento do câncer é lento, podendo assim levar vários anos para que haja a proliferação das células neoplásicas e que as manifestações clinicam ocorram.

Passando por diversas fases antes de chegar a um tumor, nas quais se definem por: iniciação, caracterizada como a primeira etapa do desenvolvimento cancerígeno, que é quando os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos. A segunda etapa é definida pela promoção, em que os agentes oncopromotores estimulam a proliferação celular; a progressão é a etapa em que a taxa do crescimento celular é muito elevada, existindo a capacidade de produzir metástase; e a manifestação quando há infiltração de tecidos vizinhos (BONINI, 2014).

Assim sendo, as neoplasias determinam-se pela formação de células anaplásicas e perda de controle da divisão celular. A massa se torna pouco delimitada com capacidade de invadir estruturas orgânicas adjacentes. Além do mais, as células malignas têm a capacidade de escapar da detecção e da destruição do sistema imunológico (BONINI, 2014).

Deste modo a classificação dos tumores ocorre conforme o tecido embrionário e o tipo de células que os originou. Na maior parte dos casos as neoplasias são classificadas de acordo com o local de início, portanto os carcinomas, originados de células epiteliais; os sarcomas, ocasionados em tecidos conjuntivos; as leucemias e os linfomas, que tem sua origem, nas células da medula óssea e linfócitos (GARCIA *et. al.*, 2012).

Após o diagnóstico de câncer ser dado ao paciente e a sua família, o mesmo pode trazer resultados imprevisíveis a todos, podendo então ser associado à dor, sofrimento, limitações físicas, psicológicas e espirituais com foco central no medo da morte. Por outro lado, a revelação do diagnóstico ao paciente permite que ele e sua família possam acionar as suas estratégias pessoais de enfrentamento para lidar, da melhor forma possível, com os efeitos causados pela doença e no decorrer do seu tratamento (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Para a realização do diagnóstico de câncer além da realização da anamnese e exame físico, em que visam à identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas e história familiar de neoplasias, são indicados exames complementares como, exames laboratoriais, endoscopia ultrassonografia, radiografia, entre outros, com o objetivo da confirmação do diagnóstico e identificação de possíveis comprometimentos decorrentes da patologia (BONINI, 2014).

Contudo a escolha do tratamento quimioterápico adequado depende do tipo do câncer a ser tratado, do tamanho do câncer, da extensão da doença e das condições clínicas do paciente nas diversas fases da administração dos medicamentos, podendo ser empregado com objetivos curativos e paliativos. Deste modo o tratamento do câncer é realizado através de cirurgias, radioterapia e quimioterapia. Elas são usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação (BRASIL, 2011).

Valem destacar que não menos importante para um paciente oncológico é o respeito à autonomia do mesmo, logo, as relações de cuidado devem ser pautadas na convivência do dia a dia, com respeito à autonomia e o saber individual de cada paciente. Ao mesmo tempo em que acarreta uma percepção abrangente desse ser, extrapolando a compreensão biologista da doença e contemplando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais que, direta ou indiretamente, influenciam no decorrer da doença (THEOBALD *et al.*, 2016).

Para essa boa convivência, é imprescindível que os profissionais de saúde modifiquem a forma de se posicionar diante da vida, dor e sofrimento do outro, no modelo humanista de assistência aos pacientes oncológicos. Os profissionais podem ouvir objetivamente o indivíduo, identificar suas necessidades e auxiliá-los a encontrar soluções a partir do aumento das informações de sua própria atividade mental, instrumentalizando-o para agi-lo (COSTA; FILHOS; SOARES, 2003).

2.2 A MORTE E O MORRER

O homem sempre teve uma relação um tanto curiosa com a morte. Desde tempos remotos já se tem evidências de que os seres humanos se preocupavam com a forma como tratavam os mortos. Os primeiros indícios fazem menção às covas, quando os ancestrais faziam buracos na terra para enterrar os corpos dos desfalecidos, realizavam rituais de despedida que variavam seus sentidos de acordo com a cultura de cada povo ou civilização, sendo estes eventos aprimorados e diversificados com o passar do tempo (PRADO *et al.*, 2018).

Segundo o autor acima mencionado, os humanos passaram a construir túmulos e jazigos para abrigar os corpos dos seus entes queridos, como uma forma de poder mantê-los fisicamente próximos, além de realizar celebrações em homenagem aos que não estão presentes entre nós, que acabaram adquirindo um caráter mais religioso, sem deixar de destacar a cultura, hábitos, crenças e valores de cada ser.

A morte passou a ser considerada vergonhosa, negada ou escondida, porem atualmente a morte tornou-se tabu na sociedade, onde até mesmo sua pronuncia é renegada por lembrar algo tão tenebroso e triste para o ser humano, que se vê diante da morte como um ser limitado e falho (JUNQUEIRA, 2013).

O mistério envolvido no contexto da morte faz com que as duvidas a cerca deste fenômeno intensifiquem o medo relacionado às experiências a serem vividas individualmente

por cada pessoa. O fato de não saber como será após a morte, por não saber o real local a qual o espírito se adequa, por ser uma experiência singular e não compartilhada, remete a alguns indivíduos o medo do desconhecido, a solidão e a sensação de limitação. A presença da morte acaba por estabelecer um momento de reflexão individual a cada ser, trazendo consigo toda carga social e espiritual atribuída para o momento, de modo que o sujeito se depara com um fenômeno imutável e inerente a vida e percebe a quão limitada e frágil é sua existência (WERLANG; MENDES, 2014).

O não saber como será, o não saber se sentirá alguma dor ou desconforto, o não saber o que virá após o fim de todas as atividades fisiológicas e biológicas do corpo, se haverá uma segunda chance para fazer ou concertar tudo aquilo que fez em vida, se haverá outro lado e se este será um lugar bom, se lembrará de tudo o que viveu e se ainda existirá uma consciência mesmo sem um corpo físico gera a dúvida e se mistura com a angústia e o medo do desconhecido, a insegurança e a repulsa por um fenômeno que todos os seres vivos, e ainda mais os humanos tem consciência de que passarão um dia (WERLANG; MENDES, 2014).

A morte em si possui muitas definições e cada pessoa pode descrevê-la de acordo com suas percepções e vivências, tendo um significado diferente para cada indivíduo. Presenciamos o morrer na perspectiva do outro, e por ser uma experiência individual não se pode definir com total certeza nem mesmo generalizar a dor física, mental ou espiritual, que o indivíduo em processo de morrer esteja presenciando ou não. Não há parâmetros para serem mensurados e por esta singularidade e individualismo de cada situação, que a morte acaba gerando medo e apreensão, sendo algo temível e perverso na visão de muitas pessoas (SILVA, 2003).

Algumas pessoas denominam-se tranquilas em relação à morte, tendo consciência de sua mortalidade, referindo não temer a sua chegada, enquanto outros evitam até mesmo falar sobre o assunto como se o ato de pronunciar atrásse coisas ruins, considerando a morte como a pior experiência que pode acometer o ser humano. O fato é que “o homem começa a morrer no mesmo dia em que nasce e o processo de morrer continua dia após dia, minuto após minuto, sendo o tempo uma das medidas dessa conclusão”, e por mais difícil que seja tocar no assunto para alguns, ou quase sem importância para outros, o ato de envelhecer também faz parte do ciclo natural da vida, e com o passar do tempo isto se torna mais evidente, na medida em que o objetivo para alguns é envelhecer bem para morrer bem, pois, assim como viemos algum dia teremos que partir, e melhor que seja dignamente (WERLANG; MENDES, 2014).

O paciente oncológico passa por diversas mudanças em suas relações sociais, familiares e consigo mesmo, portanto, é necessário que haja uma assistência humanizada

integral capaz de vê-lo como pessoa que sofre, mas que ao mesmo tempo não perdeu sua essência. Humanizar a assistência é uma preocupação que vem para dar valores e princípios para a prática profissional da enfermagem além de um cuidado acolhedor e eficiente (BRITO; CARVALHO, 2010).

O paciente por sua vez encontra-se fragilizado, por isso diante de um diagnóstico de uma doença como tal, a sua perspectiva se torna bem reduzida e ocorre um grau de sofrimento. Diante disso, os cuidados da equipe de enfermagem ao paciente oncológico devem ser tratados de forma individualizada, pois cada fase da vida e do tratamento apresentam diversas transformações, tanto fisiológicas quanto psíquicas (SILVA; CRUZ, 2011).

Assim, o enfermeiro pode promover uma maior aproximação com esse paciente, o qual pode ser alcançado por meio da comunicação, para então poder identificar suas necessidades e proporcionar uma melhor qualidade de vida, encorajando o paciente como um todo e auxiliando na adaptação de novas condições de vida (BRITO; CARVALHO, 2010).

Compreender como a doença oncológica mobiliza toda a família faz com que a equipe de enfermagem, ao direcionar e planejar a assistência possa fazê-lo de uma maneira mais abrangente, porém individualizada, de qualidade, e que contribua para um melhor enfrentamento da doença (SILVA; CRUZ, 2011).

Visando a diminuição do impacto das possíveis alterações físicas, emocionais e, também a respeito dos efeitos colaterais adversos do tratamento para o câncer e, em uma tentativa de proporcionar uma maior qualidade de vida aos pacientes, a oncologia surge muitas vezes na busca de acrescentar “anos à vida” era deixado de lado à necessidade de acrescentar “vida aos anos” (BRITO; CARVALHO, 2010).

Com isso podemos observar em relação à consideração relacionada ao relacionamento paciente, equipe de enfermagem e a família do paciente oncológico, na qual o processo de cuidar inclui desde a maneira de como é dada a notícia, a clareza com que é abordada a questão da notícia, a abertura que é dada ao paciente e a sua família para que assim se possa conversar sobre o seu estado de saúde atual, sentimentos, dúvidas, recuperação e chances de sobrevivência. O paciente com câncer precisa de ajuda da enfermagem na identificação de seus problemas para que possa enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções para eles seja na recuperação, seja em sua terminalidade (SILVA; CRUZ, 2011).

2.3 TERMINALIDADE NO CONTEXTO DA FINITUDE

O direito à dignidade não deve restringir-se ao período em que o paciente desfruta os prazeres ofertados pela vida na terra, mas sim estender-se a todas as etapas, inclusive quando os valores pré-existentes se modificam, em razão das diferentes necessidades especiais de cada fase vivida pelo ser humano, respeitando assim os valores de cada um por inteiro, seu desejo, sua liberdade, sua autodeterminação e o seu querer momentâneo, seja ele no leito de morte, ou durante um tratamento, sejam ele complexo ou simples. O direito à morte digna consiste em respeitar a autonomia do outro ser humano, sua personalidade, seus valores, sua concepção de vida e de morte, que nada mais é do que a etapa conclusiva do fenômeno chamado vida (MABTUM, 2015).

A discussão sobre o fim da vida remete à preocupação de defesa da dignidade humana, também nessa fase terminal, grande parte da discussão gira em torno dos meios para alcançar esse tão esperado e temido fim. Alguns dos pacientes admitidos em um setor de oncologia podem enfrentar condições de doença terminal, podendo ou não levar a morte (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Acredita-se que, para uma abordagem integral e adequada durante a terminalidade, propõem-se a necessidade do devido preparo em relação ao cuidado paliativo ou exercício da arte do cuidar durante a terminalidade, vinculando, assim, o conhecimento científico ao alívio do sofrimento. Em relação à atitude diante da terminalidade, apresenta-se a dificuldade encontrada pelos profissionais da equipe de enfermagem de se relacionarem com pacientes com prognóstico de fase terminal, uma vez que a proximidade da morte destes pode gerar sentimentos de impotência e culpa no profissional envolvido mediante o cuidado a ser prestado (MABTUM, 2015).

Sendo assim, considera-se a terminalidade como importante fonte de conhecimento e preparo, para então aprimorar-se de novos desafios e cuidados a ser prestados mediante um paciente em situação terminal, podendo então ofertar uma fase terminal digna ao seu paciente, bem como o devido controle do processo de morte e morrer. Neste contexto, o paciente deverá ter sua dor amenizada, seu bem-estar priorizado e suas crenças consideradas, para que ele possa aceitar sua condição como um processo natural da finitude (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Para tanto, é indispensável que todas as ações terapêuticas sejam planejadas com a participação do paciente, família e da equipe de saúde com respaldo ético e legal, para

que o paciente possa ter seu fim de vida digno, com o devido cuidado, que traz no paliativo (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

No Brasil, a importância da realização dos cuidados paliativos vem trazendo com sigio um grande despertar, visando à busca na qualidade de vida, alívio da dor e priorizando sempre o interesse do paciente, como um ser único. O início precoce dos cuidados paliativos pode proporcionar melhor adaptação do paciente e seus familiares com a situação, com fortalecimento e aprendizado de estratégias de enfrentamento, estabelecendo assim um cuidado individualizado e humanizado frente à situação a ser apresentada (FARIA *et al.*, 2017).

Apesar de todo e qualquer profissional da área de saúde poder administrar e ofertar os cuidados paliativos, a enfermagem em sua prática assistencial tem se destacado como um elo importante entre a equipe e o paciente, abordando os efeitos colaterais e as questões emocionais do tratamento, bem como pela compreensão e sua inserção no planejamento, direcionamento e execução de ações paliativas no contexto da terapia intensiva. O especialista em cuidados paliativos é aquele profissional de saúde treinado para o tratamento dos sintomas, efeitos colaterais e problemas emocionais vividos pelos pacientes, o qual possui como objetivo manter melhor qualidade possível de vida em sua finitude (BARROS *et al.*, 2012).

Muitas vezes, os especialistas em cuidados paliativos atuam como parte de uma equipe multidisciplinar para sistematizar esses cuidados. A equipe referente aos cuidados paliativos deve ser constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, odontologistas, assistentes sociais, dentre outros que julgarem necessário. Os especialistas em cuidados paliativos também podem fazer recomendações ao oncologista do paciente sobre a gestão no tratamento da dor, dentre outros sintomas (MORITZ *et al.*, 2008).

Os cuidados paliativos são indicados para todos os pacientes com doença ameaçadora da continuidade da vida por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, independentemente da idade e momento do agravo da doença, com expectativas ou necessidades que podem ser incluídas ao cuidado. Bem como para complementar e ampliar os tratamentos da doença ou podem tornar-se o foco total do cuidado (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Ao passar dos séculos, o foco do cuidado vai se deslocando desde uma ênfase em recursos terapêuticos no tratamento da doença até para tratamentos com intenção exclusivamente paliativa. Os cuidados paliativos centravam-se em pacientes em fase final de

suas vidas, com mal prognóstico, porém hoje, se considera que além deste saber, esses cuidados devem estar disponíveis para pacientes e seus familiares durante todo o processo de doença ameaçadora à continuidade da vida e também no transcurso do luto, seja ele qual for (FARIA, *et al.*, 2017).

Segundo Marques, (2018. p.6.) os princípios dos cuidados paliativos são:

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas;
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

2.4 ESPIRITUALIDADE

Assim como os cuidados paliativos, o cuidado mediante a espiritualidade de um paciente terminal vem como uma ferramenta para facilitar a perspectiva integral do atendimento com o paciente. A palavra espiritualidade origina-se do latim “*spiritus*”, que proporciona um relacionamento com o que há de mais profundo e verdadeiro dentro de um ser, a espiritualidade sustenta os valores do amor, compaixão, da solidariedade de um com o outro, como uma essência que dá significado a vivencia de cada ser (ZENEVICZ, 2009).

Na visão de Horta (1979) o cuidado a espiritualidade é uma necessidade humana básica, que deve ser observada e cuidada pelo enfermeiro em seu planejamento de assistência. Sendo assim, a espiritualidade entra como um alicerce como uma linha mestra bordando toda a assistência, cuidando do ser na integralidade devendo ser observada por toda a equipe de saúde (SÁ; PEREIRA, 2007).

A espiritualidade é complexa, podendo envolver os sentimentos de fé, que fortalece e faz acreditar em algo de uma força superior, envolvendo então o interior de cada paciente e que se liga as necessidades do perdão e da solidariedade com o outro. A espiritualidade deve ser compreendida como o princípio da vida e essência do ser; vivenciada como uma força de união, conectada com a natureza, a terra, o ambiente e o cosmo (ZENEVICZ, 2009).

As discussões acerca da espiritualidade podem contribuir para o resgate da essência do cuidado integral durante a assistência de enfermagem, apesar das evidências da importância do cuidado espiritual no âmbito dos cuidados paliativos. Os profissionais, raramente,

dispensam esses cuidados aos pacientes com doenças oncológicas em sua finitude. A prática do enfermeiro mediante a espiritualidade está diretamente vinculada à construção do conhecimento, que fundamenta a assistência, podendo ser realizada por meio do desenvolvimento de novas abordagens do paciente (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Mediante o diagnóstico de um paciente oncológico o paciente pode desencadear um desequilíbrio psíquico, físico, social e emocional, onde a espiritualidade se encaixa como um cuidado necessário na vida do paciente. Diante disso, a espiritualidade vem no sentido de aliviar ou minimizar esses desequilíbrios que a doença causa, onde as práticas de religiosidade e espiritualidade se tornam essenciais durante o processo de saúde-doença (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Para Zenevycz (2009), a espiritualidade possui qualidades humanas básicas e fundamentais, tais como: bondade e compaixão, sem estar necessariamente ligada a alguma religião. Salienta ainda, que a espiritualidade é um fator importante de proteção quando os pacientes acometidos por uma doença são direcionados aos cuidados paliativos, para isso o bem estar espiritual na saúde mental do paciente entra como um exercício para influenciar emoções positivas, como o amor, fé, esperança e perdão.

Assim, é possível perceber a importância do enfermeiro para o controle das dificuldades encontradas na internação de um paciente por meio da assistência de enfermagem, promovendo suporte psicossocial, conforto, cuidados necessários a este paciente, com um olhar holístico que contemple o processo de cuidar nas dimensões físicas, psíquicas e espirituais de cada paciente como um ser único (CRIZE *et al.*, 2018).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e com abordagem descritiva. A pesquisa quantitativa atua em níveis de realidade onde existe a necessidade de extrair e evidenciar indicadores e tendências a partir de grande quantidade de dados. A investigação desenhada na abordagem quantitativa trabalha a partir de dados e das evidências coletadas. Os dados são filtrados, organizados e tabulados para depois serem submetidos a técnicas de organização e classificação bem como testes estatísticos para transformá-los em informações a serem analisadas e discutidas à luz do de um referencial teórico, bem como de outras pesquisas correlatas (MARTINS, 2013).

Já, a abordagem descritiva e transversal baseia-se na análise das características e associação de dados, que permitirá melhor investigação e delineamento do perfil dos pacientes, bem como conhecer a espiritualidade dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do Oeste de SC.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os fatores de inclusão foram pacientes internados, acima de 18 anos, em um hospital do Oeste de Santa Catarina e não participaram os pacientes em estados avançados que apresentavam déficit neurológico e por motivos diversos não aceitaram responder os questionamentos que norteavam o estudo.

3.3 AMOSTRA

Para o cálculo amostral utilizamos o teste de SurveyMonkey, com intervalo de confiança de 95% de margem de erro de 5%, obtivemos o resultado de amostra de 160 pacientes. Foi recolhida a amostra com as enfermeiras dos setores citados para este estudo. A população deste estudo constituiu-se de 160 pacientes, selecionados e distribuídos de forma

sendo 32 na Oncologia, 32 na Clínica Médica, 32 na Neurologia, 32 entre as Unidades Cirúrgicas e Médica de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina.

3.4 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Regional do Oeste, criado em 25 de agosto de 1917, passando a fazer parte da rede de cuidados à saúde no Oeste Catarinense. O município de Chapecó possui 216.654 de população estimada, sendo considerada uma das cidades com um Índice de Desenvolvimento Humano (IHD) alto (IBGE, 2013).

O município de Chapecó (SC) situa-se na microrregião do Oeste de Santa Catarina. Limita-se ao Norte pelo município de Coronel Freitas, Nova Itaberaba e Cordilheira Alta; ao Sul pelo Estado do Rio Grande do Sul; a leste pelos municípios de Itá, Seara, Xaxim e Arvoredo; ao Oeste, pelos municípios de Nova Itaberaba, Guatambu e Planalto Alegre, demonstrado na figura 01. “A cidade de Chapecó-SC, localiza-se à 670 metros de altitude tendo sua posição geográfica determinada pelo paralelo 27 “05”4” de latitude sul em sua interseção com o meridiano de “52”37”06” de longitude oeste.

Figura 1 - Mapa de identificação e localização do município de Chapecó-SC e municípios circunvizinhos.



Fonte: https://www.viamichelin.pt/web/Mapas-plantas/Mapa_planta-Chapeco_-_Santa_Catarina-Brasil

3.5 ÉTICA

Atendendo ao disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o presente estudo foi remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Campus Chapecó SC, sendo aprovado em 29 de agosto de 2019 pelo parecer nº 3.541.829 e cadastrado sob o número CAAE: 17390719.0.0000.5564 (anexo D).

Também foram encaminhadas correspondências para a instituição, unidades e chefias de enfermagem com o propósito de obter autorização para a realização e desenvolvimento do estudo.

Além disso, todos os participantes do estudo foram informados previamente quanto à pesquisa e autorizaram por escrito à utilização dos depoimentos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B). Garantiu-se aos sujeitos do estudo o anonimato de suas identidades, a privacidade e o sigilo de suas informações, e para tal, eles foram identificados por pseudônimos.

3.5.1 Riscos e Benefícios

No quesito dos riscos da pesquisa, sendo um assunto delicado, poderia ocorrer desconforto, emoções, choro ou suscitar sentimentos negativos por adentrar em questões íntimas da sua vida. Sabendo da delicadeza das questões antes de iniciar conversamos com os pacientes sobre o objetivo do trabalho, e a importância para a formação acadêmica. Buscando amenizar os possíveis desconfortos, a coleta foi realizada em um ambiente calmo e acolhedor (sala ou quarto), onde ficaram presentes apenas a pesquisadora e o participante, preservando desta forma as informações confiadas e a privacidade do entrevistado. Em todo o processo de coleta de dados não tivemos nenhuma intercorrência.

3.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Utilizamos neste estudo três passos para chegar aos objetivos propostos e obter maior consistência dos dados. O primeiro foi uma escala para delinear o perfil socioeconômico dos participantes.

O segundo instrumento é a Escala SPIRIT-MAUGANS (com seis questões abertas, apêndice A). É composta de seis questões abertas onde aborda a história religiosa e a espiritual do paciente e identifica a importância na vida do mesmo, bem o bem estar com seu criador e respeito referente aos pacientes e familiares.

Por fim, utilizamos a Escala de Resultados em Cuidados Paliativos composta de 12 questões que totalizam 40 pontos, onde realizam uma avaliação multidisciplinar em cuidados paliativos, considerada imprescindível no cuidado humanizado ao paciente com doença ameaçadora de vida. Esta escala avalia os aspectos físicos, psicológicos e espirituais do paciente que está sendo cuidado. As respostas são dadas em escala de 5 pontos cada, com exceção do item 9, que possui 3 pontos, do item 10 que possui 4 pontos e uma pergunta aberta referente aos principais problemas financeiros e pessoais vivenciados pelo paciente.

3.6.1 Coleta de dados

Antes da realização da entrevista/ coleta dos dados, o entrevistado foi orientado sobre o apregoado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que define sobre as pesquisas em seres humanos.

Na sequência a coleta dos dados iniciou-se após a aprovação da anuência do hospital e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.

Primeiramente foram apresentados aos pacientes os objetivos da pesquisa, a voluntariedade dos participantes, a privacidade das informações, a identidade e o direito de recusa de participar do estudo/entrevista conforme as normativas da legislação. A entrevista foi realizada pela acadêmica, durante os meses de agosto e setembro de 2019 de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino. Cada entrevista deve em média a duração de 40 minutos, numa sala reservada preservando a identidade e privacidade do paciente. Foram explicados os objetivos do projeto, riscos e benefícios. Após o aceite foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias, uma sendo arquivado e uma via entregue ao paciente.

3.7 TRATAMENTO DE DADOS

Utilizou-se o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0, para a realização da análise estatística e descritiva dos resultados, por meio das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e das medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão, amplitude e amplitude interquartilica) para as variáveis contínuas, com estudo da simetria pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* (1).

Para a análise bivariada entre variáveis categóricas foram realizados os testes Qui-quadrado de *Pearson*. Na comparação das variáveis contínuas entre dois grupos independentes foram utilizados os testes teste *t-Student* e *Mann Whitney*. Quando comparados três ou mais grupos independentes foi utilizada a Análise de Variância (*One Way*) – *Post Hoc Tukey/Sheffé*.

A relação de linearidade entre as escalas foi estimada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, respeitando classificações - Muito fraca |0,000| a |0,199|; Fraca |0,200| a |0,399|; Moderada |0,400| a |0,699|; Forte |0,700| a |0,899|; e Muito forte |0,900| a |1,00|.

A confiabilidade (*reliability*) foi examinada pelo índice α de *Cronbach* (αC), que mede a consistência interna dos itens de um instrumento. O limite inferior recomendado para o α é de 0,7, mas em pesquisas exploratórias se podem aceitar valores a partir de 0,6.

Nas situações onde ocorreram dados faltantes/perdidos nas escalas abordadas, foi aplicado o tratamento de imputação de dados simples, onde os valores faltantes foram substituídos pela média da variável: média geral, ou a média de um grupo mais similar ao do caso com o faltante, identificado por uma ou mais variáveis categóricas presentes no banco de dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 TECNICAS ESTATISTICAS EMPREGADAS

Os dados foram tabulados e organizados e analisados no software SPSS® (*Statistic Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA*) versão 25 para Windows®.

Na estatística descritiva foram utilizadas as distribuições absoluta (n) e relativa (%), bem como, as medidas de tendência central e variabilidade, com o estudo de normalidade da distribuição de dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

4.2 ANÁLISE DECRITIVA PARA O TOTAL DA AMOSTRA

4.2.1 Caracterização sócio demográfica

Neste estudo, foram analisados os dados dos 160 pacientes com câncer em tratamento em um Hospital do Oeste de Santa Catarina. A análise dos dados teve início a partir da escala de caracterização sócio demográfica com estes pacientes. Dentre os aspectos avaliados está a idade de cada participante, sexo, cor, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal e com quem reside.

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 160 pacientes, com idades variando de 25 a 86 anos, e média estimada em 61,6 ($dp = 13,4$) anos. Na abordagem da idade através de faixas etárias, as maiores frequências ocorreram nas faixas de 60 a 69 anos, 32,5% (n=52); e de 50 a 59 anos, 23,8% (n=38). Os demais dados representam os seguintes percentuais (8,8%) para a faixa de 80 anos, e o menor índice estavam entre a faixa etária dos 20 até 39 anos (7,5%).

Pilger *et al.*, (2017) em um estudo transversal feito com 169 idosos que realizavam hemodiálise no município de Ribeirão Preto, no período de setembro a novembro de 2013, apresentou idades semelhantes ao presente estudo, ou seja, a idade média foi de 60 a 69 anos, com maior distribuição entre os entrevistados.

Nota-se que para Dias e Pais-Ribeiro (2018), em seu estudo descritivo, quantitativo e transversal realizado na cidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, a faixa etária mais prevalente das idades foi entre 60 e 69 anos.

Já para Pacagnela (2013), em seu estudo realizado em Campinas onde avaliou os registros por um período de 10 anos de janeiro de 2000 até julho de 2019, e demonstrou que 48,8% tinha a faixa etária mediana foi entre 60 a 69 anos.

Estudos de Guerrero (2011) em seu estudo com 14 pacientes acima de 18 anos, dentro do setor de um hospital público, referência em oncologia na região Noroeste do estado de São Paulo, tinham idades que variam entre 23 e 72 anos, assim como no presente estudo. Fornazari (2010) demonstrou no estudo realizado em uma instituição especializada no cuidado aos pacientes oncológicos que os mesmos eram mais jovens possuíam as idades entre e 25 e 55 anos. Melo *et al.*, (2012), em seu estudo descritivo, com 10 pacientes com neoplasia pulmonar entre Fevereiro e Maio de na cidade de Fortaleza – Ceará, que prevaleceu a média de idade em 58,4 anos.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), no ano de 2000, a estimativa de vida dos brasileiros era de 70 anos e temos a perspectiva de chegar aos 76 anos no ano de 2020 (BRASIL, 2017). Graças aos novos recursos e avanços tecnológicos e científicos alcançados pela humanidade referente à área da saúde, as pessoas passaram a ter uma vida mais longa, o que demonstra a faixa etária da população deste estudo com média entre 60 e 69 anos (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018). Um dado importante deste estudo foi sinalizar que a idade é um fator determinante para o desenvolvimento do câncer, e que as pessoas idosas têm maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis entre elas o câncer.

Em relação à caracterização do sexo, o sexo masculino, 53,8% (n=86); mostrou-se ligeiramente mais elevado que o feminino, 46,3% (n=74).

Em Campinas, pesquisa conduzida pela Pacagnella (2013), encontrou nos registros de atendimento de pacientes diagnosticados com câncer num período de 10 anos que 66,3% eram do sexo masculino com parado com o sexo feminino que era de 33,7%. Dados semelhantes foram encontrados por Faller (2015), em estudo retrospectivo com 321 prontuários de pacientes com doenças neoplásicas em cuidados paliativos apontaram que 52,3% eram do sexo masculino seguindo do feminino com 47,7%.

Para Panzini (2007), em seu estudo transversal controlado com uma amostra de 1.617 participantes, o autor aponta que a espiritualidade é uma importante fonte na dimensão da

qualidade de vida da população e sobre o impacto da religião na vida das pessoas. Neste estudo, o sexo masculino prevaleceu com uma porcentagem de 54,1%.

De acordo com a tabela 1, a considerar os resultados obtidos, o sexo masculino, 53,8% (n=86); mostrou-se ligeiramente mais elevado que o feminino, 46,3% (n=74). Podemos inferir que as mulheres são mais ativas socialmente, consideradas muitas vezes o pilar da família, buscam com mais periodicidade cuidados com a saúde. O envelhecimento é um processo multifatorial e é hoje o maior fator de risco para o desenvolvimento do câncer. Sobre a prevalência do sexo masculino pode ser em decorrência da não procura pelos serviços de saúde, ou apenas procurar quando a doença já esta em processo avançado, ficando sempre mais preocupado com as atividades laborais, do prover a família que acaba esquecendo ou inclusive não prestando atenção a sinais e sintomas manifestados organicamente que acaba indo ao medico ou serviços de saúde quando a dor, ou seja, quando a doença já esta adiantada (FALLER, 2015).

Quando indagados sobre a sua cor como demonstrada na tabela 1 houve a prevalência da cor branca, um total de 72,5% (116 pacientes), seguidas da cor parda (24,4%) e da dor negra (1,9%). Estudos de Longuiniere (2017), a cor branca desponta como a mais comum sendo citada em 67,9% dos seus entrevistados. Resultados semelhantes demonstrados em pesquisa observacional com 83 pacientes com melanoma cutâneo diagnosticados no Oeste do Estado de Santa Catarina se denominavam brancos (61,4%) (MORENO; BATISTA; BONETTI, 2012).

Para Camargos (2014), em seu estudo qualitativo descritivo, exploratório e transversal, com 21 pacientes oncológicos, realizado no interior do Estado de São Paulo houve predomínio de cor branca (69,3%).

Em relação à cor branca ser uma característica dominante na região advém da colonização de italianos, alemãs, austríacos e polacos, que foram os povos que colonizaram a Região Sul diferentemente da região Nordeste do País. Outro fator é que a cor branca tem um percentual menor de melanina, que é um fator de proteção ao câncer o que aumenta consideravelmente o risco destas pessoas desenvolverem câncer especialmente os de pele (MORENO; BATISTA; BONETTI, 2012).

Em relação ao estado civil dos participantes 72,5% (n=116) declarou-se *casado*, seguindo de 13,8% para solteiros e 7,5% de viúvos.

Para Santos *et al.*, (2014), em seu estudo descritivo transversal, realizado no Ambulatório da Unidade Geral de Transplante Hepático do Instituto de Medicina Integral

Prof. Fernando Figueira em Recife/ PE, durante o período de Outubro de 2013 a Abril de 2014, a maioria 64,7% declararam-se casados.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Camargos (2014), em seu estudo qualitativo descritivo, exploratório e transversal, com um total de 21 pacientes em tratamento por terem tumores sólidos, realizado no interior do Estado de São Paulo coletados no departamento de oncologia a qual teve um predomínio de 65,5% de participantes casados.

A pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva conduzida por Luengo e Mendonça (2014), realizada em Porto Alegre (MG), no período de Fevereiro a Setembro de 2013, tinham dados muito próximos ao presente estudo, ou seja, 75% dos entrevistados eram casados. Para Sonobe, Buetto e Zago (2011), no levantamento realizado no Núcleo de Oncologia da Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto – SP, 72% dos pacientes também eram casados.

Números apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) apontam que 57,1% dos brasileiros, cerca de 85,5 milhões de pessoas, vivem em algum tipo de união conjugal. Levando-se em conta somente o estado civil, o número de brasileiros solteiros supera o de casados em todas as regiões do país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar. Para os idosos, a composição familiar pode ser fator decisivo pela falta de estímulo à própria vida. A condição de ter ou não um companheiro envolve questões de ordem pessoal e social, assim como uma boa comunicação com o parceiro que é apontado como um fator positivo na aceitabilidade da terapia referente ao tratamento de câncer (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Em relação ao nível de escolaridade referente ao Ensino Fundamental concentrou mais da metade da amostra, sendo 57,1% (n=89) pertencentes ao *Ensino incompleto*, enquanto que, 10,3% (n=16), com *Ensino completo*.

Segunda Faller (2015), na pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, desenvolvido em um Centro Especializado de Oncologia, no município de Foz do Iguaçu, PR, no qual foram analisados 321 prontuários, houve prevalência (63,9%) do nível de escolaridade do ensino incompleto.

A pesquisa transversal e exploratória conduzida por Menezes *et al.*, (2017), realizada entre março e dezembro de 2017, nas oito das 15 CSF e nas residências dos 42 participantes na cidade de Lagarto/ SE, concluíram que o ensino incompleto era a realidade de 52,4% dos entrevistados.

Para Miranda, Lanna e Felipe (2015), no estudo exploratório, com pacientes com câncer residentes na Casa de Apoio aos Pacientes com Câncer, também encontraram dados semelhantes em que 60% tinham ensino incompleto.

Quanto ao nível de escolaridade incompleto prevalecido com um total de 57,1% aponta que o número de faixa etária dos participantes ficou na media etária de 60 a 69 anos, o que significa que estamos virando uma nação de cabelos brancos, isso se dá principalmente as conquistas da tecnologia e da ciência (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Outro fator delicado e que apesar dos anos, o Brasil ainda tem marcas do atraso educacional, pois a educação era direcionada as classes mais elevadas e ao sexo masculino (ZENEVICZ, 2009).

Sobre o rendimento mensal familiar, as maiores concentrações ocorreram nas faixas de *até um (1) salário mínimo*, bem como, na faixa de *mais de um e dois salários (1 a 2)*, cada uma representando 35,0% (n=56) dos pacientes, totalizando 70% dos pacientes com rendimento familiar de zero até 2 salários mínimos.

Segundo Camargos (2014), em seu estudo descritivo, exploratório e transversal, desenvolvido no Hospital de Câncer de Barretos, interior do Estado com 21 pacientes encontrou que 66,5% dos pacientes tinham uma renda de até 2 salários mínimos.

Souza *et al.*, (2017) em seu estudo epidemiológico, quantitativo e transversal, realizado entre setembro a outubro de 2013 num hospital referência em oncologia do Nordeste brasileiro, localizado em Fortaleza (CE), com pacientes do sexo feminino evidenciou-se uma renda familiar entre 1 a 2 salários-mínimos (68%).

Já os resultados apresentados por Nunes *et al.*, (2017) em seu estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal, realizado com idosos acima de 80 anos ou mais, entre abril e agosto de 2015, residentes de uma instituição da microrregião 4.2 da cidade do Recife (PE), e cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF), houve predomínio de renda em até 2 salários mínimos (76%).

No Brasil, o processo de envelhecimento da população está em crescimento. Há de ressaltar, que com a estabilização econômica proporcionada pelo Plano Real, houve um aumento do poder aquisitivo e do bem-estar das famílias brasileiras. Com essas mudanças econômicas, o padrão de consumo modificou-se, havendo mudanças nas estruturas dos gastos e dos rendimentos das famílias. Assim sendo, o envelhecimento populacional acarreta impacto significativo em diversos setores, já que esse segmento da população possui demandas próprias, sendo que grande parcela tem vida economicamente ativa e está preocupada em viver mais e melhor, neste sentido, há uma nova geração de idosos mais atualizados, participativa e exigente (MELO; TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017).

Quanto ao item com quem coabitavam na residência, 43,1% (n=69) informaram residir apenas com o *esposo*; 23,8% (n=38) viviam com o *esposo (a) e filho(s)*, e 10,6% (n=17) relataram residirem *sozinho (a)s*.

A pesquisa conduzida por Panzini *et al.*, (2007), em seu estudo transversal controlado com 1.617 participantes demonstrou que, 46,7% moravam com o esposo, dados estes que vem ao encontro dos achados do presente estudo.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Oliveira *et al.*, (2013) de cunho transversal e quantitativo, realizados com 101 pacientes da clínica médica e cirúrgica do Hospital das Clínicas de Marília no período de novembro de 2010 a abril de 2011, em que 44,5% dos pacientes eram casados e coabitavam com seus esposos (as).

Para o estudo descritivo e qualitativo de Formigosa, Costa e Vasconcelos (2018), realizado com 23 pacientes de um hospital oncológico de referência da rede de saúde pública do Estado do Pará demonstrou que, tinham idades entre 21 a 84 anos, sendo a maioria 43,4% casados e dividiam o lar com os esposos (as).

Frente a uma patologia em que precisamos de cuidados de diferentes tipos, viver com a família, é um diferencial. Cuidar de alguém com um diagnóstico de câncer exige uma reorganização na dinâmica familiar, acarretando muitas vezes uma demanda de atividades antes não necessárias sobrecarregando algum membro da família. A família precisa também neste momento de apoio, porque também fica adoentada devido ao enfrentamento e as atividades impostas e sem o preparo necessário. Estudos têm demonstrado que a maior parte dos cuidadores é formada pelos esposos (as) e filhos e que estes sentem uma maior vulnerabilidade e perdas, inclusive impactando de forma negativa a sua própria saúde, bem estar, estabilidade financeira e equilíbrio físico mental e emocional (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

Ainda na tabela 1, no que se refere ao estado de origem, predominaram os estados de Santa Catarina com uma porcentagem de 72,5% (n=116), seguindo do Rio Grande do Sul com uma porcentagem de 23,8% (n=38), Paraná com 2,5% (n=4), Mato Grosso do Sul e São Paulo com 0,6 (n=1 cada). Já na tabela 2, no que se refere à cidade de origem predominaram os municípios de Chapecó, 11,9% (n=19); Xanxerê, 5,0% (n=8), Xaxim e São Carlos, 3,8% (n=6 cada) e Maravilha, Caxambu do Sul e Seara com 3,1% (n=5 cada). Chapecó é referência para Oncologia e a maior cidade do Oeste de Santa Catarina, e referência aos demais municípios em relação ao atendimento à saúde. Logo 72,5% dos participantes eram de Chapecó, e os demais dos Estados circunvizinhos.

Segue a tabela 1, a qual se evidenciou sobre a caracterização sociodemográfica dos 160 pacientes respondentes participantes das áreas de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, no período de agosto e setembro de 2019.

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica do respondente

Variáveis	Total amostra (n=160) *	
	n	%
Sexo		
Masculino	86	53,8
Feminino	74	46,3
Idade (anos)		
Média±Desvio padrão (amplitude)	61,6 ± 13,4	(25,0 – 86,0)
Cor		
Branca	116	72,5
Negra	3	1,9
Parda	39	24,4
Outra	2	1,3
Faixa etária		
Até 39 anos	12	7,5
De 40 a 49	15	9,4
De 50 a 59	38	23,8
De 60 a 69	52	32,5
De 70 a 79 anos	29	18,1
80 anos ou mais	14	8,8
Estado civil		
Casado(a)	116	72,5
Solteiro(a)	22	13,8
Divorciado(a)	10	6,3
Viúvo(a)	12	7,5
Escolaridade – DA=4(2,5%)		
Não alfabetizado	8	5,1
EFI	89	57,1
EFC	16	10,3
EMI	8	5,1
EMC	18	11,5
ESI	3	1,9
ESC	14	9,0
Renda familiar mensal (salários mínimos)		
Sem rendimento	4	2,5
1,00	52	32,5
1,50	4	2,5
2,00	52	32,5
2,50	1	,6
3,00	24	15,0
3,50	5	3,1
4,00	14	8,8
4,50	1	,6

5,00	1	,6
6,00	1	,6
10,00	1	,6
Renda familiar mensal faixas (salários mínimos)		
Até 1 s.m.	56	35,0
Mais de 1 até 2	56	35,0
Mais de 2 até 3,99	30	18,8
Mais de 4 s.m.	18	11,3
Reside		
Esposo(a)	69	43,1
Filho(s)	8	5,0
Neto(s)	1	,6
Sozinho(a)	17	10,6
Esposo(a) e filho(s)	38	23,8
Esposo(o), filho(s) e neto(s)	3	1,9
Outros	14	8,8
Filho(s) e neto(s)	4	2,5
Esposo(a), filho(s) neto(s) genro/nora	4	2,5
Esposo(a) netos	2	1,3
Estado de origem		
MS	1	0,6
PR	4	2,5
RS	38	23,8
SC	116	72,5
SP	1	0,6

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Segue a tabela 2, a qual se evidenciou sobre a distribuição absoluta e relativa para o município de origem dos 160 pacientes respondentes participantes das áreas de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, no período de agosto e setembro de 2019.

Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa para o município de origem

Município	Total amostra (n=160)	
	n	%
Abelardo Luz	1	0,6
Águas frias	1	0,6
Agudo	1	0,6
Arvoredo	1	0,6
Antônio Prado	1	0,6
Arvorezinha	1	0,6
Auna	1	0,6
Bagé	1	0,6
Barros Cassal	1	0,6
Barros de Salto	1	0,6
Cambará do Sul	1	0,6
Candelária	1	0,6
Canguçu	1	0,6

Caxambu do Sul	5	3,1
Chapecó	19	11,9
Concórdia	2	1,3
Cordilheira Alta	1	0,6
Coronel Freitas	3	1,9
Cunha Porã	2	1,3
Descanso	1	0,6
Dona Francisca	1	0,6
Erechim	3	1,9
Erval Velho	1	0,6
Faxinal dos Guedes	2	1,3
Formosa do Sul	1	0,6
Guaporé	1	0,6
Guarapuava	1	0,6
Ibicaré	1	0,6
Ijuí	1	0,6
Iporã do Oeste	1	0,6
Ipuacú	1	0,6
Ipumirim	2	1,3
Iraí	2	1,3
Iratí	1	0,6
Itá	4	2,5
Itapiranga	2	1,3
Itatiba do Sul	2	1,3
Lageado	4	2,5
Lindóia do Sul	1	0,6
Marau	1	0,6
Maravilha	5	3,1
Minassol do Oeste	1	0,6
Modelo	3	1,9
Mondaí	1	0,6
Nonoai	3	1,9
Nova Etaberaba	1	0,6
Palmares	1	0,6
Palmas Sola	1	0,6
Palmeira das Missões	1	0,6
Palmitos	4	2,5
Passo Fundo	2	1,3
Passos Maia	1	0,6
Pinhalzinho	3	1,9
Ponte Alto do Sul	1	0,6
Porto Xavier	2	1,3
Presidente Castelo Branco	1	0,6
Quilombo	1	0,6
Riqueza	1	0,6
Sananduva	1	0,6
Santa Cruz do Sul	1	0,6
São Carlos	6	3,8
São Francisco de Paula	2	1,3
São José do Carmo	1	0,6
São Lourenço do Oeste	1	0,6
São Paulo	1	0,6
São Rafael	1	0,6
São Valentim	3	1,9
Saudades	3	1,9
Sera	5	3,1
Serra Alta	1	0,6
Tapejara	1	0,6
Treze Tilhas	1	0,6

União do Oeste	1	0,6
Vargeão	1	0,6
Venâncio Aires	1	0,6
Verê	1	0,6
Xanxerê	8	5,0
Xavantina	2	1,3
Xaxim	6	3,8

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

4.2.2 Espirit – Maugans

Q1 Na abordagem a escala espiritual, predominou a religião Católica, 81,3% (n=130), seguida da Evangélica, 15,0% (n=24). Ainda, ocorreu a religião espírita, sem religião e sem religião, mas com crença em Deus; cada grupo representando 1,3% (n=2).

Mesquita *et al.*, (2013) em seu estudo quantitativo, descritivo e transversal, com 101 pacientes em tratamento oncológico num ambulatório do interior de Minas Gerais, demonstraram que a maioria (85%) eram da religião católica. Para Silva *et al.*, (2019), em seu estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de Outubro de 2017 e Março de 2018, com 129 voluntários de uma Associação de Apoio de um município do sul de Minas Gerais, afirmaram ao serem questionados que em sua afiliação religiosa/espiritual, 96 dos entrevistados, ou seja, (74%) eram católicos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Menezes *et al.*, (2017), entre os 42 participantes da cidade de Lagarto (SE) que 78,6% diziam ser católicos. Em estudo com idosos, na cidade de Chapecó (SC), por Zenevitz (2009), encontrou paridades em relação à questão da religiosidade, 77,6% dos seus 720 idosos afirmavam ser da religião católica.

Observa-se que a maior quantidade de pacientes entrevistados é pertencente da religião católica, dados apresentados pelo IBGE (2010) mostra que o Brasil é a maior nação católica do mundo. A religião católica mantém-se como o maior grupo religioso do país com um número estimado de 172,2 milhões de católicos, apesar de ter perdido muitos fiéis.

Q2 Quando questionados sobre as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que aceita, ou não, verificou-se inicialmente que, 90,0% (n=144) informaram aceitar os sistemas de crenças; 6,9% (n=11) relataram aceitar parcialmente; e, 3,1% (n=5) declararam não aceitar.

O estudo transversal de Duarte e Wanderley (2011), com 30 pacientes idosos, com idade igual ou acima de 65 anos, internados na enfermaria geriátrica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, demonstrou que 87% dos participantes acreditam e aceitam suas crenças e praticas religiosas.

Pesquisa em banco de dados Medline, PsycINFO, Scielo e Bireme/BVS, feitas por Panzini e Bandeira (2007), no período de 1979 e 2006, com 616 pessoas entre 13 e 82 anos, demonstrou que 90% dos participantes relataram ter crenças religiosas e as aceitam. Em estudo observacional tipo transversal, Zenevitz (2009) encontrou dados semelhantes, em que demonstra que dos 720 entrevistados, idosos, residentes em Chapecó (SC) 91% acreditam que a fé e as crenças religiosas ajudam na manutenção na saúde e no bem-estar.

Para Guerreiro *et al.*, (2010), independente da idade e da sua forma de interpretar a espiritualidade, para todos ela é uma forma de estratégia de enfrentamento do paciente com câncer, o mesmo busca a sobrevivência e com apego à fé, para minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento.

Diante deste cenário, podemos concluir que a prática e as crenças religiosas contribuem de forma decisiva para o bem estar da população envolvida. A religião estabelece uma conexão com Deus, desempenha um papel de destaque na vida das pessoas, especialmente dos idosos. A prática religiosa auxilia na redução da ansiedade e aumenta a esperança. A espiritualidade, por sua vez, permite o desabrochar os sentimentos de paz, amor, solidariedade, cooperação, utilizada pelas pessoas na resolução de problemas, como solidão, tristeza pelas perdas materiais e humanas e no enfrentamento das doenças (ZENEVICZ, 2009).

Avaliando, os sistemas de crenças que os pacientes julgaram aceitar ou não (ou parcialmente), os resultados apontaram que, entre os pacientes que relataram aceitar as crenças e práticas (n=144), ocorreram com mais frequência 52,8% (n=76) na ação de rezar, 43,8% (n=63) de ir à Missa/Cultos, 23,6% (n=34) manifestaram a crença na Igreja. No grupo de casos que relatou a aceitação parcial 72,7% (n=8) afirmaram que ir à missa\culto. No grupo que informou não aceitar crenças e práticas as respostas mais frequentes foram a cobranças/dízimo, crer na igreja e frequentar a Missa/culto, cada uma representando 40,0% (n=2) deste grupo.

Em estudo transversal realizado de Camargo (2014) dentro do Hospital de Câncer de Barretos-SP, foram entrevistados 1050 participantes dentre os quais 525 pacientes oncológicos e 525 profissionais de saúde, 46,1% vivenciam a sua crença através do ato de orar\rezar. Dados reafirmam que o ato de orar é mais evidenciado na prática da religião, mencionados 54,4% dos 617 pacientes do estudo transversal de Silva, Passos, Souza (2015). Vindo ao encontro do presente estudo, Panzini e Bandeira (2007), em pesquisa nas bases de dados Medline, PsycINFO, Scielo e Bireme/BVS, avaliados entre 1979 e 2006, com 616 pessoas entre 13 e 82 anos, 57% dos participantes relataram a prática da oração diariamente.

As crenças pessoais influenciam o modo como lidamos nas diferentes situações cotidianas. A religiosidade quando bem estruturada desenvolve sentimentos positivos como autoconfiança, adaptação, firmeza e maior aceitação e melhorar habilidade em lidar com as situações consideradas negativas ou ruins (INOUE; VECINA, 2017).

Neste quesito, verificamos que o ato de rezar é uma atividade espiritual frequente, que promove bem-estar, facilita no processo de saúde e doença e oportuniza alguns ganhos para a saúde. O ato de rezar pode promover esperança ao paciente oncológico, por meio do contato com o seu eu mais profundo, levando à crença de controle sobre si, sua mente e seu corpo (CARVALHO *et al.*, 2014). A religiosidade mobiliza forças positivas intrínsecas do homem, que ficam mais fortalecidos para enfrentar melhorar da saúde ou ser curado de seus males (MURAKAMIL; CAMPOSI, 2012).

Para Koenig (2005) a influencia da religião no contexto da saúde, demonstra que pessoas que praticam diariamente sua religião, tem menor estresse, um melhor equilíbrio emocional proveniente do suporte oferecido pela comunidade religiosa, ou seja, das pessoas onde vivencia a sua religião e tem em sua vida hábitos saudáveis e 40% delas têm menos hipertensão arterial (HA) e um sistema imunológico mais atuante.

Segue a tabela 3, a qual se evidenciou sobre a distribuição absoluta e relativa para as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual segundo a aceitação dos 160 pacientes respondentes participantes das áreas de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, no período de agosto e setembro de 2019.

Tabela 3: Distribuição absoluta e relativa para as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual segundo a aceitação.

Crenças e práticas	Aceitação*					
	Aceita (n=144)		Aceita parcialmente (n=11)		Não aceita (n=5)	
	n	%	n	%	n	%
Acredita em Deus	3	2,1				
Batismo	1	0,7				
Bíblia	5	3,5				
Cantos, louvores	12	8,3	1	9,1		
Catequese	2	1,4	2	18,2		
Confissão	2	1,4				
Conversa com Deus	3	2,1				
Dízimo, cobranças	3	2,1	2	18,2	2	40,0
Encontros, Reuniões	13	9,0				
Estudo científico					1	20,0
Igreja	34	23,6			2	40,0
Missa, Culto	63	43,8	8	72,7	2	40,0
Orações	20	13,9				
Padre	2	1,4	1	9,1		
Prática o bem	4	2,8				
Procissão	2	1,4				
Rezar	76	52,8				
Trabalho comunitário	3	2,1				

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Q3 Quanto ao fato de pertencer alguma igreja, templo ou outra forma de comunidade espiritual, 68,1% (n=109) relataram pertencerem a capelas/Igreja/catedral; 11,9% (n=19) declararam pertencer a comunidades; 8,1% (n=13) mencionaram ligações a Templos Evangélicos; e 1,3% (n=2) citaram pertencer a Centros Espíritas. Ainda, observou-se que, 10,6% (n=17) da amostra confirmou não pertencer a nenhum lugar. Em relação à importância de pertencer a algum lugar, 81,3% (n=130) deixaram claro que é, sim, importante participar de uma comunidade\sociedades de apoio espiritual.

A participação em qualquer comunidade religiosa estimula a vivência e a aquisição de hábitos saudáveis, que à medida que é exercitada atua sobre a longevidade e diminuindo a mortalidade. Para Martins (2011), em seu estudo exploratório qualitativo, realizado entre os anos de 2009 e 2011, em Lisboa - Portugal, com participação de profissionais que desempenhavam função em instituições de Cuidados Paliativos com diferentes formações\especialização e/ou voluntários, 69% dos participantes apontou filiação em alguma igreja. Resultados apresentados por Silveira e Azambuja (2017), em seu estudo com desenho

quantitativo experimental, realizado em Guaíba (RS), com 12 participantes, 57% citaram que frequentavam\ participam de alguma igreja.

A religiosidade e a espiritualidade tem demonstrado grande impacto sobre a saúde física e mental dos pacientes. De forma positiva, o frequentar alguma instituição religioso está associado a estratégias de enfrentamento positivo, planejamento e suporte social e emocional, como em casos de diagnóstico de câncer que são desencadeantes de impactos negativos sobre a saúde e dinâmica do indivíduo e cujo tratamento é permeado de eventos estressores. Sendo assim consideramos que ida a alguma igreja/capela ou catedral pode ser um fator importante de aceitação com o seu eu interior e um importante fator de enfrentamento do momento (FONAZARI; FERREIRA, 2010).

Para Holt-Lunstad *et al.*, (2011) a espiritualidade\religiosidade são também fatores de proteção a saúde física, especialmente contra as alterações cardiovasculares como a hipertensão arterial, reduzindo o cortisol menor glicemia jejum, diminuição da frequência cardíaca, e da frequência respiratória e pressão arterial sistólica e diastólica; o que podemos salientar sugerindo assim, benefícios impares ao sistema cardiovascular.

Q4 No que se refere às práticas específicas da religião/comunidade espiritual, a grande maioria dos pacientes informou Rezar, 81,9% (n=131); ainda, 24,4% (n=39) declararam a práticas de Orações.

Para Panzini d Bandeira (2007), em seu estudo de pesquisa nas bases de dados Medline, PsycINFO, Scielo e Bireme/BVS, realizado no período de 1979 e 2006, com 616 pessoas entre 13 e 82 anos, 84% dos participantes relataram que são comprometidos com as orações\rezas e diálogos\conversas com Deus.

Para Zenevicz, Moriguchi e Madureira (2013) orar é uma forma de aliviar tensões, aumentar a esperança e a reduzir a ansiedade. Em consonância Carvalho *et al.*, (2013) demonstrou entre 20 pacientes internados em tratamento de quimioterapia endovenosa contínua a pratica religiosa ou a oração feita com o rosário, é entendida pelos mesmos como uma pratica de saúde, isto, quer dizer é feita de forma espontânea e ecumênica.

A espiritualidade pode ser vivenciada de diferentes formas, e pode estar afinada com uma religião ou não, isto, depende da concepção que cada ser humano tem. A oração é um dos atos mais tradicionais em todas as culturas religiosas. A oração é uma forma de conversar com o criador ou a Ser superior, para pedir\suplicar pela saúde ou por alguma coisa, bem como também em forma de agradecimento. A oração é o coração de toda a religião, se com ela entramos num momento sublime em que nos reencontramos e nos reconectamos com os mistérios mais profundo (ESPERANDIO; LADD, 2013).

O ato de orar\rezar promove o bem estar, facilita a aceitação da doença, modificam atitudes e comportamentos, mudança nos movimentos respiratórios e a melhora das funções cardíacas. Rezar significa ter fé. Considerada uma estratégia de coping \enfrentamento em diversas situações de sofrimento, um recurso para o alívio do corpo e da mente, de cura e de transformação das pessoas. Na atualidade a oração esta sendo reconhecida como uma pratica complementar em saúde.

Segue a tabela 4, a qual se evidenciou sobre a distribuição absoluta e relativa para as práticas específicas de sua religião dos 160 pacientes respondentes participantes das áreas de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, no período de agosto e setembro de 2019.

Tabela 4: Distribuição absoluta e relativa para as práticas específica de sua religião ou crença

Crenças ou práticas	Total amostra (n=160)*	
	n	%
Não responderam	3	1,9
Bíblia	2	1,3
Cantos, Louvores	12	7,5
Catequizar, Evangelizar	2	1,3
Conversar com Deus	18	11,3
Estudar	2	1,3
Festas, reuniões na igreja	2	1,3
Grupo de oração	12	7,5
Igreja	1	0,6
Missa, Culto	14	8,8
Oração	39	24,4
Prática do bem	2	1,3
Rezar	131	81,9
Velas	2	1,3

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Q5 Sobre os aspectos espirituais/religiosos mencionados pelo pacientes, para que o “profissional” ficasse atento, os resultados apontaram que 48,8% (n=78) “Acredita que está bem e devem continuar fazendo/tratando bem”; 26,9% (n=43) solicitaram uma maior frequência de “orações, rezas, cultos, missas, pastor/padre” e 10,6% (n=17) deixaram claro que não sabiam ou não gostariam de responder.

O profissional de saúde no mundo atual deve estar atento à fé religiosa de seu paciente, deve reconhecer sua dimensão espiritual, na medida em que essa lhe traz estímulo, coragem e esperança para encarar a própria doença. O saber técnico-científico, apesar de sua

eficácia comprovada pela sociedade e de seus benefícios na saúde, não pode ser considerado como única forma de saber existente de cuidado, para isso consideramos que a religiosidade e espiritualidade exercem uma grande influência no cuidado com os pacientes, que vem sendo construído através dos tempos e na atualidade mais valorado pela comunidade científica (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010).

Batista (2010) salienta que na imensidão dos problemas encontrados entre os pacientes nos territórios de cuidado a saúde, muitas vezes efetivadas por queixas e sinais e sintomas que não fecham com nenhum diagnóstico clínico, e por muitas vezes, denominado de doenças de origem nervosa, originários da situação caótica econômica, de problemas emocionais, exposição à repetida violência que assola a sociedade como um todo. A falta de emprego e a solidão, neste instante a valorização da espiritualidade é um balsamo curativo, um momento em que o diálogo se traduz em solidariedade, amenizando dores e perturbação, devendo também ser prioridades e devem ser aprendidas pelos profissionais de saúde.

Vasconcelos (2006) pondera que a valorização da espiritualidade do paciente, possibilita integrar e lapidar as suas racionais, sensitiva, afetiva e intuitiva, as quais permitirão uma maior abertura e proximidade com a pessoa sob seus cuidados e melhores condições de lidar com as situações de saúde e de doença que as afligem.

Segue a tabela 5, a qual se evidenciou sobre a distribuição absoluta e relativa para as práticas específicas da religião ou crença do paciente dos 160 pacientes respondentes participantes das áreas de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, no período de agosto e setembro de 2019.

Tabela 5: Distribuição absoluta e relativa para as práticas específicas da religião ou crença do paciente

Atenção as Crenças ou práticas	Total amostra (n=160)**	
	n	%
Acredita que está bem e devem continuar fazendo/tratando bem.	78	48,8
Cada um houve seu coração, cada um procura seu Deus.	4	2,5
Deveria ter mais orações, rezas, cultos, missas, pastor/padre.	43	26,9
Ficar atento aos pacientes, conversar com os pacientes.	6	3,8
Não, não gostaria; não sei responder.	17	10,6
Outros.	4	2,5
Que permaneçam aos grupos de oração e religiosos.	5	3,1
Respeitar a crença dos outros.	3	1,9

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Q6 Quando os pacientes foram questionados de como a sua vontade interfere nas suas decisões, considerando o planejamento final de sua vida, verificou-se que, 25,0% (n=40) relataram que “A família decide junto com os médicos”; 18,1% (n=29) citaram que “Expõe suas decisões, mas ouve a família”, enquanto que, 16,3% (n=26) informaram que “Conversa/expõe suas vontades aos familiares e médicos para decidir”.

No estudo clínico qualitativo, realizado por Monteiro, Magalhaes e Machado (2017), com 6 familiares de pacientes em situação de terminalidade em UTI de um hospital privado de médio porte na Cidade do Rio de Janeiro, trabalhar o luto antecipatório é imprescindível em se tratando de pacientes em fase terminal. A separação, a tristeza, a resolução do luto e vida familiar pós-luto são questões que domina a vida da família deste paciente, e as famílias precisam de suporte para que possam gerenciar estas questões e a resolução dos problemas que advém do estado de saúde de seu ente querido. Dessa forma, o cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado dos pacientes internados.

Para Mendes, Lustosa e Andrade (2009), em seu estudo de pesquisa bibliográfica cita que nos casos com prognóstico desfavorável, é comum que se estabeleça uma aliança entre a família e o profissional de saúde. Sendo que o compromisso de comunicar o diagnóstico cabe ao profissional, essa aliança com a equipe de saúde e a família do paciente se faz de grande relevância para o tratamento ao permitir que a equipe e familiares trabalhem juntos objetivando, cada um em seu lugar, o melhor para o enfermo.

Por outro lado, para Cago e Lunardi (2015) em revisão integrativa, analisou 44 artigos em novembro de 2014, os autores citam sobre as diretivas antecipadas de vontade (DAV), é um registro documental no qual o paciente por meio legal descreve os procedimentos e métodos que deseja ou não a ser submetido. Toda a equipe deve saber do conteúdo deste material, para poder respeitar a autonomia, o saber do paciente, o direito de ter opiniões e fazer escolhas, agindo com base em valores e crenças pessoais, bem como dirimir as dúvidas da família.

Desse modo, as DAV representam o exercício do direito à liberdade, uma vez que é um espaço que o indivíduo tem para tomar decisões pessoais, isentas de interferências, seja dos médicos, família ou de qualquer pessoa ou instituição que pretenda impor sua própria vontade. Assim, a preservação da autonomia e a relação médico-paciente constituem fatores decisivos para a aplicabilidade das DAV, representando um avanço na assistência ao doente terminal, garantindo que nada será realizado contra sua vontade (CAGO; LUNARDI, 2015).

Segue a tabela 6, a qual se evidenciou sobre a distribuição absoluta e relativa o quando a vontade do paciente interfere em suas decisões no final de sua vida, dos 160 pacientes

respondentes participantes das áreas de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, no período de agosto e setembro de 2019.

Tabela 6: Distribuição absoluta e relativa o quando a vontade do paciente interfere em suas decisões no final de sua vida

Formas de decisão do paciente	Total amostra (n=160)**	
	n	%
A família decide junto com os médicos.	40	25,0
Aceita a decisão dos médicos.	7	4,4
Apenas colocou que tudo ou muitas coisas mudaram em sua vida, lamenta as mudanças.	16	10,0
Conversa/expõe suas vontades aos familiares e médicos para decidir.	26	16,3
Expõe suas decisões e sua vontade prevalece.	24	15,0
Expõe suas decisões, mas ouve a família.	29	18,1
Não deixou claro, não respondeu.	2	1,3
Prevalece a sua vontade (foram categóricos).	5	3,1
Prevalece a sua vontade, mas conversa com os familiares.	11	6,9

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

4.2.3 Escala de Resultados em Cuidados Paliativos

Os resultados referentes à Escala de Resultados em Cuidados Paliativos, que avalia questões específicas que o paciente tenha observado nos últimos 3 dias.

Q1 Sobre o incômodo em relação à dor, 54,4% (n=86) informaram *Não* (Nenhum pouco) apresentar esta situação, seguido dos casos que relataram a presença desta situação de forma *Leve* (Praticamente não incomodou), 20,9% (n=33). No entanto, 8,9% (n=14) relataram níveis elevados de dor.

Segundo o estudo transversal prospectivo de Couceiro *et al.*, (2018), realizado no período de agosto de 2016 a julho de 2017, com 267 pacientes oncológicos maiores de 18 anos, 47% dos pacientes relataram não ter nenhuma dor.

Entretanto, Costa, Chaves (2012), em seu estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal na Unidade de Oncologia do Hospital São Rafael, no município de Imperatriz/MA, no período de fevereiro a abril de 2011 encontraram dados dissonantes, em que dos 75 pacientes a dor foi relatada por 58,6% dos pacientes no momento da entrevista ou na mesma semana. Já para Salamonde *et al.*, (2006), em seu estudo retrospectivo, realizado da cidade do Rio de Janeiro com 118 prontuários refere que a dor acomete 75% dos pacientes com câncer, contradizendo o presente estudo.

Porém no estudo analítico transversal de Freire *et al.*, (2018), realizado no município de João Pessoa (PB), Brasil, com 155 pacientes em cuidados paliativos nos meses de janeiro e abril de 2013, demonstrou que dentre os sinais e sintomas relatados, o de maior prevalência foi à dor, citada por 89,8% dos pacientes.

O Brasil tem se configurado como o segundo país da América Latina em que pessoas com câncer relatam sentir mais o sintoma da dor. A compreensão de que a dor causa um desconforto físico e psicológico impõe à equipe de profissionais que cuida de pacientes oncológicos uma atuação imediata do alívio da dor, para isso se faz necessário uma equipe especializada em dor para ofertar os cuidados necessários aos pacientes.

Q2 Em relação aos sintomas como tosse, enjoo e prisão de ventre; prevaleceu a intensidade *levemente* (praticamente não incomodou), 39,0% (n=62), seguida da ausência destes sintomas, que alcançou 36,5% (n=58) dos pacientes. A intensidade definida como *gravemente* foi observada em 8,2% (n=13) da amostra.

Para Mota e Pimenta (2002) em seu estudo de revisão bibliográfica, durante o período de 1996 a 2001 em 68 publicações diz que o cuidado paliativo aos pacientes é voltado ao controle da dor e preservação da qualidade de vida sem função curativa ou de prolongamento. O aumento da sobrevida transformou o câncer em doença crônica não transmissível, e os doentes, sujeitos a maiores sofrimentos. O sofrimento provém do tumor, de outros sintomas relacionados à doença, do desgaste com o tratamento e da carga emocional que envolve o diagnóstico.

No estudo transversal, do tipo analítico, Souza *et al.*, (2014), com 112 pacientes acometidas de câncer de mama, atendidas na farmácia da central de quimioterapia de um hospital universitário de grande porte, do Estado de São Paulo, Brasil, demonstra que os sintomas de tosse, enjoo e prisão de ventre estão presentes em 22% das pacientes.. Para Boeira *et al.*, (2014), em estudo de levantamento nas bases de dados MEDLINE em abril de 2013, em todas as modalidades de tratamento os sintomas de náuseas, vômito, fadiga, insônia estavam presentes o que altera a qualidade de vida e o estado funcional dos pacientes.

Sabe-se que o tratamento ao câncer além de prolongado, tem vários efeitos adversos, dentre os quais as náuseas, vômitos, tosse, enjoo dentre outros. Para tanto, enfatizamos a importância de atuação multiprofissional, para que o atendimento a estes sintomas sejam prioritárias, podendo inclusive ser utilizado as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, especialmente a Acupuntura e a Auriculoterapia que dão excelentes resultados e são terapias que vem complementar a terapia alopática melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

Q3 Na questão que abordou a ansiedade/preocupação com a doença/tratamento, verificou-se que, 40,3% (n=64) dos pacientes responderam de forma negativa (Não, nem um pouco). No entanto, 25,8% (n=41) dos casos relataram que esta situação mostrou-se presente *Algumas vezes*, atrapalhando a concentração do paciente.

No estudo transversal, analítico-descritivo de Bicalho *et al.*, (2016) no qual foram selecionados de maneira aleatória prontuários de pacientes oncológicos em tratamento no hospital referência da Região Centro-Oeste de Minas Gerais, Realizado com 233 pacientes que obteve uma prevalência de 57.51% dos pacientes com ansiedade e depressão, o que tivemos uma porcentagem de 42.49 dos pacientes que disseram não ter ansiedade.

Carvalho *et al.*, (2015) apontam em seus resultados de um estudo transversal, de prevalência, no Centro de Oncologia do Cariri, localizado na cidade de Barbalha-CE, na região Nordeste do Brasil, demonstrou que a depressão em mulheres com câncer eram semelhantes a da população sem esta patologia.

Martinho *et al.* (2009) em pesquisa com 50 pacientes tratadas no Ambulatório de Oncologia do CHS, o grupo com sintomas depressivos possuíam a idade entre 21 72 anos, 62% eram casados, e moravam com suas famílias e eram provedores familiares. Além de que apresentavam comorbidades além do câncer. Os sintomas mais prevalentes eram humor deprimido, alteração do sono e diminuição do pensamento.

O câncer é uma doença que provoca alterações em todas as dimensões do ser humano e interfere diretamente na dinâmica cotidiana, além de estar entre as principais causas de morte no mundo. O indivíduo acometido desta doença começa um longo período de sofrimento, desde o diagnóstico passando por muitas etapas de angústia e estresse o que pode desencadear a depressão.

Q4 Quanto à preocupação de algum familiar/amigo em relação à situação do paciente, pouco mais da metade da amostra, 53,5% (n=85), responderam de forma afirmativa (Sim), confirmando que as pessoas citadas parecem estar o tempo todo preocupada. Ainda, verificou-se que, 24,5% (n=39), demonstram preocupação na maior parte do tempo.

No estudo de Rugno (2017), do tipo transversal, de caráter quantitativo e descritivo, realizados com 200 pacientes em cuidados paliativos, em um hospital no interior de São Paulo, 46% dos participantes responderam que tinham preocupações com familiares e amigos. Estudo de Mattos (2016) com dez famílias realizado na cidade de Tubarão SC, dentro do Hospital de Oncologia Nossa Senhora da Conceição, demonstra que a família tem uma mescla de sentimentos de tristeza, angústia e medo, que são enfrentados pelos pacientes e suas

famílias e que os fragiliza ainda mais. Outro fator importante é a preocupação com a impossibilidade de cura e a possibilidade de óbito.

Q5 No que se refere ao volume de informação transmitida ao paciente e/ou familiares, amigos e acompanhantes; sobre a doença; a grande maioria, 84,3% (n=134) relatou ter recebido todas as informações, se sentindo à vontade para perguntar sempre que quisesse. As respostas dos pacientes que declararam ter recebido *pouca informação* ou *nenhuma informação*, foram observadas em 9 pacientes (5,7%).

No estudo de Rugno (2017), do tipo transversal, de caráter quantitativo e descritivo, realizados com 200 pacientes em cuidados paliativos, em um hospital no interior de São Paulo, o qual teve como um total de 90% que relatou ter recebido todas as informações, se sentindo à vontade para perguntar sempre que quisesse.

Sales *et al.*, (2012) entrevistaram 08 familiares de pacientes oncológicos pesquisados num hospital da Região Centro-Oeste do Estado do Paraná, que sinalizam recebem informações da equipe de enfermagem em relação aos procedimentos e medicamentos. Prestar informações é um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão de mensagens: o verbal e não verbal, portanto essencial no mundo do cuidado. Além de falar, sentir e ter empatia é necessário compreender as necessidades do outro, e a equipe deve prestar as informações de maneira clara e objetiva para que possam ser compreendidas e absorvidas pelo paciente. A equipe também deve dar um tempo para que ele possa processar a informação e após oferecer para sanar suas dúvidas. Esta relação mediada pelo respeito e empática constroem relações terapêuticas, pois diminui a angústia, medo, ansiedade e insegurança.

Q6 A amostra foi questionada, quanto ao fato de ter conseguido dividir com sua família/amigos/acompanhante como estava se sentindo e, 81,1% (n=129) relataram ter compartilhado tudo o que teve vontade. Em apenas 5,7% (n=9) este compartilhamento mostrou-se restrito, observado nas repostas *pouquíssimas vezes* e *ausência de compartilhamento*.

Para Wakiuchi, Salimenta, Sales (2015), em análise fenomenológica, na qual foram entrevistados 20 pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde do Noroeste do Paraná, entre novembro de 2012 a fevereiro de 2013, revelou que os sentimentos dos pacientes transitam entre o desejo de ser cuidado e a gratidão frente à atenção recebida de seus familiares.

O diagnóstico do câncer repercute às vezes, como uma sentença de morte ou de finitude. Diante disto, os pacientes passam por várias fases com sentimentos diferenciados

que atravessam várias etapas, desde o momento de recebimento do diagnóstico, do tratamento, da sua cura ou da sua morte. Neste processo pode haver a expressão de sentimentos que variam da esperança sentimentos de esperança a dor, nos quais os pacientes buscam conforto e auxílio entre os familiares e amigos para amenizar estes sofrimentos (BUCHER-MALUSCHKE *et al.*, 2014).

O aspecto emocional dos pacientes e familiares/amigos/cuidadores podem também ser afetados devido ao estigma que o câncer carrega. É uma doença sempre associada ao sofrimento, angústia, revolta e medo diante das incertezas futuras gerando sofrimento, sentimento de desespero e de impotência diante de tal fato. Pacientes e familiares buscam na fé e na religião forças e resiliência para passar pela doença. A espiritualidade é a forma que os pacientes e familiares adotam para lidar com o estresse e os problemas advindos do processo da doença e o sofrimento imposto por ela (OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

Q7 A questão que abordou, junto ao paciente, o fato deste sentir que a sua vida vale a pena, 90,6% (n=144) responderam que Sim, o tempo todo.

No estudo exploratório e descritivo de Oliveira (2014), realizado Núcleo de Atenção Oncológica do Hospital Universitário Antônio Pedro, com 170 pacientes em cuidados paliativos oncológicos, quando indagados sobre a importância da vida, 66,6% afirmaram que sim, sempre sentiram que a vida era importante.

Para pacientes com câncer, mesmo em processo de finitude, mesmo enfrentando sentimentos de perda, valorizavam a vida e os momentos que estavam com seus familiares. Além da vontade de viver e da fé em algo divino, o apoio familiar e de amigos são fundamentais para que o paciente se sinta em total segurança para seguir em frente na luta contra a doença que ameaça a sua vida. Após a descoberta do câncer muitas mudanças que ocorrem, tanto no âmbito físico, social, psicológico e social tanto para aqueles que são diagnosticados com câncer quanto para seus familiares e amigos, todos são desafiados de alguma forma o que interfere diretamente na qualidade de vida (OLIVEIRA, 2014).

Em momentos em que a vida perde o sentido, os pacientes podem vir a desenvolver um quadro depressivo, e a equipe precisa atender de forma especial com ajuda da equipe multidisciplinar a fim de encontrar novas medidas de intervenção para melhora na qualidade de vida e o resgate da esperança. .

Q8 Esta mesma resposta predominou 84,9% (n=135); quando o paciente foi questionado de este se sentia bem com ele mesmo.

O bem-estar é apontado como elemento comum nas definições de conforto, podendo relacionar o fato de o paciente sentir-se bem com ele mesmo, estar bem alimentado, capaz de

realizar seus próprios afazeres, dentre outros. Eventos como estar bem consigo mesmo e com outras pessoas, paz, felicidade, calma, tranquilidade, estar livre de preocupações e problemas, paz com Deus, bem-estar espiritual e físico, ausência de dor e doença, comer e dormir bem, saúde e estar em companhia de familiares pode trazer calma para seu eu físico e espiritual (MUSSI, 1996).

Observamos a relação entre a espiritualidade, religiosidade, bem-estar físico e emocional e qualidade de vida, integrando a mente, corpo e espírito nos cuidados oncológicos, principalmente quando se trata de auxiliar os pacientes a buscar forças dentro de si e mecanismos de ajuda na busca da superação da doença. Além disso, a necessidade de oferta do suporte existencial, já que a fé traz confiança aos pacientes e melhora na capacidade para adaptar-se a novas situações (GUERREIRO *et al.*, 2010).

A enfermagem, ao desempenhar os cuidados com os pacientes oncológicos, devem ter suas ações direcionadas primeiramente para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano. A fim de auxiliar os pacientes sobre suas necessidades espirituais, o profissional de enfermagem deve sempre buscar através da religião do próprio paciente prover as necessidades espirituais do paciente. Quando não souber ou não se achar apto deverá trazer alguém especializado na área para dar suporte e desenvolver o bem estar dos mesmos. A espiritualidade auxilia o paciente na adesão ao tratamento, aceitação da doença, aumento do sistema imunológico e resiliência (FREITAS *et al.*, 2014).

Q9 Considerando o tempo gasto com compromissos relacionados à saúde do paciente tais como, espera por transporte ou repetição de exames, a maioria, 78,0% (n=124) relatou gastar Mais da metade de um dia.

No estudo exploratório e descritivo de Oliveira (2014), realizado Núcleo de Atenção Oncológica do Hospital Universitário Antônio Pedro, com 170 pacientes em cuidados paliativos oncológicos, 66,6% dos pacientes afirmaram que gastaram mais da metade do dia com compromissos relacionados à saúde.

Uma justificativa para esse quantitativo é apresentada por Alves, Melo e Andrade *et al.*, (2012) como a necessidade dos pacientes saírem no começo do dia de seus municípios e enfrentando trânsito para realizar os tratamentos e o acompanhamento, clínico, agravando o quadro clínico, devido ao desgaste físico, financeiro e emocional.

Q10 Em relação à resolução de algum problema financeiro ou pessoal, relacionado à doença, 57,9% (n=92) dos pacientes mencionaram não ter problemas. Ainda, verificou-se que, 27,0% (n=43) relataram que seus problemas estão sendo resolvidos e estão em dia como o paciente gostaria.

Para Bergamasco e Ângelo (2001), a família, com sua ajuda material e emocional, são tidas como uma importante fonte de apoio para os pacientes darem início e continuidade ao tratamento, já que funciona como suporte importante aumentando a adesão e as expectativas para se chegar até o fim do mesmo. A família acaba sendo um suporte e apoio aos pacientes.

O sistema familiar bem estruturado é um facilitador para o paciente na adesão ao tratamento e a segui-lo sem interrupções. O fator de aporte financeiro também é algo importante e deve ser considerado, devido que as doenças geralmente levam a gastos expressivos. As modificações na dinâmica família também devem ser consideradas, bem como a mudança nos papéis sociais, dos cuidadores e hábitos de vida para poder dar conta de seu ente doente. (MELO *et al.*, 2012).

Já Sonobe, Buetto, Zago (2010), em estudo com 42 pacientes que estavam em tratamento quimioterápico na cidade de Ribeirão Preto – SP, no período de dezembro de 2007 a janeiro de 2008 em que 55% dos pacientes declararam receber algum tipo de auxílio, seja ele auxílio doença, transporte coletivo gratuito, quitação do financiamento da casa própria, dentre outros, o que facilita e dá suporte ao paciente nessa fase da vida.

Q11 (resposta agrupada) Quando os pacientes foram abordados de forma direta, quanto à existência de algum problema, 85,1% (n=136), apresentaram repostas que remetem a Não existência de problemas.

O bem-estar é o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do paciente, sem necessariamente significar a ausência de problemas em todas as dimensões. A espiritualidade, por sua vez, permite o desabrochar dos sentimentos de paz, amor, solidariedade, cooperação, utilizada pelas pessoas, principalmente pelos pacientes oncológicos na resolução de problemas, como solidão, tristeza pelas perdas materiais e humanas e no enfrentamento das doenças (ZENEVCZ, 2009).

A espiritualidade é algo muito pessoal do ser humano e estão relacionadas a um conjunto de valores íntimos, completude interior, harmonia e conexão. É um processo desenvolvido entre a descoberta da doença que envolve a esperança na possibilidade de cura e sobrevivência. Cada indivíduo expressa sua espiritualidade de alguma forma, seja ela voltada a esperança de sobreviver ao câncer ou sentimento de “dever cumprido” neste mundo (GUERREIRO *et al.*, 2010).

Q12 A maior parte dos pacientes responderam sozinhos aos questionários (90,6%).

Segundo Barbosa (2011), em seu estudo exploratório realizado com 167 pacientes da Unidade de Cuidado Paliativo do INCA realizado no Rio de Janeiro no período de dezembro a fevereiro de 2010, constatou que 79% dos pacientes responderam aos questionários sozinhos.

Pode ser visto que a autonomia do paciente frente à tomada de decisões é um dos principais pontos a serem abordados, visto que devemos dar ao máximo aos pacientes dependências social e física, na medida do possível em cada caso. Todo paciente tem o direito a tomada de decisão pautada na autonomia do mesmo e respeito a suas escolhas (VICENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007).

Segue a tabela 7, a qual se evidenciou sobre a distribuição absoluta e relativa para a escala de resultados em cuidados paliativos dos 160 pacientes respondentes das áreas de um Hospital de referência no Oeste de Santa Catarina, no período de agosto e setembro de 2019.

Tabela 7: Distribuição absoluta e relativa para a Escala De Resultados em Cuidados Paliativos

Questões ^A	Total amostra (n=160) *	
	n	%
Q1 Nos últimos 3 dias, alguma dor incomodou você?		
1 Não, nem um pouco	86	54,4
2 Levemente, praticamente não me incomodou	33	20,9
3 Moderadamente, chegou a me limitar em alguma atividade	25	15,8
4 Gravemente, afetou bastante minha concentração e/ou atividades diárias	12	7,6
5 Insuportavelmente, fui incapaz de pensar em qualquer outra coisa	2	1,3
Q2 Nos últimos 3 dias, outros sintomas, como, por exemplo, enjoo, tosse, prisão de ventre		
1 Não, nenhum outro sintoma me afetou	58	36,5
2 Levemente, praticamente não me incomodou	62	39,0
3 Sim, moderadamente	26	16,4
4 Sim, gravemente	13	8,2
5 Sim, insuportavelmente		
Q3 Nos últimos 3 dias, você se sentiu ansioso ou preocupado com sua doença ou tratamento		
1 Não, nem um pouco	64	40,3
2 Pouquíssimas vezes	27	17,0
3 Algumas vezes, nessas vezes atrapalharam minha concentração	41	25,8
4 Na maior parte do tempo, atrapalhou frequentemente minha concentração	25	15,7

5 Não consegui pensar em mais nada, fiquei totalmente preocupado e ansioso	2	1,3
Q4 Nos últimos 3 dias, algum familiar ou amigo seu sentiu-se preocupado com você		
1 Não, ninguém	14	8,8
2 Pouquíssimas vezes	8	5,0
3 Algumas vezes, nessas vezes, a ansiedade e preocupação atrapalharam a concentração deles	13	8,2
4 Na maior parte do tempo	39	24,5
5 Sim, eles parecem estar o tempo todo preocupados comigo	85	53,5
Q5 Nos últimos 3 dias, quanta informação foi dada a você ou a sua família, amigos, acompanhantes sobre sua doença		
1 Recebemos todas as informações, sempre me senti à vontade para perguntar o que quisesse	134	84,3
2 Recebemos informações, mas tivemos dificuldade em entendê-las	12	7,5
3 Recebemos informações quando pedimos, mas gostaríamos de ter tido mais informações	4	2,5
4 Recebemos poucas informações e algumas perguntas não foram respondidas	3	1,9
5 Nenhuma informação foi recebida, mas gostaríamos de ter recebido	6	3,8
Q6 Nos últimos 3 dias, você conseguiu dividir com sua família, amigos ou acompanhante como estava se sentindo?		
1 Sim, compartilhei tudo o que quis	129	81,1
2 Na maioria das vezes sim	11	6,9
3 Algumas vezes	10	6,3
4 Pouquíssimas vezes	6	3,8
5 Não compartilhei nada com ninguém	3	1,9
Q7 Nos últimos 3 dias, você sentiu que a sua vida vale a pena		
1 Sim, o tempo todo	144	90,6
2 Sim, na maior parte do tempo	13	8,2
3 Algumas vezes	2	1,3
Pouquíssimas vezes		
Não, nem um pouco		
Q8 Nos últimos 3 dias, você se sentiu bem com você mesmo		
1 Sim, o tempo todo	135	84,9
2 Sim, na maior parte do tempo	17	10,7
3 Algumas vezes	7	4,4

Pouquíssimas vezes

Não, nem um pouco

Q9 Nos últimos 3 dias, quanto tempo você gastou com compromissos relacionados à sua saúde como, por exemplo, esperando por transporte ou repetindo exames?

1 Não gastei nenhum tempo	6	3,8
2 Gastei até a metade de um dia	29	18,2
3 Gastei mais da metade de um dia	124	78,0

Q10 Nos últimos 3 dias, foi resolvido algum problema financeiro ou pessoal, relacionado à sua doença?

1 Meus problemas estão sendo resolvidos e estão em dia como eu gostaria	43	27,0
2 Meus problemas estão sendo resolvidos	21	13,2
3 Meus problemas existem e não foram resolvidos	3	1,9
4 Não tenho problemas	92	57,9

Q11 Se você teve algum problema, financeiro ou pessoal, quais foram os principais nos últimos dias?

Não respondeu	1	,6
De ordem financeira	20	12,5
Doença atual	3	1,9
Não tem nenhum problema	136	85,1

Q12 Como você respondeu esse questionário?

1 Sozinho	144	90,6
2 Com ajuda de um acompanhante ou familiar	15	9,4
3 Com ajuda de alguém da equipe de saúde	0	0,0

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

5 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permite sugerir as seguintes conclusões: Em relação ao sexo dos participantes, pode-se observar que a predominância foi do sexo masculino com 53,8%. Observou-se que as idades variam entre 25 a 86 anos, e média estimada em 61,6 anos. Sobre a cor houve prevalência da cor branca com um total de 72,5%. Em relação à faixa etária, houve predomínio de pacientes de 60 a 69 anos com um total de 32,5%. Em relação ao estado civil dos participantes 72,5% declarou-se casados. O nível de escolaridade dos participantes e o ensino fundamental (57,1%). Sobre o rendimento mensal familiar, as maiores concentrações ocorreram nas faixas de até um (1) salário mínimo, bem como, na faixa de mais de um e dois salários (1 a 2), cada uma representando 35,0% dos pacientes, totalizando 70% dos pacientes com rendimento familiar de zero até 2 salários mínimos. No que se refere ao estado de origem houve predomínio de pacientes do estado de Santa Catarina com um total de 72,5%.

A religião católica é predominante (81,3%) dos participantes. 90,0% dos pacientes vivenciam a sua espiritualidade através do sistema de crenças que foram educados ou que escolheram para as suas vidas. Os elementos espirituais são aceitos por todas as faixas etárias pesquisadas. A prática da espiritualidade/religiosidade é extremamente importante para esta faixa etária. 68,1% pertencem a alguma igreja, templo ou outra forma de comunidade. A prática religiosa mais comum entre os participantes é orar\rezar (81,9%). Sobre o planejamento final de sua vida, verificou-se que, 25,0% relataram que “A família decide junto com os médicos”; Todos de uma forma ou de outra desenvolvem atividades em prol da comunidade e as atividades desenvolvidas são serem pastor, de ministros, de catequizador, participantes em grupos de oração, palestrantes e organizadores de campanhas solidárias.

Quando nos deparamos com a fronteira final, formulamos uma serie de questões principalmente em relação à espiritualidade e a morte. A dimensão espiritual é um importante recurso, pois promove auxílio aos pacientes durante o enfrentamento das adversidades, dos eventos traumatizantes e estressantes, relacionados ao processo de saúde-doença-finitude.

Quando questionados, os pacientes sobre incômodo em relação à dor, 54,4% informaram não (Nenhum pouco). Em relação aos sintomas como tosse, enjoo e prisão de ventre; prevaleceu à intensidade levemente (praticamente não incomodou), com 39,0%. Referente à ansiedade/preocupação com a doença/tratamento, verificou-se que, 40,3% não sentem. Quanto à preocupação de algum familiar/amigo em relação à situação do paciente, 53,5%, responderam sim. No que se refere ao volume de informação transmitida ao paciente e/ou familiares, amigos e acompanhantes; sobre a doença 84,3% relatou ter recebido todas as

informações, se sentindo à vontade para perguntar sempre que quisesse. Sobre dividir com sua família/amigos/acompanhante como estava se sentindo e, 81,1% relataram ter compartilhado tudo o que teve vontade. Sobre o fato de este sentir que a sua vida vale a pena, 90,6% responderam que sim. 84,9% dos pacientes se sentem bem com sigo mesmos. O tempo gasto com compromissos relacionados à saúde, 78,0% relatou gastar mais da metade de um dia. 57,9% dos pacientes mencionaram não ter problemas financeiros ou pessoais relacionados à doença. Por fim observamos que 90,6% dos pacientes responderam sozinhos aos questionários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica é uma realidade da qual também não fugimos. Esta conquista deu-se devido ao aumento da expectativa de vida, da baixa natalidade e dos sistemas de prevenção e promoção de saúde que possibilitaram as oportunidades da população envelhecer.

Entretanto, quanto mais envelhecemos mais aumenta as chances de desenvolvermos doenças crônicas não transmissível como o câncer. Chapecó é um centro de referência no tratamento das doenças neoplásicas e como profissionais da saúde nos deparamos cotidianamente com o aumento desta doença e vemos os impactos que traz a qualidade de vida das pessoas.

Também podemos inferir que a baixa escolaridade pode ser um preditor de déficit de autocuidado, não sabendo lidar com as oportunidades disponibilizadas para a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde disponível no Sistema Único de Saúde.

Outro fator evidenciado neste estudo a baixa renda familiar desses pacientes, constituindo-se num agravante ficando dependente de filhos, para poder custear suas necessidades humanas básicas, apesar de ter trabalhado uma vida inteira e agora quando mais precisam tem menos recursos para cuidar da sua própria saúde. Também podemos ponderar que a renda proporciona melhores condições de realizar exames anuais monitorando e prevenindo as doenças antes que as mesmas se manifestem ou que evoluam sem controle e que a sociedade tem que fazer um esforço para discutir políticas que sejam mais justas a população idosa deste país.

Associadas a descoberta do câncer muitos idosos estão se deparando com eventos como a saída dos filhos de casa, restrições no convívio social e de lazer; a aposentadoria compulsória, com diminuição de renda ou até mesmo o empobrecimento, perda de cônjuge e de amigos gerando um ciclo de solidão, ausência de papéis sociais valorizados, descobertas de doenças ou comorbidades e outras tantas perdas que transformam a sua vida numa situação desesperadora. Neste momento voltam suas esperanças, para a fé e a espiritualidade, onde encontram fontes de conforto e de alívio para as mais diversas e variadas situações de estresse do dia a dia.

Sem sombra de dúvida, a espiritualidade e a religiosidade são construtos importantes e recursos que dão sentido à vida das pessoas. Salientamos que a dimensão espiritual é um ponto positivo aos pacientes especialmente aqueles em tratamento oncológico, porque auxilia na adaptação do tratamento e suas intercorrências.

Frente ao câncer, a espiritualidade torna-se um bálsamo ajudando os pacientes a gerenciar as situações estressantes, utilizando a sua fé e estabelecendo uma relação com o transcendente/divino, tornando-os mais fortalecidos para enfrentar a doença. Além disso, a fé e a espiritualidade tornam as pessoas mais esperançosas com situações diversas em relação ao futuro mesmo frente às situações negativas.

A espiritualidade também influencia na melhoria de vida dos pacientes com câncer, transformando esses momentos de angustias e desespero em momentos reflexivos e de aprendizado. No contexto do sentido existencial a espiritualidade pode ser reconhecida como um recurso que contribui para o bem-estar social da população. Outro ponto a destacar é que a espiritualidade influencia de forma positiva no enfrentamento da doença trazendo benefícios como a esperança apesar dos rigores do tratamento.

Concluindo a espiritualidade auxilia o paciente no enfrentamento das situações adversas, dentre elas a doença oncológica, amparando-o na dimensão emocional, motivando-o a contornar as dificuldades e encontrado propósito e significado para a vida. Com este trabalho almejamos também conscientizar os profissionais a importância da espiritualidade na vida de todos, mas, principalmente dos idosos em tratamento oncológico e da necessidade de incorporar este cuidado aos demais cuidados rotineiros com a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, Maria Fernanda. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação.** 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Maria_Fernanda_cuidados_paliativos.pdf. Acesso em 22 Out. 2019.
- BERGAMASCO, Roselena Bazili; ANGELO, Margareth. **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher.** Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo, p.277-282, 2001. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf. Acesso em 26 Out. 2019.
- BARROS, Nara Calazans Balbino *et al.* **Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros.** Revista de Enfermagem da UFSM, [s.l.], v. 2, n. 3, p.630-640, 26 fev. 2013. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5857/pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.
- BATISTA, Patricia Serpa de Souza. **A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica.** Reciis, [s.l.], v. 4, n. 3, p.49-57, 30 set. 2010. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em:
<file:///C:/Users/User/Downloads/667-2019-1-SM.pdf>. Acesso em: 26 Out. 2019.
- BOEIRA, Samyra Fábregas *et al.* **Cluster de Sintomas e Câncer na Pesquisa em Enfermagem: Revisão Sistemática.** Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, p.351-361, 2014. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_60/v04/pdf/10-revisao-de-literatura-cluster-de-sintomas-e-cancer-na-pesquisa-em-enfermagem-revisao-sistemica.pdf. Acesso em 03 Nov. 2019.
- BONINI, Juliana Jéssy. **Pacientes em Tratamento Quimioterápico Ambulatorial: conhecimento após o grupo de orientações.** 2014. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/101258/000931785.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 mar. 2019.
- BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro *et al.* **Dinâmica familiar no contexto do paciente oncológico.** Rev. NUFEN, Belém, v. 6, n. 1, p. 87-108, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 19 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Ambulatorial. Oncologia: Manual de bases técnicas.** 13. ed. Brasília: Premium, 2011. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.
- BRITO, Natália Tatiani Gonçalves; CARVALHO, Rachel de. **A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 2, p. 221-227, Junho 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000200221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

CARVALHO, Camila Csizmar *et al* . **A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 684-

690, Ago. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400684&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Out. 2019.

CARVALHO, Sionara Melo Figueiredo de *et al* . **Prevalência de depressão maior em pacientes com câncer de mama**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 25, n. 1, p. 68-74, 2015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 02 Nov. 2019.

CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER (São Paulo). **Guia Prático para Pacientes Oncológicos**. Av. Brasil: [s.n.], 29 p. Disponível em: <http://www.cccancer.net/sitec/wp-content/uploads/guia-pratico-pacientes-oncologicos-ccc.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

CERVELIN, Aline Fantin; Kruse, Maria Henriqueta Luce. **Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142, março de 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100136&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. **Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 68, n. 3, p. 524-534, jun. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300524&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

CORTEZ, Elaine Antunez; TEIXEIRA, Enéas Rangel. **O enfermeiro diante da religiosidade do cliente**. Rev de Enfermagem, Rio de Janeiro, p.114-119, Jan/Mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a20.pdf>. Acesso em: 04 Nov. 2019.

COSTA, Cleonice Antonieta; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SOARES, Narciso Vieira. **Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe**. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 56, n. 3, p. 310-314, junho de 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

COSTA, Aline Isabella Saraiva; CHAVES, Marcelo Donizetti. **Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico**. Rev. dor, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 45-49, Mar. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Out. 2019.

COSTA, Milena Silva *et al* . **Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina**. Rev. Bioét. Brasília, v. 27, n. 2, p. 350-358, June 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000200350&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 Nov. 2019.

COUCEIRO, Tania Cursino de Menezes *et al.* **Prevalência da dor neuropática em pacientes com câncer.** BrJP, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 231-235, July 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000300231&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Out. 2019.

CRIZE, Liceli Berwaldt *et al.* **Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos.** SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 3, p. 577-597, 2018. Disponível em: https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n3_2018/salusvita_v37_n3_2018_art_08.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

DIAS, Ewerton Naves; PAIS-RIBEIRO, José Luís. **Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 591-604, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 Out. 2019.

DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. **Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 27, n. 1, p. 49-53, Março 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2019.

ELIAS, Ana Catarina Araújo; GIGLIO, Joel Sales; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **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. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 959-965, Dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Abr. 2019.

EVANGELISTA, Carla Braz *et al.* **Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100176&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de abr. 2019.

ESPERANDIO, M. R. G.; LADD, K. L. **Oração e Saúde: questões para a Teologia e para a Psicologia da Religião (Prayer and Health: issues for theology and psychology of religion).** HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião, v. 11, n. 30, p. 627-656, 28 jun. 2013. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/5293>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

FACINA, Taís. **Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil.** Revista Brasileira de Cancerologia, Brasil, p.63-64, 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

FALLER, J. W *et al.* **Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos no domicílio.** Revista Kairós Gerontologia, 19 (Nº Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”), pp. 29-43. 2016, Janeiro, São Paulo (SP). Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/31612-84743-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/31612-84743-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 17 Out 2019.

FARIA, Thais Nayara Tavares de *et al.* **Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: percepções dos profissionais de enfermagem.** Revista de Enfermagem Ufpe On Line, Recife, p.1-7, 01 nov. 2017., Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/23353-45214-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Leticia Lovato. **Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador.** Pensando fam., Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 Out. 2019.

FERREIRA, Andreia Silva *et al.* **Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes.** Revista Brasileira de Cancerologia, Minas Gerais, 62(4): p.321-328, 2016.

FREIRE, Maria Eliane Moreira *et al.* **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 27, n. 2, e5420016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Out. 2019.

FREITAS, Juliana Santana de *et al.* **Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 22, n. 3, p.454-460, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf. Acesso em: 03 Nov. 2019.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, Jun 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Out. 2019.

GARCIA, Dayse Maioli. **Livro do aluno oncologia.** São Paulo: Fundap, 2012. 274 p. Disponível em: https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/03/livro_do_aluno_oncologia-1.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas. 2002. Disponível em: http://www.urca.br/itec/images/pdfs/modulo%20v%20-%20como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

GOMES, Rodrigues; MARGARIDA, Ana. **A espiritualidade no aproximar da morte.** Revista eletrônicaermaria Global. Nº 22, p. 01-09. Abril 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_reflexiones2.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

- GUERRERO, Giselle Patrícia *et al.* **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, Feb. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 Out 2019.
- HOLT-LUNSTAD J, STEFFEN PR, SANDBERG J, Jensen B. **Entendendo a conexão entre bem-estar espiritual e saúde física: um exame da pressão arterial ambulatorial, inflamação, lipídios no sangue e glicemia de jejum.** J Behav Med. 2011; 34(6): 477-88. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21487720>. Acesso em 23 Out. 2019.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Portal do Governo Brasileiro. Brasil / Santa Catarina / Chapecó. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- INOUE, Thais Martins; VECINA, Marion Vecina Arcuri. **Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura.** Health Sci Inst. 2017. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p127a130.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.
- INSTITUTO DE ONCOLOGIA (Rio de Janeiro). **INCA estima que haverá cerca de 600 mil casos novos de câncer em 2018.** 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala_imprensa/releases/2018/inca-estima-havera-cerca-600-mil-novos-casos-cancer-2018. Acesso em: 22 mar. 2019.
- JUNQUEIRA, Rozania Maria Pereira; DUARTE, Elisabeth Carmen. **Fatores associados à chance para a mortalidade hospitalar no Distrito Federal.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, p. 29-39, mar. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2019.
- LUCENA, Ive Cristina Duarte de; BARREIRA, Ieda de Alencar. **Revista enfermagem em novas dimensões: wanda horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979).** Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 534-540, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- LUENGO, Camila de Moura Leite; MENDONCA, Adriana Rodrigues dos Anjos. **Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes.** Rev. Bioét., Brasília, v. 22, n. 2, p. 380-387, Ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Out 2019.
- MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. **Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico. In: O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 89-131. ISBN 978-85-7983-660-2. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qdy26/pdf/mabtum-9788579836602-05.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011.** Epidemiologia. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 4, p.

599-608, Dec. 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2019.

MARTINS, Luciana Mendes; FRANCA, Ana Paula Dias; KIMURA, Miako. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, Dec. 1996. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Maio 2019.

MARTINS, Ronei Ximenes. **Metodologia da Pesquisa: Guia de Estudos**. Lavras/Minas Gerais. 2013. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/386359254/Copia-de-LIVRO-Metodologia-de-pesquisa-guia-pratico-com-enfase-em-Educacao-Ambiental-pdf#>. Acesso em: 02 mar. 2019.

MARTINHO Ariane Fadel *et al.* **Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba**. Rev Bras Clin Med, 2009; 7:304-308. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a006.pdf>. Acesso em 28 Out. 2019.

MATTOS, Karine *et al.* **Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 01-06, jun. 2016. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 28 Out. 2019.

MENEZES, Natália Nogueira Teixeira de; SCHULZ, Vera Lucia; PERES, Rodrigo Sanches. **Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio**. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 17, n. 2, p. 233-240, Ago. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 Out. 2019.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. **Paciente terminal, família e equipe de saúde**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 03 nov. 2019.

MENEZES, Renata Ramos *et al.* **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer**. Revista Brasileira de Cancerologia, Lagarto Se, p.9-17, 2018. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/01-qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-e-espiritualidade-em-pessoas-com-cancer.pdf. Acesso em: 18 Out 2019.

MESQUITA, Ana Cláudia *et al.* **A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 539-545, Abr. 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200539&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Out. 2019.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Junho 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Out 2019.

MIRANDA, Sirlene Lopes de; LANNA, Maria dos Anjos Lara e; FELIPPE, Wanderley Chieppe. **Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 3, p. 870-885, Setembro 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Out 2019.

MONTEIRO, Mayla C.; MAGALHÃES, Andrea S.; MACHADO, Rebeca Nonato. **A Morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade**. Temas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.1285-1290, 2017. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-18832017000301285&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 Nov. 2019.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, Abr. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Out. 2019.

MORENO, Marcelo; BATISTA; Fábio Roberto Bardemaker; BONETT, Thaís Cristina. **Sobrevida de Pacientes com Melanoma Cutâneo na Região Oeste de Santa Catarina, Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, Chapecó, v. 4, n. 58, p.647-653, jul. 2012. Disponível em:

https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_58/v04/pdf/10-artigo-sobrevida-pacientes-melanoma-cutaneo-regiao-oeste-santa-catarina-brasil.pdf. Acesso em: 17 Out 2019.

MORITZ, Rachel Duarte *et al*. **Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva**. Rev. bras. terapia intensiva, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, dez. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2019.

MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção**. Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo, p.577-583, 2002. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao3.pdf. Acesso em: 04 Nov. 2019.

MUSSI, Fernanda Carneiro. **Conforto: revisão de literatura**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 254-266, Aug. 1996. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Out. 2019.

NUNES, Marília Gabrielle Santos *et al*. **Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, Dez. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401102&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Out. 2019.

OLIVEIRA, Gabriela Romano de *et al.* **Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado.** Rev Bras Clin Med, São Paulo, v. 2, n. 11, p.140-144, jun. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>. Acesso em: 17 Out. 2019.

OLIVEIRA, Joely Maria de; REIS, Juliana Benevenuto; SILVA, Rondinele Amaral Da. **Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares.** Rev Enferm Ufpe On Line, Recife, 12(4), p.938-946, abr. 2018.

OLIVEIRA, Márcia Regina de; JUNGES, José Roque. **Saúde mental e espiritualidade / religiosidade: uma visão de psicólogos.** Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2019.

OLIVEIRA, Maria Anália da Rosa. **Palliative outcomes scale e a avaliação da qualidade de vida de pacientes sob cuidados paliativos oncológicos.** 2014. 51 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

OLIVEIRA, Max Moura de *et al.* **Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Rev. bras. epidemiologia, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 146-157, Dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Mar. 2019.

PACAGNELA, Ana Beatriz Bortolansa. **Perfil sociodemográfico de idosos portadores de neoplasia assistidos no complexo hospitalar da universidade estadual de campinas (sp).** 2013. 76 f. Tese (Doutorado) - Curso de Mestra em Gerontologia, Unicamp - Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2013. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312881/1/BortolansaPacagnella_AnaBeatriz_M.pdf. Acesso em: 17 Out 2019.

PANZINI, Raquel Gehrke *et al.* **Qualidade de vida e espiritualidade.** Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 Out 2019.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual.** Rev. psiquiatr. Clínica, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Out. 2019.

PEREIRA, Déborah Santana; NOGUEIRA; Júlia Aparecida Devidé; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. **Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará.** Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400893&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Out 2019.

PILGER, Calíope *et al.* **Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 70, n. 4, p. 689-696, Ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400689&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 Out 2019.

PRADO, Roberta Teixeira *et al.* **Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias.** Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 39, e2017-0111, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100427&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2019.

PINTO, Adriana Colombani *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 340 p. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110202/22099>. Acesso em: 12 abr. 2019.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 23, n. 4, p. 32-41, Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Out. 2019.

RUGNO, Fernanda Capella; CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado De. **A Escala de Resultados Paliativos (POS) aplicada à prática clínica e à pesquisa: uma revisão integrativa.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2764, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100608&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

SÁ, Ana Cristina de; PEREIRA, Luciane Lúcio. **Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica.** O Mundo da Saúde, São Paulo, p.225-237, jun. 2007. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

SANTOS, Manoel Antônio dos; HORMANEZ, Marília. **Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Abr. 2019.

SALAMONDE, Giselane Lacerda Figueredo *et al.* **Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003.** Rev. Bras. Anestesiol. Campinas, v. 56, n. 6, p. 602-618, Dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942006000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 Out. 2019.

SALES, Catarina Aparecida *et al* . **Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar.** Acta paul. enferm. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 736-742, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Out. 2019.

SANTOS, Monique Taíse dos *et al* . **Influência da espiritualidade em pacientes pós transplante hepático: um estudo transversal.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 24-48, dez. 2014 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 Out 2019.

SECRETARIA DA SAÚDE (SESAU). **Plano Municipal de Saúde de Chapecó 2014-2017.** Chapecó, SC: 2014. Acesso em: 10 abr. 2019.

SILVA, Gabriela Cruz Noronha *et al*. **Coping religioso/espiritual e a angústia espiritual em pessoas com câncer.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 72, n. 6, p. 1534-1540, Dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601534&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Out. 2019.

SILVA, Antonio Lucieudo Lourenço da; RUIZ, Erasmo Miessa. **Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de Enfermagem.** Estud. psicol. Campinas, v. 20, n. 1, p. 15-25, Abril 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Maio 2019.

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa *et al*. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico no Hospital: REVISÃO INTEGRATIVA.** 20f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Piauí, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/1359-6438-1-PB.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 180-185, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Mar. 2019.

SILVA JUNIOR, Fernando José Guedes da *et al* . **Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem.** Rev. bras. enfermagem, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1122-1126, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Maio 2019.

SILVEIRA, Patrícia dos Santos; AZAMBUJA, Luciana Schermann. **A influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da doença.** Psicologia: O portal dos psicólogos, Guaíba, p.1-22, 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1214.pdf>. Acesso em: 25 Out. 2019.

SONOBE, Helena Megumi; BUETTO, Luciana Scatralhe; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais.** Rev. esc. enferm.

USP, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 342-348, Abr. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2019.

SOUZA, Nazareth Hermínia Araújo de *et al.* **Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro**. Sanare, Sobral, Fortaleza Ce, v. 16, n. 02, p.60-67, jul. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1179/640>. Acesso em: 20 Out 2019.

SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de *et al.* **Espiritualidade no Processo Saúde-Doença-Cuidado do Usuário Oncológico: Olhar do Enfermeiro**. Revista de Enfermagem: REVOL UFPE online, Recife, p.2996-3004, ago. 2017. Disponível em:
<https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019

THEOBALD, Melina Raquel *et al.* **Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado**. Physis, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1249-1269, Outubro 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401249&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2019.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva *et al.* **Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: Revisão integrativa**. Cogitare enferm. [internet]. 2019. Disponível em:
<file:///C:/Users/User/Downloads/58692-257640-2-PB.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Espiritualidade na educação popular em saúde**. Cad. CEDES, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-333, Dec. 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 Out. 2019.

VISENTIN, Angelita; LABRONICI, Liliana; LENARDT, Maria Helena. **Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 509-513, Dez. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Out. 2019.

WAKIUCHI, Julia; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; SALES, Catarina Aparecida. **Sendo cuidado por um familiar: sentimentos existenciais de pacientes oncológicos**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 381-389, Jun 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200381&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Out. 2019.

WERLANG, Rosangela; MENDES, Jussara Maria Rosa. **Morte ao longo do tempo: breves notas sobre a morte e morte no Ocidente**. Estud. Psicologia. Campinas, v. 31, n. 3, p. 437-449, setembro de 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 maio 2019.

ZENEVICZ, Leoni Terezinha. **A DIMENSÃO ESPIRITUAL NO PROCESSO DE VIVER ENVELHECENDO**. 2009. 193 f. Tese (Doutorado em gerontologia biomédica) - Curso de Obtenção do Grau de Doutor, Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto

Alegre, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/417994.pdf. Acesso em 12 abr. 2019.

ZENEVICZ, Leoni; MORIGUCHI, Yukio; MADUREIRA, Valéria S. Faganello. **A religiosidade no processo de viver envelhecendo.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 433-439, Abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 Out. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Caracterização Sociodemográfica

Iniciais do nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Data nascimento: ____/____/____

Cidade de origem: _____

Cor/raça: () Branca () Negra () Parda () Outro

Estado civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

Escolaridade: () Não Alfabetizado

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior completo

Renda familiar mensal: _____ salários completos

Reside com:

() Esposo (a)

() Filho (os)

() Neto(os)

() Sozinho (a)

() Esposo (a) e filho (os)

() Outro

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ - SC
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TCLE - Prezado participante, você está sendo convidada (a) a participar da pesquisa: **A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE MORTE E MORRER: PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**, desenvolvida pela acadêmica Alessandra Cavasin, do curso de Graduação de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus de Chapecó – Santa Catarina, com orientação da Professora Prof. Dra. Leoni Terezinha Zenevich.

1) Objetivo geral: Conhecer a espiritualidade dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do oeste de SC.

2) Critérios de inclusão e exclusão: Os fatores de inclusão foi pacientes internados, acima de 18 anos, com altas taxas de mortalidade entre as quais o câncer. Foram excluídos deste estudo pacientes em estados avançados que apresentem déficit neurológico e por motivos diversos não queiram participar do presente estudo. Sua participação é importante para a coleta de dados para contribuir com o estudo. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a

execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

3) Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade: Foram garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro por 05 anos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar a pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

4) Identificação do participante ao longo do trabalho: Seu nome não será mencionado durante as futuras divulgações oriundas deste trabalho como publicações, cursos, relatórios e afins. A sua participação consistirá em responder a dois instrumentos.

5) Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento: O tempo de duração do preenchimento do instrumento será de aproximadamente de no máximo 40 (quarenta) minutos.

6) Guarda dos dados e materiais coletados na pesquisa: Os instrumentos após coletados foram digitalizados e armazenadas, mas somente terão acesso à pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo físico ou digital por um período de cinco anos e após serão destruídos.

7) Benefícios diretos (individuais ou coletivos) aos participantes da pesquisa: Em relação aos benefícios pretende-se ampliar o debate acerca da temática: a espiritualidade no processo de morte e morrer: pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, bem como contribuir para a melhoria do cuidado prestado ao paciente em processo de finitude, e demonstrar a importância deste cuidado nesta fase de adoecimento.

8) Previsão de riscos ou desconfortos: A participação na pesquisa poderá causar riscos. Um risco previsível neste caso é o constrangimento psicológico, pois se trata de tema que envolve ou revive situações delicadas. A pesquisadora explicará detalhadamente o conteúdo da pesquisa e sua intervenção principal é advertir aos participantes de não preencherem de maneira nenhuma o instrumento se não se sentirem confortáveis para tal. Para

isso o participante ficará em um ambiente confortável para ter maior privacidade.

9) Sobre divulgação dos resultados da pesquisa: A devolutiva da respectiva pesquisa para a sociedade será através da divulgação da pesquisa por meio da apresentação de trabalho em eventos acadêmicos, SEPE, bem como por meio de artigos, trabalho científicos e a entrega de uma copia física com apresentação a instituição parceira deste trabalho. **Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador.** Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Leoni Zenevicz (049)91050189

Alessandra Cavasin (049)91068789

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da UFFS.

Endereço: Rodovia SC 484 km-2, Fronteira Sul, Chapecó, SC. CEP 89815-899.
Telefone: (49) 2049-2600. **Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

Nome completo do (a) participante: _____

Chapeco SC ____ \ ____ \ _____

ANEXOS

ANEXO A: Escala Spirit-Maugans

- 1) Qual é sua religião? _____
- 2) Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não.

- 3) Você pertence a alguma igreja, tempo, ou outra forma de comunidade espiritual? Qual é a importância que você dá a isso?

- 4) Quais são as práticas específicas de sua religião ou comunidade espiritual (exemplo: meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessas práticas?

- 5) Quais desses aspectos espirituais/ religiosos você gostaria que eu estivesse atento?

- 6) No planejamento do final de sua vida, como sua vontade interfere nas suas decisões?

ANEXO B: Escala de Resultados em Cuidados Paliativos

1. Nos últimos 3 dias, alguma dor incomodou você?

1. Não, nem um pouco
2. Levemente, praticamente não me incomodou
3. Moderadamente, chegou a me limitar em alguma atividade
4. Gravemente, afetou bastante minha concentração e/ou atividades diárias
5. Insuportavelmente, fui incapaz de pensar em qualquer outra coisa

2. Nos últimos 3 dias, outros sintomas, como, por exemplo, enjoo, tosse, prisão de ventre, dentre outros, atrapalharam você?

1. Não, nenhum outro sintoma me afetou
2. Levemente, praticamente não me incomodou
3. Sim, moderadamente
4. Sim, gravemente
5. Sim, insuportavelmente

3. Nos últimos 3 dias, você se sentiu ansioso ou preocupado com sua doença ou tratamento?

1. Não, nem um pouco
2. Pouquíssimas vezes
3. Algumas vezes, nessas vezes atrapalharam minha concentração
4. Na maior parte do tempo, atrapalhou frequentemente minha concentração
5. Não consegui pensar em mais nada, fiquei totalmente preocupado e ansioso

4. Nos últimos 3 dias, algum familiar ou amigo seu sentiu-se preocupado com você?

1. Não, ninguém
2. Pouquíssimas vezes
3. Algumas vezes, nessas vezes, a ansiedade e preocupação atrapalharam a concentração deles
4. Na maior parte do tempo
5. Sim, eles parecem estar o tempo todo preocupados comigo

5. Nos últimos 3 dias, quanta informação foi dada a você ou a sua família, amigos, acompanhantes sobre sua doença?

1. () Recebemos todas as informações, sempre me senti à vontade para perguntar o que quisesse

2. () Recebemos informações, mas tivemos dificuldade em entendê-las

3. () Recebemos informações quando pedimos, mas gostaríamos de ter tido mais informações

4. () Recebemos poucas informações e algumas perguntas não foram respondidas

5. () Nenhuma informação foi recebida, mas gostaríamos de ter recebido

6. Nos últimos 3 dias, você conseguiu dividir com sua família, amigos ou acompanhante como estava se sentindo?

1. () Sim, compartilhei tudo o que quis

2. () Na maioria das vezes sim

3. () Algumas vezes

4. () Pouquíssimas vezes

5. () Não compartilhei nada com ninguém

7. Nos últimos 3 dias, você sentiu que a sua vida vale a pena?

1. () Sim, o tempo todo

2. () Sim, na maior parte do tempo

3. () Algumas vezes

4. () Pouquíssimas vezes

5. () Não, nem um pouco

8. Nos últimos 3 dias, você se sentiu bem com você mesmo?

1. () Sim, o tempo todo

2. () Sim, na maior parte do tempo

3. () Algumas vezes

4. () Pouquíssimas vezes

5. () Não, nem um pouco

9. Nos últimos 3 dias, quanto tempo você gastou com compromissos relacionados à sua saúde como, por exemplo, esperando por transporte ou repetindo exames?

1. () Não gastei nenhum tempo

2. () Gastei até a metade de um dia

3. Gastei mais da metade de um dia

10. Nos últimos 3 dias, foi resolvido algum problema financeiro ou pessoal, relacionado à sua doença?

1. Meus problemas estão sendo resolvidos e estão em dia como eu gostaria
2. Meus problemas estão sendo resolvidos
3. Meus problemas existem e não foram resolvidos
4. Não tenho problemas

11. Se você teve algum problema, financeiro ou pessoal, quais foram os principais nos últimos dias?

12. Como você respondeu esse questionário?

1. Sozinho
2. Com ajuda de um acompanhante ou familiar
3. Com ajuda de alguém da equipe de saúde

ANEXO C: Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Rogério Getúlio Dalatorre representante legal da instituição Hospitalar Lenoir de Vargas Ferreira - HRO envolvida no projeto de pesquisa intitulado **“A espiritualidade no processo de morte e morrer: Pacientes com doenças crônico-degenerativas”**, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.



Assinatura do Pesquisador Responsável

Dr^a. En^a Leoni Terezinha Zenevicz
Professora do curso de Enfermagem e Medicina
Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campus Chapecó-SC.

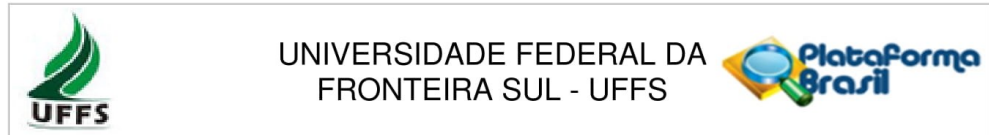


Rogério Getúlio Dalatorre
Presidente Diretoria Executiva
Associação Hospitalar Lenoir
Vargas Ferreira

Assinatura e Carimbo do responsável da Instituição
Rogério Getúlio Dalatorre
Presidente da Diretoria Executiva do HRO Chapecó-SC.

Chapecó - SC, 26 junho de 2019

ANEXO D: Parecer Consubstanciado o CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE MORTE E MORRER: PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICOS-DEGENERATIVAS

Pesquisador: Leoni Terezinha Zenevicz

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17390719.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.541.829

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

O Brasil atualmente passa por grandes transformações na pirâmide populacional, devido ao acréscimo da população idosa, dentro deste contexto, o processo de morte gera preocupações e demandas diferenciadas na assistência. Durante o processo de adoecimento, as pessoas questionam sobre um dos principais fenômenos que os acompanham desde tempos remotos: a morte. O câncer é um dos maiores problemas da atualidade e com alto impacto nos índices de mortalidade, possui o nome dado a diversas doenças que têm em comum o crescimento celular anormal. A dimensão espiritual é um importante recurso que promove auxílio aos pacientes durante o enfrentamento das adversidades relacionadas ao processo de saúde/doença em sua finitude. Desse modo a espiritualidade busca dar sentido da vida, dar compreensão da essência que habita em cada ser, estimulando o interesse para consigo e com os outros podendo ser vivenciada ou não através da religião formal. O objetivo do estudo é conhecer a espiritualidade

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

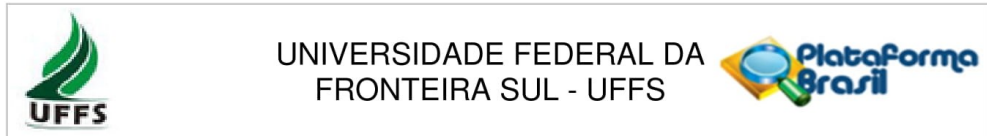
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

dos

pacientes com doenças crônico-degenerativas e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do oeste de sc. Serão entrevistados 160 pacientes internados nas unidades de um hospital de referência do oeste de Santa Catarina, durante os meses de julho a setembro nos períodos matutino e vespertino, com duração de 40 minutos em sala reservada para este fim específico. Todos os participantes terão que assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, após serem informados dos objetivos do estudo. Os instrumentos que utilizaremos serão um para a caracterização demográfica, outra escala de resultados em cuidados paliativos e a escala

spiritmaugans. Os dados terão tratamento estatístico descritivo através das medidas de tendência central e de variabilidade, bem como, a distribuição absoluta e relativa. A simetria das distribuições contínuas será avaliada pelo teste de kolmogorov-smirnov. Os resultados serão publicados em artigos em revistas nacionais e internacionais, apresentação em congressos e sepe.

COMENTÁRIOS: Adequado

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE

A espiritualidade é importante para os pacientes em processo de finitude, o cuidado a espiritualidade é uma necessidade humana básica.

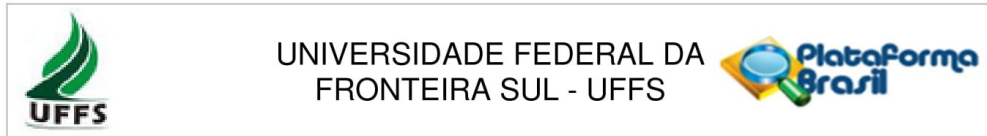
COMENTÁRIOS: Adequada

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Conhecer a espiritualidade dos pacientes com doenças crônico-degenerativas e sua importância

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

no

processo de morte e de morrer dentro de um hospital do oeste de SC.

Objetivo Secundário:

Aplicar a escala de Spiriti-Magnus para avaliar a espiritualidade dos pacientes com doenças crônicas degenerativas em processo de morte e morrer dentro de um hospital do oeste de SC.

Aplicar a escala de resultados em cuidados paliativos para avaliar quais pacientes estão com doenças crônicas degenerativas em processo de morte e morrer dentro de um hospital do oeste de SC.

Identificar as condições sócias demográficas dos pacientes com doenças crônicas degenerativas em processo de morte e morrer dentro de um hospital do oeste de SC.

Verificar a importância da espiritualidade dos pacientes com doenças crônicas degenerativas em processo de morte e morrer dentro de um hospital do oeste de SC.

COMENTÁRIOS: Adequados

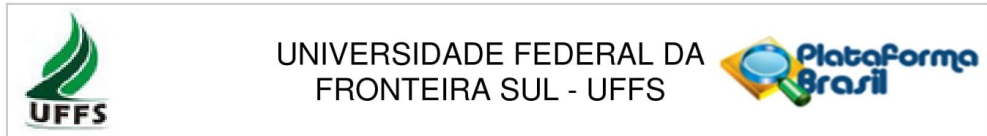
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

No quesito dos riscos da pesquisa, sendo um assunto delicado, poderá ocorrer desconforto, emoções, choro ou suscitar sentimentos negativos por adentrar em questões íntimas da sua vida.

No intuito de reduzir os possíveis desconfortos, a coleta será realizada em um ambiente restrito (sala ou quarto), onde ficarão apenas presentes a pesquisadora e o participante, de modo a preservar o sigilo das informações e a privacidade do entrevistado. Caso os pacientes sintam-se constrangidos ou expresse algum tipo de angústia o mesmo será acolhido em seus sentimentos pela pesquisadora e, havendo necessidade encaminharemos o paciente a psicóloga ou enfermeira doutora em saúde mental componentes do Grupo Luzes para o devido apoio psicológico.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

COMENTÁRIOS: Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Em relação aos benefícios pretende-se ampliar o debate acerca da temática: Conhecer a espiritualidade dos pacientes com doenças crônico-degenerativas e sua importância no processo de morte e morrer dos mesmo que encontram-se internados em um hospital do oeste de Santa Catarina, bem como contribuir para a melhoria do cuidado prestado ao paciente em processo de adoecimento e finitude, e demonstrar a importância deste cuidado nesta fase de adoecimento.

COMENTÁRIOS: Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

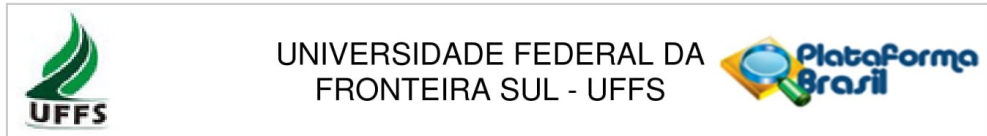
TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

Estudo quantitativo, descritivo

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

Estudo quantitativo, transversal e com abordagem descritiva. Será realizado no Hospital Regional do Oeste Período da coleta de dados – Julho a Setembro de 2019 – de 2ª a 6ª feira no período matutino e vespertino Anualmente temos 1920 pacientes em processo de doenças crônicas degenerativas dentro desta instituição. Para o cálculo amostral, pegamos 1920 pacientes (amostra de um ano), com nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%, dá um resultado de 321 pacientes (amostra total). Escolhemos fazer a população do estudo 50% da amostra total, resultado no número de 160 pacientes. Primeiramente será apresentado o projeto em reunião para a enfermeira coordenadora e assistencial do setor de oncologia, estabelecendo uma aproximação com a equipe e local da pesquisa, para então conhecer o ambiente em que os pacientes realizam o tratamento, apresentando os objetivos do projeto e o público alvo. Num segundo

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



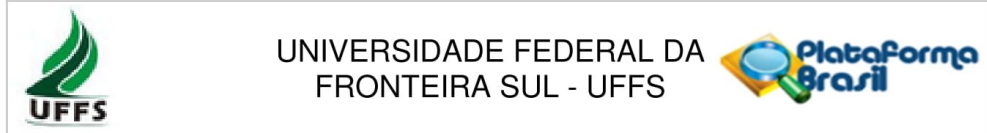
Continuação do Parecer: 3.541.829

momento serão

apresentados aos pacientes os objetivos da pesquisa, a voluntariedade dos participantes, a privacidade das informações, a identidade e o direito de recusa de participar do estudo/entrevista conforme as normativas da legislação. No momento da coleta de dados, esta será realizada individualmente em uma sala reservada, preservando a identidade e privacidade do paciente onde será

explicado os objetivos do projeto, riscos e benefícios e a verificação do aceite da participação, bem, como da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pacientes serão selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão, após o aceite e o consentimento (TCLE) assinado, será agendada a data da entrevista. O local da coleta dos dados será em todas as clínicas do hospital do oeste catarinense, no Município de Chapecó (SC), durante os meses de Agosto a Setembro de 2019 de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino, vespertino e noturno. Cada entrevista terá a duração de 40 minutos e será realizada pela própria acadêmica. Os resultados serão divulgados para a instituição envolvida por meio de um relatório com os principais achados do estudo. Para a devolutiva a sociedade, será através da divulgação da pesquisa por meio da apresentação de trabalho em eventos acadêmicos, SEPE, bem como por meio de artigos, trabalho científicos e a entrega de uma cópia física com apresentação a instituição parceira deste trabalho. Nesta pesquisa não haverá nenhum tipo de pagamento ao participante no estudo, como também aos pesquisadores. Os dados (questionários) serão armazenados na sala da professora orientadora do projeto, na sala 314, bloco dos professores, no Campus da Universidade Federal da Fronteira Sul durante

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

cinco anos e após esse período será incinerados.

COMENTÁRIOS: Adequada

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Os fatores de inclusão serão pacientes internados, acima de 18 anos, em um hospital do oeste de Santa Catarina.

COMENTÁRIOS: Adequado

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Serão excluídos deste estudo pacientes em estados avançados que apresentem déficit neurológico e por motivos diversos não queiram participar do presente estudo.

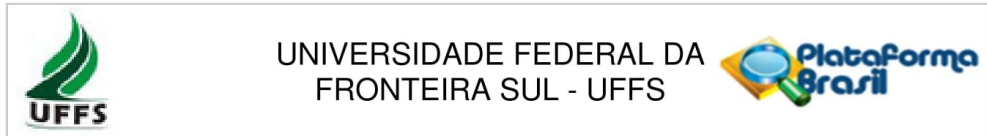
COMENTÁRIOS: Adequado

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A apresentação dos resultados ocorrerá pela estatística descritiva através das medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis), bem como, a distribuição absoluta e relativa (n - %). A simetria das distribuições contínuas será avaliada pelo teste de KolmogorovSmirnov. Para a análise bivariada, sobre a comparação entre variáveis categóricas será utilizado o teste Qui

-quadrado de Pearson (c2), sendo que, nas tabelas de contingência em que pelo menos 25% dos valores das células (caselas) apresentar frequência esperada menor do que 5, foi utilizado o teste Exato de Fisher. Nas comparações das variáveis contínuas entre dois grupos independentes serão empregados os testes tStudent ou teste de Mann Whitney (distribuição assimétrica). E, quando a comparação envolver

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

três ou
mais

grupos independentes será aplicada a Análise de Variância (One Way) – Pos Hoc Tukey ou o teste de Krukall Wallys - Post Hoc Dunn (distribuição assimétrica).

COMENTÁRIOS: Adequado

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Desfecho Primário:

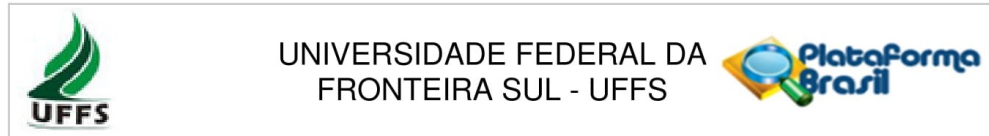
Com esta pesquisa espero obter um maior nível de conhecimento sobre a espiritualidade dos pacientes com doenças crônico-degenerativas e sua importância no processo de morte e de morrer dentro de um hospital do oeste de SC. Para então ao final da pesquisa poder contribuir com a sociedade acerca do tema.

Desfecho Secundário:

A pesquisa trará resultados concretos para a instituição hospitalar estudada, para o meio acadêmico, para os pacientes em processo de adoecimento e finitude e para a sociedade em geral, devida relevância do estudo para o processo de entendimento a cerca da espiritualidade para os pacientes internados com doenças crônico-degenerativas no processo de morte e morrer dentro de um hospital do oeste de Santa Catarina. Os resultados serão divulgados para a instituição envolvida por meio de um relatório com os principais achados do estudo. Para a devolutiva a sociedade, será através da divulgação da pesquisa por meio da apresentação de trabalho em eventos acadêmicos, SEPE, bem como por meio de artigos, trabalho científicos e a entrega de uma copia física com apresentação a instituição parceira deste trabalho.

COMENTÁRIOS: Adequados

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Coleta de Dados: 02/09/2019 à 30/10/2019

COMENTÁRIOS: Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO:

COMENTÁRIOS: Adequada

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos), e/ou Termo de assentimento (para menores de 18 anos), e/ou Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais ou responsáveis:

COMENTÁRIOS: Adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

COMENTÁRIOS: Adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências anteriores foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

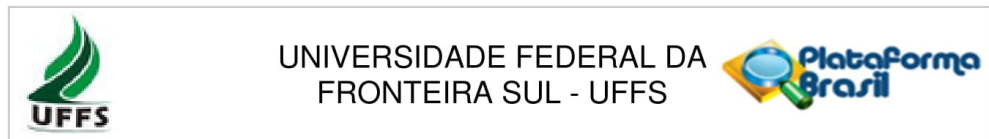
A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.

2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1387568.pdf	25/08/2019 11:40:01		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_institucional_infraestrutura.pdf	25/08/2019 11:39:47	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Outros	Outro.pdf	21/08/2019 15:06:35	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Parecer Anterior	Parecer.pdf	08/08/2019 11:44:57	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao_infraestrutura.pdf	08/08/2019 11:41:49	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2019 11:38:44	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Folha de Rosto	Doc2.pdf	28/06/2019	Leoni Terezinha	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

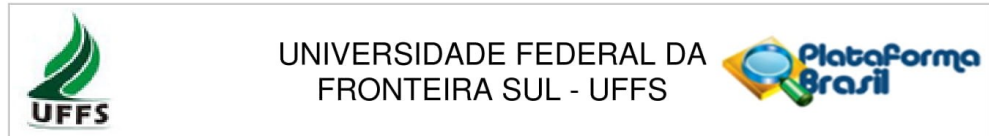
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.541.829

Folha de Rosto	Doc2.pdf	16:06:35	Zenevicz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	26/06/2019 22:41:50	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Outros	escalatcc.pdf	26/06/2019 22:37:07	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Outros	formulario.pdf	26/06/2019 22:33:56	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Outros	SPIRIT.pdf	26/06/2019 22:31:16	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	escala.pdf	26/06/2019 22:27:44	Leoni Terezinha Zenevicz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 29 de Agosto de 2019

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br