

6. Almeida SCP. Corpo, saúde e alimentação na Marinha de Guerra brasileira no período pós-abolição, 1890-1910. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2012 dez;19(supl.1):15-33.

7. Lopes AJ, Capone D, Mogami RET, et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. *Pulmão RJ*. 2006;15(4):253-61.

8. Ermakoff G. Augusto Malta e o Rio de Janeiro, 1903-1936. Rio de Janeiro: Ermakoff Casa Editorial; 2009.

9. Chaloub S. Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

10. Rocha OP, Carvalho LA. A era das demolições: Cidade do Rio de Janeiro (1870-1920). Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca; 1995.

11. Rio de Janeiro (Cidade). Secretaria Especial de Comunicação Social. 1904 : Revolta da Vacina : a maior batalha do Rio. Rio de Janeiro: Secretaria Especial de Comunicação Social; 2006. (Cadernos da Comunicação. Série Memória).

Como citar este artigo: Frutuoso RAM, Ferreira GRD. Um século de perícia médica na Marinha do Brasil. *Arq Bras Med Naval*. 2015 jan/dez;76(1):7-14.

CUIDADOS PALIATIVOS E LUTO EM *HOME CARE* : UM ESTUDO COMPARATIVO EM PACIENTES COM DOR DE DIFÍCIL MANEJO E DO PACIENTE EM CONTROLE DE DOR EM ESTADO AVANÇADO DA DOENÇA

Recebido em 08/09/2015

Aceito para publicação em 10/09/2015

1ºTen (RM2-S) Kelly Faria Simões¹
Rogério C. Buys²

RESUMO

Os objetivos da pesquisa foram identificar as vivências de pacientes com dor de difícil manejo e de pacientes em controle de dor em estado avançado da doença em home care; e caracterizar o desenvolvimento do luto em ambos grupos de pacientes. A metodologia foi retrospectiva, comparativa, qualitativa e descritiva, com a utilização da Análise de Conteúdo dos relatos dos pacientes em estado avançado com controle de dor e dor de difícil controle em home care colhidos em atendimentos psicológicos. A dor em pacientes em estado avançado trouxe alterações nos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, alterando a vivência e a elaboração do luto de si mesmo em de um luto traumático. Atentar para os efeitos da dor em pacientes em estado avançado parece ser um ponto de relevância para atingir práticas interdisciplinares em Cuidados Paliativos, garantindo qualidade de vida e dignidade ao morrer.

Palavras-chave: *Cuidados paliativos; Qualidade de vida; Morte.*

INTRODUÇÃO

A saúde passou por um processo de intensa tecnologização ao longo do século XX, que compreendeu a possibilidade de realizar diagnósticos mais sofisticados e precisos, bem como oferecer tratamentos mais adequados às patologias. No ambiente hospitalar, tornou-se cada vez mais expressivo o avanço tecnológico, com a criação de setores bastante especializados para lidar com o tratamento das patologias em estado crítico.

Medicações, aparelhagens, equipes altamente qualificadas mesclam-se para salvar vidas nas Unidades Intensivas. O uso das tecnologias no cuidado aos doentes possibilita o prolongamento da vida, gerando a categoria dos “pacientes terminais”. Para estes, durante muito tempo, esteve em jogo apenas o aumento da sobrevida em situação de doenças graves, ficando em segundo plano, ou mesmo negligenciada a questão da qualidade de vida que estaria sendo oferecida.

A fim de aliviar o sofrimento do paciente em estado avançado da doença ou mesmo evitar um maior sofrimento diante das limitações da doença, surge uma forma diferenciada de tratamento, propondo diferenças quanto ao foco do tratamento. Criam-se modalidades específicas de cuidado, voltadas para estes pacientes que evoluirão para um processo de morrer ou para uma fase terminal: os Cuidados Paliativos.

A filosofia de Cuidados Paliativos surge em 1950 com Cecily Saunders em Londres, com a criação dos *hospices* como um espaço para acolher pessoas que estavam em estado terminal.¹ Em seguida, difundem-se nos EUA e em outros países da Europa, América do Norte e Ásia.²

A expressão “Cuidados Paliativos” origina-se do latim, em que *pallium* indica manta ou coberta, onde a causa não pode ser curada. A Organização Mundial de Saúde³ define como um cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos, onde o controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais têm a maior importância. O objetivo dos Cuidados Paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

* *Orgão Financiador da pesquisa: CNPq*

¹ Psicóloga. PhD em Psicossociologia em Comunidades e Ecologia Social. Assistente do Serviço de Psicologia do Hospital Naval Marcílio Dias. E-mail: kelly-fariasimoes@gmail.com

² Psicólogo. Doutor em Psicologia. Sócio-fundador do Centro de Psicologia da Pessoa.

A OMS traça ainda que, acerca dos cuidados paliativos, não se deve apressar e nem adiar o morrer; eles afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural; buscam aliviar os sintomas desconfortáveis e a dor; buscam integrar aspectos psicossociais e espirituais aos cuidados do paciente; oferecem um sistema de apoio e ajuda para viverem ativamente o quanto for possível até a morte; tentam disponibilizar um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a situação da doença do paciente até a realização do luto.²

No Brasil, ainda não há uma política pública regulamentada de Cuidados Paliativos, o que restringe a questão a experiências particulares desenvolvidas em domicílios, hospitais e ambulatórios, onde se aplica a proposta de atenção ao paciente em estado avançado de uma doença fatal, a seus familiares e aos cuidadores profissionais. Trata-se, portanto de um campo carente de investigações e de propostas sistematizadas, tendo em vista, sobretudo, que todos esses atores envolvidos passam a se ver às voltas com medicamentos, aparelhagens, tecnologias sofisticadas, que passam a habitar o seu cotidiano e isto envolve a equipe em uma proposta interdisciplinar.

É preciso destacar que o paciente pode se beneficiar em *home care*, quando está sob a tutela da equipe de saúde que aliado a aparelhagens, equipa o quarto em que se encontra de acordo com as necessidades do seu quadro clínico e parece que a equipe⁴ em casa se utiliza de uma variedade de intervenções e que especialmente, no caso do câncer há benefícios significativos.

O processo da terminalidade do paciente envolve perdas que precisam ser realizadas - o luto se refere à elaboração de perdas,⁵ e o luto se apresenta de modo antecipado diante das perdas progressivas até a morte propriamente dita sendo denominado de luto antecipatório.⁶ Luto antecipatório compreende considerar o ponto onde o doente se encontra na trajetória da doença, circunstâncias desde o diagnóstico, natureza da doença e sequelas, atitudes da pessoa doente diante da vida e significado da doença.

Em Cuidados Paliativos, a dor tem particular importância⁷ no manejo com precisão tendo em vista a sua intensidade e interferências segundo a sua severidade. Como um fenômeno multidimensional, a dor é influenciada por vários fatores psicológicos. Um fator muito desfavorável é associar dor intensa e distresse emocional no câncer e na dor em casos de outras doenças.⁸

Pesquisas demonstram que há um número considerável de pacientes em *home care* com metástases ou no câncer recidivado experienciando a dor, sintomas físicos, distresse emocional a sofrimento existencial o que mostra a necessidade de melhorias nos Cuidados Paliativos oferecidos em múltiplas áreas.⁹

Diante disso, levanta-se em torno da problemática da dor e cuidados paliativos a questão do sofrimento emocional e consequências ao enfrentamento e a elaboração desta etapa de vida.

O estudo da dor,¹⁰ nos últimos quarenta anos tem contribuído e impulsionado o reconhecimento da importância das dimensões socioculturais e psíquicas na experiência e expressão da dor bem como a diversificação de recursos terapêuticos no cuidado da dor crônica.

Desta forma, o manejo destes pacientes exige além do uso de analgésicos e procedimentos apropriados, a reabilitação das incapacidades psicológicas, físicas e sociais que acompanham estes casos.

Contudo em indivíduos com causa inoperável e refratários ao tratamento convencional da dor, a dor é denominada de difícil controle¹¹

e danos maiores podem comprometer a qualidade de vida de seus portadores.

O processo psicológico dos pacientes em *home care* com dor controlada e com dor de difícil controle em Cuidados Paliativos pareceram distintos na experiência em um *home care* privado no Rio de Janeiro que realizamos. Interessante descrever retrospectivamente algumas especificidades desta vivência do paciente a fim de facilitar o seu cuidado e palição na atualidade.

Os objetivos desta pesquisa foram identificar as vivências de pacientes com dor de difícil manejo e do paciente em controle de dor em estado avançado da doença; e caracterizar como a dor em fim de vida interfere no desenvolvimento do luto do paciente em estado avançado da doença com controle de dor e com dor de difícil manejo.

MÉTODO

Este estudo foi retrospectivo, de natureza qualitativa e descritiva. Foram participantes da pesquisa 40 pacientes em um *home care* privado no município do Rio de Janeiro. Estes participantes foram atendidos pelo Serviço de Psicologia de uma instituição privada no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2007.

Neste período, houve atendimentos psicológicos a pacientes em controle de dor e de difícil controle em domicílio e no cotidiano, fora identificado diferenças importantes entre estes pacientes que estavam lúcidos e orientados e que foram acompanhados até o fim de vida. Levou-se em consideração emoções, sentimentos e atitudes demonstradas e/ou expressas ao psicólogo durante os atendimentos pelos pacientes em tratamento de dor em cuidados paliativos.

Foram critérios de exclusão pacientes com dor crônica em tratamento que não estivessem em Cuidados Paliativos ou tratamento de dor aguda.

Com a autorização da direção do *home care*, fora desenvolvido uma pesquisa retrospectiva com a isenção do TCLE aos pacientes. Esta pesquisa fora um desdobramento da pesquisa original “Contribuições do fenômeno das Representações Sociais para o estudo do portador de doença crônica em termos de eu e suas relações interpessoais” que fora aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE - 0258.0.314.000-07) em 2008.

Para tratar os dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo¹² que fundamenta o tratamento dos dados qualitativamente. Esta se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o uso de procedimentos sistemáticos e objetivos, a fim de descrever o conteúdo das mensagens e buscar a correspondência entre o nível teórico e empírico, incluindo a codificação e categorização.

Na análise, os conteúdos dos relatórios foram selecionados em aspectos físicos, psicológicos, aspectos sociais, aspectos espirituais; e criadas categorias para a vivência do paciente em estado avançado com controle de dor e com dor de difícil manejo.

As categorias encontradas na vivência do paciente em estado avançado em controle de dor se definem: quanto a influência dos aspectos físicos (queda da funcionalidade, decadência física); quanto os aspectos psicológicos (dor simbólica frente as perdas, Autoimagem alterada, questões temporais/ finitude, dependência, revisão de vida); quanto aos aspectos sociais (necessidade de suporte, resgate nas relações, sentir-se reconhecido); e aspectos espirituais (necessidade de sentido à finitude, limite e transcendência).

E as categorias da vivência do paciente com dor de difícil manejo se definem: quanto a influência de aspectos físicos (agravamento dos limites físicos diante da dor, afastamento da vivência pela sedação); quanto aos aspectos psicológicos (impotência e dependência, estado de crise, estado depressivo, dificuldades no fechamento, distresse); quanto aos aspectos sociais (isolamento e solidão, dor como entrave nos resgates); aspectos espirituais (alívio diante das práticas religiosas).

RESULTADOS

A amostra foi caracterizada por 22 pacientes com controle de dor e 18 com dor de difícil manejo, totalizando 40 pacientes; com uma média de idade de 68,46 anos, com 60 % do sexo masculino e 40% do sexo feminino; 73,33 % da amostra tinham alguma religião e 26,66% se consideravam sem religião; 40% sofriam com a dor de difícil controle e 60% dos pacientes estavam com controle da dor; e obtivemos uma média de atendimentos psicológicos de 3,8 meses desde o momento da inversão de expectativas de cura para tratamento paliativo até a morte ou perda do estado de lucidez e orientação temporal e espacial dos pacientes.

Podemos apresentar as diferenciações das vivências encontradas em pacientes em estado avançado em *home care* privado com controle de dor e com dor de difícil manejo dentre os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais levantados na amostra estudada.

Quanto aos aspectos físicos, indicamos que os pacientes em estado avançado em controle de dor demonstraram a queda da funcionalidade e a decadência física que se eram característicos do estado avançado onde o corpo apresentava sinais da falta de vitalidade do corpo para o desempenho de uma série de atividades. Isto interferiu diretamente na auto-estima do paciente que percebera que o seu corpo apresenta uma fragilidade nunca antes sentida.

Isto vem ao encontro do que a OMS traça acerca dos cuidados paliativos que não se deve apressar e nem adiar o morrer; eles afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural; buscam aliviar os sintomas desconfortáveis e a dor; buscam integrar aspectos psicossociais e espirituais aos cuidados do paciente; oferecem um sistema de apoio e ajuda para viverem ativamente o quanto for possível até a morte; tentam disponibilizar um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a situação da doença do paciente até a realização do luto.¹³

No paciente com dor de difícil manejo, isto se tornou mais complexo pelo agravamento dos limites físicos diante da dor e afastamento da vivência do suporte social quando introduzido uma sedação para o manejo da dor. Isto somado a um real desgaste emocional do paciente diante da dor como fator de estresse. Isto vem em consonância com a literatura⁸ que chama a atenção para as interferências cognitivas negativas dos efeitos da dor.

Quanto aos aspectos psicológicos dos pacientes com controle de dor, houve a presença da dor simbólica frente às perdas; a auto-imagem alterada; presença de questões temporais referentes a própria finitude; a presença da dependência; e mobilizações em direção à revisão de vida.

Em consonância com a consciência da incompletude na vida,¹⁴ perdas no significado e propósito na vida são reais confrontos aos pacientes em Cuidados Paliativos.

Percebe-se que estes pacientes apresentaram uma grande necessidade de significar às alterações que a situação de terminalidade trouxe seja na progressão dos limites físicos seja na mudança da sua própria imagem com perdas físicas ou em lesões evidentes.

É importante destacar o significado¹⁵ que é atribuído pelos pacientes à enfermidade, contudo este pode ser transformado na experiência dos pacientes que vivenciam conforme significam a vida. Quando a pessoa adoece ela tende a ter o propósito central as perdas resultantes da doença e a busca de alívio do sofrimento, desinvestindo do mundo social.

A temporalidade diante da situação de Cuidados Paliativos merece atenção pois envolve planos que seriam encurtados ou reposicionados com os limites impostos pela doença. A literatura¹⁶ demonstra a importância de discutir o prognóstico do paciente como parte do plano de cuidados, envolvendo a comunicação que envolva como balancear os objetivos dos cuidados.

Nos pacientes com dor de difícil manejo, este processo esteve bastante diferente, uma vez que sentimentos de dependência são agravados pela impotência e crise gerada pela dor, muitas vezes incapacitante.

Foi percebido que houve uma desestruturação ao nível do eu dos pacientes com a presença do estado depressivo em resposta ao dilema entre os limites temporais da vida e a incapacidade ou impossibilidade de agir devido a dor. O desejo de viver a vida parece estar a ser suprimido pela dor nos participantes abordados, isto gerou dificuldades na elaboração da própria morte, no próprio fechamento e nos possíveis resgates na vida. O distresse gerado frente à variável dor apareceu aliado a sentimentos de antecipação da morte para alívio do sofrimento.

Quanto aos aspectos sociais, os pacientes com controle de dor sentiram necessidade de suporte, de resgate nas relações e desejo de sentir-se reconhecido. Em pacientes com dificuldades nas relações interpessoais, o resgate se tornou de grande valia para uma morte tranqüila. Nos pacientes com dor de difícil manejo, houve isolamento e solidão devido a dor, e isto se constituiu como entrave nos resgates das relações interpessoais.

Quanto aos aspectos espirituais, o paciente com controle da dor percebe a necessidade de dar sentido à finitude, vindo à tona a questão do limite e transcendência. Ao final de vida, o paciente necessita atribuir significações ao que viveu e ao limite que lhe será imposto – a morte. Diante disso, podemos pensar que o fim ou que há uma continuidade depois da morte, fazem parte do imaginário destes pacientes e delineiam de alguma forma suas atitudes e emoções.

Integrar a espiritualidade¹⁷ e questões relacionadas à fé e ao sentido nos cuidados paliativos é um componente essencial de apoio e excelência. Os pacientes com dor de difícil manejo atribuem à religião algum alívio da dor sentida, porém isto não se tornou suficiente para a qualidade de vida dos envolvidos.

DISCUSSÃO

Tendo analisado qualitativamente as vivências dos pacientes, podemos comparar e verificar contribuições à realização do luto do paciente em estado avançado com controle de dor e com dor de difícil manejo. Estas vivências podem contribuir ou não para o processo de elaboração do luto de si mesmo.

Em pacientes em estado avançado com controle de dor foi observado progressivas elaborações e resgates de valores pessoais, revisão de relações anteriores conflitivas e construção de nova identidade,¹⁸ propiciando uma morte tranqüila.

Em pacientes em estado avançado com dor de difícil controle, há a presença do desejo de desistir ou interromper a vida; há dificuldades nas revisões de vida necessárias ao luto de si mesmo, tendo a dor como uma variável que interfere largamente no cotidiano.

Por outro lado, podemos refletir que as vivências dos pacientes em estado avançado com dor controlada foram facilitadoras para a construção de um luto antecipatório de si mesmo, aceitando a sua condição de finitude e limites que o momento vai impondo até a morte.

Ressaltar a importância do paciente construir o luto de si mesmo antes que a perda maior - a própria morte - se instaure, pois como foi observada nas amostras, os participantes que conseguiram elaborar este estado avançado, obtiveram uma morte tranqüila.

A dor interferiu no processo de luto de si mesmo do paciente em estado avançado, e demonstrou a importância de se criar artifícios nas práticas de saúde para buscar o alívio do sofrimento que é a proposta da Filosofia dos Cuidados Paliativos.¹⁹

Aliviar um paciente em estado avançado com dor de difícil controle nesta pesquisa trouxe grandes desafios especialmente pelas atitudes de isolamento e desejos de interrupção da vida dos pacientes.

Isto nos remonta a necessidade das equipes buscarem atingir uma ortotanásia, ou seja, o alcance de uma morte adequada, com o manejo dos sintomas e alívio do sofrimento.²⁰ Com a ortotanásia, o paciente teria talvez chances de desenvolver um luto de si mesmo o que se refere a uma própria elaboração do viver, da possibilidade e proximidade do morrer.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o luto do próprio paciente em estado avançado da doença é de fundamental importância nos Cuidados Paliativos. Levanta-se uma urgência que se coloca na necessidade do paciente sentir-se reconhecido e digno de respeito.

A forma como os pacientes viveram a sua vida e planos delineados para viver o futuro, mesmo que breves pareceram ser determinantes para a qualidade de vida e construção de novas identidades.

Levanta-se como ponto a ser desenvolvido em futuras pesquisas longitudinais as mudanças na própria identidade, tendo em vista as modificações de toda ordem (física, psicológica, social e espiritual) a que pacientes em estado avançado estão submetidos. Isto pode ser pensado, uma vez que estes pacientes desejam contatos autênticos, com proximidade e interesse genuíno seja por parte da equipe seja dos familiares para minimizar a solidão que a morte anuncia.

A experiência da dor parece dificultar a fase de Cuidados Paliativos até o seu morrer, tornando-se um período mais traumático. A distância entre manter-se “acordado” com dor e “despertável” com menos dor é um impasse cotidiano da equipe, uma vez que se distancia o paciente da realidade por conta das medicações que interferem no nível da consciência do paciente. Trata-se do princípio do duplo-efeito²⁰ que busca identificar o custo-benefício antes de cada intervenção para que se tome a atitude mais adequada em Cuidados Paliativos.

Na realidade, deve-se permitir um clima se acolhimento para

oferecer os Cuidados Paliativos. A dor tem um efeito contraditório diante dos aspectos sociais, pois os pacientes recuam no que se referem à disponibilidade de contatos íntimos diante da intensidade da dor sentida¹⁸.

A religião se torna com os seus simbolismos, orações, mantras e crenças um terreno fértil para explicações quem podem gerar até mesmo o alívio para o dor física ou da dor total (aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais) a que se referia Cicely Saunders.²¹

O processo de luto tem um complicador nos pacientes com dor, pois se apresentaram necessidades ou desejos de desistir ou interromper a vida. Assim pode-se refletir sobre a questão de como os pacientes fariam uma revisão e ajustes a sua identidade se não suportavam vivenciar este momento. A dor parecia os levar a uma visão transformada do eu diante dos limites no corpo.

É preciso que redobremos nossa atenção ao estudo e intervenções a paciente com dor, pois ela teve um importante papel de vilão no processo de morte digna. Ela interferiu não só fisicamente, mas se desdobrou em conseqüências nos demais aspectos psicológicos, sociais e espirituais.

Este estudo abriu possibilidade de outros aprofundamentos que explorem variáveis que possam minimizar os efeitos avassaladores da dor ou mesmo que se desvelem como este processo se daria em outros *settings* em que se encontram os pacientes em Cuidados Paliativos.

Assim, em nossa prática de saúde necessitamos estar abertos para a multidimensionalidade da dor e da vivência do paciente em estado avançado para que possamos desenvolver práticas cada vez mais eficazes que atendam e dignifiquem o processo de viver até o fim de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao Centro de Psicologia da Pessoa pelo apoio técnico e ao CNPq pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L, Bertachini L, orgs. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola; 2004.
2. Costa Filho R, Costa JLF, Gutierrez FL; Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras de Ter Intensiva. 2008 jan/mar;20(1):88-92.
3. World Health Organization (WHO). Cancer relief and Palliative Care. Genebra: Report of Who Expert Committee; 1990.
4. Dumitrescu L, van den Heuvel-Olaroiu M, van den Heuvel WJ. Changes in symptoms and pain intensity of cancer patients after enrollment in palliative care at home. J Pain Symptom Manage. 2007;34(5):488-96.
5. Franco MHP. Estudos avançados sobre o luto. São Paulo: Livro Pleno; 2002.
6. Fonseca JP. Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada. São Paulo: Livro Pleno; 2004.
7. Fayers PM, Hjermstad MJ, Klepstad P, Loge JH, Caraceni A, Hanks GW, et al. The dimensionality of pain: palliative care and chronic pain patients differ in their reports of pain intensity and pain interference. Pain. 2011;152(7):1608-20.

8. Carroll EMA, Kamboj SK, Conroy L, Tookman A, Williams ACC, Jones L, et al. Facial affect processing in patients receiving opioid treatment in palliative care: preferential processing of threat in pain catastrophizers. J Pain Symptom Manage. 2011;41(6):975-85.

9. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, et al. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. J Pain Symptom Manage. 2012;43(3):503-14.

10. Rocha CEA; Martins MRI; Foss MHA; Santos Junior R; Cunha AMR; Silva Junior SC. Eletroestimulação epidural medular no tratamento da dor de difícil controle e melhora da qualidade de vida. J Bras Neurocirurg. 2010;21(4):225-9.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70/LDA; 2009.

13. Walczak A, Butow PN, Clayton JM, Tattersall MHN, Davidson PM, Young J, et al. Discussing prognosis and end-of-life care in the final year of life: a randomised controlled trial of a nurse-led communication support programme for patients and caregivers. BMJ Open. 2014;4:1-12.

14. Lichtenthal WG, Olden M, Pessin H, Breitbart W. The desire

for death. In: Walsh D, editors. Palliative medicine. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.

15. Cassell EJ. Suffering. In: Walsh D, editors. Palliative medicine. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.

16. Götze H, Brähler E, Gansera L, Polze N, Köhler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Support Care Cancer. 2014 Oct;22(10):2775-82.

17. Arber A. Is pain what the patient says it is? Interpreting an account of pain. Int J Palliat Nurs. 2004;10(10):491-6.

18. Parkes CM. Luto - estudos sobre a perda na vida adulta. Rio de Janeiro: SUMMUS; 2009.

19. White BP, Willmott L, Ashby M. Palliative care, double effect and the law in Australia. Intern Med J. 2011;41(6):485-92.

20. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2001.

21. Millsbaugh CD. Assessment and response to spiritual pain: part I. J Palliat Med. 2005 Oct;8(5):919-23.

Como citar este artigo: Simões KF, Buys RC. Cuidados paliativos, luto e dor: um estudo comparativo em pacientes. Arq Bras Med Naval. 2015 jan/dez;76(1):15-19.