

## A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos<sup>1</sup>

*Thais Delmonte de Baère, Andréa Mathes Faustino e Alexandre Franco Miranda*

**Resumo:** O crescimento do número de idosos no Brasil e a ascensão do modelo biopsicossocial aumenta a importância de perceber o paciente de forma integral e individualizada, debatendo em equipe a melhor forma de promover sua qualidade de vida mesmo no processo que antecede sua morte. A prática interdisciplinar torna o trabalho da equipe completo, beneficiando o paciente e seus familiares que passam pelo processo de luto. O presente trabalho tem como objetivo, por meio de uma revisão bibliográfica, abordar a importância da interdisciplinaridade da equipe de saúde na assistência a pacientes idosos que se encontram sob cuidados paliativos. Foram utilizadas bases de dados *online* LILACS, SciELO, revistas eletrônicas de saúde, teses de mestrado e doutorado, sendo selecionadas 74 referências, publicados no período de 2006 a 2016, que abordaram os cuidados paliativos. A necessidade da integração profissional entre seus saberes clínicos, técnicos, educacionais; valores éticos, humanos e psicológicos são fundamentais para uma digna assistência ao idoso e seus familiares. Observou-se a necessidade de capacitação profissional sobre os cuidados paliativos em idosos e que o principal foco nesse tipo de abordagem é o estabelecimento da dignidade e autonomia perante o tratamento que visa a promoção da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Saúde do idoso; Envelhecimento; Humanização da assistência; Interdisciplinaridade.

**Abstract:** The increase in the number of elderly people in Brazil and the rise of the biopsychosocial model increases the importance of perceiving the patient in an integral and individualized way, debating as a team the best way to promote their quality of life even in the process that precedes their death. Interdisciplinary practice makes the full team work, benefiting the patient and their families that go through the mourning process. The present manuscript aims, through a bibliographical review, to approach the importance of the interdisciplinarity of the health team in the care of elderly patients who are under palliative care. The databases LILACS, SciELO, online health journals and master's and doctoral theses were used. In total, 74 references based on palliative care theme were selected, published from 2006 to 2016. The need for Professional integration between their clinical, technical and educational knowledge, ethical, human and psychological values are fundamental for a dignified assistance to the elderly and their families. In the studies evaluated, the need for professional training on palliative care in the elderly was observed, and that the main focus in this type of approach is the establishment of dignity and autonomy before the treatment that aims to promote the quality of life.

**Keywords:** Hospice care; Aging health; Elderly; Humane assistance; Interdisciplinarity.

<sup>1</sup> Artigo científico apresentado pela Psicóloga Thais Delmonte de Baère como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso – Universidade de Brasília (UnB), abril de 2017.

## Introdução

O envelhecimento ocorre de forma natural, irreversível e se inicia assim que o indivíduo nasce, porém a forma como a pessoa irá atravessar esse processo depende dos determinantes sociais de saúde (DSS), que incluem fatores físicos, biológicos, psicológicos e culturais (BUSS e FILHO, 2007; VERAS, 2009; GEIB, 2012).



O aumento do número de idosos e da expectativa de vida no país é um fator determinante para crescimento da quantidade de pessoas com doenças neurodegenerativas, incapacidades funcionais e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, consideradas mais comuns, além do câncer (ALVES et. al., 2007; NASRI, 2008; BARRETO et al., 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 1961), a Gerontologia é o campo de estudo do envelhecimento e da velhice dedicado às questões não apenas biológicas, mas também, psicológicas, sociais, entre outras, a partir da visão de diversos profissionais da saúde.

A Gerontologia atua, de forma prática, na prevenção de patologias mais comuns aos idosos como as doenças cardiovasculares, derrames, hipertensão e câncer, na orientação e criação de ambientes que proporcionem uma boa qualidade de vida e na reabilitação de danos ao idoso de maneira geral. Realiza, também, intervenções em casos de doenças consideradas irreversíveis, ou seja, quando o paciente é encaminhado para o tratamento de cuidados paliativos (MINISTÉRIO da SAÚDE, Brasil, 2015; NASRI, 2008; GEIB, 2012).

O recebimento do diagnóstico de uma doença incurável não é fácil, por isso, o paciente e seus familiares devem buscar uma ressignificação da vida, ou seja, a procura de um novo sentido e visão de mundo (SELLI et. al., 2008; SILVEIRA e MAHFOUD, 2009; SILVA, 2015).

Após diversos anos de prática, sem a definição de um modelo específico, no ano de 2002 a OMS (Organização Mundial da Saúde) revisou e concluiu, por fim, a definição de Cuidados Paliativos. Consiste na assistência prestada ao paciente e seus familiares após o diagnóstico de uma doença que ameace o curso natural da vida. Tem como o objetivo a promoção da qualidade de vida e o alívio do sofrimento físico, social, psicológico e espiritual. É composta por diferentes profissionais da área da saúde que atuam de forma integrada (MACIEL, 2009; MATSUMOTO, 2012; SILVA, 2015).

A equipe de saúde que atua de forma integrada ajuda no planejamento e nas condutas que orientam os pacientes e seus familiares sobre os cuidados, minimizando o sofrimento através do controle e alívio da dor e demais sintomas. É importante ressaltar que o tratamento em cuidados paliativos não se restringe ao paciente, o cuidado com a família é um dos critérios relevantes para que a terapêutica se realize com eficácia e a interdisciplinaridade assume um papel fundamental nesse tratamento (AMORIM e GATTÁS, 2007; SILVA e SUDIGURSK, 2008; OLIVEIRA et. al., 2011).



O conceito de interdisciplinaridade não está bem esclarecido para a equipe de saúde, o que dificulta a prática e a clareza de que se trata tal modelo. Diferente da multidisciplinaridade que consiste apenas em trocas de informações, se espera da equipe interdisciplinar a junção de conceitos para construir de forma unificada reflexões, discussões e práticas (AMORIM e GATTÁS, 2007; COSTA, 2007; OLIVEIRA et al., 2011).

O atendimento em Cuidados Paliativos deve ser realizado por uma equipe multi e interdisciplinar de maneira humanizada e personalizada. O seu foco não é a cura da doença, mas sim, o cuidado da pessoa de forma integral. Portanto, é importante que os nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, assistentes sociais, entre outros profissionais da saúde, estejam em sintonia em relação ao tratamento (SAAR e TREVISAN, 2007; ANCP, 2012; SILVA, 2015).

Uma das maiores dificuldades enfrentadas no âmbito da saúde é que a maioria das instituições ainda se pauta no modelo biomédico tradicional, reduzindo o paciente à patologia que ele apresenta e esquivando-se do ser humano de forma absoluta e integral, excluindo assim, o cuidado biopsicossocial (MARCO, 2006; MOTTA e AGUIAR, 2007; AMORIM e GATTÁS, 2007).

O tema foi escolhido em decorrência da importância da prática interdisciplinar e, conseqüentemente, humanizada para promoção da qualidade de vida dos idosos que estão no fim da vida e dos seus familiares que estão passando pelo difícil momento que antecede à morte de um ente querido. O cuidar de forma integrada e biopsicossocial tem benefícios relevantes para o paciente que deve ser atuante no seu tratamento e protagonista da própria vida.

Trata-se de um estudo bibliográfico e foram utilizadas as bases de dados *online* LILACS, SciELO, revistas eletrônicas de saúde, teses de mestrado e doutorado dentre o período de 2006 a 2016 em que foram abordados os cuidados paliativos. Tem como objetivo abordar a importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos na pessoa idosa.

### **Revisão de Literatura e Discussão**

Diferente do que muitos pensam o cuidado com a boa morte não é uma prática recente. Alguns estudiosos relatam que esse movimento deu início na Idade Média com a criação dos *hospices*. Apesar de algumas controvérsias em relação à fundação do primeiro *hospice*, o movimento foi iniciado a partir da criação do *St. Christopher's Hospice*, fundado por Cicely Saunders em 1967 (SILVA e SUDIGURSK, 2008; FLORIANI, 2009; SILVA, 2015).

A grande ampliação do cuidado com pacientes no fim da vida pode ser considerado mérito de Cicely Saundres (1919-2005) que além de ter uma visão teórica ampla do assunto, sempre cuidou de seus pacientes de forma carinhosa e humanizada. Outra questão fundamental era o olhar multidisciplinar que tinha para os pacientes, afinal, ela foi enfermeira, assistente social e médica (MACIEL, 2008; FLORIANI, 2009; MATSUMOTO, 2012).

Os antigos *hospices* tinham como foco o consolo e conforto espiritual, já que sua equipe era quase toda composta por voluntárias cristãs. Havia pouco envolvimento médico e os cuidados físicos eram atribuições da área de enfermagem (FLORIANI, 2009; FLORIANI e SCHRAMM, 2010; SILVA, 2015).

Não há relatos consistentes sobre os primeiros *hospices* no Brasil, porém, segundo vários autores, o surgimento foi no Rio de Janeiro na década de 40. O “Asilo da Penha” foi criado para assistir os pacientes de baixa renda portadores de câncer avançado que não conseguiam vaga nos hospitais do governo (FLORIANI e SCHRAMM, 2010; SILVA, 2015).

Uma dúvida recorrente entre os poucos entendidos no assunto é a origem do termo Cuidados Paliativos. A palavra “paliativa” deriva do latim *pallium* que era o manto usado pelos peregrinos em suas viagens, o que leva a uma ideia de proteção e acolhimento. Diferente do que se pensa, o paciente que está em Cuidados Paliativos não foi abandonado pela equipe, ao contrário disso, está recebendo cuidado e tratamento do seu sofrimento evitável, tendo suas vontades realizadas e dignidade respeitada até o fim da vida (SILVA e SUDIGURSK, 2008; FLORIANI, 2009; SILVA, 2015).

Atualmente, o foco da equipe de saúde e dos hospitais é a cura da doença, o que faz com que a ideia de morte seja vista como um fracasso, e a vida deva ser prolongada a qualquer custo. Portanto, o cuidar fica ocultado pela obstinação de curar (HOHENDORFF e MELO, 2009; KÓVACS, 2010; MARREIRO, 2013).

Cuidado paliativo não é uma alternativa de tratamento, e sim uma parte complementar e vital de todo acompanhamento do paciente. (DAME CICELY SAUNDERS, 1967).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (2006)

Envelhecer é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente.

*Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, 2006.

Apesar de o envelhecimento ser uma fase natural, é preciso pontuar que há uma grande heterogeneidade dos processos de envelhecimento. A forma saudável de atingir a terceira idade, na qual o atraso das funções é gradual, é chamada de senescência. É aquele envelhecimento no qual o idoso tem uma boa qualidade de vida de acordo com as limitações já esperadas da sua idade. Por outro lado, há a forma patológica de se envelhecer, chamada senilidade e como o indivíduo irá adoecer depende dos determinantes sociais de saúde, incluindo a forma como ele enfrenta as adversidades ao longo de sua vida (LEBRÃO, 2007; SILVA et. al., 2007; CIOSAK et. al., 2011).

Segundo a Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), regida pelo World Health Organization (WHO, 2005), a capacidade funcional do idoso é definida pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de atividades da vida cotidiana. O comprometimento da independência do indivíduo consiste na alteração das estruturas ou funções psicológicas e/ou fisiológicas. Ou seja, a incapacidade funcional é a limitação de alguma habilidade que resulta no impedimento de realizar atividades comuns do dia a dia (CAMARA al., 2008; NOGUEIRA et. al., 2010; LOURENÇO et. al., 2012).

O idoso que sofre de alguma incapacidade funcional perde sua independência necessitando do auxílio de um cuidador para realizar atividades básicas como se alimentar ou tomar banho. É importante ressaltar que mesmo com a perda da independência é válido que se mantenha a autonomia de ação, discurso e pensamento do indivíduo, permitindo com que ele tome decisões e consiga ser protagonista de sua vida (SANTOS et. al., 2006; CAMARA et.al., 2008; PROCHET e SILVA, 2011).

Tendo em vista que o idoso, no momento que deve se preparar para a finitude da vida, demanda de cuidados de diferentes áreas, torna-se necessária a harmonia e reciprocidade entre os profissionais de saúde, ou seja, que eles trabalhem de forma interdisciplinar. Para que uma equipe atue de tal forma, ela deve usufruir os saberes do outro e perceber que as especialidades de cada membro se complementam (AMORIM e GATTÁS, 2007; MATOS et. al., 2009; SILVA e ARRAIS, 2015).

A efetiva participação dos profissionais da saúde que atuam nos Cuidados Paliativos e como se relacionam, irão proporcionar ao idoso frágil e seus familiares uma assistência em saúde física e psicológica diferenciada e baseada no conhecimento técnico, clínico, ético e da humanização (MATOS, et.al., 2009; OLIVEIRA et. al. 2010).

O papel exclusivo do médico que atua com pacientes em cuidados paliativos está no diagnóstico clínico. É o médico que define o prognóstico, é possuidor do saber sobre a evolução esperada da doença e do melhor tratamento para tal, deve ter como foco o alívio dos sintomas físicos que causam desconforto ao paciente. Devido às imposições históricas e culturais, os médicos vêm desempenhando um cargo de comando da equipe, porém, em diversas ocasiões a participação, responsabilidade e a liderança devem ser determinadas pelo tipo de problema a ser solucionado (PINHO, 2006; MACHADO et. al., 2007; OLIVEIRA e SILVA, 2010).

As informações dadas aos familiares sobre o estado de saúde do paciente provêm do médico, portanto, ele coordena a comunicação entre a equipe de saúde, familiares e pacientes. É de extrema importância que as informações sejam repassadas para toda a equipe, para que a assistência interdisciplinar seja realizada em consonância. O médico tem papel ativo e facilitador na minimização do sofrimento do paciente e seus familiares (PINHO, 2006; FILHO et. al., 2008; CONSOLIM, 2009).

Assim como a formação em medicina, muitas escolas de enfermagem pregam o modelo biomédico e cartesiano com foco na cura. Mas, ao tratar um paciente que se encontra na fase final da vida, o foco do enfermeiro passa a ser o cuidado, mantendo seu trabalho centrado na pessoa e não nas tarefas práticas (MARCO, 2006; FIRMINO, 2009; SILMA e MOREIRA, 2010).

Uma das funções mais importantes do enfermeiro que cuida de um paciente em cuidados paliativos é a identificação das necessidades dos cuidados que os pacientes e familiares solicitam. Demanda não só uma aproximação física, mas também afetiva tanto com o paciente quanto com os familiares que o acompanham. As tarefas práticas consistem no controle da dor, hipodermóclise, curativos, manutenção do asseio, cuidados com a higiene geral do paciente, além de proporcionar conforto, facilitar a comunicação com familiares e equipe interdisciplinar de saúde (FIRMINO, 2009; SILMA e MOREIRA, 2010; MONTEIRO et al., 2010; OLIVEIRA e SILVA, 2010).

O trabalho do enfermeiro, no fim da vida de um paciente, é considerado muito importante, tanto que no ano de 2010 foi traduzido para português o catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) sobre cuidados paliativos para uma morte digna.

Assim como todos os profissionais de saúde, envolvidos com pacientes paliativos, o foco do dentista é promover a qualidade de vida da pessoa que está doente, e pode ser realizada por meio da prevenção de doenças bucais, manutenção preventiva, diagnósticos ou tratamentos. Vale ressaltar que o adoecimento bucal pode ocorrer por diversas razões como fatores sociais, culturais, psicológicos e físicos, portanto, o bom profissional deve ter uma visão integral do paciente e não tratar a patologia bucal de forma isolada (OLIVEIRA et. al., 2008; JALES e SIQUEIRA, 2009; GODOI et. al., 2009).

Além do impacto social e funções rotineiras que a boca exerce (fala, mastigação, deglutição, respiração), ela pode ser fonte de prazer ou de agonia no final na vida. A falta de tratamento e cuidado pode causar dores e prejuízos nutricionais, agravando o quadro de saúde do paciente (FERREIRA et. al., 2006; SIQUEIRA et. al., 2013; OLIVA e MIRANDA, 2015).

A condição que afeta com maior frequência as funções bucais é o câncer de boca e região de cabeça e pescoço. No entanto, partindo do pressuposto que o tratamento em cuidados paliativos é geral, torna-se de grande importância que o manejo da dor e a preservação da autoimagem do paciente seja considerada, tornando o papel do dentista fundamental para manter a dignidade da pessoa até o fim de sua vida. (FERREIRA et. al., 2006; JALES e SIQUEIRA, 2009; OLIVA e MIRANDA, 2015).

O principal foco das intervenções do cirurgião dentista nas atividades de cuidados paliativos é a eliminação, quando possível, de possíveis focos infecciosos, inflamatórios e da dor decorrente de problemas bucais, que possam interferir diretamente na saúde sistêmica e qualidade de vida do

paciente idoso fragilizado, a partir de planejamentos éticos, humanos e interdisciplinares (OLIVA e MIRANDA, 2015).

O papel do fonoaudiólogo na equipe de saúde especializada em cuidados paliativos está em ascensão após a percepção de que, para que um trabalho humanizado seja realizado, é necessário estimular o paciente a se comunicar, sentir-se seguro e aumentar seu conforto através do alívio de sintomas físicos e psicológicos (BILTON et. al., 2006; PINTO, 2009; CALHEIROS e ALBUQUERQUE, 2012).

A qualidade de vida do paciente é colocada a prova quando ele perde sua autonomia e satisfação. Para prevenir essas dificuldades, o profissional da fonoaudiologia, juntamente com outros profissionais da equipe, paciente e seus familiares buscam identificar o potencial do indivíduo dentro das restrições causadas pela doença (OLIVEIRA e SILVA, 2010; CALHEIROS e ALBUQUERQUE, 2012; WITTMANN-VIEIRA e GOLDIM, 2012).

Além do alívio de sintomas físicos, o fonoaudiólogo tem um papel fundamental na estimulação da comunicação do paciente, por meio da fala ou outra forma alternativa de reabilitação e comunicação. Apesar de o tratamento ser individualizado, de acordo com as demandas de cada paciente, há algumas técnicas para promoção de uma alimentação segura, avaliação e diminuição da disfagia. Esses procedimentos têm como objetivo minimizar o sofrimento e garantir uma boa qualidade de vida mesmo durante o processo de adoecimento (PADOVANI, 2007; PINTO, 2009; WITTMANN-VIEIRA e GOLDIM, 2012).

Juntamente com o fonoaudiólogo e toda a equipe interdisciplinar que presta assistência ao idoso em tratamento de cuidados paliativos, está o profissional da nutrição. A alimentação é percebida pelo paciente além das necessidades energéticas de seu corpo, ela envolve afeto, carinho, conforto e prazer, fatores importantes a serem considerados na atenção ao idoso sob cuidados paliativos (NASCIMENTO, 2009; SILVA et. al., 2009; CARVALHO et. al., 2011).

O tipo de nutrição ministrada é de acordo com as características singulares de cada paciente como seus aspectos éticos, psicológicos, sociais, religiosos, seus hábitos e preferências. A terapia nutricional em cuidados paliativos tem como foco a promoção da qualidade de vida possibilitando meios e vias de alimentação, minimizando os efeitos adversos dos medicamentos, evitando possíveis transtornos como anorexia-caquexia, ajudando no controle de sintomas, preservando o peso, composição corporal e a ressignificação do alimento impedindo a perda de autonomia (CORRÊA e SHIBUYA, 2007; NASCIMENTO, 2009; BENARROZ et. al., 2009).

A preferência pela terapia nutricional em pacientes que enfrentam doenças sem possibilidade de cura é de se alimentar por via oral, para que possam ter o prazer de se alimentar e sentir o sabor dos alimentos, mas, no entanto, nem sempre é possível. Por isso, para determinar a melhor opção nutricional é preciso verificar 8 pontos: o quadro clínico que o paciente se encontra,

sintomas da doença que está enfrentando, expectativa de vida, estado nutricional, condição e aceitação da alimentação por via oral, quadro psicológico, integridade do trato intestinal e a necessidade de serviços especiais para o oferecimento da dieta. No cuidado com o paciente idoso é necessário perceber as transformações fisiológicas e morfológicas decorrentes do próprio envelhecimento (CORRÊA e SHIBUYA, 2007; NASCIMENTO, 2009; SILVA et. al., 2010).

O fisioterapeuta que trabalha com pacientes em cuidados paliativos não pode ser visto apenas como um executor de técnicas, ele se torna parte fundamental na ascensão da autonomia e autocuidado pelo paciente. Tendo em vista que há uma diminuição progressiva da funcionalidade ao longo do curso da doença, o profissional da fisioterapia tem como foco manter a dignidade e qualidade de vida dentro das limitações por ela impostas. (ANDRADE et. al., 2009; WITTMANN-VIEIRA e GOLDIM, 2012; ALVES e GIRÃO, 2013).

O trabalho do fisioterapeuta é baseado no grau de funcionalidade que o paciente se encontra, e consiste na promoção, prevenção, intervenção e habilitação em busca de um bem-estar não só físico, mas também psicológico, emocional e social. Busca-se o alívio do sofrimento e de sintomas estressantes, além de estimular, por meio de técnicas, o paciente a ser protagonista de sua própria vida. O fisioterapeuta auxilia e educa os familiares na assistência de posturas favoráveis que facilitem a respiração e funções fisiológicas, como a higienização pessoal e técnicas para evitar intercorrências como úlceras de pressão, edemas e dores (ANDRADE et. al., 2009; FLORENTINO et. al., 2012; ALVES e GIRÃO, 2013).

O terapeuta ocupacional (TO) é outro profissional de extrema importância dentro da equipe de cuidados paliativos, ele busca auxiliar na criação de possibilidades de facilitar ao paciente o desenvolvimento da sua autonomia, fortalecendo a vida ativa do paciente até a morte, além de acolher e proporcionar conforto social e emocional (CAVALCANTI et. al., 2007; OTHERO, 2009; BIGATÃO et. al., 2009).

Através da arte, expressões, atividades manuais, lazer, autocuidado e estímulos culturais e sociais, o TO procura minimizar o sofrimento gerado pela doença e pelo período de internação, focando nas experiências positivas e reforçando os pequenos ganhos. Promove a elaboração de questões psicológicas, sociais e espirituais, além de buscar o resgate das habilidades de cada paciente para estimulá-las. Cumpre a função de orientar os cuidadores no estímulo ao paciente de modo que ele seja um facilitador da autonomia, independência e atividades de vida diárias (AVDs), como também, auxiliar na comunicação entre a pirâmide paciente, família e equipe de saúde (OTHERO, 2009; OVANDO e COUTO, 2013).

O psicólogo é um profissional indispensável na equipe de cuidados paliativos, pois tem como função principal proporcionar estratégias de enfrentamento para maior aceitação do tratamento, elaboração da experiência de adoecimento, processo de morte e luto, além de auxiliar na busca de um novo significado

para vida visando a dignidade e bem-estar nos momentos que antecedem a morte (NUNES, 2009; PORTO e LUSTOSA, 2010; SILVA, 2015).

O psicólogo busca o resgate do tratamento à pessoa de forma integral e particularizada, desviando o foco da cura e do cuidado apenas físico e biológico. A dor, relatada por Cicely Saunders, favorece a necessidade de cuidar do paciente total, visando o psicológico, o social e o espiritual, validando o sentimento do paciente e de seus familiares, minimizando dúvidas, angústias e anseios, como também, facilitando a comunicação entre paciente, familiares e equipe (SAPETA, 2007; NUNES, 2009; PORTO e LUSTOSA, 2010).

No tratamento em cuidados paliativos não é apenas o paciente assistido que está doente, toda a família e rede de apoio faz parte da terapêutica. O familiar que vivencia o processo de morte de um ente querido passa pelo processo de luto e coloca à prova suas crenças e sua capacidade de cuidado. O vínculo com a família é essencial para uma boa morte, pois além de sofrer com o diagnóstico, muitas vezes, cumpre o papel de cuidador principal nessa fase (INOCENTI et. al., 2009; SANCHES et. al., 2010; FERREIRA et. al., 2012).

O papel do psicólogo é permitir que o paciente tenha dignidade e qualidade de vida, nos últimos momentos de sua vida, e que esteja preparado para sua morte. É mostrar para esse indivíduo que valeu a pena ter vivido e que, mesmo sem expectativa de cura física, ele pode ter cura psicológica, social e espiritual (KRUSE et. al., 2007; NUNES, 2009; WITTMANN-VIEIRA e GOLDIM, 2012).

Diante das dificuldades existentes nas relações profissionais, no que se refere aos cuidados paliativos, as ações interdisciplinares são fundamentais e extremamente necessárias. O conhecimento específico de cada ação e especialidade do profissional da saúde, por parte de toda a equipe, contribuem para uma assistência paliativa ao idoso diferenciada e humanizada (MACIEL, 2009; SILVA, 2015).

### **Considerações finais**



Observou-se que todos os profissionais da saúde que promovem a assistência a idosos sob cuidados paliativos têm como principal foco a promoção da qualidade de vida, buscando sempre manter a autonomia e individualidade dos pacientes de forma que tenham um papel ativo em seu próprio tratamento.

Diante de cada especialidade e formação do profissional da saúde em cuidados paliativos, a correta comunicação, planejamento e intervenções clínicas e psicológicas, a partir de estratégias interdisciplinares e gerontológicas, são benéficas para todas as partes envolvidas no tratamento, a destacar os pacientes idosos e familiares.

Com o aumento da expectativa de vida e o crescimento da população idosa no Brasil, faz-se necessária a discussão sobre a importância do cuidado de forma integral-sistêmico e individualizado a pacientes idosos que não apresentam a possibilidade de cura terapêutica.

## Referências

1. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-554.
3. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(1):123-133.
4. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-1930.
5. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008;6(Supl 1):S4-S6.
6. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*. 2015;18(1):325-339.
7. Selli L, Meneghel S, Junges JR, Vial EA. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2008;31(1):85-90.
8. Silveira M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estud Psicol*. 2008;25(4):567-576.
9. Silva GF. Cuidados Paliativos e subjetividade: ações educativas sobre a vida e o morrer. [Tese Doutorado]. Universidade de Brasília. 2015.
10. Maciel MGS. "Organização de serviços de Cuidados Paliativos". *Manual de Cuidados Paliativos*. ANCP. 2009:77-78.
11. Amorim S, Gattás ML. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2007;40(1):82-84.
12. Matsumoto DY, ABCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. "Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios." En ANCP, *Manual de Cuidados*. 2009:14-19".
13. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):504-508.
14. Oliveira ER, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(4):028-034.
15. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):363-372.
16. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*. 2007;5(8):107-124.

17. Ministério da Saúde. Brasil. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015.
18. Saar CRC, Trevisan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(1):106-112.
19. Marco MA. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Revista Brasileira de Educação Médica. 2006;30(1):60-72.
20. Floriani CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. [Tese de Doutorado]. 2009. Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz.
21. Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2010;17(1):165-180.
22. Kovacs MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O Mundo da Saúde. 2010;34(4):420-429.
23. Marreiro CL. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. Rev Bioét. 2013;21(2):308-317.
24. Hohendorff JV, Melo WV. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. Estud Pesqui Psicol. 2009;9(2):480-492.
25. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. 2006.
26. Ciosak SI, Braz E, Costa MFB, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, Rocha AC. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(2):1763-1768.
27. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007;4(17):135-140.
28. Silva EMM, Gallo AKG, Santos DM, Barão VAR, Freitas Júnior AC. Enfermidades do Paciente Idoso. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2007;7(1):83-88.
29. Camara FM, Gerez AG, Miranda MLJ e Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. Acta Fisiatr. 2008;15(4):249-262.
30. Lourenço TM, Nelanrdt MH, Kletemberg DE, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(2):176-185.
31. Nogueira S, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ e Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Rev Bras Fisioter. 2010;14(4):322-329.
32. Prochet TC, Silva MJP. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. Rev Rene. 2011;12(4):678-683.
33. Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):346-352.
34. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de

- organização do trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. 2009;62(6):863-869.
35. Silva AAN, Arrais AR. O luto complicado diante da finitude de idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde. Rev Kairós. 2015;18(2):247-264.
  36. Pinho MSG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciênc. Cogn. 2006;8:68-87.
  37. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. Centro Universitário São Camilo. 2007;1(1):34-42.
  38. Oliveira AC, Silva MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):212-217.
  39. Filho RCC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2008;20(1):88-92.
  40. Consolim L. O papel do médico na equipe. Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009;15(1):214-215.
  41. Firmino F. Papel do enfermeiro. Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009;15(1):216-217.
  42. Silma MM, Moreira MC. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. Rev Eletr Enf. 2010;12(3):483-490.
  43. Monteiro FF, Oliveira M, Vall J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. Rev Dor. 2010;11(3):242-248.
  44. Oliveira ET, Lima Junior JFL, Soares FNS, Maia ER. A odontologia social no contexto da promoção da saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2008;21(1):75-79.
  45. Jales SMC, Siqueira JTT. Papel do dentista na equipe de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. 2009;15(1):241-241.
  46. Godoi APT, Franceso AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. Revista de Odontologia da UNESP. 2009;38(2):105-109.
  47. Ferreira AAA, Pivezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(1):211-218.
  48. Siqueira JT, Jales S, Vilarim RCB. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em pacientes com câncer. 2009;2:12-33.
  49. Oliva A, Miranda AF. Cuidados Paliativos e odontogeriatrics: Breve comunicação. Rev Portal de Divulgação. 2015;44(5):63-69.
  50. Pinto AC. Papel do fonoaudiólogo na equipe. Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009;15(1):234-236.
  51. Bilton TL, Suzuki H, Soares LT, Venites JP. Fonoaudiologia em gerontologia. Tratado de geriatria e gerontologia. 2006:118-179.
  52. Calheiros A, Albuquerque CCL. A vivência da Fonoaudiologia na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2):94-98.

53. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):334-339.
54. Padovani AR et al. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) Dysphagia Risk Evaluation Protocol. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(3):199-205.
55. Nascimento AG. Papel da nutricionista na equipe. *Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos.* 2009:227-229.
56. Silva DA, Santos EA, Oliveira JR. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. *Mundo da Saúde.* 2009;33(3):358-364.
57. Carvalho MCVS, Luz MT, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(1):155-163.
58. Corrêa PH; Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(3):317-323.
59. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009;25(9):1875-1882.
60. Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Dor.* 2010;11(4):282-288.
61. Andrade BA, Sera CTN, Yasukawa SA. Papel do fisioterapeuta na equipe. *Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.* 2009:230-233.
62. Girão M, Alves S. Fisioterapia nos cuidados paliativos. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP.* 2013;5: 34-41.
63. Florentino DM, Sousa FRA, Maiworn AI, Carvalho ACA, Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.* 2012;11(2):50-57.
64. Cavalcanti A, Lopes RE, Galheigo SM. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.* 2007;15(1):347-353.
65. Othero MB. Papel do terapeuta ocupacional na equipe de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.* 2009:237p.
66. Bigatão MR, Mastropietro AP, De Carlo MMRP. Terapia ocupacional em oncologia—a experiência do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Otheroff B. Terapia ocupacional práticas em oncologia.* 2010:302-322.
67. Ovando LMK, Couto TV. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde.* 2010;34(2):176-182.
68. Nunes LV. O papel do psicólogo na equipe. *Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.* 2009:218-220.
69. Porto G, Lustosa MA. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da SBPH.* 2010;13(1):76-93.

70. Sapeta P. Dor total versus sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. *Revista Dor*. 2007;1(15):17-21.
71. Inocenti A, Rodrigues IG, Miasso AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(4):858-865.
72. Sanches KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(2):290-299.
73. Ferreira NMLA, De Souza CLB, Stuchi Z. Cuidados paliativos e família. *Revista de Ciências Médicas*. 2012;17(1):33-42.
74. Kruse MHL, Wittmann-Vieira R, Ambrosini L, Niemeyer F, Silva FP. Cuidados paliativos: uma experiência. *Revista HCPA*. 2007;27(2):69-73.

*Data de recebimento: 15/04/2017; Data de aceite: 08/06/2017*

---

**Thais Delmonte de Baère** - Psicóloga; Especialista em Terapia Clínica Cognitivo-Comportamental – Facibra; Especialista em Saúde do Idoso – UnB; [thaisbaerepsi@gmail.com](mailto:thaisbaerepsi@gmail.com)

**Andréa Mathes Faustino** - Enfermeira; Especialista em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica – UNIFESP, SP e Gerontologia – Gerontóloga Titulada – SBGG; Mestre em Enfermagem Fundamental – USP; Doutora em Ciências da Saúde – UnB; Docente no Departamento de Enfermagem – FS, UnB; Coordenadora da Liga Acadêmica de Gerontologia e Geriatria (LAGGUnB) – UnB e do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NEPTI) – CEAM; Coordenadora do curso de Especialização em Saúde do Idoso – UnB; [andreamathes@unb.br](mailto:andreamathes@unb.br)

**Alexandre Franco Miranda** - Cirurgião dentista; Doutor e Mestre em Ciências da Saúde – UnB; Especialista em Gerontologia – Gerontólogo titulado – SBGG; Coordenador e Docente das disciplinas de Odontogeriatrics, Pacientes Especiais e Odontologia Hospitalar – Universidade Católica de Brasília (UCB); Habilitação em Odontologia Hospitalar – CFO; Responsável pelo serviço de Odontologia Hospitalar e Intensiva (UTI) – Hospital do Coração do Brasil (HCB); Professor Associado do Mestrado em Gerontologia – UCB; [alexandref@ucb.br](mailto:alexandref@ucb.br) ; [alexandrefmiranda@hotmail.com](mailto:alexandrefmiranda@hotmail.com)