



**Oncologia em Foco**

**Cristina Silva Sousa**

**Douglas M. A. De Abreu Pestana dos  
Santos.**

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS ONCOLÓGICOS UMA  
PROPOSTA DIRECIONADA AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**CRISTINA SILVA SOUSA  
DOUGLAS ABREU**

**CAPITULO 1: IDOSO**

A pessoa é caracterizada idosa, quando alcança os 60 anos de idade, não se levando em conta seu estado biológico, psicológico e social. Completou 60 anos é idoso. O número de pessoas idosas no mundo vem crescendo com o passar dos tempos. O aumento do número de idosos no mundo decorre da redução nas taxas de fertilidade e do aumento da longevidade, o que vem ocorrendo nas últimas décadas afirma a World Health Organization (WHO, 2015).

O envelhecimento é um processo normal do desenvolvimento que envolve alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009). Não acontece de modo simultâneo em todo o organismo e também não está ligado à existência de qualquer doença (PALÁCIOS, 2014).

Pode haver pessoas com 60 anos que sejam incapacitadas para a vida diária e outras com mais de 85 com energia e levando uma vida saudável. Uma pessoa com 90 anos, com saúde física boa pode ser funcionalmente mais nova do que uma de 65 anos que não está com boa saúde física e está com sua vida diária prejudicada (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010).

No que se refere ao envelhecimento, Ferreira (2010), conceitua como sendo um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que causam a perda da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, sendo que esse processo é dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, que se manifesta durante o envelhecimento, aumenta com o tempo, em ritmo diferente de um idoso para outro. Envelhecer é um processo natural, que faz parte da vida dos seres vivos.

O aumento da longevidade está acontecendo em muitos países e a faixa etária que mais cresce é a de idosos com 80 anos ou mais. Entre essas pessoas, a prevalência de incapacidades e morbidade é maior (NOGUEIRA et al., 2010).<sup>i</sup>

O Ministério da Saúde apresenta importantes diretrizes para a atenção integral à saúde do idoso: 1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) manutenção e reabilitação da capacidade funcional e 3) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (BRASIL, 2010).

Segundo Cardoso (2009), a senescência é a soma de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas que acontecem pela passagem dos anos. A senilidade é caracterizada por doenças que acometem as pessoas idosas.

Sobre o envelhecimento, Souza e Iglesias (2012), a velhice tem como consequência mudanças em todos os órgãos e sistemas do corpo humano, diminuindo as reservas fisiológicas do idoso, afetando respiração, coração, cérebro, rins, circulação etc.

Araújo, Paúl e Martins (2011, p. 869), afirmam que “o envelhecimento é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos. É processo normal, universal, gradual e irreversível”. Nessa fase acontece deterioração de todas as capacidades funcionais do organismo.

Dados estatísticos evidenciam o porquê a perspectiva de vida do brasileiro se elevou consideravelmente nos últimos anos, culminando em uma elevação considerável no número de idosos no país, com isso ocorreu uma elevação no quadro de ocorrência das denominadas doenças crônico degenerativas, visto que essas são consideradas doenças do envelhecimento devido a se apresentarem em maior número nesse grupo etário (SOUZA; IGLESIAS, 2012).

O declínio, em geral físico, pode ser entendido como sendo uma das principais características da velhice. Esse declínio pode levar a alterações sociais e também de ordem psicológica. Alguns autores classificam tal declínio em dois grandes grupos, a senescência e a senilidade. As doenças causam perda de reservas orgânicas e aceleram o envelhecimento. No entanto, o idoso nem sempre manifesta doença, o que ocorre é uma perda de função celular que não consegue ser mantida por mais tempo (BATISTA et al., 2008).

As teorias sobre o envelhecimento dividem-se em dois grupos tentando explicar o complexo processo do envelhecimento. O primeiro grupo inclui as teorias que postulam um determinado programa genético e cronológico para a gradual mudança no fenótipo. Já o segundo grupo assume a exposição

repetitiva às influências danosas, as quais são as explicações para mudanças que levam ao envelhecimento (ARAÚJO, 2011).

No que se refere aos conhecimentos dos efeitos fisiológicos do envelhecimento, o levantamento bibliográfico mostra que se deve estar atento e conhecer alterações anatômicas, problemas neurológicos, complicações cardiovasculares e do sistema respiratório, bem como problemas no sistema imunológico, visão e audição. Neste aspecto, os efeitos práticos devem ser identificados, monitorados e tratados, tais como: declínio das funções gerais, pouca compreensão, hipertensão arterial, perda do paladar, necessidade de ventilação mecânica, incontinência urinária, eventos infecciosos, vertigem, entre outros efeitos (BATISTA et al., 2008).

Envelhecimento é um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que causam a perda da capacidade de adaptação da pessoa ao ambiente onde vive; dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, que se manifesta durante o envelhecimento, aumenta com o tempo, em ritmo diferente de um idoso para outro (NOGUEIRA et al., 2010).

As teorias sobre o envelhecimento dividem-se em dois grupos tentando explicar o complexo processo do envelhecimento. O primeiro grupo inclui as teorias que postulam um determinado programa genético e cronológico para a gradual mudança no fenótipo. Já o segundo grupo assume a exposição repetitiva às influências danosas, as quais são as explicações para mudanças que levam ao envelhecimento (ROACH, 2011).

Os vários decréscimos relacionados à velhice não ocorrem de modo linear. Nem todos os sistemas orgânicos deterioram-se na mesma proporção, nem seguem um padrão similar do declínio para todas as pessoas. Cada pessoa está geneticamente dotada de um ou mais sistemas vulneráveis, ou um sistema pode tornar-se vulnerável devido a estressores ambientais ou mau uso intencional, como exposição a raios ultravioleta, tabagismo, álcool. Nem todos os sistemas orgânicos deterioram-se ao mesmo tempo, portanto levando à doença ou à morte (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

O envelhecimento é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos. É processo normal, universal, gradual e irreversível. Nessa fase acontece deterioração de todas as capacidades funcionais do organismo e

vai depender da qualidade da assistência que o idoso tiver, para promover a sua saúde e qualidade de vida (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2011).

A população idosa exige maior atenção em virtude da fragilidade da saúde, o que diminui consideravelmente sua expectativa de vida, assim, a questão da institucionalização se torna mais palpável na vida do idoso. A institucionalização pode ser a solução para resolver problemas enfrentados pela população idosa, uma vez que a mesma necessita de maiores cuidados do que a população em geral (BESSA; SILVA, 2008).



## **CAPITULO 2: ONCOLOGIA**

Além de abordar as necessidades físicas, os aspectos sociais, emocionais e espirituais da pessoa enferma, o cuidado paliativo enfoca, ainda, suas expectativas e desejos. O que, segundo Alexandre Silva, é indispensável para a elaboração do plano de cuidado individualizado à pessoa com doença grave, em risco iminente de morte. Como parte de um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação incontrolável de células anormais, o câncer pode ocorrer em qualquer parte do corpo. Do ponto de vista clínico, os tumores em crianças apresentam menores períodos de latência, em geral crescem rapidamente e são mais invasivos, porém, mostram uma resposta melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico (ARTILHEIRO et al., 2011).

Ao receber o diagnóstico de câncer o paciente desencadeia uma série de reações: pânico, desespero, ansiedade e caos, essas reações se ampliam e se particularizam, se torna necessário assimilar e finalmente compreender o que está acontecendo para que se possa fazer o enfrentamento, pois o medo que perpassa pelo paciente contribui para o sentimento de fragilidade com o diagnóstico da doença. A falta de informação e o medo das pessoas são fatores que dificultam as ações contra o câncer por meio de intervenção terapêutica (BREITBART et al., 2010).

A abordagem multidisciplinar desde o diagnóstico de uma doença grave e incurável é possivelmente o maior desafio para o profissional de enfermagem que desempenha o cuidado paliativo. Além disso, ele destaca que muitas vezes o profissional se depara com pacientes que já se encontram em fase terminal, impossibilitando o desenvolvimento de estratégias que possibilitariam maior qualidade de vida. Outro desafio é a dificuldade profissional de singularizar, individualizar a assistência, empregando protocolos inflexíveis, impedindo de, dentro de normas éticas e técnico-científicas, fazer algo a mais pela pessoa cuidada.

Considerado um importante problema de saúde pública, o câncer causa cerca de 10 milhões de casos novos por ano, sendo cinco milhões e meio diagnosticados em países em desenvolvimento. Atualmente é o responsável por 12% das mortes no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011).

Por outro lado, se observam inovações e possibilidades de cura e tratamento vêm sendo cada vez mais constantes e eficazes, porém, a cura em





alguns casos, nem sempre é possível e a morte inevitável. O paciente em fase terminal necessita de cuidados que proporcionem o conforto durante essa vivência, e o profissional deve possibilitar a viabilização da prática assistencial dos Cuidados Paliativos (SUZAKI et al., 2007).

No âmbito da saúde, há um crescente desenvolvimento de estudos, pesquisas e instrumentos que auxiliam o profissional a promover o aperfeiçoamento de suas habilidades e capacitação no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Esta produção científica torna-se uma ferramenta valiosa para a prática assistencial, beneficiando tanto os profissionais, quanto os pacientes e seus familiares. O enfermeiro que agrega os conhecimentos tecno-científicos de cuidado a esse tipo de paciente na sua prática, possibilita a viabilização da ortotanásia (o morrer bem e tranquilo) e evita a eutanásia e a distanásia, que se tornam uma agressão à dignidade humana (SUZAKI et al., 2007).

No contexto do câncer, os cuidados paliativos têm por objetivo cuidar do paciente de forma global, tratando da sua dor, seu sofrimento e sua espiritualidade no fim da vida. Um cuidado integral deve ser oferecido ao paciente terminal, de forma humanizada, sem dor, por meio de cuidados paliativos. Os autores apontam que na pesquisa que realizaram com enfermeiros, os mesmos ressaltaram a importância de usar cuidados paliativos nas UTIs, com a presença de familiares, de medidas de higiene e conforto, respeitando a autonomia do paciente e oferecendo um cuidar com humanizado (SANTANA et al., 2010).

No processo de tratamento, o paciente oncológico vivencia reações distintas em cada uma das diferentes etapas que enfrenta: comunicação, diagnóstico, escolha de profissionais, adesão ao tratamento, cura, morte ou continuidade e retorno à vida pós-câncer. Essas etapas devem ser mediadas e acompanhadas pela equipe de enfermagem que conduz o tratamento, a exposição da importância do enfoque sistêmico na abordagem do câncer e nas ressonâncias causadas nas pessoas, tanto no âmbito físico como psicológico (BERETTA et al., 2010).

Quanto às reações, a depressão é o distúrbio mais debilitante em um paciente com câncer, pois influencia tanto no funcionamento físico quanto no bem estar psicológico. Vários fatores interferem no diagnóstico de depressão, a

dificuldade na interpretação de sintomas somáticos como insônia, fadiga, falta de apetite, perda de peso são sintomas associados a depressão em uma população fisicamente saudáveis, em contra partida, são comumente encontrados como resultado da doença (OLDEN et al., 2009).

Entre as muitas questões que surgem na avaliação da depressão no paciente está o desenvolvimento físico, cognitivo e sintomas afetivos, já que muitos sintomas físicos ocorrem e é preciso identificar a etiologia (ou seja, a depressão versus doença), que pode ser complicado. Ressalta-se a questão da insônia. A relação entre ansiedade, depressão e ajuste normal também não está clara com a aproximação da morte. Compreender como a depressão se apresenta no final da vida também pode ter implicações importantes para os cuidados paliativos, identificando os doentes terminais que podem se beneficiar de intervenções psicossociais e farmacocinéticas (OLDEN et al., 2009).



## **2.1 ONCOLOGIA NO IDOSO**

Na atenção em UTI, ter conhecimento sobre a fragilidade do idoso oncológico é fundamental na avaliação da sua saúde. Para entender essa fragilidade, o enfermeiro precisa atentar para as alterações físicas e fisiológicas do envelhecimento. Quando o idoso tem diminuída sua capacidade funcional e sua situação é de dependência e desenvolve problemas emocionais e sociais (OLIVEIRA; MENESES, 2011).

Os cuidadores domiciliares nem sempre estão preparados para assumir cuidados paliativos, necessitando assim, que idosos oncológicos possam ser pacientes em UTI, quando em estágio terminal (SANCHEZ, 2010).

Entre as exigências que o idoso enfrenta em vista da doença, pode-se listar as modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, psicológicas e socioeconômicas, como as que necessitam de atenção especial. Torna-se fundamental que os profissionais da saúde tomem consciência desses fatores e de seus determinantes, atuando na promoção da saúde desse idoso (SOUZA, 2008).

Os avanços da ciência e da tecnologia têm trazido significativas mudanças no processo de viver humano, no qual agregam repercussões importantes para o mundo cotidiano do trabalho, da educação, da pesquisa e da saúde. Ao se pensar no ciclo de vida e à morte, torna-se imprescindível atuar na medicina paliativa ao idoso oncológico em UTI (RAVELLI et al., 2009).

Dentre as atividades de cuidados dos idosos oncológicos em UTI, há dependência para o controle das funções de urinar e/ou evacuar (78,7%), seguida por vestir-se (90,1%) e tomar banho (91,1%). Com relação às atividades instrumentais, os idosos não podem realizar ambulação sem apoio ou muitas vezes não podem deambular (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

A avaliação do grau de dependência dos cuidados de enfermagem revelou que a maior parte das pessoas idosas oncológicas em UTI está classificada no nível alto de dependência de enfermagem, portanto, caracterizadas como instáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, com dependência das ações de enfermagem para o atendimento de suas necessidades humanas básicas (SALES; SANTOS, 2008).

O grande desafio do cuidado paliativo é a operacionalização do propósito da humanização e de suas diretrizes dentro do contexto atual, as quais devem nortear as ações do setor saúde. Dentre as diretrizes, destaca-se a assistência às necessidades de saúde do idoso e a capacitação de recursos humanos especializados, já que se acredita que, por meio da capacitação dos profissionais, a assistência às necessidades do idoso oncológico em UTI tende a ser ofertada de modo eficiente e adequado (CASTRO; FIGUEIREDO, 2009).

Torna-se evidente a necessidade de um modelo assistencial que preconize a prevenção da fragilidade e o acompanhamento sistemático dos idosos oncológicos, favorecendo a promoção da saúde, amenizando o sofrimento, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os custos para o sistema de saúde (LINCK; CROSSETTI, 2008).



### **CAPITULO 3: CUIDADOS PALIATIVOS**

A palavra paliativo deriva do latim e significa manto, cobertura. Os cuidados paliativos englobam atividades de assistência ao paciente, procurando aliviar “seus sintomas mais estressantes, oferecendo-lhes um manto protetor” para que tenha uma melhor qualidade de vida até a morte (BOEMER, 2009, p. 500).

Dentre os cuidados paliativos cita-se o controle da dor; a higiene do doente bem como de suas roupas e do ambiente em que se encontra; a formação de vínculos paciente e enfermeira; o respeito às decisões, à autonomia e aos desejos do paciente e a honestidade nas respostas dadas ao paciente (BOEMER, 2009).

Mudar do conceito de saúde para o de bem-estar é o principal fator determinante de bons cuidados de enfermagem na saúde do idoso oncológico em UTI. O bem-estar representa uma atitude quanto à saúde, e implica uma relação estreita entre as dimensões humanas: físicas, emotivas, mentais, espirituais, sociais ou culturais (SANTANA; SANTOS, 2010).

Paliativo é a qualidade de aliviar, e é o que mais interessa à pessoa que sofre, portanto, quando se fala este termo não se pretende, de forma alguma, atribuir um sentido pejorativo ao termo. Assim, a Medicina Paliativa procura conseguir que os pacientes desfrutem os dias que lhes restam de forma mais consciente possível, livres da dor e com seus sintomas sob controle (RIBEIRO, 2008).

Os cuidados paliativos são interdisciplinares e se ocupam do paciente, da família e do entorno social do paciente. Os cuidados paliativos não prolongam a vida, nem tampouco aceleram a morte. Eles somente estão presentes e oferecer conhecimentos médicos e psicológicos suficientes para o suporte físico, emocional e espiritual durante a fase terminal e de agonia do paciente (RIBEIRO, 2008).

Os papéis do enfermeiro em cuidados paliativos são educar, cuidar, promover, advogar e coordenar e os atributos para exercer tais papéis são ter "*expertise*" clínica, manter o foco no doente e família, ter atos deliberados,

intencionais, de cooperação, manter a honestidade na comunicação e estar presente, disponível e atento – discernir com sabedoria (PIMENTA, 2010).

## **CUIDADOS PALIATIVOS/CANCER/IDOSO.**

Doenças crônicas que levam o paciente oncológico idoso em UTI a precisar de cuidados paliativos geram no enfermeiro, diversos sentimentos. A proximidade da morte do idoso aumenta esses sentimentos, levando o enfermeiro a pensar em como vai vivenciar esta experiência. A equipe de enfermagem paliativa tem que atuar, para amenizar a situação presente (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Há significativos estudos sobre o comportamento e as necessidades do cuidador enfermeiro no período de adoecimento do paciente idoso com câncer, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento inicial, recidivas da doença, tratamentos prolongados, sucessivas internações, até o encaminhamento para os cuidados paliativos (SOOTHIL et al., 2008).

Período estes que no seu conjunto tem sido chamado, na literatura, de "a jornada do câncer" e já se sabe que estas necessidades vão se diferenciando das do paciente, na medida em que este se encaminha para uma fase avançada e terminal de sua doença. Parte destes estudos reforça a importância do planejamento de intervenções de orientação, suporte e apoio (SOOTHIL et al., 2008).

O paciente oncológico idoso vivencia reações distintas em cada uma das diferentes etapas que enfrenta: comunicação, diagnóstico, escolha de profissionais, adesão ao tratamento, cura, morte ou continuidade e retorno à vida pós-câncer. A equipe que conduz o tratamento, a exposição da importância do enfoque sistêmico na abordagem do câncer e da morte (MAIA, 2008).

A relação entre estigma, medos, incertezas e complexidade da doença, agregam maior peso emocional relacionado com a comunicação com o paciente com câncer. Estudos sugerem que grande parte dos pacientes não se lembra, ou não entendem a maioria das informações fornecidas na consulta médica (TRICE; PRIGERSON, 2009).



Em outros termos, No que se refere aos pacientes idosos de câncer terminal, os membros da equipe de cuidados paliativos precisam avaliar a condição geral do paciente, fornecendo sugestões para controle dos sintomas, apoio familiar e psicossocial, e identificam e comunicam objetivos de cuidados. Este processo inclui uma reunião entre a equipe de cuidados paliativos, médico do câncer, paciente e familiares (TRICE; PRIGERSON, 2009).

Durante a experiência profissional em um hospital público federal especializado em cuidados paliativos na oncologia em UTI, observou-se de forma empírica que a abordagem teórico-filosófica não estava clara nos prontuários dos clientes, e que a prática de enfermagem apresentava-se de forma fragmentada (SILVA; MOREIRA, 2011).

As fases do processo de enfermagem identificadas no contexto da internação hospitalar - histórico e evolução de enfermagem - priorizavam aspectos orientados pelo modelo biomédico/cartesiano, e na maioria das vezes não contemplavam questões relacionadas com as necessidades psicossociais (SILVA; MOREIRA, 2011).

Contudo, observou-se que no cenário há uma forma de organização, planejamento e coordenação das ações, cuja prática se expressa no trabalho cooperativo da equipe de enfermagem, de forma participativa com o cliente e o familiar, com evidências da preocupação com os aspectos não físicos do cuidado (SILVA; MOREIRA, 2011).

A possibilidade de cuidar remete o profissional à relação mais próxima possível com o paciente de quem cuida, de maneira que ele possa ser percebido em sua dimensão humana. Sob esse prisma, a morte não é tão somente o aniquilamento de um estado biológico, mas é também a finitude de um ser em interação com um outro (PALÚ; LABRONICI; ALBINI, 2008).

Embora qualquer profissional da saúde possa fornecer cuidados paliativos, abordando os efeitos colaterais e problemas emocionais de câncer em idosos, alguns têm um foco particular sobre este tipo de atendimento, ou seja, o especialista em cuidados paliativos é um profissional de saúde especializado no tratamento de sintomas, efeitos colaterais e problemas emocionais vividos pelos pacientes (PETERSON; CARVALHO, 2011).

Cuidados paliativos são oferecidos além do tratamento do câncer. No entanto, quando um paciente chega a um ponto no qual o tratamento para

destruir o câncer não é eficaz, tornam-se o foco total da atenção e vão continuar a ser dados para aliviar os sintomas e problemas emocionais de câncer. O enfermeiro de cuidados paliativos ajudam a facilitar a transição para cuidados de fim-de-vida (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Os enfermeiros especialistas em cuidados paliativos podem fornecer recursos para ajudar os doentes a lidar com as emoções que vêm com o tratamento do câncer. Depressão, ansiedade e medo são algumas das preocupações que podem ser abordadas através de cuidados paliativos (SKABA, 2008).

Fazer a transição do tratamento curativo para cuidados de fim-de-vida é uma parte fundamental dos cuidados paliativos. Uma equipe de cuidados paliativos pode ajudar os pacientes a se preparar para as mudanças físicas que podem ocorrer perto do fim da vida e gestão apropriada de sintomas para esta fase de cuidados (SMITH, 2010).

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I; PAUL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev. esc. enferm.** v.45, n.4, p.869-75, 2011.

ARTILHEIRO, A.P.S.; ALMEIDA, F.A.; CHACON, M.F. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial. **Acta paul. enferm.** v. 4, n. 5, p. 611-616, 2011.

BATISTA, A. et al. **Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social.** Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BERETTA, S. et al. End of life in children with cancer: experience at the pediatric oncology department of the istituto nazionale tumori in Milan. **Pediatr Blood Cancer.** v 54, n. 1, p. 88-91, 2010.

BESSA, M.E.P.; SILVA, M.J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis. v.17, n.2, p. 258-65, 2008.

BOEMER, M.R. **Sobre cuidados paliativos.** Rev. esc. enferm. USP. v.43, n.3, p. 500-1, 2009.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Brasileira.** Brasília, 2010.

CARDOSO, A.F. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital.** Buenos Aires. Ano 13, n.130 - Março de 2009.

CASTRO, M.R.; FIGUEIREDO, N.M.A. O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. **Physis.** v.19, n.3, p. 743-59, 2009.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. **Rev. Saúde Pública.** v3, n.5, p. 796-805, 2009.

FERREIRA, O.G.L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm.** v.44, n.4, p.1065-9, 2010.

FRATEZI, F.R.; GUTIERREZ, B.A.O. **Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos:** o processo de morrer no domicílio. Ciênc. saúde coletiva. v.16, n.7, p. 3241-8, 2011.

LINCK, C.L.; CROSSETTI, M.G.O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.32, n.2, p. 385-93, 2011.

MAIA, S.A.F. Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psicologia, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Câncer e Morte. **O Impacto sobre o paciente e a família**, 2008, p.4-23.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, SP, v.14, n.4, p.322-9, 2010.

OLDEN, M.; ROSENFELD, B.; PESSIN, H.; BREITBART, W. Measuring depression at the end of life: is the Hamilton Depression Rating Scale a valid instrument? **Assessment**. v.16, n.1, p.43-54, 2009.

OLIVEIRA, L.P.B.A.; MENESES, R.M.P. **Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.20, n.2, p. 301-9, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Humanização da assistência**. 2011.

PALÁCIOS, J. **Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice**. Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva. Porto Alegre: Artmed, 2014.

PALÚ, L. A.; LABRONICI, L. M.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev Cogitare Enferm**. v.9, n.1, p.56-79, 2008.

PAPALIA, D.C.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PETERSON, A.A.; CARVALHO, E.C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev. bras. enferm**. v.64, n.4, p. 692-97, 2011.

PIMENTA, C.A.M. **Cuidados paliativos**: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? Acta paul. enferm. v.23, n.3, p. 5-8, 2010.

RAVELLI, A.P.X. et al. A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto contexto - enferm**. v.18, n.3, p. 506-12, 2009.

RIBEIRO, E.E. **Tanalogia**: vida e finitude. Rio de Janeiro: Unate, 2008.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem Gerontológica**. São Paulo: Atlas, 2011.

SALES, F.M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto contexto - enferm**. vol.16, n.3, p. 495-502, 2008.

SANCHEZ, K.O.L. et al. **Apoio social à família do paciente com câncer:** Identificando caminhos e direções. *Rev. Bras. Enfermagem.* v.63, n.2, p.290-9, 2010.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I. **Como tornar-se idoso:** um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. *Texto Contexto Enferm.* v.14, n.2, p. 202-12, 2008.

SANTANA, V.L. et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.27, n.12, p.737-43, 2010.

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo.** Maringá, v.14, n.1, p.3-10, 2009.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta paul. enferm.** v.24, n.2, p. 172-178, 2011.

SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. Conceptions about palliative care: literature review. **Acta paul. enferm.** v.21, n.3, p. 504-8, 2008.

SKABA, M.F. Humanização e cuidados paliativos. **Ciênc. saúde coletiva** v.10, n.3, p. 782-4, 2008.

SMITH, A.K. et al. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. **Ann Intern Med.** v.153, n.9, p. 563-69, 2010.

SOOTHILL, K. et al. Cancer and faith. Having faith - does it make a difference among patients and their informal carers? **Scand J: Caring Sci.** v.16, n.1, p.256-63, 2008.

SOUZA, J.A.G.; IGLESIAS, A.C.R.G. Trauma no idoso. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** v.48, n.1, p.79-86, 2012.

SOUZA L. et al. **Envelhecer em família:** os cuidados familiares na velhice. Lisboa: âmbar, 2008.

SUSAKI, T.T.; SILVA, M.J.P.; POSSARI, J.F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta paul. enferm.** v.19, n.2, p. 144-9, 2006.

TRICE, E.D.; PRIGERSON, H.G. Communication in end-stage cancer: review of the literature and future research. **J Health Commun.** v.14, n.1, p. 95-108, 2009.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015.

---

i