



PERCEPÇÃO DO FISIOTERAPEUTA INTENSIVISTA NA SAÚDE DO IDOSO: UM ENFOQUE NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Rafaella D'andréa Sorrentino Pereira ¹

Eva Fernanda Mendes de Albuquerque Freitas ²

Clarissa Sophia Coutinho de Souza Alexandrino ³

Suely de Lima Costa Martins ⁴

Juliana da Costa Santos Pessoa ⁵

RESUMO

Em decorrência do crescimento no número de idosos no Brasil e no mundo, tem-se observado concomitante a esse fenômeno um aumento de doenças crônico-degenerativas, que podem favorecer para o declínio funcional e levar o idoso ao estágio terminal, sendo muitas vezes necessária a internação hospitalar. Nesta perspectiva, os cuidados paliativos trazem a proposta de trazer melhor qualidade de vida através do alívio da dor. Desta forma, este estudo objetivou analisar a percepção do Fisioterapeuta intensivista na saúde do idoso, quanto aos cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário no município de João Pessoa-PB. Foi realizada uma entrevista gravada com 11 Fisioterapeutas intensivistas, mediante a assinatura do TCLE, sendo utilizado um roteiro semiestruturado com questões relativas a dados demográficos, profissiográficos e à atividade profissional do Fisioterapeutas na UTI, enfatizando seus conhecimentos e práticas sobre os cuidados paliativos em idosos no ambiente de terapia intensiva. Os dados quantitativos foram analisados por medidas descritivas simples e dispostos em tabelas, utilizando o programa *Microsoft Office Excel 2010*. A análise qualitativa, foi feita por meio da análise de conteúdo, a partir da transcrição na íntegra das entrevistas. Nesse sentido, percebeu-se uma boa percepção sobre os cuidados paliativos, apesar dos entrevistados referirem pouca abordagem sobre a temática durante sua formação acadêmica e em seu ambiente de trabalho. Além disso, constatou-se que a implementação dos cuidados paliativos em UTI é positiva para evitar o sofrimento e promover maior qualidade de vida dos pacientes em fase terminal, além de elencar recursos para atingir esse objetivo. Por fim, o estudo buscou ampliar os conhecimentos sobre a atuação da Fisioterapia nos cuidados paliativos ao paciente idoso, motivar os profissionais na busca de conhecimentos para promover uma melhor qualidade de assistência aos pacientes terminais.

Palavras-chave: Saúde do idoso, Paliativos, Fisioterapia, Unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, o mundo vem passando por um processo de transição em sua estrutura demográfica, onde o número de jovens vem declinando e o número de idosos está em ascensão. No Brasil, está havendo um decréscimo no número de jovens brasileiros, visto

¹ Graduando do Curso de Fisioterapiado Centro Universitário UNIESP - PB, rafaelladandrea@gmail.com;

² Graduado pelo Curso de Fisioterapiado Centro Universitário UNIESP - PB, nandaalbuquerque2@hotmail.com;

³ Fisioterapeuta pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, csophia4@gmail.com;

⁴ Fisioterapeuta, Mestra em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento e coordenadora do Curso de Fisioterapia do UNIESP Centro Universitário, sandra@iesp.edu.br;

⁵ Fisioterapeuta, Doutora em Modelos de Decisão e Saúde e Docente do Curso de Fisioterapia do UNIESP Centro Universitário, jullycs.fisio@gmail.com.



que no ano de 1950, esse público correspondia a 41,8% da população, e no ano 2000, passou a corresponder a 2,6%. Concomitante a isto ocorreu um aumento da população idosa, já que em 1950, os idosos representavam 2,4% da população, passando a 5,4% no ano 2000 (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

O processo de envelhecimento ocorre de diferentes formas no organismo, e mesmo não estando associado a processo patológico, sofre influência de fatores endógenos e exógenos. Nesse processo, há uma deterioração geneticamente programada, ocorrendo o envelhecimento celular e as células tornam-se menos capazes de se dividir, renovar e regenerar. Vários fatores influenciam no processo de envelhecimento, seja para o envelhecimento natural ou para um envelhecimento atípico, tais como, fatores psicossociais, moleculares, celulares, sistêmicos, entre outros (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

As mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento podem fazer com que o idoso se torne dependente de cuidados, pois essas mudanças tornam o indivíduo mais vulnerável à fragilidade e pode levar a redução da capacidade funcional a médio e longo prazo (FARIAS; SANTOS, 2012).

Concomitante ao progressivo crescimento da população idosa há o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT), que em longo prazo, quando associada às modificações da própria velhice, podem levar o indivíduo à condição de terminalidade. Portanto, o cuidado ao idoso deve ser de forma multiprofissional, visando à manutenção ou o retorno do idoso ao ambiente social, preconizando a prevenção de doenças crônico-degenerativas e a instalação de comorbidades que possam levar o paciente a necessitar de um ambiente hospitalar. Logo, ressalta-se a importância da inserção dos cuidados paliativos nos serviços de saúde, na assistência ao paciente terminal (SOUZA *et al.*, 2015; CAMARGOS; MENDONÇA; VIANA, 2006).

Entende-se por cuidados paliativos como o cuidado ao indivíduo que se apresenta com uma doença que lhe cause risco iminente de morte, objetivando a redução do nível de dor, minimizar os efeitos deletérios de outros sintomas associados e garantir suporte nas questões sociais, espirituais e psicológicas, através da avaliação, prevenção, identificação precoce e atuação rápida e eficaz. Vale ressaltar que uma abordagem espiritual adequada para o paciente sob cuidados paliativos é um indicador de melhor bem estar e qualidade de vida, ajudando-o a enfrentar seu estágio terminal e a melhor aceitação da morte (ALVES *et al.*, 2015; RUDILLA *et al.*, 2015).

Os cuidados intensivos e os cuidados paliativos estão intimamente ligados, pois, nas duas práticas há o foco nos cuidados para o alívio dos sintomas como: dor, esforços



respiratórios, fome, sede, insônia, entre outros. Todavia, a aplicação dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva ainda é um desafio, devido à ausência de políticas públicas incentivadoras, a cultura do modelo de assistência mecanizada nas unidades de terapia intensiva (UTI), a necessidade em medicar o paciente e a visão fragmentada do corpo diante da necessidade pontual do paciente (FONSECA, FONSECA, 2010).

Segundo o estudo de Silva *et al.* (2013) a aceitação dos cuidados paliativos nas UTI pelos profissionais de saúde ainda é um desafio por vários motivos: em sua formação, o profissional de saúde especializado em terapia intensiva foi treinado a tratar, reabilitar e curar, não existindo motivação em cuidar do paciente que não tem perspectivas de cura e no final da vida; a carência de protocolos e a desinformação acerca dos aspectos legais e éticos.

O Fisioterapeuta é possuidor de técnicas e recursos que são valiosos, na abordagem ao paciente crítico em estado terminal que necessita de cuidados paliativos, através de recursos de analgesia, prevenção de complicações no sistema osteomioarticular, técnicas para melhora da função entre outros. Dentre as técnicas e recursos fisioterapêuticos: a remoção de secreção na árvore brônquica através de manobras e aparelhos, a adequação do posicionamento do paciente no leito, mobilização articular e aplicação de técnica de aspiração. Além disso, o fisioterapeuta tem autonomia no manuseio do ventilador mecânico, desde o preparo e arranjo para intubação do paciente, permeando pela evolução clínica do paciente em ventilação mecânica, chegando à fase de desmame e extubação (MELO *et al.*, 2013; NOZAWA *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2015).

Desta forma, esse estudo justifica-se pela necessidade de maior assistência à crescente população idosa no Brasil, pela escassez de profissionais de saúde especializados em cuidados paliativos, pela carência nacional de serviços públicos que ofereçam o serviço de cuidados paliativos com qualidade, e pela escassez de informação acerca de cuidados paliativos no ambiente de terapia intensiva, especialmente, sobre a atuação do profissional fisioterapeuta intensivista.

Assim, o presente trabalho buscou responder a seguinte questão problematizadora: Qual a percepção do Fisioterapeuta intensivista na saúde do idoso quanto aos cuidados paliativos? Logo, o presente estudo apresenta como objetivo analisar a percepção do Fisioterapeuta intensivista na saúde do idoso, quanto aos cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Tendo em vista analisar a subjetividade dos avaliados, o presente estudo adotou a abordagem quanti-qualitativa, exploratória e descritiva. O estudo foi realizado na UTI de um

Hospital Universitário localizado no município de João Pessoa no Estado da Paraíba. Foram incluídos no estudo, 11 profissionais Fisioterapeutas que atuam na UTI e que aceitaram participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE.) Foram excluídos do estudo, os residentes, os profissionais que não são concursados e os Fisioterapeutas da UTI pediátrica. Como instrumento de pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista composto por dez questões relacionadas à atividade profissional dos Fisioterapeutas na UTI, construído pela pesquisadora, enfatizando o conhecimentos sobre os cuidados paliativos, a importância dos cuidados paliativos no cuidado ao paciente idoso, a aplicabilidade da filosofia na sua prática profissional, a contemplação dos cuidados paliativos na sua formação acadêmica e sobre a existência de programas de treinamento disponibilizados pelo ambiente de trabalho voltado aos cuidados paliativos.

Para a realização da pesquisa, obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley em seguida os entrevistados tiveram conhecimento sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para realizar a análise quantitativa dos dados, foram utilizadas medidas descritivas simples, cujos resultados foram dispostos em uma tabela, utilizando o programa Excel 2010. E quanto à análise qualitativa, foi utilizada a abordagem de análise de conteúdo, onde as entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante desses dados, foi observado que dos que relataram apresentar apenas um título de especialista, as áreas de atuação citadas foram: terapia manual e postural, fisioterapia cardiorrespiratória e terapia intensiva. As áreas de atuação dos que relataram mais de um título de especialista foram: terapia intensiva, cardiorrespiratória e recursos cinesioterapêuticos. E dos que afirmaram apresentar título de mestre, destacaram-se as áreas: saúde do idoso, fisioterapia cardiorrespiratória, ciências da nutrição e em modelos de decisão e saúde.

Em relação aos dados sociodemográficos dos pesquisados, quanto ao sexo, observou-se que 63,63% (n=7) da amostra correspondia ao sexo feminino enquanto 36,37% (n=4) ao sexo masculino. No que diz respeito à faixa etária, 72,73% (n=8) da amostra, tinham idade entre 25-35 anos, 18,18% (n=2) tinham idade entre 36-46 anos e apenas 9,09% (n=1) tinham idade acima de 46 anos. Os resultados apresentados corroboram com o estudo de Matos, Toassi e Oliveira (2013) ao mencionar que ao longo dos anos está havendo uma feminização nas profissões na área da saúde.

Quanto aos dados profissiográficos, foi observado que 63,63% (n=7) relataram ter uma carga horária de trabalho de 30 horas semanais, 27,27% (n=3) tinham carga horária de 60 horas semanais, e apenas 9,1% carga horária de 100h (n=1).

Quando questionados acerca de cursos de pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado), obteve-se os seguintes dados: 45,45% (n=5) dos entrevistados relataram ser especialistas em apenas uma área de atuação, 18,18% (n=2) relataram ser especialistas em duas áreas de atuação, 27,27% (n=3) apresentavam título de especialista e mestre e 9,1% (n=1) relatou apenas título de mestre. Nenhuns dos entrevistados relataram apresentar título de doutor ou PhD.

Diante desses dados, foi observado que dos que relataram apresentar apenas um título de especialista, as áreas de atuação citadas foram: terapia manual e postural, fisioterapia cardiorrespiratória e terapia intensiva. As áreas de atuação dos que relataram mais de um título de especialista foram: terapia intensiva, cardiorrespiratória e recursos cinesioterapêuticos. E dos que afirmaram apresentar título de mestre, destacaram-se as áreas: saúde do idoso, fisioterapia cardiorrespiratória, ciências da nutrição e em modelos de decisão e saúde.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sobre identificação e dados profissiográficos com valores expressos em números e média dos entrevistados.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sobre identificação e dados profissiográficos com valores expressos em números e média dos entrevistados. n		%
Sexo		
Feminino	07	63,63
Masculino	04	36,37
Faixa etária		
25-35 anos	08	72,73
36-46 anos	02	18,18
Acima de 46 anos	01	9,09
Carga horária de trabalho total		
30 horas semanais	07	63,63
60 horas semanais	03	27,27
100 horas semanais	01	9,1
Cursos de pós-graduação		
Especialista em uma área de atuação	05	45,45
Especialista em duas áreas de atuação	02	18,18
Especialista e mestre	03	27,27
Apenas mestre	01	9,10

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.2



Implementação dos cuidados paliativos ao paciente idoso na UTI

Através da análise de falas, foi possível perceber que a maior parte dos entrevistados ressaltou a importância da aplicabilidade dos cuidados paliativos em idosos internados em UTI, para evitar medidas que prolonguem o sofrimento, respeitando as limitações do paciente.

Diante do exposto, pode-se inferir que a aplicabilidade dos cuidados paliativos é totalmente viável no ambiente de terapia intensiva, pois a terapia intensiva dispõe de recursos que podem promover alívio da dor, do desconforto respiratório, delirium, prevenir possíveis complicações de ordem osteomioarticular e respiratória que possam causar déficits funcionais.

Segundo Moritz (2008), a assistência ao paciente internado em UTI em cuidados paliativos, deve ser voltada à garantia do bem estar, a fim de tornar o processo de morte mais tranquilo e de forma respeitável. Nesse contexto, devem-se evitar medidas desnecessárias e invasivas tais como, o uso de drogas vasoativas e a terapia renal substitutiva.

Vale citar o estudo de Nogueira, Monteiro e Santos (2015), onde os autores referenciam que na legislação brasileira não existe uma lei que assegure o profissional de saúde quanto à ordem de não-ressuscitação, além de não existir protocolos diante a decisão de ressuscitação, o que gera incerteza no momento de adotar uma conduta diante uma situação de parada cardiorrespiratória

Baruzzi e Ikeoka (2013) apontam que o desenvolvimento na área médica, tanto tecnológica como de conhecimentos pode prolongar funções vitais e adiar o processo de morte. Isso pode fazer com que esses recursos sejam utilizados em pacientes que não serão beneficiados, pois os mesmos estariam prolongando seu sofrimento, provocando de fato a distanásia, que de fato vem sendo frequentemente utilizada na prática médica, devido os aspectos socioculturais e durante a formação o estímulo à insistência na busca da cura.

Ao praticar a distanásia fere-se dois princípios da bioética, o da autonomia (capacidade que uma pessoa tem de decisão e julgamento sobre sua vida) e o da beneficência (proporcionar bem estar ao paciente, através de ações que venham a beneficiá-lo, ponderando os riscos e custos). Se o profissional mantém o paciente em tratamento que tenha caráter da distanásia, através de tratamentos que venham a objetivar o lucro financeiro e de forma gananciosa é considerado um ato criminoso, e essa atitude gera aversão por parte da sociedade (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

Nesse sentido, Kovács (2014) considera que poucas UTI estão prontas pra atender pacientes com doenças crônicas enfatizando a importância da criação de protocolos adequados



para o processo de morte para se evitar ao máximo a distanásia visto que, a internação de idosos muitas vezes não os respeita hábitos de vida do paciente e há a separação dos familiares. A autora ressalta ainda que dentro das UTI existe a prática da “eutanasia econômica” onde são prestados melhores cuidados aos pacientes com melhores condições econômicas, além disso, os mesmos citam que pacientes vem sendo mantidos internados mesmo sem bom prognóstico (por exemplo, pacientes com morte encefálica confirmada), e que esse tipo de conduta é uma grave violação ética.

Também foi observado que dois entrevistados demonstraram preocupação em não provocar o prolongamento do sofrimento, e favorecer a distanásia. Vale ressaltar que os conceitos de cuidados paliativos e distanásia são totalmente opostos, visto que os cuidados paliativos buscam o processo de morte com o mínimo de sofrimento e respeitando a dignidade humana, desprezando recursos que possam prolongar o sofrimento, sem, contudo, deixar o indivíduo sem assistência. A distanásia, em contrapartida, busca o prolongamento da vida a todo custo, conseqüentemente distanciando ao máximo a morte, não deixando de lado medidas invasivas e podem causar sofrimento.

Um dos entrevistados citou que poderia existir critérios para a implementação dos cuidados paliativos. A esse respeito, Carvalho e Parsons (2012) afirmam que diante da dificuldade em estabelecer critérios para propor o uso dos cuidados paliativos, estes são indicados em pacientes onde foram utilizadas todas as estratégias curativas, e mesmo assim, não foi atingida a cura, que encontram-se em sofrimento moderado a intenso e sua expectativa de vida limitada a seis meses de vida. Diante desses critérios, todas as estratégias que poderiam prolongar a vida devem ser descartadas.

Cuidados paliativos na formação acadêmica

Corroborando com o estudo de Machado, Pessini e Hossne (2007) que evidencia que os profissionais do curso de fisioterapia foram os que menos tiveram formação quanto os temas “final da vida”, “morte”, “cuidados paliativos” e “distanásia”, além de ser a profissão com menos formação quanto à questão da morte e seus conflitos.

Programas de treinamento voltados para os cuidados paliativos

Quando questionados sobre a existência de programa de treinamento direcionados aos cuidados paliativos, novamente, obteve-se que a maior parte dos inquiridos afirmaram não apresentar esse tipo de abordagem em seu ambiente de trabalho.

Segundo o estudo de Pinto *et al.*, (2014), que constatou que programas de treinamento direcionados aos profissionais e protocolos de atendimento fisioterapêuticos, elevam a qualidade na prestação de atendimento, uma vez que o torna menos susceptível a erros e melhoram o desempenho da equipe.

Recursos utilizados para promover qualidade de vida ao paciente terminal

Ainda segundo o estudo de Carvalho e Parsons (2012), onde os mesmos enfatizam a importância da presença do fisioterapeuta na equipe de saúde em pacientes sob cuidados paliativos, este profissional pode atuar de forma a se evitar medidas farmacológicas, através de recursos que minimizem o desconforto respiratório, relaxando a musculatura acessória, mantendo as vias aéreas livres, combatendo os efeitos adversos do imobilismo prolongado, poupando energia e reduzindo a ansiedade.

Também é citada a adoção de posturas que venham a promover maior conforto e melhora da função respiratória, as mudanças de decúbito a fim de prevenir úlceras por pressão, edema, dor, prevenindo deformidades, o estímulo ao paciente a realizar a deambulação sempre que possível, para manter a sua funcionalidade e estimular o autocuidado. Citam também a cinesioterapia para ganho de amplitude de movimento, manutenção da elasticidade e força muscular. Recursos analgésicos a exemplo do TENS, recursos térmicos e técnicas de relaxamento.

Também vale salientar que o estudo de Marcucci (2005) cita que o uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) reduziu o escore da escala analógica visual. O autor cita também que a terapia manual além de ser um recurso de baixo custo, auxilia na redução da dor, reduz a tensão muscular e melhora a circulação. Pacientes terminais são mais vulneráveis à Síndrome do Desuso, onde nessa síndrome o paciente apresenta hipotrofia muscular, alteração postural, descondicionamento cardiovascular, alteração no padrão respiratório. Nesse aspecto é importante realizar precocemente exercícios com pesos leves ou moderados, a deambulação precoce e alongamentos, pois o estímulo mecânico desses exercícios auxilia na manutenção da massa óssea e na produção de líquido sinovial.

Além disso, o mesmo autor cita que, pacientes acamados são mais propensos ao surgimento de atelectasias, e acúmulo de secreção, pois esse paciente apresenta redução da função do sistema mucociliar e redução do reflexo da tosse, e isso levará à hipoxemia, redução dos volumes e capacidades pulmonar Sendo assim é importante utilizar recursos como a

drenagem postural, manobras respiratórias, tosse assistida, uso de ventilação não invasiva e o uso do Flutter.

No que se refere ao uso de recursos utilizados e seus objetivos, boa parte dos entrevistados afirmaram utilizar a ventilação mecânica (VM), terapia de higiene brônquica (THB), terapia de reexpansão pulmonar, oxigenoterapia e ventilação não invasiva (VNI), cinesioterapia, terapia manual, posicionamento e o TENS. Com os respectivos objetivos: minimizar o desconforto respiratório, prevenção de contraturas, deformidades, edema e redução da dor.

Um dos entrevistados ao responder esse questionamento, afirmou utilizar apenas o uso da ventilação mecânica e recursos de analgesia, enfatizando que na UTI o recurso analgésico não é tão utilizado devido muitos pacientes fazerem uso de sedativos.

A compreensão dos cuidados paliativos

Convém compreender que, a ideia de cuidar dos pacientes que estavam em mais proximidade com a morte abrangendo suas necessidades de forma integral, surgiu no ano de 1967 na Inglaterra, pela assistente social, enfermeira e médica, Cicely Mary Strobe Saunders. E diante a restrição da percepção quanto aos outros aspectos dos cuidados paliativos, vale frisar que o principal objetivo dos cuidados paliativos é garantir uma melhora da qualidade de vida aos pacientes que não respondem mais a qualquer forma de tratamento curativo, e a sua família, através de uma equipe multidisciplinar (ANDRADE *et al.*, 2014).

Diante das entrevistas, pôde-se observar que grande parte da amostra apresentava boa percepção sobre os pontos chave dos cuidados paliativos: o alívio da dor e do sofrimento. Entretanto, todos os entrevistados não apresentaram uma total compreensão dos cuidados paliativos, deixando seu conceito limitado diante outros aspectos da filosofia.

Reforçado pela ideia de que a família é a primeira referência social do ser humano, onde nela há sua formação de ideais, que estarão presentes desde sua infância até a fase adulta, percebe-se a necessidade da família estar junto ao paciente terminal para transmitir segurança, mais aceitação de sua doença e mais facilidade em escolher as condutas a serem realizadas pela equipe de saúde (CALDEIRA, 2013; SANTANA *et al.*, 2009).

Foi possível observar também que, um entrevistado apresentou uma percepção muito discrepante quanto aos cuidados paliativos, ao citar apenas que os cuidados paliativos são os cuidados prestados ao paciente sem a possibilidade de um convívio social. Visto que, que a

filosofia é aplicável em pacientes que podem retornar ao convívio social, mesmo sem perspectiva de melhora do seu quadro clínico.

Há uma linha tênue entre a abordagem paliativa e a espiritualidade visto que, dentre os aspectos dos cuidados paliativos, a questão espiritual deve ser uma prioridade na assistência o paciente, visto que, frente à situação de terminalidade muitos se tornam mais fragilizados com a proximidade da morte e a prática da espiritualidade auxiliará o paciente no enfrentamento do luto. Também é importante distinguir a espiritualidade de religião, já que, a espiritualidade é uma prática individual (não sendo necessária a prática de uma religião) de entendimento sobre as questões da vida e a sua relação com o sagrado. E a religião, trata-se de um contexto organizado de crenças, práticas, simbologias que aproximam o indivíduo do sagrado (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, os autores citam ainda que existem barreiras na inserção da prática da espiritualidade pelos profissionais de saúde aos pacientes terminais, devido à falta de publicações acerca do tema que gerem subsídios para aplicação da prática espiritual, por fatores culturais e institucionais, pela falta de tempo entre outros motivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do estudo, foi possível observar uma escassez de publicações atuais quanto à atuação da fisioterapia em pacientes que são assistidos em cuidados paliativos internados em unidade de terapia intensiva. Diante disso, não há protocolos de atendimentos fisioterapêuticos que norteiem as condutas, porém deve-se ressaltar que diante da exposição dos princípios dos cuidados paliativos o fisioterapeuta deve utilizar recursos que busquem a funcionalidade, o bem estar e o alívio da dor do paciente em fase terminal.

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde que lidam com pacientes em cuidados paliativos devem estar preocupados não com o tempo de vida, e sim, com sua qualidade de morte. Compreendendo a finitude da vida como um processo natural, e prestar assistência ao paciente de forma humanizada e preservando a dignidade humana.

É importante destacar também, que o local onde a pesquisa foi realizada tratava-se de um hospital universitário, o que se subtende ser um local onde o processo de aprendizagem é constante. Todavia, os entrevistados afirmaram não apresentar programas de treinamento ou educação continuada para os profissionais que trabalham nesse ambiente. Portanto, é importante destacar que deveria haver mais estímulo à busca constante de conhecimento e



aprimoramento dos profissionais, para garantir uma prestação de serviço mais direcionada às propostas dos cuidados paliativos visando uma melhor qualidade de vida.

O estudo buscou contribuir para maior conhecimento da percepção ou compreensão da aplicação dos cuidados paliativos ao público idoso, que está em ascendência no país e no mundo, e que por suas características fisiológicas podem estar 23 mais propensos a doenças que o levem a condição de terminalidade e necessitando de recursos intensivos.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F. *et al.* Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 165-76, 2015.

ANDRADE, C.G et al. Cuidados paliativos ao paciente em fase terminal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 126-33, 2014.

ARAÚJO, D. F et al. Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do hospital das clínicas de Uberaba-MG. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 9, n. 4, 9, p. 690-96, 2010.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20-31, 2007.

BARUZZI, A. C. A.; IKEOKA, D. T. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 59, n. 6, p. 528-530. 2013.

Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Disponível em:<[www.http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf](http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf)>. Acesso em: 09. mar. 2016.

BOTTEGA, C.; CAMPOS, L. S. F. Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**. v. 13, n. 2. 2011.

CALDEIRA, E. P. Cuidados Paliativos em Pacientes Terminais. 2013. 77 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - **Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória**. 2013.

CAMARGOS, C. N.; MENDONÇA, C. A.; VIANA, E. de M. B. Política, estado e sociedade: o estatuto do idoso e a atenção à saúde. **Comunidade Ciência Saúde**, v. 17, n. 3, p. 217-227. 2006.

CLOSS, V. E; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458. 2012. 24

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016.



FARIAS, R. G; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 167-76, 2012.

FONSECA, A. C; FONSECA, M. J. M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 4, p. 301-309, 2010.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**. v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Bioethikos- Centro Universitário São Camilo**. v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**. v. 13, n. 2, 2013.

MELO, T. P. de *et al.* A Percepção dos Pacientes Portadores de Neoplasia Pulmonar Avançada diante dos Cuidados Paliativos da Fisioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 34, p. 547-553, 2013.

MORITZ, R. D. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

NOGUEIRA, E. C.; MONTEIRO, T.G.; SANTOS, T. V. S. Aspectos éticos e legais da ordem de não ressuscitar- percepção do enfermeiro. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**. Aracajú, v. 3, n. 3, p. 39-48, 2015.

NOZAWA, E. *et al.* Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 177-82, 2008.

PINTO, W. A. M. *et al* Impacto de um programa de educação continuada na qualidade assistencial oferecida pela fisioterapia em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 26, n. 1, p. 7-12, 2014.

RUDILLA, D. et al. Espiritualidad en atención paliativa: Evidências sobre la intervención con counselling. **Psychosocial Intervention**, v. 24, p. 79-82, 2015.

SANTANA, J.C. B. et al. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. **Bioethikos- Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009.

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



SILVA, B. M. *et al.* Ventilação mecânica após implantação de protocolos de fisioterapia na unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 4, n. 2, p. 2-16, 2015.

SILVA, C. F. da *et al.* Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, 2013.

SOUZA, H. L. de *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 349-59, 2015.

VANZELLA, E. Aportes estruturais e profissionais para atenção à saúde do idoso: um olhar sobre a realidade do município de João Pessoa/PB. **Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde)** - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.