

A PERSPECTIVA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES GERIÁTRICOS.

Renata Esteves Frota¹
Isadora Duarte Carvalho Magalhães²
Maria Tainá Ramalho Sá Rocha³
Cristiane Falcão de Almeida⁴

Resumo: Introdução: os cuidados paliativos dispõem de uma equipe interdisciplinar para manter o foco na prevenção e no alívio do sofrimento tanto do paciente quanto dos familiares. Esses serviços podem ser ofertados na vigência de qualquer doença, independente do estágio da enfermidade (seja precoce ou tardio). Ainda que a finalidade dos cuidados paliativos seja igual tanto nos jovens, como nos idosos, é importante salientar que a atenção na avaliação médica vai ser direcionada de uma forma única para cada grupo etático devido às doenças frequentes em determinadas faixas etárias. Na população geriátrica, tais cuidados necessitam de um reconhecimento mais acertado de todos os sintomas, visto que há nesses indivíduos maior prevalência de um espectro de deficiências que confundem o diagnóstico. Por isso, avaliação para esses pacientes deve ser abrangente ao mesmo passo que detalhada e minuciosa. No Brasil, o serviço paliativo é considerado uma temática cronologicamente jovem e, conseqüentemente, pouco posto em prática em relação a real necessidade dessa população. **Objetivo:** apresentar uma revisão sistemática acerca dos cuidados paliativos nos idosos. **Materiais e métodos:** obtiveram-se dados nas Bases Digitais Scielo[®], PubMed[®] e UpToDate[®] sobre os cuidados paliativos

-
- 1 Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário Facisa - PB, restevesfrota@gmail.com;
 - 2 Graduando pelo Curso de Medicina do Centro Universitário Facisa - PB, isaduartecm@gmail.com;
 - 3 Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário Facisa - PB, taina_rocha26@hotmail.com;
 - 4 Mestranda em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - PB, cristiane.falcao@gmail.com;

no envelhecimento, compreendendo o período entre 2010 a 2020. **Principais resultados:** Os cuidados paliativos são uma prática importante para oferecer alívio aos pacientes terminais e familiares, a qual deve ser praticada e estimulada entre os profissionais e serviços de saúde. Deve ser feita com uma equipe multidisciplinar levando em conta a parte orgânica e espiritual. Há proximidade conceitual entre ortotanásia e cuidados paliativos, porém não são coincidentes.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Serviços de Saúde, Idoso Fragilizado.

The perspective of palliative care in the quality of life of geriatric patients.

Introduction: palliative care has an interdisciplinary team to maintain the focus on preventing and relieving the suffering of both the patient and family. These services can be offered in the presence of any disease, regardless of the stage of the disease (either early or late). Although the purpose of palliative care is the same for both young people and the elderly, it is important to note that the attention in medical evaluation will be directed in a unique way to each age group due to the frequent diseases in certain age groups. In the geriatric population, such care requires a more accurate recognition of all symptoms, since there is a higher prevalence of a spectrum of deficiencies in these individuals that confuse the diagnosis. Therefore, assessment for these patients must be comprehensive while being detailed and thorough. In Brazil, palliative care is considered a chronologically young theme and, consequently, little put into practice in relation to the real need of this population.

Objective: to present a systematic review about palliative care in the elderly.

Materials and methods: data were obtained from the Scielo®, PubMed® and UpToDate® Digital Bases on palliative care in aging, covering the period from 2010 to 2020. **Main results:** Palliative care is an important practice to offer relief to terminal patients and family members, which should be practiced and encouraged among health professionals and services. It must be done with a multidisciplinary team taking into account the organic and spiritual part. There is conceptual proximity between orthothanasia and palliative care, but they are not coincident.

Keywords: Palliative Care, Health Services, Frail Elderly.

Introdução

Os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ações que consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2002). Nessa modalidade de tratamento, o principal cuidado é com o diálogo, visto que deve ser feito com compaixão e com atenção aos mínimos detalhes para garantir autonomia ao paciente.

Uma visão geral da avaliação abrangente do paciente em cuidados paliativos resumida no conceito de “dor total”, introduzido por Dame Cicely Saunders - médica fundadora do reconhecido St Christopher’s Hospice, e suas ramificações clínicas, a adequação da avaliação das necessidades de cuidados paliativos e os componentes da avaliação paliativa abrangente (OKON; CHRISTENSEN, 2020). Isso se relaciona com a concepção da OMS, que prevê o cuidado integral do doente - que não aborda só os sintomas, mas também prioriza um atendimento individualizado de forma completa que preza pelos valores e preferências do paciente. Logo, uma comunicação consistente e sustentada entre o paciente e todos os envolvidos em seus cuidados é a base sólida para que se tenha o fornecimento do apoio psicossocial, espiritual e prático que os pacientes e seus familiares precisam. De acordo com a abordagem orientada para a família, os cuidados paliativos também se estendem ao período de luto da família.

Há uma defesa para cuidados paliativos que vai muito além do senso comum, não se deve limitá-lo a um serviço somente para o final da vida, mas, na verdade, eles devem ser instituídos em todas as fases da doença com o objetivo base de aliviar o sofrimento. Além disso, a autonomia e a independência - aspectos fundamentais quando se fala da reabilitação - são objetivos importantes na assistência em cuidados paliativos. Até mesmo antes da definição da OMS, Twycross (2000) já pontuava que o paciente deve ser ajudado a realizar seu potencial máximo com ênfase no fazer ao invés do ser atendido, proporcionando dignidade e autoestima. Os cuidados paliativos podem ser fornecidos juntamente com tratamentos curativos ou prolongadores da vida, embora tenha maior procura e acolhimento deste tipo de cuidado na etapa crítica da enfermidade. Assim, vê-se a definição de um zelo médico necessário

de forma integral e precoce, entretanto ainda é pouco instalado desde o início da doença.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) já considera os Cuidados paliativos como uma área de atuação e especialidade médica, inclusive com residências em alguns hospitais do país. Além disso, houve a inclusão, em algumas faculdades de medicina no Brasil, de uma cadeira com abordagem sobre esse tema, disseminando ainda mais o conhecimento para os futuros médicos.

Diante de uma maior necessidade de abordagem do assunto, até pela sua inserção recente na prática médica, ressalta-se como objetivo apresentar uma revisão sistemática acerca dos cuidados paliativos em pacientes idosos.

Metodologia

Utilizou-se como Descritores em Ciência de Saúde (DeCs): Cuidados Paliativos AND Serviços de Saúde para Idosos AND Idoso Fragilizado. Foram selecionados artigos nas bases de dados Scielo®, PubMed® e UpToDate®, analisados quanto ao título, ao tipo de estudo e ao ano, atentando para os critérios de inclusão de artigos disponíveis na íntegra, idioma português e inglês e publicados nos últimos 10 anos. Além disso, foram excluídos artigos cujos recortes metodológicos foram considerados distantes da proposta do presente estudo, incluindo todos aqueles que discorriam sobre o assunto de uma forma restrita, quer seja se limitando a ações de cuidados paliativos em determinadas idades e doenças específicas ou a atuação de apenas uma área profissional da saúde na aplicação destes cuidados.

Resultados e discussão

O maior propósito dos cuidados paliativos é justamente oferecer alívio do sofrimento ao paciente e aos seus parentes. Vale ressaltar que a emoção é sentida de forma única. Ainda em pacientes com o mesmo DNA, as expressões de sofrimento são diferentes. Então, a partir da perspectiva de um diagnóstico, as partes envolvidas começam a desensolver sentimentos perante o percurso do tratamento.

A assimilação de desconforto e carga de doença entre pacientes em cuidados paliativos é altamente individualizada. Dame Cicely Saunders, fundadora do moderno hospício e cuidados paliativos, aborda a complexidade do

sofrimento dessa população através do termo “dor total”. Esse conceito fornece uma estrutura definidora para a avaliação do paciente em cuidados paliativos, refere-se aos mecanismos e manifestações como: componentes físico, emocional, socioeconômico e espiritual (OKON; CHRISTENSEN, 2020).

É absolutamente comum que os paciente idosos apresentem mais de uma doença, até porque a idade é fator de risco para muitas delas. Existe uma máxima da urologia abordando a ideia de que os pacientes do sexo masculino, a medida que envelhecem, estão muito propensos ao desenvolvimento de câncer de próstata. Sendo assim, lidar com mais uma comorbidade não é fácil. Torna-se difícil, também, para os familiares, visto que, normalmente, os filhos precisam se dedicar para dar alicerce ao envelhecimento dos pais.

É sabido que os cuidados paliativos utilizam uma equipe interdisciplinar para se concentrar na prevenção e no alívio do sofrimento, independentemente da doença, estágio ou necessidade de outras terapias. Embora os objetivos dos cuidados paliativos em idosos sejam os mesmos dos indivíduos em outras faixas etárias, o espectro de sintomas em idosos difere um pouco do observado em pessoas mais jovens (O’NEILL, 2020). A terceira idade geralmente morrem de doenças crônicas (onde tem alta prevalência de sintomas) que são precedidas por longos períodos de declínio físico e comprometimento funcional (seja cognitivo, motor, visual ou auditivo), como demência, delirium, incontinência urinária e alta propensão a quedas.

Uma vantagem do serviço de cuidados paliativos é o acompanhamento próximo do paciente geriátrico, possibilitando uma triagem dos sintomas mais precisa e, conseqüentemente, uma abordagem útil para identificar necessidades desse paciente nesse serviço. Entretanto, é inegável que idosos com déficit cognitivo (quer seja por demência ou delirium) dificultam o reconhecimento de certos sintomas ou concomitância com outra patologia e, assim, complicam o manejo dos sintomas. Por isso, há um medo que nessa população haja uma subnotificação da dor, além de que frisam por uma supervisão médica ainda mais frequente para identificar e avaliar adequadamente a gravidade da dor nesses indivíduos.

Figura 1: Comportamentos comuns de dor em idosos com problemas cognitivos.

Comportamentos comuns da dor em idosos com problemas cognitivos

Expressões faciais
Leve carranca; rosto triste e assustado
Careta, testa enrugada, olhos fechados ou apertados
Qualquer expressão distorcida
Picando rapidamente
Verbalizações, vocalizações
Suspirando, gemendo, gemendo
Gururindo, cantando, chamando
Respiração barulhenta
Pedindo ajuda
Verbalmente abusivo
Movimentos corporais
Postura corporal rígida e tensa, protegendo
Inquietação
Maior ritmo, balanço
Movimento restrito
Alterações de marcha ou mobilidade
Mudanças nas interações interpessoais
Cuidados agressivos, combativos e resistentes
Interações sociais diminuídas
Socialmente inadequado, perturbador
Retrado
Mudanças nos padrões ou rotinas de atividades
Recusando comida, mudança de apetite
Aumento nos períodos de descanso
Sono, alterações no padrão de repouso
Cessaçao repentina de rotinas comuns
Maior vagueamento
Alterações do estado mental
Choro ou lágrimas
Maior confusão
Irritabilidade ou angústia

Alguns pacientes demonstram pouco ou nenhum comportamento específico associado à dor intensa.

Reproduzido de: Painel AGS sobre dor persistente em pessoas idosas. O manejo da dor persistente em idosos. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50 (6 Supl): S205. Copyright © 2002 Sociedade Americana de Geriatria. Recriado com permissão da American Geriatrics Society.

Fonte: Up to Date, 2020.

Segundo registros da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. O Brasil assiste a um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, grande maioria em unidades de terapia intensiva (UTI). Eis um quadro bem comum na fase de grande maturidade da vida (Pessini; Bertachini, 2006; ONU, 2012).

Figura 2: Critérios de indicação para cuidados paliativos em UTI.

Figura 2: Critérios de indicação para cuidados paliativos em UTI.

Admissão proveniente de Instituição de Longa permanência de paciente portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência)

Duas ou mais admissões na UTI na mesma internação

Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame

Falência de múltiplos órgãos

Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito

Câncer metastático

Encefalopatia anóxica

Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões

Fonte: Manual de cuidados paliativos, 2006.

Cada vez mais, é preciso dedicar atenção, paciência, respeito e dinheiro em busca de oferecer um processo final de vida confortável. As consequências da experiência da doença alcançam a todos em maior ou menor nível. É possível que algum parente mais próximo assuma a maior parte da responsabilidade, sobrecarregando-se muitas vezes. Logo, o indivíduo em maior contato com o paciente idoso e com as dificuldades advindas disso pode apresentar quadros de ansiedade, depressão, dentre outras doenças psiquiátricas, relevando que é imprescindível que a equipe de saúde forneça um atendimento humanizado a essas famílias com foco na escuta e na empatia.

A parte técnica da medicina não deve ser menosprezada. A anamnese, o exame físico, o conhecimento teórico acerca das doenças e da classe de medicações é fundamental para auxiliar nas condutas a partir de cada caso, sendo que a prática torna isso mais fácil e automático. “Há, todavia, uma tendência desses profissionais de restringir sua discussão aos aspectos meramente técnicos, seja na assistência à saúde, seja nas ações de saúde pública” (Rego; Palácios, 2006, p.1759). Os autores também relatam que a maioria das unidades hospitalares brasileiras não possui uma diretriz sobre como cuidar de seus pacientes que estejam com um quadro terminal, mas também não há informações sistematizadas sobre como esses últimos momentos são vividos, seja pelos pacientes, seja por seus familiares (ibidem, p.1757).

Nesse contexto, os cuidados paliativos possibilitam a suspensão de tratamentos desnecessários aos pacientes, ou seja, que não são capazes de mudar a história natural da doença com foco na mudança do sofrimento físico e psicológico, tornando-se uma espécie de suporte, visando a uma melhor qualidade

de vida. Assim, com uma abordagem holística, observando o paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, poderemos, respeitando seus desejos e suas necessidades, melhorar o curso da doença.

Ademais, já se considerou que tais zelos fossem melhor aproveitados em situações mais terminais em que as possibilidades terapêuticas estivessem esgotadas. Sabe-se que essa vertente não é mais coerente. Os cuidados paliativos são úteis em qualquer fase da doença desde o início até os estágios mais avançados. O simples fato do paciente idoso e de seus familiares poderem compartilhar as angústias e os medos traz conforto.

Enfatiza-se dessa forma que cuidado paliativo nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Essa relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do fazer e do não-fazer. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares nos ajudarão nas decisões.

Uma forma dos profissionais de saúde serem capazes de trazer mais conforto aos parentes, diante da possibilidade iminente de morte, é analisar o legado deixado pelo paciente, especialmente, os idosos. Os pacientes idosos apresentam uma longa trajetória de vida, podendo ter deixado vários ensinamentos a respeito de amor, de crescimento, de força, de sentido de vida, entre outros. Sendo assim, não é justo que tudo isso seja enterrado junto do corpo doente. Normalmente, o amor envolvido na relação possibilita alívio do processo de luto.

O luto está relacionado as experiências vividas a partir da morte de um ente querido ou qualquer membro da rede de suporte social com impacto em todas as áreas de influência humana. É importante avaliar as prováveis mudanças do humor e do padrão comportamental, como: dificuldade para concentrar-se, comportamento agressivo diante dos outros e de si mesmo, fadiga, perda na regulação do sono, da fome e de autocuidados.

Outra dimensão a ser ressaltada é a espiritual. Não se pode negar que a fé é capaz de modificar a mentalidade das pessoas perante as adversidades impostas pela vida. Por isso, é uma realidade que ganha um espaço, muitas vezes, nunca visto. Pode se apresentar de forma mais intensa, facilitando a compreensão do quadro. No entanto, é possível que haja outra concepção. Sendo

assim, o paciente sente-se abandonado pelo ser superior em um momento difícil e com muito sofrimento.

Essa sensação de abandono e de que suas “preces” não foram escutadas pelo ser superior são fortes potenciais para levar o paciente terminal em direção a uma patologia muito comum nessa realidade: a depressão. Tendo em vista isso propor um apoio espiritual por parte da equipe e/ou da família é algo que vem mostrando resultados positivos durante essa fase. O cuidado transpessoal tem a capacidade de ir além do orgânico e das necessidades humanas, por isso é importante perceber a sua relevância no cuidado paliativo, visando assim superar paradigmas que podem repercutir na terapêutica e na assistência. (MATOS; GUIMARÃES, 2019)

Diante de uma vasta diversidade da experiência individual de sofrimento, está incluso fatores não clínicos idiossincráticos- já citados, como o “pressentimento”, otimismo, intuição e fé (BOYD, 2010). Além do fornecimento de recomendações e grau de participação na tomada de decisões médicas (ROMO, 2017) e a localização dos cuidados paliativos ou local da morte (HOARE, 2015; GOMES, 2013) variam entre os indivíduos e podem evoluir ao longo do tempo, ressaltando o imperativo de que a avaliação paliativa seja rotineiramente abordada ao longo do tempo. Nesse último, estudo desenvolvido no Medicare Hospice Benefit dos Estados Unidos, indica que a preferência comum pelo conforto em casa está longe de ser universal, variando de 31 a 87% para o lar como local preferido de morte. Também enfatiza que os médicos devem ser cautelosos ao generalizar as necessidades de cuidados paliativos de um paciente para outro. Uma avaliação paliativa estruturada ajuda os médicos a identificar valores e crenças pessoais e a resolver conflitos incipientes sobre o prognóstico ou a intenção do tratamento.

Infelizmente nem sempre o paciente consegue ser mantido em casa ou junto da família, passando assim o estágio terminal em unidades de terapias intensivas. Atualmente muitas utis são humanizadas, permitindo acompanhantes e tornando o ambiente aparentemente menos hostil. Todavia é importante lembrar que o fato de estar em UTI não impossibilita a presença dos cuidados paliativos, eles podem e devem estar presentes. Por exemplo, para quadros de morte iminente, a equipe intensivista, deve ter a capacidade de analisar cada caso e ver quando é conveniente ou não permanecer com ações que só visam o prolongamento da vida, mesmo com sofrimento. O objetivo na verdade trazer alívio, para isso podemos lançar mão de drogas e tecnologias de

assistência presentes na UTI, como opioides para alívios da dor e VNI para dispneias.(FONSECA; MENDES JUNIOR; FONSECA, 2012)

Figura 3: Conhecimento médico sobre o que propor ao doente sem possibilidades de cura.

Resposta	Percentual
Cuidados paliativos	28,9%
Qualidade de vida	25,0%
Cuidar dos sintomas e/ou sofrimento	30,3%
Resposta inadequada	13,2%
Não respondeu	2,6%

* Classificação relativa à definição da OMS.

Fonte: (BRUGUGNOLLI, 2013)

Um dilema, diante de pacientes graves, é informar a gravidade do quadro clínico família e ao próprio paciente. Alguns acreditam que a verdade pode fazer que o paciente evolua mal, porque, na ausência de perspectiva de cura, é possível que ele perca as esperanças e até recuse alguns tipos de medidas paliativas, com o fito de evitar o sofrimento dele e dos parentes. No entanto, a verdade não mata. Evidente que haverá um momento de tristeza, mas vale ressaltar que falsas promessas de cura e ilusões farão ainda pior. Um paciente idoso frente uma enfermidade incurável pode se tornar uma forma de aproximar os familiares. Seria melhor, sem dúvida, que as famílias fossem unidas por vontade própria, porém é percebido, em hospitais, clínicas e até em situações de homecare, que as dificuldades enfrentadas abrem portas para uma maior união em busca de um objetivo em comum: tornar a vida do paciente a melhor possível. Uma boa justificativa para a verdade ser dita em todas as circunstâncias é dar a chance do idoso aproveitar o tempo de maneira consciente, assumindo um maior protagonismo.

A conversa transparente favorece uma melhor relação médico-paciente. Ela se torna mais difícil a medida que a doença avança. Torna-se, cada vez mais, delicado abordar as condições que o paciente espera morrer. Logo, o quanto antes seja exposto o caso, melhor vai ser para lidar com o futuro. Inclusive, cabe ressaltar que a vontade do paciente deve ser anotado no prontuário médico durante as conversas, bem como: decisões acerca do funeral e doação de órgãos.

É imprescindível perceber que os profissionais de saúde não devem absorver as dores dos enfermos, porque, sendo assim, a conduta vai estar comprometida. Diante de sentimentos, como o medo, é possível que o ser humano paralise. Isso pode ser justificado até por uma questão evolucionária. No início, os indivíduos ficavam expostos, em florestas, a animais de grande porte. Uma alternativa para evitar o conflito seria a paralisação, tornando-se uma maneira de proteção. Sendo assim, ao se tornar responsável de cuidar de pessoas com um alto grau de fragilidade a equipe de saúde pode se sentir coagida. Não é possível negar a pressão nesses casos. Diante disso, o ideal entrar no estado de compaixão. Assim, é possível ofertar ajuda.

Figura 4: Ações comunicativas no apoio ao familiar na terminalidade.

Ações comunicativas eficazes
Presença mais frequente.
Verbalização de disponibilidade, compaixão e pesar pela perda.
Perguntar o que ela precisa ou o que você pode fazer para ajudá-la naquele momento.
Respeitar crenças, rituais e expressão de sentimentos; se puder, participar junto.
Utilizar o toque afetivo.

Fonte: Manual de cuidados paliativos, 2006.

Nesse contexto, pode-se comparar o atendimento dado a esses pacientes com os vítimas de trauma no sentido de que, no ambiente extrahospitalar, o primeiro passo para iniciar o auxílio é verificar a cena. A partir disso, o profissional garante sua segurança e sua funcionalidade. Por isso, torna-se importante mensurar o envolvimento.

O melhor atendimento depende de características técnicas e mentais. Os profissionais de saúde devem estar cientes da condição da própria saúde mental. É válido destacar uma maior evidência das doenças psiquiátricas no contexto médico, como: depressão, ansiedade e síndrome de burnout. Uma das justificativas é a associação entre jornadas longas de trabalho e a pressão de cuidar da vida de um terceiro. É difícil lidar com uma conduta terapêutica errônea.

Nessa perspectiva, ainda é importante destacar as condições hostis, muitas vezes, encontradas nos ambientes de trabalho, especialmente, públicos, visto que a falta de equipamentos não é incomum. Além disso, uma grande demanda de pacientes associada a serviços com déficit na gestão. Nessa situação que os profissionais de saúde não podem interferir diretamente, uma saída

plausível para conforto da mente é humanizar as relações no ambiente de trabalho para que haja troca de experiências por exemplo.

É um grande desafio para os médicos e profissionais da saúde compreenderem que não há fracasso quando um paciente falece. O maior perigo desse exercício de avaliar tempo de sobrevivência de uma pessoa é determinar a “morte social” antes da morte física propriamente dita. Uma vez que se estabelece que um paciente tem uma expectativa de vida pequena, em dias ou semanas, corremos o risco de subestimar suas necessidades e negligenciar a possibilidade de conforto real dentro da avaliação do paciente e de sua família. O ponto crucial do fracasso reside na impossibilidade de ofertar qualidade de vida aos pacientes.

A verdade é que há necessidade de avaliação abrangente não apenas do paciente, mas também de seus familiares, cuidadores e ambiente, bem como um vínculo introspectivo próximo e contínuo por parte do médico. Isso são as fontes interpessoais de sofrimento, evidenciadas no: luto por parte da família, apego do cuidador e relação médico-paciente mais forte. Essa última, inadvertidamente associada ao surgimento de luto e insegurança por parte do clínico, pode afetar as decisões terapêuticas e o bem-estar do paciente, da família e do próprio clínico, levando a uma menor acurácia prognóstica do enfermo.

As decisões terapêuticas no cenário de pacientes terminais é um tema circundado por muita polêmica, seja no meio social ou jurídico, e devido a isso muitos profissionais ainda sentem receio ao tratar sobre o assunto cuidados paliativos, por acharem que podem ser confundidos com praticantes de eutanásia (HERMES, 2013).

Tal receio se dá pelo vasto debate bioético sobre as práticas de eutanásia, distanásia e ortotanásia. A primeira é definida como a prática de abreviar a vida, buscando aliviar sofrimento para os pacientes, a segunda seria o prolongamento do processo da morte, com medidas terapêuticas que só prolongam a vida biológica. Já a ortotanásia vem com a proposta mais compatível e muitas vezes em parceria com os cuidados paliativos, na qual há também a preocupação com uma morte sem sofrimento, mas dispensa sua antecipação ou o uso de métodos desproporcionais de prolongamento da vida. (FELIX, 2013)

Os Cuidados paliativos não são focados na morte, mas sim no conforto e no alívio durante o percurso que o paciente percorre, desta forma há uma proximidade em sua definição com a ortotanásia, mas não são coincidentes. O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, chamada resolução da ortotanásia, ao

garantir que seja ofertado cuidados necessários ao alívio dos sintomas de dor e sofrimento, visando uma assistência integral, ratifica a necessidade de que o cuidado paliativo seja um aliado na prática da ortotanásia. Ademais ao ofertarmos uma assistência humanizada para um paciente terminal, proporcionando um enfrentamento menos árduo, podemos estar evitando a indução de uma eutanásia.

Ainda nesse mesmo cenário imbuído por polêmicas éticas podemos citar o uso da sedação paliativa, prática que pode ser usada nos cuidados paliativos, visando o uso de recursos técnicos e terapêuticos que proporcionem uma morte digna. O termo “sedação paliativo” foi uma nomenclatura dada mais recente, em substituição ao termo “sedação terminal”, haja vista que este último nos traz um olhar mais negativo sobre a prática, gerando dúvida se a sedação é usada para terminar a vida (eutanásia). Todavia a sedação paliativa não vem com o objetivo de ser um meio para finalização, mas sim ser o uso de fármacos que geram diminuição da consciência, diante de sintomas refratários.

Considerações finais

Os Cuidados Paliativos apresentam-se como uma forma inovadora de assistência com abordagem no indivíduo e não na doença, tornando o paciente protagonista do cenário, considerando sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a utilização desse tipo de suporte não é restrita aos pacientes oncológicos, pelo contrário: percebe-se o incremento dessas práticas em pacientes portadores de demência. Por não se configurar como condição aguda, os pacientes podem retornar as suas casas com a consciência a respeito dos princípios designados a partir de doenças com prognóstico reservado, tendo a convicção de que a equipe de saúde – composta por médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta, logo: multidisciplinar - estará disponível para acompanhar o processo.

A medicina paliativa busca o seu espaço, para que não somente o paciente com possibilidades de cura seja atendido, mas os que sofrem com doenças em que a morte é inevitável também, pois a medicina científica não deve ser antagonista da medicina paliativa, mas devem ser simbióticas.

Os profissionais de saúde pouco têm contato com o tema durante a graduação e, também, há escassez de estudos refinados acerca das melhores condutas frente quadros clínicos incuráveis. Ademais, lidar com os parentes é

missão difícil para os médicos principalmente, evidenciando a importância de, cada vez mais, pesquisas sejam feitas nesse âmbito.

Agradecimentos

Inicialmente, gratidão pela oportunidade de publicação no *ebook* do congresso internacional do envelhecimento (CIEH) edição 2020.

Ademais, ao nossa orientadora Cristiane Falcão de Almeida pela parceria durante a elaboração do projeto de forma objetiva e compreensível.

Referências

Boyd EA, Lo B, Evans LR, et al. "It's not just what the doctor tells me:" factors that influence surrogate decision-makers' perceptions of prognosis. *Crit Care Med.* 2010;38(5):1270-1275. doi:10.1097/CCM.0b013e3181d8a217

Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care.* 2013;12:7. Published 2013 Feb 15. doi:10.1186/1472-684X-12-7

Hoare S, Morris ZS, Kelly MP, Kuhn I, Barclay S. Do Patients Want to Die at Home? A Systematic Review of the UK Literature, Focused on Missing Preferences for Place of Death. *PLoS One.* 2015;10(11):e0142723. Published 2015 Nov 10. doi:10.1371/journal.pone.0142723

Romo RD, Allison TA, Smith AK, Wallhagen MI. Sense of Control in End-of-Life Decision-Making. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(3):e70-e75. doi:10.1111/jgs.14711

GOMES, ANA LUISA ZANIBONI; OTHERO, MARÍLIA BENSE. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo , v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. access on 02 July 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>

Atty, Adriana Tavares de Moraes e Tomazelli, Jeane Glauca Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. 116 [Acessado 2 Julho 2020] , pp. 225-236. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>.

PALMEIRA, Heloísa Maria; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; PERES, Rodrigo Sanches. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas , n. 35-36, p. 179-189, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jul. 2020

DUARTE, Itala Villaça; FERNANDES, Krícia Frogeri; FREITAS, Suellen Cristo de. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 73-88, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jul. 2020.

MATOS, Johnata da Cruz; GUIMARAES, Silvia Maria Ferreira. A aplicação do cuidado transpessoal e a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, e190186, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000500212&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jul. 2020. Epub 03-Jun-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190186>.

FONSECA, Anelise Coelho da; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; FONSECA, Maria de Jesus Mendes da. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 197-206, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 01 July 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000200017>.

BARBOSA, António; NETO, Isabel. Manual de cuidados paliativos. **Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa**, v. 200, 2006.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

FELIX, Zirleide Carlos et al . Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Sept. 2013 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029-&lng=en&nrm=iso>. access on 05 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>.

EICH, Melisse et al . Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 66, p. 733-744, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300733&lng=en&nrm=iso>. access on 05 July 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0853>.

BRUGUGNOLLI, Izabela Dias; GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira; SILVA, Eduardo Marques da. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto?. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 3, p. 477-485, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 08 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300012>.