

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ITUVERAVA
FACULDADE DR. FRANCISCO MAEDA**

Carolina Nunes Gomes

CUIDADO PALIATIVO EM IDOSO NO AMBIENTE DOMICILIAR

**ITUVERAVA
2019**

CAROLINA NUNES GOMES

CUIDADO PALIATIVO EM IDOSOS NO AMBIENTE DOMICILIAR

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Dr. Francisco
Maeda. Fundação Educacional de
Ituverava para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.**

**Orientadora: Profa. Ma. Samantha da
Silva e Cruz**

**ITUVERAVA
2019**

CAROLINA NUNES GOMES

CUIDADO PALIATIVO EM IDOSOS NO AMBIENTE DOMICILIAR

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade Dr. Francisco
Maeda. Fundação Educacional de
Ituverava para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.**

Ituverava 01 de novembro de 2019.

Orientadora: Profa. Ma. Samantha da Silva e Cruz

Examinador: Gabriela Carrion Degrande Moreira

Examinador: Daniela Sarreta Ignacio

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, meu socorro presente na hora da angústia, por ter me dado força quando precisava superar as dificuldades. A minha avó Maria Inês Gomes com quem eu aprendi o verdadeiro cuidado com próximo quando mais se precisa e necessita.

AGRADECIMENTOS

Aos meus Professores pelas orientações e conselhos que me deram durante esses anos de faculdade, me fizeram olhar, ouvir e pensar de um modo diferente, todas críticas e conselhos me servirão para a construção da enfermeira que vou ser.

As minhas amigas Ana Julia, Dayslania, Geovana e Nagela pelo apoio durante esses cinco anos de faculdade, que estavam sempre comigo não só na sala de aula, mas em todos os momentos em que precisava delas ao meu lado. Obrigada pelo apoio e força para continuar e conquistar essa vitória hoje. Que Deus abençoe vocês para serem a enfermeira que possa fazer a diferença onde estiverem.

Ao meu irmão, pai, mãe, prima e namorado que sempre estiveram ao meu lado me dando força para realizar esse sonho.

“A morte é um dia que vale a pena viver”.

Ana Cláudia Quintana

RESUMO

Os cuidados paliativos têm a finalidade de melhorar a qualidade de vida de um paciente que não tem mais tratamento encontrando-se em fase terminal precisando de apoio e assistência tanto dos profissionais de enfermagem como da família. O objetivo geral desse trabalho é compreender a assistência dos cuidados paliativos em idosos com doenças que ameaçam a continuidade de vida. A metodologia adotada para este estudo foi a revisão integrativa da literatura, assim foi possível concluir que a maioria dos pacientes em cuidados paliativos tem algum grau de psicossocial incapacidade, manifestando uma redução total ou parcial de capacidade para realizar atividades da vida diária no ambiente social, familiar. O grau de incapacidade é variável, mas a gravidade tende a aumentar à medida que o fim da vida se aproxima. O trabalho se objetiva em compreender os cuidados paliativos em idosos com doenças terminais, bem como: abordar os conceitos relacionados a cuidados paliativos, analisar os cuidados paliativos que devem ser feitos em idosos terminais e identificar a eficácia dos cuidados paliativos

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Enfermagem. Assistência a Idoso. Assistência Domiciliar.

SUMMARY

Palliative care aims to improve the quality of life of a patient who is no longer treated and is terminally in need of support and assistance from both nursing professionals and family. The general objective of this paper is to understand the assistance of palliative care in elderly with diseases that threaten the continuity of life. The methodology adopted for this study was the integrative literature review, so it was concluded that most patients in palliative care have some degree of psychosocial disability, showing a total or partial reduction of ability to perform activities of daily living in the social environment, familiar. The degree of disability varies, but severity tends to increase as the end of life approaches. This study aims to understand palliative care in terminally ill elderly, as well as: address the concepts related to palliative care, analyze palliative care that should be done in terminally ill and identify the effectiveness of palliative care.

Keywords: Palliative Care. Nursing. Assistance. Old man. Home

LISTA DE SIGLAS

- Qualidade de vida= QV
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos= ANCP
- Organização Mundial da Saúde= OMS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
3	MATERIAL E MÉTODO	12
4.1	Definição e modelos de cuidados paliativos	13
4.2	Atuação profissional em cuidados paliativos	16
4.3	Perspectivas do paciente em cuidados paliativos	17
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o significado de paliar é proteger. Paliar, derivado do latim *pallium*, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual.

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a Qualidade de vida(QV) de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Os cuidados paliativos têm a finalidade de melhorar a QV de um paciente que não tem mais tratamento e se encontram em fase terminal com necessidade de apoio e assistência tanto dos profissionais de enfermagem como da família. Quando se fala em cuidados paliativos muitos pensam serem ações ou medidas sem sentido já que não resolverá o problema, mas apenas aliviará a situação.

Assim muitos indivíduos pensam que essas ações e medidas visam à indução da morte de um paciente, ou a suspensão do tratamento. Os cuidados paliativos não buscam a suspensão do tratamento eles buscam retirar as medidas que não tem mais efeito. Esses cuidados não valorizam a morte do paciente, entretanto respeita a possibilidade real que amenizam os sinais e sintomas vivenciados com esse prognóstico.

Conforme estudos em idosos com doença crônica, a evolução para a morte ocorre quando o paciente encontra-se em um estado de vulnerabilidade, com diminuição das funções orgânicas e da QV, sabendo que é importante promover uma atenção integral ao paciente, envolvendo também seus familiares, pois a aproximação da morte do ente querido desperta na família e, em especial, no cuidador, desgaste físico, financeiro e emocional (FRATEZI: GUTIERREZ, 2009).

O trabalho se objetiva em compreender os cuidados paliativos em idosos com doenças terminais, bem como: abordar os conceitos relacionados a cuidados paliativos, analisar os cuidados paliativos que devem ser feito em idosos terminais e identificar a eficácia dos cuidados paliativos.

2 MATERIAL E MÉTODO

A metodologia adotada para esse estudo foi a revisão da literatura, sendo um método que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, permitindo também, a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Foi realizado levantamento bibliográfico nas bases dos dados Lilacs (literatura latino-americana e do caribe em ciências de saúde) livros e Medline. Os critérios para a seleção de artigos foram adotados conforme os objetivos da pesquisa, usando uniformização na escolha deles. Os critérios adotados foram: artigos publicados em periódicos nacionais no período de 2000 a 2019, indexados com os descritores: idosos; terminal; cuidados paliativos; domiciliar.

As informações foram organizadas de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. As informações abrangeram a amostra do estudo, os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo.

Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente. A análise foi realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 Definição e modelos de cuidados paliativos

Segundo Rocha (2016) os cuidados paliativos são uma abordagem integrada que promove a QV de pacientes e familiares confrontados com os problemas físicos, psicossociais e espirituais associados a uma doença fatal. O paciente em cuidado vivencia fases como, considerado em fase que se caracteriza por um prognóstico que é definido por um tempo estimado de 3 a 6 meses como um paciente agonizante (prognóstico estimado de dias ou horas).

No período da Idade Média, as pessoas costumavam fazer as peregrinações dos cristãos a lugares santos e essas pessoas se deslocavam por longas distâncias, caminhando por meses e até por alguns anos. Em meio a essa trajetória os peregrinos ficavam enfraquecidos, adoeciam, passavam por privações, eram maltratados e assaltados e depois desses acontecimentos eram encaminhados aos hospícios que era lugares como asilo, abrigo ou refúgio que eram fundados e dirigidos por religiosos cristãos, eles permaneciam nos hospícios durante o processo de recuperação, até estar pronto para voltar a sua caminhada (ROCHA, 2010).

Sendo assim, locução Cuidados Paliativos se confunde na história com o termo hospício, que quer dizer abrigo (hospedaria), um local destinado a receber viajantes e peregrinos. O relato mais antigo leva ao século V e o início desses cuidados foi por Fabíola que era discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da África, Ásia e países do leste no Hospício do Porto de Roma, depois disso várias instituições foram surgindo pela Europa no século XVII, abrigando os pobres, órfãos e doentes. Essa prática foi se propagando com organizações católicas e protestantes que passaram a ter características de hospital no século XIX (ROCHA, 2010).

Acerca dos cuidados paliativos a pioneira foi Cicely Saunders na década de 60 na Inglaterra, onde ela atuava como enfermeira, assistente social e médica, tornou-se responsável por disseminar pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar do paciente além da possibilidade de uma cura, tendo como foco não a doença, mais sim o indivíduo. Fundando ainda o Saint Christopher's na Inglaterra em 1967 (ROCHA, 2010).

Sendo assim, seu trabalho gerou um movimento pioneiro que é conhecido até hoje como o movimento hospice moderno, onde a palavra hospice não seria mais referida apenas ao local físico mas relacionado a onde os cuidados paliativos são praticados. Sua filosofia era feita por um programa de cuidados e suporte que ajudariam tanto aos pacientes como aos familiares durante a fase terminal e luto prestando assistência à ambos. (ROCHA, 2010)

Saunders foi pioneira na abordagem holística e centrada no paciente, seu objetivo não era mais a cura e sim a medicina de apoio e alívio dos sofrimentos físicos e emocionais durante o trajeto da sua doença. Na década de 70, os cuidados paliativos foram introduzidos nos hospitais. Começaram a se formar equipes no Reino Unido, de forma que foi se multiplicando na Europa, Austrália e nos Estados Unidos, chegando a mais de 3000 unidades somente na América do Norte. (WINSON, 2011)

O tema que envolve os cuidados paliativos ainda não expressa grande relevância. Muitos profissionais não abordam pacientes com a humanização necessária para prestar esse tipo de assistência que busca a melhor forma de amenizar as dores, as angústias, enfim, melhorar a QV do paciente no tempo devido (WINSON, 2011).

No estágio inicial do desenvolvimento dos cuidados paliativos, os serviços foram direcionados essencialmente a pacientes com câncer. Após as mudanças da OMS no conceito de cuidados paliativos, concentrando-se nas necessidades dos pacientes e não no seu prognóstico, a população alvo de cuidados paliativos se tornou mais abrangente (incluindo pessoas com doenças crônicas progressivas doença aguda, grave e com risco de vida, com necessidades de apoio de terceiros).

Segundo o Ministério da Saúde em 2002, a organização geral dos cuidados paliativos deve ser integrada no sistema nacional de saúde, e os diferentes níveis de cuidados paliativos devem ser flexíveis, dinâmicos e acessíveis, com profissionais treinados na área e orientados de acordo com o pensamento holístico. Foram identificados quatro níveis de cuidados paliativos:

1. ações paliativas: integração dos princípios da paliativa cuidar de qualquer serviço, mesmo que não seja especializado nesse tipo de atendimento;
2. básico: cuidados prestados por profissionais de saúde primários ou especialistas em doenças que limitam a vida e que possuem boas habilidades e conhecimento em cuidados paliativos;
3. especializado: atendimento prestado por equipes cujas e atividade única é a prestação de cuidados paliativos; e

4. centros de alta complexidade ou excelência: centros de treinamento, pesquisa, disseminação e desenvolvimento de cuidados paliativos.

Os objetivos do cuidado dependem de qual fase paliativa o paciente está. Na fase aguda, o controle sintomático é fundamental. Na fase de deterioração, é importante fornecer informações sobre a doença e para gerenciar as expectativas dos pacientes e família. Na fase agonizante, o objetivo do cuidado é focado em maximizar o conforto. Na fase de estabilização, os objetivos são qualidade de vida e restauração de possível autonomia com apoio social adequado (FARIA, 2010).

A OMS identificou vários modelos de ação em pacientes em final de vida. Em um extremo, a obstinação terapêutica modelo, que incluía tentativas de diagnosticar e tratar até o último momento da vida, com possibilidades escassas resposta e altos custos para o paciente, família e sistema.

Outro modelo identificado foi o abandono, modelo no qual após um período de intensa pesquisa de curativos e estratégias, chega-se ao ponto em que se considera que não há mais nada a fazer, (abandonar o paciente). Com o surgimento de cuidados paliativos, surgiu o 'modelo separado', em que, após uma abordagem curativa sem sucesso, o paciente mudaria para uma abordagem paliativa. Com a evolução de cuidados paliativos surgiu o 'modelo integrado', que defensores da diminuição da cura e do aumento das paliativas intervenções, dependendo da evolução da doença e as necessidades do paciente (MATSOUKA, 2018).

Atualmente o modelo mais recomendado modelo é o “cooperativo com intervenção em crise”, um modelo caracterizado por colaboração permanente e articulação entre medidas curativas e paliativas de o início da doença. O início precoce dos cuidados paliativos é cada vez mais defendido. Um estudo sobre a implementação precoce de cuidados paliativos identificou que isso pode melhorar a qualidade de vida e aumentar o grau de satisfação de pacientes com doença avançada e seus cuidadores (MATSOUKA, 2018).

Para testar o modelo de gerenciamento de caso (um modelo de atendimento que integre as necessidades do paciente de acordo com questões específicas de saúde em uma perspectiva holística) em cuidados paliativos, Rocha (2016) realizou um estudo que concluiu que o gerente de caso pode contribuir para uma maior colaboração eficiência entre diferentes profissionais em cuidados paliativos. Os resultados sugerem que este alivia alguns membros da equipe de organização de tarefas administrativas, o que permite uma maior dedicação ao paciente com melhor qualidade de atendimento.

No entanto, os cuidados prestados não dependem exclusivamente de iniciativa dos próprios profissionais, depende também sobre os recursos disponíveis.

3.2 Atuação profissional em cuidados paliativos

Os Cuidados Paliativos desenvolvem a atenção aos pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, buscando controlar ou amenizar os sintomas e sinais físicos, psicológicos e espirituais. Devido ao grande número de indivíduos com de processos oncológicos sem disponibilidade de tratamento curativo, os Cuidados Paliativos são de extrema importância para o atendimento integrado destes pacientes.

Os cuidados paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, na qual a equipe formada por uma diversidade de profissionais usa uma abordagem para resolver seus problemas.

Os cuidados paliativos devem ser implementados desde o momento do diagnóstico, uma vez que os conhecimentos e técnicas nesta área podem ajudar o doente ao longo da doença, quer no controle de sintomas, quer no apoio ao nível do sofrimento espiritual. A sua integração tem sucesso nos estádios iniciais da doença em pacientes com doenças complexas, tais como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, pois incluem a gestão de dor e sintomas e a comunicação sobre o sofrimento físico, emocional, psicológico e espiritual no contexto de doença grave. Quando apropriado, os cuidados paliativos podem também ajudar os pacientes cuja saúde tem um declínio rápido, ou quando estão a se aproximar do fim da vida. (FARIA, 2010).

A complexidade da doença e os fatores psicossociais associados complicações requerem uma abordagem multidisciplinar para melhor atender às necessidades dos pacientes em final de vida. Uma equipe de cuidados paliativos deve incluir basicamente um médico, uma enfermeira e uma equipe social trabalhador. A importância de outras categorias profissionais nos cuidados paliativos (como psicólogos e fisioterapeutas) é cada vez mais reconhecida. Na categoria médica, psiquiatria desempenha cada vez mais um papel relevante na gestão com problemas psicológicos de alta intensidade no final da vida (FARIA, 2010).

Segundo Matsouka (2018) em cuidados paliativos cuidar significa estar ao lado de pessoas com perda de vitalidade, com dor, depressão, perda de autonomia, tentando conhecer e respeitar seus valores espirituais e culturais, criando oportunidades para que

resolvam assuntos pendentes – principalmente com a família, e sendo “ponte” na relação com os médicos, por estar presente mais horas do dia junto ao paciente.

Para Cardoso (2018) nos cuidados paliativos a enfermagem deve prestar assistência ao paciente como um todo, um ser único, complexo e multidimensional (biológico, emocional, social e espiritual). O enfermeiro deve entender e realizar a comunicação verbal e não verbal para poder realizar um cuidado integral e humanizado. Entretanto, existe uma falta de habilidades da parte da maioria dos profissionais da enfermagem no que se refere à abordagem de comunicação com os pacientes que não tem mais possibilidade de cura.

No período contemporâneo, os cuidados paliativos na enfermagem vêm crescendo conforme o aumento do cuidado localizado nas pessoas da família, em decorrência de todos os esforços os pacientes ainda morrem, em que é importante salientar que todas as ações dos cuidados paliativos buscam interferir de forma positiva durante a vida até a morte (CARDOSO, 2018).

Neste cenário existe certa dificuldade em definir quais as necessidades para um paciente em estado terminal, pois há uma grande deficiência de informações acerca das mudanças das ações de enfermagem quando se trata de cuidados paliativos. São poucas as evidências científicas sobre esse tema, isso se deve a escassez de pesquisas e a variabilidade entre dados destes tipos de cuidados (CARDOSO, 2018).

Para Marcucci (2015) a comunicação é essencial para a satisfação dos pacientes e suas famílias quanto à qualidade do atendimento. Pode estabelecer uma relação de confiança, explorar expectativas e metas de atendimento, relatar doenças, ouvir e validar preocupações e necessidades de pacientes e proporcionar um espaço para conversas sobre a morte.

Dar más notícias é uma tarefa extremamente difícil. Mais que próprio conteúdo, a maneira como as informações são transmitidas pode ter repercussões na reação do paciente. É evidente de que o treinamento em comunicação para profissionais trabalhar com pacientes terminais tem um efeito benéfico sobre prática (MARCUCCI, 2015).

3.3 Perspectivas do paciente em cuidados paliativos

Para Faria (2010) Pacientes com doença avançada e limitação a vida experimentam grande sofrimento, um complexo estado negativo de mal-estar (corporal, afetivo, cognitivo, espiritual) sentindo-se ameaçados e destruídos na integridade ou

continuidade de sua existência, uma sensação de impotência para enfrentar essa ameaça e um esgotamento de seus interesses pessoais e recursos psicossociais. A pessoa com uma doença com risco de vida se sente totalmente com dor.

Ainda segundo Faria (2010) as principais fontes de sofrimento em pacientes em cuidados paliativos são sintomas mal controlados, perda de autonomia e dependência em outros, alterações na imagem corporal, perda de papéis sociais e *status*, comprometimento dos relacionamentos interpessoais, sentimentos de abandono, mudanças nas expectativas e planos futuros, e perda de dignidade e sentido da vida.

Segundo Lira (2016) na maioria dos casos, os pacientes paliativos apresentam graves limitações cognitivas que requerem apoio em necessidades básicas como: higiene, alimentação, dinheiro, medicamentos e mobilidade, contando com outros para atividades da vida diária, com crescente disfuncionalidade repercussões psicológicas.

A importância de concretizar os cuidados paliativos como uma estratégia de cuidado, é real uma vez que se trata de um direito para o paciente recebê-lo e um dever para a equipe de saúde em executá-lo. O doente terminal também conhecido como o doente sem cura recebe um tratamento sintomático. Esse tipo de pacientes pode durar alguns anos lutando pela vida como também pode morrer com poucos meses ou até em poucos dias, faz parte deste grupo os pacientes com Câncer que representam a maioria dos pacientes. Outras doenças foram acrescentadas a esse grupo pela OMS, a partir de 2002, como: doença de Alzheimer, doenças metabólicas, neuromotoras, HIV/AIDS, demências, casos de falência orgânica, insuficiência cardíaca, renal, hepática, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças congênitas e doenças degenerativas do sistema nervoso central como esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, etc

Winson et al (2011) afirma que os pacientes não recebem os cuidados que merecem por dois fatores relacionados à profissão médica, ou falhas que geralmente ocorrem no processo de formação desse tipo de profissional e não é corrigido no tempo da graduação, nem na especialização; que são: a ênfase excessiva nos recursos de cura e no combate à morte, sem que aja uma preparação científica e humanística para enfrentar o desenlace fatal como contingência natural do ser humano e também o uso da morfina excessivo causando dependência e degradação ao paciente.

Para Winson et al. (2011) assim o correto é compreender e aceitar a morte com naturalidade e fazer todo o possível para torná-la digna e confortável para o paciente. A evolução natural dos pacientes que não tem a possibilidade de cura é a morte; e tanto o pacientes como os seus familiares devem ser preparados para a chegada desse

acontecimento. A cultura ocidental tem a mania de festejar a vida e negar a morte, só que as duas fazem parte do processo da vida, entretanto, elas não foram passadas da mesma forma para a população.

No cenário brasileiro, o modelo de cuidados paliativos teve início na década de 80, nesse período o modelo da saúde era caracterizado pela modalidade hospitalocêntrica, curativa, em que o paciente era fragmentado pela atenção que na época não era integrada entre as especialidades, apesar de ainda hoje não existir muito essa integralidade entre as classes profissionais (WINSON et al 2011).

Em 1983 foi criada a primeira unidade de Cuidados Paliativos no Rio Grande do Sul, sendo criada na década de 86 uma unidade em São Paulo, junto com foi criado o Programa de Atendimento aos clientes fora de possibilidades Terapêuticas Atuais (Pro-FPTA) no Hospital do Câncer II/ INCA no Rio de Janeiro, em 89 foi criada em Santa Catarina uma Unidade de Cuidados Paliativos. Outro grande marco foi a inauguração da Hospedaria de Cuidados Especiais do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo no ano de 2004. (WINSON, 2011).

Devido à importância dessa prática humanizada, em 2003, o Hospital São Judas Tadeu local em que o Hospital de Câncer de Barretos iniciou suas atividades em 1967, transformou-se em uma unidade exclusivamente dedicada aos pacientes em Cuidados Paliativos.

Para Marcucci (2015) o cuidado paliativo tem uma tarefa difícil, complicada e desafiadora com intuito de oferecer os cuidados necessários em relação ao fim da vida, esse cuidado busca melhorar a QV dos pacientes em estado terminal e de seus familiares, em que esses cuidados paliativos têm o objetivo de precaver e suavizar o sofrimento com ênfase terapêutica para a QV.

Cuidados paliativos giram na realidade em torno de um atendimento mais humanizado, com a interação de equipe, familiares e do próprio cliente já que a participação deste é de fundamental importância para o sucesso de qualquer tratamento.

Em outro estudo, os pacientes relataram que, diferentemente da simpatia, empatia e compaixão foram consideradas benéficas por pacientes, sendo a compaixão a abordagem preferida. Dois estudos em uma unidade de terapia intensiva também enfatizaram a importância de uma comunicação eficaz com a família em reduzindo os sintomas psicológicos do paciente e os família. (FARIA, 2010).

Os Cuidados Paliativos trabalham como um meio de cuidar do paciente que precisa de assistência, porém não tem mais a perspectiva da cura. Esses pacientes têm o

direito de ter uma vida digna e respeitada e a ter uma assistência e todos os cuidados necessários durante o tempo que ainda tem de vida não só pelos enfermeiros como também pelos demais profissionais da área da saúde.

Segundo Elizabeth (2012) a reabilitação psicossocial pode ser entendida como, processo abrangente e contínuo que fornece indivíduos com deficiência devido à doença mental a oportunidade atingir o maior potencial de funcionamento possível (no hospital e / ou comunidade).

É realizado através de um conjunto procedimentos e um sistema residencial e profissional apoio, buscando retribuir e desenvolver os instrumentos e habilidades sociais necessárias à autonomia e qualidade de vida - numa atitude global de empoderamento, autodeterminação e recuperação.

Portanto, a reabilitação psicossocial pode ter um papel na saúde mental e bem-estar de pacientes submetidos a tratamento paliativo cuidados, contribuindo para minimizar os sintomas, apoiar nas atividades da vida diária, a melhoria da qualidade de vida e a preparação para a morte.

As necessidades de uma pessoa que sofre de uma doença grave de doenças irreversíveis são multidimensionais e incluem aspectos físicos, aspectos psicológicos, sociais e espirituais. A doença crônica e avançada é complexa e frequentemente multissintomático (ELIZABETH, 2012).

Segundo Matcouka (2018) sintomas psicológicos são frequentes em cuidados paliativos, mas geralmente são subdiagnosticados. É comum assumir que depressão e ansiedade representam um problema natural e reação compreensível a uma doença incurável, que pode retardar ou mesmo impedir seu tratamento adequado. Depressão e ansiedade são as doenças psiquiátricas mais comuns comorbidades em cuidados paliativos. O desejo do doente terminal de morrer tem sido associado a depressão e ansiedade, mas nem todos os pacientes que expressam isso o desejo realmente tem um distúrbio psiquiátrico.

Para Faria (2010) os sintomas psicológicos podem influenciar os sintomas físicos. Um estudo da relação entre depressão e a carga de sintomas físicos descobriu que depressão estava significativamente relacionada ao número e gravidade dos sintomas físicos. O apoio social é outro fator que influencia a qualidade de vida em pacientes elegíveis para cuidados paliativos. Aproximadamente 77% dos cuidadores de pacientes com doença avançada e doença terminal admitida em cuidados paliativos também relataram sofrimento significativo.

Nos cuidados paliativos, a mais utilizada escala de avaliação de sintomas é o sintoma de Edmonton Sistema de Avaliação (ESAS). A revisão mais recente A versão do ESAS compreende oito sintomas (dor, fadiga, dispneia, náusea, apetite, sonolência, depressão, ansiedade) e uma pergunta geral sobre bem-estar (ELIZABETH, 2012).

Segundo Senthil (2010) a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associado a dano tecidual, real ou potencial. A prevalência de dor no último ano de vida é de 80 a 90% em pacientes com câncer e 60-70% em outras doenças terminais. A dor é frequentemente subestimada devido às dificuldades de medição objetiva. Contudo, a dor leva a problemas físicos e sofrimento mental de um ser humano que afeta suas decisões. Pacientes com câncer que experimentam dor são duas vezes mais propensas a ter uma complicação psiquiátrica. Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes em pessoas com dor são distúrbios de ajuste com humor depressivo ou misto (69%) e depressão maior (15%).

No estudo de Lira (2016) com cuidadores informais dos pacientes com câncer em estágio avançado, quase 52% dos participantes tiveram pelo menos um distúrbio psiquiátrico, com ansiedade sendo a condição mais prevalente. Cerca de 20% dos cuidadores desenvolvem luto complicado, uma síndrome que inclui pensamentos recorrentes e reações emocionais exacerbadas em relação ao falecido.

Fatores de risco de longo prazo para luto complicado é uma relação conjugal com o paciente, a forte dependência do paciente nos cuidados, mau funcionamento da família e baixos níveis de otimismo. Esposas e pais manifestam mais sintomatologia psiquiátrica do que outros familiares. Finalmente, pacientes, famílias e cuidadores têm necessidades espirituais. (LIRA, 2016)

A espiritualidade é um complexo, abrangente, multidimensional, perspectiva pessoal sistêmica e integradora do ser humano experiência, que através de processos de questionamento, reflexão, contemplação, meditação ou oração, parece possíveis significados e propósitos da vida, sentimentos de conexão e paz interior. A espiritualidade também reduziu angústia para pacientes e cuidadores, aqueles que acreditam na vida após a morte têm níveis mais baixos angústia, ansiedade e depressão e desespero, uma vez que ver a vida como um ritual de passagem (LIRA, 2016).

3.4 Morte em domicílio

No estudo de Maciel(2012) caracteriza-se por atividade destinada a pacientes portadores de doença avançada, em progressão, e com necessidade contínua de monitoramento de sintomas e aplicação de um plano de cuidados previamente estabelecido. A permanência do doente em sua residência e ao lado de sua família e, na maioria dos casos, a condição ideal que assegura a melhor qualidade de vida para o paciente.

Após a elaboração do Plano de Cuidados de forma individualizada por ambulatório ou unidade especializada em Cuidados Paliativos, as visitas domiciliares podem ser realizadas por médicos ou enfermeiros treinados e atentos as especificidades dos Cuidados Paliativos. Idealmente, o atendimento deve ser realizado pela equipe de atenção primária mais próxima de sua residência, em consonância e em contínua troca de informações com a equipe especializada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como exposto anteriormente os cuidados paliativos são o conjunto de ações multiprofissionais tendo o objetivo de controlar os sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, o que passa pela cabeça do homem com a ideia de uma morte próxima, a equipe multiprofissional abraça ainda a família, pois ela também compartilha do sofrimento do paciente.

A equipe multiprofissional é composta em: biológico, psicológico, espiritual e social. No quesito biológico estão os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais; no psicológico estão o psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatria; no espiritual fazem parte o padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes e por fim o lado social que tem o assistente social e os voluntários.

A maioria dos pacientes em cuidados paliativos tem algum grau de psicossocial incapacidade, manifestando uma redução total ou parcial da pessoa capacidade de realizar atividades da vida diária no ambiente social, familiar e contextos profissionais. O grau de incapacidade é variável, mas a gravidade tende a aumentar à medida que o fim da vida se aproxima.

Essa disfuncionalidade coloca pessoas com doença avançada em uma situação de desvantagem e dependência. Física deterioração tem repercussões psicológicas significativas que afetam a qualidade de vida de uma pessoa.

Pacientes são seres humanos com problemas físicos, psicológicos, necessidades sociais e espirituais. A reabilitação psicossocial como processo de desenvolvimento das habilidades psíquicas remanescentes e novas habilidades para o autocuidado, atividades da vida diária, interpessoais relacionamentos, integração social e profissional e participação comunitária pode ter um papel nos pacientes em cuidado paliativo.

Finalmente, intervenções psicossociais integradas, direcionadas em relação aos pacientes e suas famílias, poderia permitir a redução do sofrimento, apoiar as atividades básicas da vida diária, proporcionar uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar, e ajuda na preparação para uma morte com dignidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Beatriz. Cuidados Paliativos na Gerontologia: **Cuidados Paliativos, Idosos, Necessidade Humana**, Sao Paulo, 29 set. 2017.

COELHO, Maria Emidia de Melo; FERREIRA, Amauri Carlos. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. **Artigos de Pesquisa**, Belo Horizonte, 2015.

CARDOSO, Fatima Spence; MERTZ Danielle Shirley. **Análise global de câncer de mama metastático**, Escola Europeia de Oncologia e Unidade de mama, 2018.

ELIZABETH, Reed. **Qualidade de vida e experiência do cuidado em mulheres com câncer de mama metastático**. 04 de abril de 2012.

ELIAS, V. **Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud**. Revista da SBPH. Rio de Janeiro, 2008.

FARIA, Lina. **As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, jul. 2010.

FRATEZI, Flavia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Temas Livres FreeThemes**, Sao Paulo. 22 nov. 2009.

LIRA, NG, Barros MFA, Carvalho AGC, Araújo MGR, Lucena NMG. Análise de técnicas fisioterapêuticas utilizadas em pacientes submetidas à mastectomia: uma revisão integrativa. **ConScientiae Saúde** (Publicação científica de Ciências da Saúde), v.15, n.2, p.304-311, 2016.

Maciel MGS. Organizacao de servicos de Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.

MATSUOKA, Junji. Kunitomi, Toshiki. Nishizaki, Masahiko. Takayuki, Iwamoto. Katayama, Hideki. Planejamento da assistência avanço no câncer de mama metastático, **Chin Clin Oncol**, 2018.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer (Physiotherapy on palliative care with cancer patients). **Revista Brasileira de Cancerologia** 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Secretaria de Atenção à Saúde, portaria nº 1.008, de 30 de setembro de 2015**, aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama.

NUNES, Maria Ines; FERRATI, Renata Eloah de Lucena; SANTOS, Mariza dos. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OLIVEIRA, wagner; MOURA, M. D. Psicanálise e Hospital-3: **Um tempo inesperado:** Tempo e morte da urgência ao ato analítico. Rio de Janeiro: Revinter, 2003

ROCHA, Lidiana Simões Marques. Cunha, Alessandra. **O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos**, JCBS, 2016.

SENTHIL, P Kumar, Anand Jim, Fisioterapia em Cuidados Paliativos: Do Controle de Sintomas à Qualidade de Vida: Uma Revisão Crítica_ **Indian J Palliat Care**, set-dez. 2010.

Anexo 01 ESCALA DE PPS (Performance Paliativista)

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos 1ª edição pág.: 39

Tabela 4 – Escala de <i>performance</i> paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos 1ª edição pag:41

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS		
Data: _____ Preenchido por: _____		
Por favor circule o nº. que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).		
Sem Dor	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior dor possível
Sem Cansaço	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior cansaço possível
Sem Náusea	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior náusea possível
Sem Depressão	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior depressão possível
Sem Ansiedade	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior ansiedade possível
Sem Sonolência	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior sonolência possível
Muito Bom Apetite	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior apetite possível
Sem Falta de Ar	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem estar	= 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 =	Pior sensação de bem estar possível

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003.
Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.