

PRATA DA CASA 7

escritas do cotidiano
de uma equipe que cuida



Faculdade de Medicina de Itajubá - FMI
Hospital Premier
Saber MAIS Educação e Pesquisa

PRATA DA CASA 7
escritas do cotidiano
de uma equipe que cuida

São Paulo
OBORÉ
2016

PRATA DA CASA 7

Escritas do cotidiano de uma equipe que cuida

Coletânea de textos oriundos dos Trabalhos de Conclusão de Curso dos alunos da primeira turma da pós-graduação "Cuidados.Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde" oferecida pela Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIt / MG) e Hospital Premier (SP)

DISCENTES / AUTORES

André Cerqueira Comune
Arnaldo Pinheiro da Costa
Audevânia Lopes de Miranda
Edvaldo Souza dos Santos
Flávia da Trindade
Isabel Cristina Cardoso
Jeferson Ambrozio Oliveira Alves
Manuela Samir Maciel Salman
Rosane Lima dos Santos Kümpel
Suellen Meireles Damasco
Vanessa da Costa Santana

DOCENTES / ORIENTADORES

Andréia Cristine D. Schunck de Oliveira
Angélica Massako Yamaguchi
Marília Bense Othero
Debora Genezini Costa

ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO

Ana Luisa Zaniboni Gomes
Marília Bense Othero

FOTOS

Guto Veloso

DIAGRAMAÇÃO

Formato Artes Gráficas, Design e Internet

IMPRESSÃO

Nywgraf

TIRAGEM DESTA EDIÇÃO

500 exemplares

São Paulo, novembro de 2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Prata da casa 7 : escritas do cotidiano de uma equipe que cuida / Faculdade de Medicina de Itajubá-FMIt, Hospital Premier, Saber MAIS Educação e Pesquisa ; [organização e edição Ana Luisa Zaniboni Gomes e Marília Bense Othero]. -- São Paulo : Oboré, 2016.

Vários autores.

ISBN: 978-85-61497-13-2

1. Cuidados de enfermagem a domicílio 2. Cuidados médicos 3. Cuidados paliativos
4. Idosos - Cuidados domiciliares 5. Pacientes - Cuidados domiciliares 6. Serviços de saúde
I. Faculdade de Medicina de Itajubá-FMIt.
II. Hospital Premier. III. Saber MAIS Educação e Pesquisa. IV. Gomes, Ana Luisa Zaniboni.
V. Othero, Marília Bense.

16-09275

CDD-610.7
NLM-WY 195

Índices para catálogo sistemático:

1. Atendimento domiciliar e cuidados de saúde :
Práticas cotidianas : Medicina 610.7

Reprodução permitida, desde que citada a fonte.

Os textos desta edição são de responsabilidade de seus autores, cujas reflexões e abordagens expressam suas respectivas opiniões e valores, não representando, necessariamente, opinião institucional do Grupo MAIS.

Solicitação de exemplares: 55 11 5090-5000. Disponível também na versão digital em www.grupomaissaude.com.br

Tudo é ousado para quem a nada se atreve!

Fernando Pessoa

Índice

- 11 **Perfil sociodemográfico e funcional dos idosos participantes do projeto Bairro Amigo do Idoso de um bairro na zona sul de São Paulo**
Andre Cerqueira Comune
- 29 **A constituição do serviço de enfermagem especializado em tratamento de feridas, estomias e incontinência em um hospital de cuidados paliativos**
Arnaldo Pinheiro da Costa
- 58 **Assistência da enfermagem ao idoso no processo de falecimento**
Audevânia Lopes de Miranda
- 73 **Condutas a serem tomadas pela equipe multiprofissional nos preparativos do corpo pós-óbito imediato de um paciente, respeitando seus preceitos religiosos**
Edvaldo Souza dos Santos
- 92 **A fisioterapia domiciliar contribui na qualidade de vida dos idosos muito idosos?**
Flavia da Trindade
- 112 **Cuidados paliativos no Hospital Premier: uma percepção da equipe multiprofissional**
Isabel Cristina Cardoso
- 142 **Prevalência de luxação em articulação glenoumeral em pacientes sob cuidados paliativos em hospital de cuidados prolongados**
Jeferson Ambrozio Oliveira Alves
- 169 **Estratégias de prevenção, identificação e manejo da síndrome do esgotamento profissional nos cuidados paliativos**
Manuela Samir Maciel Salman e Debora Genezini Costa

- 207 **Ações e sentimentos dos enfermeiros do Hospital Premier frente ao paciente com dispnéia terminal**
Rosane Lima dos Santos Kümpel
- 224 **Alimentação enteral em pacientes com demência avançada: o descompasso entre a teoria e a prática**
Suellen Meireles Damasco
- 245 **Dor espiritual do paciente em cuidados paliativos: relato de caso**
Vanessa da Costa Santana

Apresentação

Esta 7ª edição do Prata da Casa foi inteiramente produzida a partir dos textos oriundos dos Trabalhos de Conclusão de Curso dos alunos da pós-graduação “Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde” – iniciativa pioneira fruto da parceria entre a Faculdade de Medicina de Itajubá (MG) e o Hospital Premier (SP).

O curso, que teve início em setembro de 2013 e término em dezembro de 2015, foi voltado à equipe multiprofissional do Hospital Premier e desenvolvido em horário regular de trabalho. As disciplinas incluíram Conceitos de Cuidados Paliativos, Envelhecimento, Legislação, Controle de sintomas, Assistência à família, terminalidade e luto e foram ministradas por professores renomados na área dos Cuidados Paliativos no Brasil: Henrique A. Parsons, Ricardo Tavares de Carvalho, Maria Goretti Sales Maciel, Dalva Yukie Matsumoto, Angélica Massako Yamaguchi, Kleber Lincoln Gomes, David Braga Junior, Débora Genezini Costa, Marcela Bianco, entre outros. As metodologias ativas foram as estratégias pedagógicas adotadas: dramatização, dinâmicas de grupo, trabalhos individuais em classe, seminários, alunos convidados para palestrar para os colegas e grupos de discussão semanais.

Além disso, foi desenvolvida uma oficina complementar chamada “Quem é essa pessoa?”, nos meses de Janeiro e Julho de 2014, e Janeiro de 2015, que tiveram como objetivo trabalhar junto aos profissionais de saúde a produção de histórias de vida e sua importância no contexto da assistência. Além das aulas teóricas sobre narrativas e Cuidados Paliativos, foi proposto aos alunos a construção de narrativas sobre as histórias de vida de funcionários da instituição: copeiros, auxiliares de manutenção, auxiliares de enfermagem, trabalhadores da construção, entre outros. No final de cada oficina, foi feita uma exposição e apresentação das narrativas produzidas, e uma confraternização entre todos os participantes. Os funcionários que contaram suas histórias foram convidados a participar da atividade e os pôsteres impressos foram dados ao entrevistado.

Tanto a estratégia adotada quanto o material utilizado neste curso de especialização puderam ser apresentados em dois congressos internacionais: Medicina e Narrativas, em Lisboa (Portugal), em março de 2015, e no 14º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, em Copenhagen (Dinamarca), em maio do mesmo ano.

Muito orgulhosos estamos com mais esta iniciativa inteiramente conduzida pelo Saber MAIS. Sintam-se convidados, portanto, a apreciar os onze artigos que integram esta edição pois, para todos nós, essas páginas representam mais que o fechamento de um ciclo: elas são fruto de um trabalho árduo que já está colaborando – desde já – com a divulgação dos conceitos e práticas dos Cuidados Paliativos no Brasil.

Boa leitura!

Marília Bense Othero

Coordenadora do Saber MAIS – Ensino e Pesquisa

Samir Salman

Diretor superintendente do Hospital Premier

Perfil sociodemográfico e funcional dos idosos participantes do projeto Bairro Amigo do Idoso de um bairro na zona sul de São Paulo

Andre Cerqueira Comune

RESUMO

O rápido envelhecimento populacional é um fenômeno universal e irreversível, com importante impacto em toda a sociedade e gerando novas demandas para os serviços de saúde, além de aumentos substanciais nos custos de programas médicos e sociais. Nesse contexto, a manutenção de autonomia e independência é uma tarefa complexa. Dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos. O objetivo deste trabalho é traçar o perfil sociodemográfico e funcional dos idosos que participam do projeto Bairro Amigo do Idoso do bairro Vila Cordeiro, na cidade de São Paulo – SP. Foi feito estudo transversal descritivo da população de interesse. Foram aplicados para todos os participantes os seguintes questionários: Sociodemográfico, Instrumento de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), Escala Reduzida de Depressão Geriátrica (GDS-15) e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária. Observou-se que a maioria é do sexo feminino (95%), cor branca (80%), residentes em casa própria (90%) e todas com saneamento básico (100%) e mais de quatro cômodos (100%). Quedas foram relatadas por 60% dos idosos e 45% tem algum grau de dependência. Na escala de GDS o resultado foi positivo em 30% dos casos, a vulnerabilidade para queda funcional em 35%. Hipertensão (60%), diabetes (40%), déficits visuais (80%) e auditivos (25%) também foram evidenciados. Os idosos do estudo apresentam uma diversidade de problemas clínicos e sociais. Novas iniciativas para prevenção de agravos e estímulo a atividade física e participação social são, portanto, de fundamental importância.

PALAVRAS CHAVES: Envelhecimento; Bairro Amigo do Idoso; Funcionalidade.

1. INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento populacional é um fenômeno universal e irreversível causando importante impacto em toda a sociedade e gerando novas demandas para os serviços de saúde, além de aumentos substanciais nos custos de programas médicos e sociais¹. As modificações demográficas nas últimas décadas traçaram os rumos de uma inexorável revolução etária. A queda da mortalidade infantil e a progressiva diminuição da fecundidade garantem uma considerável população de idosos que, projetada para 2025, colocará àquela altura como o sexto país do mundo em número de idosos². Segundo estimativas, a população idosa brasileira chegará ao ano 2020 com mais de 26,3 milhões de pessoas, representando quase 12,9% da população total³. A convivência com milhões de idosos, muitos dos quais com complexos problemas sociais e de saúde, requisitará uma grande adaptação da sociedade⁴.

Os idosos constituem um grupo heterogêneo com características peculiares e a prevalência de múltiplas condições crônicas e incapacidade funcional é mais elevada. Grandes variações nas condições de saúde, no bem-estar, na capacidade funcio-

nal e nas necessidades de cuidado distinguem diferentes grupos de idosos. O grau de incapacidade pode variar bastante entre os indivíduos na medida em que eles envelhecem. Segundo Berkman et al. os idosos possuem uma ampla variação das condições de saúde e de fatores de riscos. Portanto, descrever as características de saúde dos idosos é uma tarefa complexa porque pouco se sabe sobre como as várias condições se agrupam nessas populações⁵.

O desafio inicial está na demanda crescente de serviços de saúde, pois o processo de envelhecimento humano, individual e coletivamente, propicia aumento progressivo de doenças crônicas e degenerativas que culminam em complicações que levam a incapacidades e alta dependência para os cuidados. Ainda soma-se a isso o isolamento social decorrente da progressiva perda de funcionalidade e a falta de suporte social³.

Dentre as principais questões relativas ao processo do envelhecimento, o conceito e a prevalência de fragilidade é um assunto muito estudado e discutido. O termo fragilidade é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Todavia, o conceito de fragilidade ainda é bastante controverso⁶. Alguns estudos mostraram que indivíduos frágeis estão sob risco elevado de queda da mobilidade e incapacidade funcional^{7,8}.

A questão do idoso carece de visibilidade e um dos desafios colocados para a área da saúde coletiva é precisamente a produção de conhecimento sobre as especificidades da terceira idade³. A prioridade na atenção à saúde dos idosos deve focar em estratégias que possibilitem a vida mais saudável, além de desenvolvimento e monitorização de indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida dos idosos e de suas famílias. A mudança no paradigma de atenção à saúde da população idosa é imprescindível, pois os modelos tradicionais centrados na assistência hospitalar e/ou asilar já demonstraram sua ineficiência⁴. Segundo estudos epidemiológicos recentes, doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento e o uso de serviços preventivos, a eliminação de fatores de risco e a adoção de hábitos saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável⁹.

1.1. PROGRAMA BAIRRO AMIGO DO IDOSOS

O Programa Bairro Amigo do Idoso foi desenvolvido em 2009, fruto da parceria entre a Unifesp e a Prefeitura de São Paulo, com base no projeto mundial Cidade Amiga do Idoso, da Organização Mundial da Saúde (OMS). O objetivo deste projeto mundial é mobilizar cidades para que se tornem mais amigas do idoso, para poderem usufruir o potencial que os idosos representam para a humanidade. Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança e aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. A OMS considera o envelhecimento ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos. O projeto de estudo para implantação no bairro Vila

Clementino envolvia três pilares: 1) Levantamento dos equipamentos e serviços do bairro, 2) Envolvimento dos membros da comunidade na coleta de dados e 3) Subsídios para o estabelecimento da rede de atenção à pessoa idosa do bairro. Através de grupos focais, o objetivo era buscar estratégias para deixar o bairro mais amigável.¹⁰

O projeto Bairro Amigo do Idoso no Brás, em desenvolvimento por pesquisadores do curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH USP, e onde os grupos focais para a coleta de percepções já permitem algumas conclusões preliminares, tem demonstrado quão rica pode ser esta experiência e quantos elementos suscitam reflexões que poderão encaminhar resultados concretos, especialmente quando consideramos ações do poder público para atendimento dessas demandas.¹¹

O bairro Vila Cordeiro passou a integrar as várias iniciativas organizadas na cidade para também ser um bairro amigável à população idosa, através da parceria entre o Hospital Premier e a Prefeitura Municipal de São Paulo. Com ações interdisciplinares na promoção da saúde, educação e inclusão social, tem como objetivo a sensibilização da sociedade de que os idosos são seres autônomos, participativos e ativos, ajudando no enfrentamento da problemática social que envolve o isolamento dos idosos¹².

O Hospital Premier inaugurou em 2010, um novo espaço em suas instalações para uso de seus pacientes, funcionários, parceiros e aberto à comunidade: *o Espaço de Convívio, Formação, Cultura e Artes “Vila Cordeiro - Bairro Amigo do Idoso / Organização Mundial da Saúde”*. Com a inauguração deste espaço de convívio, o hospital passou a oferecer alternativas de lazer aos moradores do entorno que, ao frequentar os ambientes públicos do hospital, terão também possibilidade de interagir com os pacientes e seus familiares.

Entre as diversas iniciativas se destacam os encontros bissemanais de Lian Gong (prática corporal chinesa), práticas de meditação, palestras temáticas, yoga e cinema. O Hospital Premier também disponibiliza transporte até a Cinemateca Brasileira, onde ocorrem mensalmente a Sessão Averroes de Cinema e Reflexão, que discute questões do envelhecimento e morte através de filmes e debates. Entretanto, apesar de todas as iniciativas existentes no hospital, ainda não se tem informações gerais e da saúde dessa população que participa das atividades. Como dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos³, justifica-se o trabalho aqui proposto.

2. OBJETIVO

- Traçar o perfil sociodemográfico e funcional dos idosos que participam do projeto Bairro Amigo dos Idosos do bairro Vila Cordeiro.

3. METODOLOGIA

3.1. LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Hospital Premier, localizado no Bairro Vila Cordeiro em São Paulo - SP, durante os encontros dos idosos participantes do Projeto Bairro Amigo do Idoso.

O Hospital Premier é uma instituição hospitalar privada, especializada no atendimento a pacientes crônicos de alta dependência, principalmente idosos, portadores de patologias como neoplasias em estágios avançado, demências, sequelas neurológicas graves e outras doenças crônicas. Possui 70 leitos hospitalares de enfermaria e 7 leitos de unidade semi-intensiva, além de sala de reabilitação, sala de terapia ocupacional, auditório, café, jardim, solarium e sala de convivência. Atende pacientes de operadoras de saúde suplementar e particulares.

Os princípios norteadores do trabalho do Hospital Premier convergem com os conceitos dos Cuidados Paliativos¹⁰. Conta com equipe multidisciplinar, composta por médicos especializados, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontologistas, farmacêuticos, equipe de apoio, hotelaria, copa, administração, etc.

3.2. DESENHO DO ESTUDO

O estudo é descritivo simples da população de interesse (idoso participante do Projeto Bairro Amigo do Idoso da Vila Cordeiro). O estudo descritivo visa fornecer uma descrição detalhada de um fenômeno determinado, estudando uma situação tal como ela se apresenta no meio natural, com vistas a destacar as características de uma população e compreender fenômenos ainda mal elucidados. Devem-se descrever as características, antes de examinar relações de associação ou de causalidade entre variáveis.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado respeitando todos os preceitos éticos para realização de pesquisas com seres humanos. Os idosos serão encaminhados à centros de saúde especializados conforme os resultados encontrados.

Foi aplicado o questionário sociodemográfico, desenvolvido pelo autor do estudo, e os seguintes instrumentos: 1) Escala Breve de Avaliação Geriátrica (GDS 15) 2) Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) 3) Instrumento de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13).

O projeto de pesquisa foi submetido ao CONEP através da Plataforma Brasil.

Os questionários foram aplicados para todos os idosos participantes do Projeto Bairro Amigo do Idoso, individualmente, em uma sala de consultório do Hospital Premier, em três dias diferentes no mês de outubro de 2015, no período em que eles estavam na instituição para a participação em atividades regulares do projeto. O convite foi feito para todos os idosos juntos, durante o primeiro encontro, onde foi

explicado todo o projeto do trabalho. O autor aplicou os questionários para 15 idosos e uma profissional treinada que ajuda na organização do projeto no bairro aplicou para 5 idosos. O autor estava presente no consultório durante todas as aplicações. O presente estudo não tem a intenção de fazer uma avaliação geriátrica ampla desses idosos, porém vão ser avaliados sistemas funcionais importantes para essa população. Foram incluídos todos os idosos participantes das atividades do Projeto Bairro Amigo do Idoso e todos assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Não foi excluído nenhum idoso, pois todos aceitaram participar do estudo, conseguiam responder as perguntas e assinaram o TCLE.

3.2.1. Instrumentos de Avaliação

O questionário sociodemográfico foi produzido pelo autor, é de fácil entendimento com perguntas simples e diretas, com os seguintes temas: nome, sexo, idade, composição familiar, local de moradia, religião, renda, entre outros. No questionário sociodemográfico foi incluído perguntas sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, tabagismo, etilismo e questões sobre auto percepção de visão e audição.

A Diabetes Mellitus aumenta sua prevalência com a idade, geram complicações graves e aumentam os custos relacionados à saúde do idoso¹³. Quase metade dos diabéticos tem 65 anos ou mais e o número absoluto de idosos com diabetes vai continuar a subir em um futuro previsível, principalmente pelo envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida. Diversos desafios estão lançados, entre eles, evitar os sintomas e complicações da hiperglicemia e hipoglicemia, minimizar ou retardar as complicações e maximizar as funções da vida¹⁴.

A presença de Hipertensão Arterial Sistêmica e quando foi realizada última aferição de pressão arterial também foram questionados nesse estudo. Essa morbidade, além de aumentar os gastos com saúde, aumenta os riscos de problemas cardiovasculares e hoje, muitos idosos, convivem com complicações funcionais e cognitivas decorrentes desses problemas. As orientações adequadas de medidas preventivas contribuem para o envelhecimento saudável¹⁵.

Os efeitos nocivos do tabaco se estendem até o envelhecimento e o índice de mortalidade entre os fumantes com idade de 65 anos ou mais é 2 a 10 vezes maior em relação aos que nunca fumaram. O aconselhamento sobre os benefícios do seu abandono mesmo na idade avançada pode contribuir para o envelhecimento mais saudável¹⁵.

A proporção de idosos que ingerem bebida alcoólica está se elevando, com uma estimativa de 14% de homens e 6% de mulheres classificadas como adeptos ao hábito alcoólico pesado. O idoso também tem riscos elevados com o abuso de álcool por causa das mudanças fisiológicas da distribuição e metabolismo relacionados ao envelhecimento¹⁵. O presente estudo questionou sobre o hábito diário, uso social (até 3 vezes na semana), ingesta raramente e ausência de uso do álcool. Considerou-se a ausência do uso de álcool a não ingesta nos últimos 2 anos.

Cerca de um terço dos idosos residentes na comunidade sofrem quedas ao ano e essa frequência aumenta quando se fala de idosos maiores de 80 anos. Apresentam alta taxa de recorrência e constitui a sexta causa de óbitos em idosos¹⁶. O presente estudo verificou a presença ou ausência de quedas e recorrências.

A funcionalidade global é a capacidade de o indivíduo funcionar sozinho ou gerir a própria vida e cuidar de si mesmo, preservando a autonomia e a independência. Compreendem as atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária e dependem de sistemas funcionais como cognição, humor, mobilidade e comunicação. A autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações e dependem da cognição e do humor. A independência é a capacidade de execução das atividades com os próprios meios e dependem da mobilidade e a comunicação⁶.

Foi avaliada a vulnerabilidade do idoso para declínio funcional, as atividades instrumentais da vida diária e o humor. Não foram avaliadas as atividades básicas da vida diária, por julgar que essas atividades estarão comprometidas em idosos com maior grau de dependência.

A comunicação não foi avaliada, porém o questionário contém perguntas auto referidas relacionadas a problemas de visão e audição, funções determinantes de uma comunicação adequada.

Além disso, a partir destes aspectos, foram selecionados os instrumentos, já validados para aplicação, que a seguir estão expostos de maneira mais detalhada. Todos os instrumentos encontram-se em anexo.

3.2.2. *Instrumento de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)*

A funcionalidade global é ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso e deve ser realizada com frequência. O declínio funcional não pode ser atribuído ao envelhecimento normal e sim às incapacidades mais frequentes nos idosos⁶. A presença de incapacidades é o principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização em idosos⁶. Saliba et al, em 2001, baseado nessa premissa, desenvolveram um instrumento simples e eficaz capaz de identificar o idoso vulnerável, definido como aquele indivíduo com 65 anos ou mais que tem risco de declínio funcional ou morte em dois anos¹⁷. O questionário valoriza a idade, a autopercepção de saúde, a presença de limitação física e de incapacidades. O instrumento pode ser respondido pelo próprio idoso e cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de 0 a 10 pontos. Pontuação igual ou superior a três pontos significa um risco maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparados com idoso com pontuação ≤ 2 , independente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes. Os cinco itens referentes às incapacidades são independentes do sexo e idade do paciente e são altamente preditores ($> 90\%$) de incapacidades nas outras atividades de vida básicas e instrumentais¹⁸.

A idade e autopercepção da saúde são excelentes preditores de morbimortalidade, pois são considerados indicadores indiretos de presença de doenças crônico-degenerativas. Segundo Lima-Costa e Camarano, a auto avaliação da saúde ou saúde referida

é fidedigna e apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde e prediz de forma consistente a mortalidade e o declínio funcional, mesmo na realidade brasileira¹⁹. De acordo com Maia et al, o VES-13, traduzido e adaptado mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e consistência interna de suas medidas. Sua estrutura simples e de fácil aplicabilidade pode, portanto, favorecer a identificação das pessoas idosas vulneráveis, contribuindo, assim, para a priorização do acompanhamento pelos serviços de saúde¹⁸.

3.2.3. Escala Reduzida de Depressão Geriátrica (GDS-15)

A depressão é fonte importante de custos para a sociedade e o número absoluto de pessoas afetadas vai aumentar com o envelhecimento populacional. Sintomas depressivos são comuns entre os idosos, geram sofrimentos, incapacidades, afetam negativamente a qualidade de vida e aumentam a mortalidade. Apesar da alta frequência nessa população, poucos idosos são diagnosticados com depressão e recebem tratamento adequado¹⁹.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso. Criada por Yesavage et al. (1983), a GDS passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para rastreamento de depressão no idoso sendo traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por Stoppe Júnior et al²⁰. Diversos estudos já demonstraram que a GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos²¹.

Também foi traduzida para diversas línguas, incluindo chinês, francês, alemão, grego, hindu, espanhol, russo, sueco, português, entre outras. Atualmente as versões reduzidas da GDS vêm sendo mais utilizadas na prática clínica, já que o tempo gasto com sua aplicação pode ser substancialmente reduzido²².

Montorio diz que o GDS é um auto relato relevante para a avaliação da depressão em idosos, dada a sua vantagem sobre os outros instrumentos, que não são facilmente aplicados a esta faixa etária, sua utilidade na detecção de depressão, e sua adequada propriedades psicométricas²³.

Vários estudos foram realizados posteriormente no Brasil, empregando-se a tradução para o português da GDS em duas versões (30 e 15 itens) em diferentes contextos clínicos em São Paulo, tanto para idosos atendidos ambulatorialmente quanto em enfermarias de geriátricas^{20,22}.

Almeida demonstrou que as versões brasileiras da GDS-15 oferecem medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV. O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) para a GDS-15 produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a CID-10. Os valores preditivos positivo e negativo foram respectivamente 85,3% e 73,9%. De forma semelhante taxas de 90,9%, 64,5%, 73,2% e 86,9% foram respectivamente produzidas para o diagnóstico de depressão maior de acordo com os critérios do DSM-IV. Além disso, Almeida e Almeida

observou que os escores da GDS-15 correlacionavam-se de forma significativa com os escores da 'Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale' (MADRS) ($\rho=0,82$ para ambas). Isso indica que as versões com 15 itens da GDS oferecem, também, medidas confiáveis de gravidade do quadro depressivo. Finalmente, a avaliação da consistência interna da escala através do coeficiente alfa de Cronbach revelou índices de confiabilidade de 0,81 para a GDS-15. Esses resultados indicam que a GDS-15 oferece medidas válidas para a detecção de casos de depressão entre idosos²².

A GDS utilizada no estudo aqui representado é a versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh & Yesavage. Tem 15 perguntas e utiliza o formato simples de resposta sim/não, e cada item vale 1 ponto. Consiste em itens breves e de fácil compreensão que propositalmente omitem queixas somáticas. O ponto de corte maior que 5 sugere suspeita de depressão²⁴.

3.2.4. Escala de Atividades Instrumentais da vida Diária

A utilização de escalas de avaliação para funcionalidade é uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas. De acordo com Duarte et al, estas, de um modo geral, representam uma forma de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si e do meio que a envolve e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total em termos de avaliação. As diferentes áreas que compõem a funcionalidade do idoso são conhecidas como atividades de vida diária (AVDs) e subdividem-se em: 1) Atividades Básicas da Vida Diária; 2) Atividades Instrumentais da Vida Diária; 3) Atividades Avançadas de Vida Diária²⁵.

O presente estudo avaliou as Atividades Instrumentais da Vida diária através da escala de Lawton e Brody, desenvolvida em 1969. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais, englobando oito tarefas: usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. A escala é composta de 9 questões, com pontuação total de 27 pontos. Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. A versão brasileira do instrumento foi testado no Brasil por Santos e Virtuoso (2008) e teve sua confiabilidade comprovada²⁵.

4. RESULTADOS

A população compôs-se pelos 20 idosos que participam do projeto Bairro Amigo do Idoso no Hospital Premier, com idade média de 73,8 anos, predomínio do sexo feminino (95%). A maior parte é natural de São Paulo (45%). Em relação à cor de pele, a maioria dos idosos considera-se branco (80%). Preponderou o estado civil viúvo (55%). O ensino médio completo foi a escolaridade de maior frequência (40%). O analfabetismo está presente em um idoso (5%) e apenas quatro (20%) tem ensino

superior completo. Quanto aos filhos, a maioria (85%) tem filhos. Verificou-se uma maior prevalência de católicos (75%) e a minoria (5%) não tem religião. A grande maioria dos idosos reside em casa própria (90%) e os outros (10%) em casa alugada. Todos (100%) têm saneamento básico no domicílio e residência com mais de quatro cômodos. A minoria (25%) reside sozinha. Poucos trabalham atualmente (30%) e a maioria recebe aposentadoria (60%). A maior parte dos idosos depende de ajuda para complementar a renda (70%). Os dados demográficos completos podem ser visualizados na tabela 1.

A quase totalidade da amostra é do sexo feminino, corroborando com os inúmeros estudos que revelam maior prevalência da mulher na população idosa¹. A mulher tem um cuidado maior com aspectos relacionados à saúde e bem estar, buscando mais os serviços de saúde.¹⁵ O elevado número de mulheres pode explicar a baixa porcentagem de idosos nessa amostra com escolaridade de ensino superior completo. O presente estudo não pode identificar as circunstâncias, porém grande parte dessas mulheres (80%) não teve acesso às universidades.

No estudo seis idosos (30%) trabalham atualmente, mostrando que a população idosa ainda tem sua importância no mercado de trabalho. Além disso, ter uma ocupação pode ajudar na preservação da capacidade cognitiva e funcional. É importante estimular os idosos a permanecer ativos e a participação na sociedade através do mercado de trabalho pode ajudar a prevenir o isolamento social^{1,2}.

Tabela 1: *Dados sociodemográficos:*

	n°	%
SEXO		
• Masculino	1	5%
• Feminino	19	95%
COR		
• Branca	16	80%
• Amarela	2	10%
• Negra	2	10%
ESTADO CIVIL		
• Viúvo	11	55%
• Casado	3	15%
• Solteira	4	20%
RELIGIÃO		
• Católicos	14	70%
• Ausente	1	5%
FILHOS		
• sim	17	85%
• não	3	15%

RESIDENCIA		
• Própria	18	90%
• Alugada	2	10%
Residem		
• Sozinha	5	25%
• Não Sozinha	15	75%
Saneamento Básico		
• Sim	20	100%
• Não	0	0%

Na amostra, há um número alto de idosos que dependem da aposentadoria e um elevado número carece de ajuda na colaboração da renda, mesmo a população estudada residindo em áreas menos vulneráveis. A baixa renda dos idosos no Brasil deve ser vista com maior atenção, já que os custos dos tratamentos de doenças crônicas e outros cuidados relacionados à saúde são muito elevados¹. Buscar alternativas simples, barata e de tecnologias leves podem ajudar a diminuir os custos, além de ser mais benéfica para alguns idosos.

Na população estudada um amplo número de idosos não tem parceiro. A falta de parceiro, principalmente pelo elevado número de viúvas, evidencia o quanto a morte de um ente querido está presente nessa população. Oferecer discussões acerca da morte pode ser positivo na aceitação do envelhecimento e no planejamento e elaboração do próprio processo de finitude. Assim, é plausível inferir que as sessões de Cinema e Reflexão na cinemateca da cidade de São Paulo podem ser salutares a esses idosos, uma vez que traz discussões sobre a morte e envelhecimento.

O número de idosos hipertensos é alto (60%). Em relação a diabetes 40% deles tem o diagnóstico. A maioria apresenta problema visual (80%). Problema auditivo é presente na minoria (25%). Alguns idosos apresentam problemas auditivos e visuais concomitantes (25%). O tabagismo está presente em uma pequena parte (30%), a minoria (10%) fuma atualmente. 55% deles ingere bebida alcoólica raramente. Os dados sobre aspectos gerais de saúde podem ser visto na totalidade na tabela 2.

No estudo foram encontrados 60% de idosos hipertensos, corroborando com as pesquisas que mostram alta prevalência na população idosa.¹⁵ Todos os idosos participantes aferiram a pressão arterial recentemente e isso pode ser explicado pelo melhor acesso aos serviços de saúde. Os idosos hipertensos devem ser avaliados e acompanhados, já que é alta a prevalência de complicações cardiovasculares e perda funcional¹⁵. De forma razoável e individualizada, torna-se fundamental conscientizar os idosos acerca do seu atual estado clínico, os tratamentos necessários e os efeitos colaterais dos medicamentos, além de incentivar hábitos saudáveis de vida. Estratégias que podem contribuir para melhor aceitação do tratamento incluem o acesso aos cuidados adequados, informações de fácil entendimento, incentivo a automonitorização, inclusão dos familiares, aconselhamentos e formas de supervisão

e monitoramento. A atividade física foi identificada como o mais importante fator ambiental favorável à saúde cardiovascular¹⁵, portanto, as atividades de Lian Gong podem ser benéficas para os idosos do estudo.

A prevalência de diabetes aumenta com a idade. Esta doença é uma grande causadora direta e indireta de incapacidades^{15,26}. Na população estudada foram evidenciados 40% de idosos com diabetes, ressaltando a alta frequência da doença nos idosos. Os idosos com diabetes necessitam acompanhamento de equipe de saúde especializada e multiprofissional. São importantes ações que ajudem os idosos a aderir ao tratamento e a hábitos de vida saudáveis, além de orientar sobre prevenção de potenciais complicações cardiovasculares e funcionais. Não existem evidências que a detecção precoce da diabetes melhore a evolução da doença porém o diagnóstico pode ser importante para prevenção de morbidades.¹⁵ Nesta pesquisa, todos os idosos fizeram algum exame de rastreio. O elevado acesso aos exames de rastreio pode estar relacionado com a região demográfica de residência e o melhor nível de renda da população estudada.

Verbrugge et al. concluíram que a diabetes traz um moderado impacto na capacidade funcional e a hipertensão arterial é a condição menos provável de ocasionar efeito na capacidade funcional do idoso. Entretanto, foi evidenciado que entre os idosos classificados como dependente na escala de AIVD, 78% são portadores de hipertensão arterial, 34 % tem diabetes e 34% tem as duas comorbidades. Esses resultados se assemelham ao estudo PNAD no Brasil em 2003 que evidenciou maior prevalência de incapacidade funcional nos idosos hipertensos²⁶.

Tabela 2: Aspectos gerais de saúde

PROBLEMA VISUAL		
• sim	16	80%
• não	4	20%
• corrigido	12	75%
PROBLEMA AUDITIVO		
• sim	5	25%
• não	15	75%
• corrigido	2	40%
HAS		
• sim	12	60%
• não	8	40%
• aferição	20	100%
DM		
• sim	8	40%
• não	12	60%
• rastreio	20	100%

TABACO		
• sim	2	10%
• não	14	70%
• parou	4	20%
ALCOOL		
• diario	2	10%
• raro	11	55%
• social	1	5%
• ausente	6	30%

Na década de 1990, estudos já traziam que a deterioração visual era quinze a trinta vezes mais frequente em idosos maiores de 80 anos comparados aos adultos de 40 a 50 anos. Problemas de visão trazem prejuízos na comunicação, importante para o bom funcionamento e avaliação da função cognitiva, também podem levar ao isolamento social e são riscos potenciais para causar incapacidades, pelo maior risco de quedas e acidentes¹⁵. 80% dos idosos estudados têm problemas de visão, ressaltando a alta prevalência nos idosos. O número alto de idosos que corrigiu o problema (75%) pode ser decorrente da região de residência com maior acesso a serviços de saúde, bem como pelo fato da população estudada ser majoritariamente feminina, caracterizando-se por uma busca mais ativa em resolver os problemas relacionados à saúde.

O número de idosos com problemas de audição no presente estudo não foi alto (25%), mas deve-se comentar que este é um aspecto presente nessa população. A avaliação auditiva precisa ser realizada regularmente, uma vez que acarreta dificuldades na comunicação, aumenta o risco de isolamento social e prejuízos cognitivos¹⁵.

A prevalência estimada de tabagismo nos idosos é 13%, particularmente mais frequente nos homens e países de alta renda¹⁵. Mesmo com a maioria de a amostra ser mulher, foram evidenciados dois tabagistas e quatro ex-tabagistas (30%).

O número de idosos que ingerem álcool vem aumentando ao longo do tempo. Em virtude das mudanças fisiológicas do metabolismo relacionadas ao envelhecimento, o álcool pode causar sérios prejuízos e aumentar o risco de quedas e acidentes¹⁵. Na amostra aqui estudada, o uso diário de álcool está presente em dois idosos (10%), uso social um (5%) e raramente dez idosos (50%). Apenas seis idosos (30%) não ingerem bebidas alcoólicas em nenhum momento. Esses dados sugerem que os idosos estão expostos ao álcool e devem ser orientados em relação aos riscos potenciais do seu uso para prevenção de agravos.

A queda foi referida pela maioria (60%), sendo que grande parte destes (84%), apresentou queda mais de uma vez. Estudo no Brasil em 2000 mostra que as quedas ocupavam o primeiro lugar entre as causas de internação de idosos acima de 60 anos²⁷. Pelo risco potencial de sequelas, as quedas são causas importantes de incapacidade funcional e torna-se necessário que os idosos com históricos de quedas frequentes, sejam minuciosamente avaliados^{16,27}. Nesse trabalho não foi estudado as consequências das quedas, porém evidenciou-se que 60% dos idosos sofreram

quedas, sendo 84% mais de uma vez. Entre os idosos classificados como dependentes pela escala de AIVD, 78% já apresentaram quedas. Para idosos da comunidade, ações educativas sobre os riscos são fundamentais, contudo podem não ter efeitos se realizados de forma isolada. É necessário criar iniciativas para estímulo ao exercício físico, com maior foco em atividades que desenvolvam o equilíbrio e a força.

Uma das atividades praticadas pelos idosos no Hospital Premier é o Lian Gong, prática de terapia corporal elaborada na década de 70 pelo Dr. Zhuang Yuan Ming, médico ortopedista da Medicina Tradicional Chinesa²⁸. O objetivo principal da terapia é prevenir e tratar dores musculoesqueléticas, porém, o fortalecimento muscular e os alongamentos podem contribuir para a prevenção de quedas desses idosos. Em estudo realizado em 2014 com os idosos que participavam do projeto no Hospital Premier, Othero evidenciou que a maioria (89,5%) tinha como atividades de maior interesse o Lian Gong²⁹, facilitando assim, maior adesão às práticas de exercícios físicos. Faz-se necessário ressaltar sobre a responsabilidade da administração pública na criação de espaços adequados e melhorias das ruas e calçadas para a mobilidade mais segura. A tabela 03 mostra os dados sobre as quedas.

Pela escala de AIVD, apareceram mais idosos classificados como independentes (55%). Dos idosos dependentes (45%), a maioria tem dependência leve (78%), um elevado número tem hipertensão arterial (78%), alguns diabetes (33%) e uma parte hipertensão arterial e diabetes (33%). Dos pacientes classificados como dependentes pela escala de AIVD, a maioria (78%) apresentou quedas, assim como também mostrado na tabela 3.

Tabela 3: Quedas

QUEDAS	SIM	NÃO	Recorrência
Todos	12 (60%)	8 (40%)	10 (84%)
Dependentes (AIVD)	7 (78%)	2 (22%)	5 (71%)
Independentes (AIVD)	4 (36%)	7 (64%)	4(100%)

Em relação a suspeita de depressão avaliada pela escala GDS, um número razoável de idosos (30%) apresentou resultado positivo e destes, a maioria (66%) foi classificado como dependente pela escala de AIVD.

Na avaliação com o questionário de vulnerabilidade VES-13, a minoria (35%) foi classificada como idoso vulnerável. Dos idosos considerados vulneráveis, a maioria (58%) tem hipertensão arterial. Desses idosos considerados vulneráveis, a maioria (58%) apresentou GDS positivo para suspeita de depressão e foram classificados

como dependentes pela escala de AIVD. Os dados relativos ao GDS, AIVD e VES-13 estão descritos a seguir na tabela 4.

O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade e deve ser foco de intervenção geriátrica, independentemente da idade. Surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso³⁰. Quase metade dos participantes tem certo grau de dependência, mostrando a alta frequência de queda funcional nos idosos, conforme já mencionado (45%). O prejuízo da capacidade funcional não deve ser visto como natural do processo de envelhecimento e geralmente indica doença. A perda da funcionalidade segue uma sequência na qual o indivíduo passa, em primeiro lugar, pelo comprometimento nas atividades instrumentais de vida diária, seguido da perda na mobilidade e, por fim, nas atividades de vida diária^{31,32}. As ações reabilitadoras para manter ou restaurar a funcionalidade devem levar em conta fatores ambientais e pessoais na tentativa de maximizar a autonomia e independência. As atividades físicas são meios importantes para compressão da morbidade, diminuição e prevenção de doenças e melhoram a capacidade física e motora^{15,33}. As atividades de Lian Gong realizadas pelos idosos do estudo podem estar contribuindo com o envelhecimento mais ativo e funcional. Como dito previamente, Othero já demonstrou em 2014, que esses idosos têm preferência por essa atividade corporal (89,5%)³¹.

Tabela 4: *Dados das escalas GDS, AIVD, VES-13*

ESCALAS	Nº	Porcentagem
AIVDs		
Independentes	11	55%
Dependentes	9	45%
GDS 15		
Suspeito	6	30%
Não suspeito	14	70%
VES 13		
Vulnerável	8	40%
Não Vulnerável	12	60%

A depressão é condição clínica frequente no idoso. Estudos epidemiológicos indicam variação de 1 a 16% de depressão nos idosos da comunidade.^{34,35,36,37,38}. No estudo foram encontrados 30% de idosos com suspeita de depressão através da escala de GDS. Apesar da alta prevalência, os sintomas depressivos em idosos são apenas ocasionalmente reconhecidos pelos pacientes e profissionais de saúde^{39,40}, favorecendo sofrimentos desnecessários, dificuldade para os familiares e elevado custo econômico à sociedade^{41,42}. Embora os estudos não mostrem uma relação significativa entre exercícios e depressão, a maioria dos idosos que praticam exercício

regularmente experimenta maior sensação de bem estar e independência⁴². Novamente, as atividades corporais desenvolvidas no projeto podem contribuir nesse ponto, bem como as atividades de Cinema e Reflexão na Cinemateca da cidade São Paulo que fomentam o convívio social e a inclusão, estimulando esses idosos a serem participativos na sociedade, pois o isolamento social é um problema que colabora para a alta taxa de depressão.

Alguns estudos em idosos sugerem uma relação entre baixo nível funcional e sintomas depressivos^{43,44,45}. Na China em 2004 concluiu-se que a depressão pode aumentar o risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional. Entretanto, há carência de dados sobre o comportamento dessas variáveis na população idosa frágil⁴³. Aqui, evidenciou-se que entre os seis idosos com resultado sugestivo de depressão através da escala de GDS, quatro (67%) foram classificados como dependentes pela escala de AIVD.

O termo fragilidade é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalizações e morte. O reconhecimento dos idosos vulneráveis é importante para o planejamento de ações em saúde. No presente estudo não foi realizada avaliação geriátrica completa, portanto não podemos classificar os idosos como frágeis. Entretanto, o número de idosos vulneráveis que foi evidenciado através da escala VES13 (35%) mostra que a fragilidade é um obstáculo real que exige ser discutido e enfrentado, principalmente na comunidade, onde medidas de prevenção primária ainda podem ser benéficas. Entre os idosos classificados de vulneráveis, mais da metade (57%) são hipertensos, mostrando que as doenças crônicas são prevalentes nos idosos frágeis.

Os Cuidados Paliativos são ações, através de equipe multiprofissional, que tem o objetivo de cuidar do ser humano integralmente, resgatando sua história de vida, respeitando a autonomia e estendendo os cuidados também aos familiares. O caráter multidimensional requer um trabalho interdisciplinar, dada a dimensão de intervenções, conhecimentos e competências relacionais, humanas e éticas necessárias^{46,47}. Os idosos são mais susceptíveis a morte e uma grande parte é portador de doenças crônicas que ameaçam a vida, portanto, poderiam se beneficiar do acompanhamento com uma equipe especializada, mesmo em conjunto com outras especialidades. A reabilitação paliativa pode trazer vida aos idosos, principalmente aqueles mais dependentes. O acompanhamento longitudinal pode evitar iatrogenias e garantir mais autonomia. O processo de finitude, apesar de doloroso, pode ser focado em qualidade de vida, cuidados proporcionais e respeito à dignidade do ser humano.

5. CONCLUSÃO

O estudo concluiu que a maior parte da amostra é do sexo feminino, branca, natural de São Paulo, sem parceiros e residem em casas próprias com saneamento básico e mais de quatro cômodos. Um grande número de idosas não tiveram acesso a universidade e poucas trabalham atualmente. Muitos necessitam de ajuda na renda. Religião

é presente nesses idosos e a maioria têm filhos e não residem sozinhos.

A queda é bastante frequente, na maioria, em mais de uma vez. As incapacidades também foram encontradas, além do alto número de doenças crônicas, problemas visuais e auditivos.

Sintomas depressivos apareceram em alguns idosos, principalmente naqueles classificados como dependentes pela escala de AIVD.

As atividades corporais podem trazer benefícios, incentivando a atividade física, prevenindo piora funcional e ajudando na prevenção de quedas, além de proporcionar momentos de convívio.

As sessões de cinema no auditório do Hospital Premier e as sessões de Cinema e Reflexão na Cinemateca da cidade de São Paulo podem ajudar esses idosos no enfrentamento do próprio processo de envelhecimento e incentiva a inclusão e participação social.

As outras atividades desenvolvidas no Hospital Premier como bingos, festas, confraternizações, entre outras, estimulam o convívio em sociedade e podem ajudar no enfrentamento do isolamento social e sintomas depressivos.

O estudo evidencia a diversidade de problemas clínicos e psicossociais na população idosa. Novas iniciativas para prevenção de agravos e estímulo a atividade física e participação social são de fundamental importância.

O estudo descritivo é limitado, servindo para identificar as características de um fenômeno de maneira a obter uma visão global de uma situação ou de uma pequena população. A descrição das variáveis conduz, eventualmente, a uma análise de âmbito teórico dos resultados e apenas à formação de hipóteses. Novos estudos devem ser feitos para estudar as diversas variáveis relacionadas aos idosos e ao processo de envelhecimento.

Esta pesquisa reforça que o envelhecimento populacional trás novas necessidades de cuidados relacionados à saúde, onde as doenças crônicas e a queda da capacidade funcional tem grande importância. O atendimento longitudinal e multiprofissional, onde o ser biográfico é o protagonista, deve ser oferecido para todos os idosos, garantindo maior autonomia, respeito à dignidade e menor risco de iatrogenias.

Ninguém cuida de quem não conhece, portanto, fazer o diagnóstico situacional de uma determinada população é essencial para garantir melhores intervenções, resultados e menos custos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veras R. P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev.Saúde Pública*, São Paulo , v. 21, n. 3, jun. 1987
2. Camargo J. R., Kenneth R. de. País jovem com cabelos branco: a saúde do idoso no Brasil. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, June 1995.
3. Victor, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta paul enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 1, Feb. 2009.
4. Tavares A. *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Guanabara Koogan – 2004

5. Berkman L, Singer B, Manton K. Black/white differences in health status and mortality among the elderly. *Demography* 1989; 26:661-78.
6. Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana de saúde, 2012.
7. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, vol.43, n.3, 2009.
8. Fried L. P.; Tangen, C. M.; Walston, J.; Newman, A. B.; *et al.* Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology*, vol. 56, n. 3, p. 146-156, 2001
9. Desai M. M., Zhang P., Hennessy C. H. Surveillance for morbidity and mortality among older adults – United States, 1995-1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1999;48(SS-8):7-25.
10. Ramos, L. R. et al: Envelhecimento Ativo e Cidade Amiga do Idoso: Estudo para a Implantação do Bairro Amigo do Idoso da Vila Clementino do Município de São Paulo/SP
11. Graeff, B., Domingues, M.A. & Bestetti, M.L.T. (2012, dezembro). Bairro Amigo do Idoso no Brás: percepções sobre os migrantes internacionais. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), "Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais", pp. 177-196.
12. Gomes. *Revista Prata da Casa*
13. Rubin RJ; Altman WM; Mendelson DN. Health care expenditures for people with diabetes mellitus. *Clin Endocrin Metab*, 1994
14. Weinberger M et al. Economic impact of diabetes mellitus in the elderly. *Clin Geriatr Med*, 1994
15. Gallo JJ, Whitehead J.B.; Rabins P.V.; Silliman R.A.; Murphy J.B.; Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 99-08 1999.
16. Yamaguchi, AM. Quedas (cap 7.8). Em: Jacob WF; Gorzoni, ML. *Geriatria e Gerontologia: O que todos devem saber*. São Paulo: Roca, 2008
17. Min LC, Elliott MC, Wenger NS, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(3):507-11.
18. Maia FOM et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(Esp):116-22.
19. Stiles PG, McGarrahan JF. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. *J Clin Geropsychol* 1998;4:89-110.
20. Paradela E. M. P., Lourenço R. A., Veras R. P. Validação da escala de depressão geriatria em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 2005, 39(6):918-923.
21. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr*, 12:163-72, 2000.
22. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV, 1999.
23. Montorio I et al. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr*. 1996 Spring;8(1):103-12.
24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17:37-49
25. Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
26. Verbrugge LM. Gender and health: an update of hypotheses. *J Health Soc Behav* 1985; 26:156-82.
27. Gawryzewski, V.P.; Jorge, M.H.P.M.; Koizumi, M.S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Ver Assoc. Med. Bras*. V.50, n.1, p.97-103, 2004
28. Lian gong
29. Othero
30. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003, 19:793-8.
31. Hoeymans N, Feskens EJM, van den Bos GAM, Kromhout D. Measuring functional status: cross-sectional and longitudinal associations between performance and self-report (Zuthen Elderly Study 1990-1993). *J Clin Epidemiol* 1996; 49:1103-10.
32. Manton KG, Stallard E. Cross-sectional estimates of active life expectancy for the U.S. elderly and oldest-old populations.. *J Gerontol* 1991; 46:S170-82.

33. Homborgh, C. V. et al; Physical activities of noninstitutionalized dutch elderly and characteristics of inactive elderly. *Medicine and Science in Sports and Exercise.*; v 27, n.3, pag 334-9, 1995
34. Copeland JRM, Dewey ME, Wood N, et al. Range of mental illnesses amongst the elderly in the community: prevalence in Liverpool using AGE-CAT. *Br J Psychiatry* 1987;150:815-823.
35. Kay DWK, Henderson AS, Scott R, et al. Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychol Med* 1985;5:771-788.
36. Livingston G, Hawkins A, Graham N, et al. The Gospel Oak study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychol Med* 1990;20:137-146.
37. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk of depression? *Am J Psychiatry* 1997;154:1384-1390.
38. Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:285-295.
39. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Detection and treatment of depression in older medically ill hospitalized patients. *Int J Psychiatr Med* 1988;18:17-31.
40. Williams-Russo P. Barriers to diagnosis and treatment of depression in primary care settings. *Am J Geriatr Psychiatry* 1996;4(Suppl 1):84-90.
41. Gurland BJ, Katz S, Chen J. The subjective burden of depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5:188-191.
42. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *J Am Med Assoc* 1997;278:1186-1190.
43. Bruce, M. L. et al. The Impact of Depressive Symptomatology on Physical Disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *American Journal of Public Health*, vol. 84, n. 11, 1994.
44. Lenze et al. The Course of Functional Decline in Older People with Persistently Elevated Depressive Symptoms: Longitudinal Findings from the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*, vol.53(4): 569-575, 2005.
45. Jiang, J. et al. Exploring the influence of depressive symptoms on physical disability: A cohort study of elderly in Beijing, China. *Quality of Life Research*, vol. 13: 1337-1346, 2004.
46. García MM, Cortés CC, Sanz-Rubiales A, del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Rev Med Univ Navarra* 2009; 53(1): 3-8.
47. Pereira SM, Teixeira CM, Ribeiro O, Hernández-Marrero P, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Rev. Enf. Ref.* 2014; série IV(3): 55-64.

A constituição do serviço de enfermagem especializado em tratamento de feridas, estomias e incontinência em um hospital de cuidados paliativos

Arnaldo Pinheiro da Costa

RESUMO

Introdução: Entre os pacientes atendidos nos serviços de cuidados paliativos, as feridas, estomias e incontinências estão entre os problemas enfrentados. A úlcera por pressão impacta na qualidade de vida desses pacientes; **Objetivo:** Relatar a experiência de um serviço de enfermagem especializado no atendimento de pacientes com feridas, estomias e incontinência em um hospital de cuidados paliativos; **Metodologia:** A pesquisa foi realizada em um hospital referência em cuidados paliativos de São Paulo. Um relato de experiência, com abordagem descritiva e quantitativa. Com dados coletados a partir de estudo documental, com observação direta dos documentos de registro do serviço, com dados retrospectivos de janeiro e agosto de 2015. **Resultados:** atendimentos aos pacientes com feridas, estomias e incontinências do hospital, aplicação de avaliação de risco em 100% pacientes na admissão, registro fotográfico das feridas no prontuário eletrônico e realização de indicadores. Em média mensal, no período estudado a prevalência pacientes com risco elevado, moderado e mínimo para úlceras por pressão foi 88,38%, 6,10% e 5,55% de acordo com escala de Braden. Prevalência de úlceras por pressão 38,72% e incidência 8,24%. Prevalência de pacientes com incontinência urinária e ou fecal de 93,43% e 6,44% com dermatite associada à incontinência. Prevalência de 17,18% e incidência 12,12% de lesões por fricção. E 49,62% de pacientes cicatrizaram feridas. Não foram encontrados estudos para comparação para taxa de cicatrização. **Conclusão:** conclui-se que um serviço estruturado, profissionais enfermeiros especializados, tem importante papel no tratamento é promoção da qualidade de vida dos pacientes com feridas estomias e incontinência.

Palavras chave: Cuidados paliativos na terminalidade de vida, cuidados paliativos, úlcera por pressão.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 23,5 milhões dos brasileiros tem mais de 60 anos, esse número já é o dobro do registrado em 1991. O crescente aumento do percentual de idosos nas estimativas da população atual está relacionado ao aumento da expectativa de vida e a baixa taxa de natalidade¹.

Segundo Matsumoto², com o aumento da expectativa de vida das pessoas, cresce também a prevalência de doenças crônicas como: diabetes, distúrbios vasculares, hipertensão arterial, demências e doenças degenerativas entre outras. As pessoas vivem mais e, conseqüentemente, aumenta a ocorrência das complicações e eventos agudos que essas doenças podem causar, ocasionado o aumento da frequência de internações e prolongando o tempo de hospitalização, nos serviços de saúde públicos e privados³.

Os doentes com doenças ameaçadoras da vida necessitam de cuidados que objetivam controlar os sintomas, conhecido como cuidados paliativos, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, como abordagens que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes, que enfrentam doenças ameaçadoras da vida. Utilizado proporcionalmente a necessidade em cada fase da doença, considerando-se a individualidade e incluindo as famílias desses doentes como parte do tratamento, através da prevenção de sintomas e alívio do sofrimento. Tais cuidados são realizados por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento para alívio da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais^{2,4,5}.

Os cuidados paliativos surgem em meio a uma necessidade de cuidar do doente que sabidamente tem uma doença incurável e que necessita de cuidados para uma morte digna. Com o surgimento de novas tecnologias, com terapêuticas avançadas, doenças como o câncer e outras potencialmente mortais, recebem tratamentos invasivos e prolonga o tempo de vida desses doentes. Muitas vezes tal prolongamento acontece em condições desumanas com sintomas dramáticos como a dor e embora existam avanços tecnológicos na direção da cura a morte é um final certo.^{2,6} É importante deixar claro que não é um movimento contra o uso das tecnologias e sim a possibilidade de aliar o humanismo ao conhecimento científico.²

Profissionais que trabalham com cuidados paliativos enfrentam o dilema da falta de preparo durante suas formações nas mais diversas áreas. Sabe-se que é necessário um preparo do profissional de saúde para que se possa oferecer um modelo de assistência com intervenções focadas no controle de sintomas para uma morte digna, considerando os sofrimentos psicológicos, sociais, físicos e espirituais e atenção aos familiares e indivíduos próximos ao doente.^{3,6}

Um dos principais problemas e sintomas a serem abordados nos cuidados paliativos são as feridas. Dentre os tipos de feridas, destaca-se a úlcera por pressão, como uma questão de saúde pública, que gera aumento do custo do tratamento e prolonga o tempo de permanência dos pacientes internados. A úlcera por pressão pode provocar complicações como: infecções, diminuição da qualidade de vida, diminuição da funcionalidade e aumento da mortalidade.⁷

A qualidade de vida dos pacientes com feridas pode ser diminuída diante da presença de alterações como: dor, dificuldades para realização de atividades diárias, perda da independência, alteração da autoimagem, ansiedade, estresse, depressão, fatores étnicos, espirituais e sociais.^{8,9}

Os desafios das discussões sobre a abordagem de feridas começaram a serem estruturados em países de primeiro mundo, como nos Estados Unidos e na Europa em meados de 1980. Esses países passaram a realizar estudos, com objetivo de desenvolver instrumentos para avaliação de feridas, reformulação de protocolos, revisão de procedimentos e melhora nas técnicas de tratamento de lesões cutâneas, considerando uma abordagem holística ao paciente.⁹

1.1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1. Feridas cutâneas

As feridas cutâneas são definidas como: ruptura da estrutura e das funções anatômicas e fisiológicas da pele. Os tipos de feridas são nomeados de acordo com a etiologia. Os principais tipos de feridas são: as úlceras por pressão, as úlceras vasculogênicas (venosas, arteriais ou mistas), úlceras neuropáticas, dermatites associadas à umidade, lesões por fricção e cisalhamento, traumas, lesões oncológicas, cirúrgicas, drenos, cateteres, queimaduras e feridas infecciosas.¹⁰ No entanto a úlcera por pressão tem maior impacto no âmbito hospitalar e sua ocorrência está relacionada, entre outros fatores, com a hospitalização. Ainda para pacientes em cuidados paliativos afeta diretamente a qualidade de vida dos doentes e é um problema de grande impacto nesse meio.^{10,11}

A condição da pessoa portadora de ferida compreende um significado em que a ruptura da pele, com presença de secreção, odor, dor pode alterar a autoimagem corporal do indivíduo.^{12,13} Ainda de acordo com os autores, conviver com qualquer tipo de lesão interfere nas relações sociais como no trabalho e com os familiares da pessoa. Essa situação provoca no ser humano sentimento de raiva, ansiedade, tristeza, interferindo no seu estado de equilíbrio, criando assim um fenômeno relevante para o cuidado de enfermagem.^{12,13,14}

1.1.2. Úlcera por pressão: Definição, Classificação, Fatores de Risco, Avaliação Prevenção e tratamento

1.1.2.1. Definição da Úlcera por Pressão

Uma das definições mais citadas define as úlceras por pressão como áreas localizadas de morte celular quando um tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado correlacionado aos fatores de risco.¹⁵

Segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), a Úlcera por Pressão é a ferida de maior incidência em pacientes internados dentre outros tipos de lesões cutâneas como: as causadas por isquemias, traumas, cirurgias, úlceras neuropáticas, úlceras vasculogênicas e a lesões por fricção, termo em inglês *skin tears*. Complementam que a úlcera por pressão é a ferida de maior impacto nos serviços de cuidados paliativos e é considerada para outros autores como evitável.^{15,16,17}

A úlcera por pressão compreende um sério problema de saúde para os serviços públicos e privados, pois aumenta o tempo da internação, dos custos do tratamento, piora o quadro do paciente e aumenta a mortalidade.¹⁵

Consideram-se a úlcera é um dano evitável e a sua incidência como índice de má qualidade de assistência de enfermagem.^{18,19} No entanto outros estudos faz ressalvas, pontuando que já se sabe e é consenso que a pele como qualquer outro órgão do corpo, entra em falência na fase final de vida e que a literatura está repleta de relatos de pacientes que apresentam UP no final da vida.^{16, 20}

1.1.2.2. Classificação da Úlcera por Pressão

Uma das definições mais citadas para a úlcera por pressão, a define como área localizada de morte celular quando um tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado, correlacionado aos fatores de risco.¹⁸

De acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), a classificação mais atual da úlcera por pressão, é dividida em:²¹

- I. **Categoria/Grau I:** Eritema e/ou rubor que não embranquece em uma área localizada com pele intacta e normalmente sobre uma proeminência óssea - Isso em pessoas com tons escuros da pele pode ser difícil de identificar. Deve-se considerar a diferenciação da cor da pele comparada a área ao redor. Podem ser observadas características como: pele dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido ao redor;²¹
- II. **Categoria/Grau II:** Perda parcial da espessura da derme, ferida superficial de coloração do leito pálido e sem tecido desvitalizado - Pode também apresentar-se como flictena/bolha, fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso. Pode apresentar-se como uma úlcera brilhante ou seca ou arroxeadas com aspecto de equimose. Importante considerar a presença de equimose como suspeita de lesão de tecidos profundos;²¹
- III. **Categoria/Grau III:** Comprometimento total da espessura da pele, com perda total da espessura dos tecidos - Pode aparecer tecido adiposo, sem aparecer músculos, tendões ou ossos. A presença de tecido desvitalizado no leito da ferida não compromete a visualização da profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavidades e fístulas. A profundidade nessa categoria/grau em locais como orelhas, região occipital, maléolos e localidades com pouco tecido subcutâneo podem ser superficiais, enquanto que em áreas com muito tecido adiposo podem ser profundas sem expor diretamente o osso ou o tendão;²¹
- IV. **Categoria/Grau IV:** Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, tendões ou músculos - Pode apresentar tecido desvitalizado (necrose) no leito da ferida e pode apresentar cavidade ou fístulas. De acordo com localização anatômica a profundidade pode ser variada. A úlcera categoria IV pode atingir e tornar visível osso e/ou tendão e favorecer infecções;²¹
- V. **Outras classificações:**
Não graduáveis/Inclassificáveis: Apresentam perda total da espessura dos tecidos, com cobertura de tecidos desvitalizados (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho

ou preto) no leito da ferida o que impossibilita a determinação da profundidade. A remoção dos tecidos desvitalizados pode permitir a classificação da real Categoria/Grau. Importante considerar que não é recomendada a remoção do tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, pois ele serve como proteção natural;²¹

Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Lesões em áreas sem possibilidade de avaliar a profundidade - Presença de cor vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta ou flictena preenchida com sangue podem indicar danos no tecido mole subjacente resultante de pressão e/ou cisalhamento. Em pessoas com pele de tons mais escuros, a avaliação é mais difícil de ser realizada. Pode ocorrer a presença de flictena de espessura no leito de uma ferida escura e evoluir com uma fina camada de tecido necrótico, podendo progredir de forma a expor outras camadas de tecido adicionais, mesmo que estas recebam o tratamento adequado.²¹ Essa classificação não deve ser utilizada para classificar feridas de membranas, mucosas e ou lesões de outras etiologias.^{14,21}

1.1.2.3. Fatores de Risco

O aparecimento de úlceras por pressão está relacionado à combinação de fatores de riscos dentre eles: o tempo prolongado de internação, a idade avançada, déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, exposição à fricção e cisalhamento, presença de edema, de umidade, doenças sistêmicas, uso de medicamentos, déficit nutricional, comprometimento neurológico, distúrbios metabólicos provocados por processos infecciosos e falência de órgãos. A incidência da úlcera de pressão aumenta com a combinação desses fatores.^{20,22}

1.1.2.4. Avaliação dos Fatores de Risco

Nos pacientes em internação de longa permanência e em cuidados paliativos é comum observarmos a associação de vários desses fatores. Dessa forma, é essencial a adoção de instrumentos de avaliação dos riscos para traçar estratégias de prevenção da úlcera por pressão, no entanto, vários estudos apontam que mesmo diante da prevenção, pacientes na fase final da vida podem apresentar ulcera por pressão.¹⁶

A Escala de Braden é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, validado no Brasil e traduzido na língua portuguesa desde 1999. A aplicação deve ser diária, pelo enfermeiro para elegibilidade dos pacientes de acordo com o risco e programar medidas de acordo com o resultado da avaliação para prevenção da úlcera por pressão.^{10,23}

Desenvolvida por Braden e Bergstro nos Estados Unidos, e traduzida para língua portuguesa a Escala de Braden compõe seis subescalas, que também são chamadas de domínios, sendo os cinco primeiros itens subdivididos em quatro classificações que e podem somar 4 pontos cada e o último 3 pontos.²³

- I. Percepção sensorial: é a capacidade de reagir mediante ao desconforto. As subclassificações (totalmente limitado, muito limitado, levemente limitado e nenhuma limitação).²³
- II. Umidade: Nível de exposição à umidade. As subclassificações (completamente molhada, muito molhada, ocasionalmente molhada e raramente molhada).²³
- III. Atividade: Avaliação atividade física (acamada, confinado à cadeira, anda ocasionalmente, anda frequentemente).²³
- IV. Mobilidade: Avalia capacidade de movimentar o corpo (totalmente imóvel, bastante limitado, levemente limitado e não apresenta limitação).²³
- V. Nutrição: Avalia o padrão de consumo alimentar (muito pobre, provavelmente inadequado, adequado e excelente).²³
- VI. Fricção e cisalhamento (problema, problema em potencia, nenhum problema aparente).²³

Segundo o Ministério da Saúde - Brasil e NPUAP, EPUAP e PPPIA. (2014), na interpretação são somados os pontos podendo chegar a 23 no máximo e 6 no mínimo (quanto maior a pontuação menor o risco). Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco: Resultados entre 15 a 18 pontos - Risco baixo; Entre 13 a 14 pontos - Risco moderado; Entre 10 a 12 pontos - Risco baixo; Para (≤ 9) pontos - Risco muito alto.^{14,21}

A *Marie Curie Centre Hunters Hill Risk Assessment Tool* é uma ferramenta específica para avaliação de riscos para úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos. Criada nos Estados Unidos no ano 2000, construída a partir de escalas já existente incluindo aspectos da abordagem dos cuidados paliativos.²⁴

Este instrumento se baseia na escala de Braden. Dentre as adaptações a inclusão de nova subescala (a condição da pele) e a discussão sobre a adoção de cuidados preventivos em paralelo a adoção de medidas de conforto e a qualidade de vidas dos doentes. Uma vez que as restrições das medidas de prevenção podem isolar e até causar outros desconfortos para pacientes na fase final da vida.^{23,24}

1.1.2.5. Prevenção e Tratamento para a Úlcera Por Pressão

Todas as medidas e avaliações na prevenção e tratamento da úlcera por pressão, assim como todas as abordagens na tomada de decisão e escolhas de instrumentos (escalas) devem ser interdisciplinares e multiprofissionais. E ainda individualizada levando em conta as particularidades de cada serviço, da disponibilidade tecnologias de cada serviço, da estrutura física do ambiente, a condição clínica do doente e os objetivos principais do tratamento.^{14,22}

Quadro 1: *Resumo das recomendações para prevenção de Úlcera por Pressão segundo o MS Brasil e de acordo a NPUAP, EPUAP e PPPIA.^{14,21}*

Prevenção da úlcera por pressão	
Controle Microclimático:	A capacidade de controlar a humidade e a temperatura da superfície de apoio no contato com o paciente. O calor aumenta o metabolismo alterando a taxa de transpiração, a evaporação da humidade, a taxa de dissipação do calor da pele e diminui a resistência do tecido à pressão.
Coberturas de proteção:	A capacidade de controlar a humidade e a temperatura da superfície de apoio no contato com o paciente. O calor aumenta o metabolismo alterando a taxa de transpiração, a evaporação da humidade, a taxa de dissipação do calor da pele e diminui a resistência do tecido à pressão.
Escolha de tecidos:	Escolha tecidos do tipo seda em vez de tecidos de algodão ou de mistura de algodão para reduzir o cisalhamento e a fricção. ^{10,21}
Estimulação Elétrica dos Músculos:	Uso em indivíduos com lesão medular de estimulação elétrica (ES) induz contrações musculares isométricas intermitentes e reduz o risco de desenvolvimento das úlceras por.
A avaliação nutricional:	Uma avaliação individualizada, que inicialmente pode ser feita por qualquer membro qualificado da equipa de saúde. Os indivíduos que necessita de abordagem especializada devem ser encaminhados para o profissional nutricionista para completa avaliação (controle energético, ingestão proteica, ingestão hídrica/hidratação e adequação de vitaminas e sais minerais).
Reposicionamento e mobilização:	Entende-se como medidas preventivas para risco de desenvolver ou para aliviar pressão nos que já tenham desenvolvido a úlceras por pressão. Objetiva diminuir a pressão sobre área do corpo e contribuir para o conforto, higiene, preservando a funcionalidade e dignidade por meio de redistribuição de pressão com uso de Posicionadores, alternância da posição (latera direita, dorsal e lateral direita) e proteções para áreas com proeminências ósseas em evidência com risco para úlceras por pressão (exemplo os calcâneos). Considerar posicionamento para pacientes sentados e acamados e avaliar a condição clínica de cada indivíduo para decisão entre a prevenção e o conforto nos pacientes em cuidados paliativos.

Uso de Superfície de Apoio:

São dispositivos (colchões e camas), com tecnologia para a redistribuição da pressão (espumas de alta resposta e viscoelástico) para distribuir cargas sobre os tecidos, controlar o microclima entre outras funções terapêuticas e a escolha deve ser individualizado.

A escolha da cobertura ideal no tratamento das úlceras por pressão deve promover:^{15,25}

- I. Controle ideal da umidade no leito da ferida.
- II. Tratar a biocarga bacteriana,
- III. Controle de aspecto e quantidade do exsudado,
- IV. Considerar o tecido predominante no leito da ferida e ainda considerar o tamanho, profundidade e localização da úlcera, a presença de tuneis e cavidades.

Principiais de coberturas usadas no tratamento da úlcera por pressão de acordo com o protocolo do MS¹⁴ e recomendações do novo guia da NPUAP e EPUAP e PPPIA.²¹

- I. Coberturas de Hidrocolóides.
- II. Película Transparente.
- III. Hidrogel e Hidrogel com Alginato.
- IV. Alginato.
- V. Espumas.
- VI. Coberturas Impregnadas com Prata.
- VII. Coberturas Impregnadas de Mel.
- VIII. Coberturas de Cadexomero de Iodo.
- IX. Coberturas de Gaze.
- X. Coberturas de Silicone.
- XI. Coberturas com Matriz de Colágeno.

As cirurgias devem ser consideradas nas feridas complexas para preparar o leito das úlceras ou para fechamento de lesões que necessitam de enxertia ou reposicionamento de retalhos.²¹ Em pacientes de cuidados paliativos as cirurgias podem ser usadas desde que avaliado os efeitos e os benefícios para qualidade de vida do doente, levando em conta o tempo de tratamento, a condição clínica do doente e disponibilidade no serviço.^{16,26}

Existem ainda outros tratamentos para cicatrização da úlcera por pressão, com evidências científicas, com eficácia demonstrada, mas que precisa de mais estudos. Dentre eles: uso coberturas biológicas e fatores de crescimento; agentes biofísicos como energia proveniente do estímulo eletromagnético (exemplo, estimulação elétrica, campos eletromagnéticos, energia de radiofrequência pulsátil e fototerapia); energia acústica (ultrassom de alta e baixa frequência); energia mecânica (energia subatmosférica a terapia de feridas por pressão negativa); energia cinética (hidroterapia, lavagem pulsátil, vibração); energia atmosférica (oxigênio hiperbárico tópico).^{14,21}

Quadro 2: *Resumo de recomendações para Tratamento da Úlcera por Pressão segundo o MS Brasil e de acordo a NPUAP, EPUAP e PPPIA.*^{14,16,21}

Recomendações para tratamento da úlcera por pressão	
Avaliar a ferida	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar e documentar as características físicas como: localização, categoria/grau, tamanho (largura, comprimento e profundidade), tipo(s) de tecido, cor, condição da pele perilesional, bordos da ferida, trato sinusal, cavitações, tunelizações, exsudado e odor.
Avaliar a cicatrização	<ul style="list-style-type: none"> Manter as medidas de prevenção durante o tratamento da úlcera por pressão, para evitar a formação de novas feridas, recuperação dos tecidos acometidos pela pressão, inibição a pressão no leito da ferida. Avaliar a capacidade de cicatrização, o risco de desenvolvimento de novas úlceras por pressão. Supervisão da cicatrização com registo por meio de fotografias periódicas padronizadas com método confiável.²⁵ Rever o plano de cuidado adotado periodicamente de acordo com o objetivo do tratamento e da condição clínica de cada indivíduo. Em caso da não cicatrização, reavaliar o plano de cuidados e alinhar novas expectativas junto ao paciente e familiar.²⁵ Considerar utilização de escalas específicas, para acompanhar a cicatrização, a escala de Push é um exemplo, validada no Brasil.⁷
Limpeza da ferida:	<ul style="list-style-type: none"> Remoção de resíduos de curativos e substâncias da própria ferida, como parte da preparação do leito da ferida. Usar soluções salina ou água potável (confiável) e ainda considerar soluções com efeito antimicrobiano para lesões infectadas. Controlar fluxo da solução, utilizar uma pressão suficiente para limpar a ferida sem danificar os tecidos

Infecção e Biofilme:	<ul style="list-style-type: none">• As bactérias da pele passam para o leito da ferida com formação da lesão.• A infecção é quando as bactérias causam danos à saúde e pode está associada à formação de biofilmes.• Avaliar sinais de odor, aumento da ferida, aumento e mudança do aspecto da drenagem, a estagnação da cicatrização por duas semanas ou mais e o aumento de tecidos desvitalizados (necrose).• As recomenda-se adotar as políticas institucionais para controlo da infeção. Identificar as agentes infecciosos (cultura de swab no leito da ferida e biópsia dos tecidos).• Reduzir a carga bacteriana com limpeza da ferida com uso de antissépticos não tóxicos (compostos de iodo, compostos de prata, polihexamida, clorexidina, ácido acético).• Desbridamento.• Uso de cobertura ou gente tópico com prata.• Uso de antibióticos tópicos não deve ser utilizado e deve ser considerado uso sistêmico principalmente em casos de infecção de tecidos nobres, por exemplo em osteomielites.
Desbridamento:	<ul style="list-style-type: none">• Recomenda-se remover tecidos desvitalizados do leito e ou da borda da ferida.• Avaliar possibilidade para escolher métodos de Desbridamento (mecânicos, autolíticos, enzimáticos e/ou biológicos) e considerar o método cirúrgico (em casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sépsis).• Não abordar necroses estáveis, duras e secas presentes nos membros isquêmicos.• Realizar um desbridamento urgente da úlcera por pressão na presença de eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor.
Tratamento da dor:	<ul style="list-style-type: none">• Abordagem interdisciplinar e multiprofissional.• Os indivíduos com úlceras por pressão experiência uma dor que pode ser quantificada e diferenciada de outros tipos de dor.• Utilizar equipamentos para minimizar a fricção e/ou o cisalhamento e a roupa de cama macia e sem rugas durante a mobilização do paciente.• Priorizar posições ou posturas que não aumenta a pressão direta na úlcera por pressão.• Incluir uso de esquemas medicamentoso.• Avaliação de profissionais da equipe de controle de dor ou de cuidados paliativos.• Controle de umidade no leito da ferida para diminuir a dor.• Utilizar coberturas que possam minimizar as trocas e manipulação de feridas dolorosas.• Usar se disponível cobertura impregnada com ibuprofeno como tratamento analgésico tópico para a dor.• Em caso de dor crónica incluir uso da Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde. Avaliação de equipe de dor e a indicação doses de resgate antes dos procedimentos.

A prevalência e incidência de úlceras por pressão de acordo com a NPUAP (2007) mostram que em estudos epidemiológicos realizados em hospitais nos Estados Unidos, a prevalência é de 15% e a incidência de 7%. No Reino Unido os estudos mostram dados de incidência que variam entre 4% a 10%, em pacientes admitidos em hospitais.^{15,25} Em instituições de longa permanência os dados mundiais de prevalência variam entre 15% e 45%.^{19,25,27}

No Brasil não existem estatísticas precisas. Em pesquisa realizada em hospitais universitários de Minas Gerais e em São Paulo mostram taxa de incidência de 39,8% e 41% respectivamente em pacientes internados em unidade de terapia intensiva.²⁷ Outros estudos falam ainda em variação de prevalência entre 25% a 65%, também em unidades de terapia intensiva.²⁸ Não há dados de incidência e prevalência de úlcera por pressão para pacientes em cuidados paliativos. Para os pacientes em cuidados de longa permanência as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.^{14,27}

Nos Estados Unidos da América (EUA), os pacientes em cuidados paliativos e os que estão em cuidados na fase final de vida, estão entre os atendidos nos serviços de internação de longa permanência.^{15,25} Pacientes internados por longos prazos a incidência de feridas aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos como: idade avançada, restrição ao leito, estado nutricional e doenças preexistentes.^{15,25}

Com o intuito de estruturar o atendimento, melhorar a assistência e a produção científica, faz-se necessário a formação de profissionais especializados e a criação de entidades organizadas para tal problemática. Uma das especialidades referência, em todo o mundo é a estomaterapia.⁹

1.1.3. Estomias

O conceito mais utilizado para definir estomia é a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo criando uma abertura cirurgicamente. A nomenclatura é dada de acordo com o órgão em que se origina. Quando realizada no intestino ou no sistema urinário visa eliminação de efluentes e como tem abertura direta, não possibilita o controle voluntário dessa liberação. O estomizado é a pessoa com estomia e necessariamente terá que usar um dispositivo conhecidos como bolsas coletoras para coletar o conteúdo, que precisam ser aderidas ao abdome para impedir vazamentos.²⁹

A principal necessidade de realização de estomia é a impossibilidade de liberação de forma natural do conteúdo efluente. São diversas as causas entre elas: as neoplasias de intestino, traumas, hérnias e atresias. Entre as estomias criadas a partir de aberturas abdominais, as mais comuns são: a colostomia uma abertura no cólon, a ileostomia uma abertura do ílio, ambas em segmentos do intestino para liberação de fezes e efluentes ou a urostomia que é uma abertura para a criação de um trajeto de drenagem de urina.^{29,30}

Atualmente inovações tecnológicas na cirurgia e equipamentos coletores vêm contribuindo de maneira fundamental para a melhoria da qualidade de vida da pessoa estomizada. Entre as inovações estão: os filtros que ajudam no controle de

odor, protetores para a pele periestomia e cintas que podem melhorar a fixação e dar mobilidade e autonomia aos estomizados.³⁰

Diante da variedade existente de equipamentos coletores e adjuvantes, a escolha correta e os impactos na qualidade de vida da pessoa que usa esse tipo de dispositivo, dependem de uma avaliação do profissional enfermeiro especializado. Assim o conhecimento científico é imprescindível para a assistência de enfermagem que possibilita a sistematização dos cuidados às pessoas estomizadas, na adaptação e reabilitação de forma individualizada.^{29,30}

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009, estabeleceu diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Estomizadas, com estomas urinários e intestinais, no âmbito do SUS. Em 30 de novembro de 2012 foi sancionado a lei nº 12.738, que altera a Lei nº 9.656, de

03 de junho de 1998 e torna obrigatório às operadoras de planos de saúde o fornecimento de bolsas coletoras para colostomia, ileostomia, urostomia, coletor de urina e de cateter vesical. Para o uso hospitalar, ambulatorial e domiciliar para pessoas estomizadas.^{32,33,34}

1.1.4. Incontinências urinária e fecal

Incontinências: urinária e fecal trata-se da perda descontrolada de urina e fezes respectivamente e tem grande impacto no convívio social da pessoa. A presença de umidade em regiões como dobras da pele e regiões de contato das fezes e da urina nos pacientes com incontinência pode ocasionar as chamadas lesões de pele associada à umidade, classificada por o tempo em inglês *Moisture-associated skin damage* (MASD). Entre os tipos de MASD a Dermatite Associada à Incontinência (DAI) o termo utilizado em inglês *incontinence-associated dermatitis*

(IAD) e a dermatite intertriginosa do temo em inglês *intertriginous dermatitis* (ITD) são as mais impactantes.^{22,35}

É necessário reconhecer os danos causados por esses tipos de lesões e formular estratégias para o enfrentamento desse problema que atualmente causa grande impacto na diminuição da qualidade de vida dos doentes. As recomendações precisam ser pautadas em uma avaliação física e na adoção de medidas para os dois tipos de MASD:²²

- I. A dermatite intertriginosa é uma dermatose inflamatória nas superfícies opostas em contato nas dobras da pele, causada pela umidade. São comumente encontrados na região inframamária, axilar e dobras cutâneas do abdome, inguinais e pode ainda se desenvolver em qualquer dobra da pele. A prevenção tratamento se baseia na manutenção do local seco livre de umidades e uso de cremes barreira, como dermoprotetores. Considerar uso de toalhas secas e papeis toalha par manter as dobras livres de contato.
- II. A lesão de pele associada à incontinência urinária e fecal nos Indivíduos aumenta o risco de infecções fúngicas e bacterianas nas áreas de contato

com a humidade. O atendimento consiste na avaliação e diagnóstico para o tratamento eficaz dessas infecções e na limpeza, hidratação e aplicação de um protetor da pele na área afetada nas pessoas com incontinência urinária ou fecal considerados em risco para esse tipo de MASD.

1.1.5. Serviços de Enfermagem Especializado no tratamento de feridas

O termo Estomaterapia refere-se ao “Cuidado de pessoas com estomias, feridas e incontinências”. O Estomaterapeuta é, portanto, aquele que tem conhecimento, treinamento e habilidade para o cuidado de qualquer tipo de estomizado, quem tem estomia e de portadores de fístulas, feridas agudas e crônicas e incontinência anal e urinária.^{11,29}

No Brasil é uma prática reconhecida, como uma especialização da enfermagem e o profissional formado recebe o título de pós-graduação lato sensu, de Estomaterapeuta (ET). Tal especialização é regulamentada pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE).^{11,36}

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de número 389/2011 reconhece as especialidades de Estomaterapia e Enfermagem Dermatológica como especialidade dentro da enfermagem.³⁷

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) emitiu parecer número 002/2015, sobre processo, número: 5334/2014 com parecer favorável à prescrição pelo enfermeiro capacitado de coberturas/correlatos, mediante elaboração de Processo de Enfermagem e Protocolo Institucional, conforme previsto na Resolução COFEN 358/2009.³⁸

Desta forma, uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar aos pacientes portadores de feridas é essencial, com terapêuticas como: terapia psicológica, fisioterápica, ocupacional, nutricional e farmacológica além de cuidados específicos durante a realização de curativos.³⁹

Uma equipe multiprofissional composta por profissionais como: nutricionistas, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros contribuem na prevenção e tratamento das feridas. É importante ressaltar que o paciente que apresenta lesão cutânea, possui necessidades físicas, sociais e psicológicas, devendo ser abordado de forma integral, o que exige a efetivação de uma equipe multidisciplinar. Uma vez que este enfoque favorece a qualidade da assistência ao paciente e consequentemente diminui as complicações, custos e o tempo de hospitalização.²⁷

O enfermeiro é o profissional mais indicado e quem se responsabiliza pelas atividades educativas, preventivas, profiláticas e curativas no tratamento de lesões cutâneas, em ambientes com serviço domiciliar, ambulatorial e hospitalar.⁴⁰

Um serviço estruturado permite a avaliação dos materiais utilizados e a padronização de condutas e matérias a serem usados. É uma atividade sistemática em que se estabelece por meio de discussões entre as pessoas da medida mais adequada, com padrão definido a ser cumprido.⁴¹

A estruturação de um serviço especializado possibilita à elaboração de planos de cuidados de forma individualizada e desempenhar atividades como: planejar, executar e avaliar, por meio de atualizações e busca de novas tendências, uso de novas tecnologias e troca de saberes entre os envolvidos.^{31,41}

Dessa maneira, faz-se necessário que os serviços de saúde se organizem para enfrentar esses problemas. O estudo também se propõe a mostrar a experiência de forma a embasar a outros serviços na formulação de metodologias de abordagem dessa questão para atender e proporcionar qualidade de vida para pessoas portadoras de feridas e incontinência. Poderá também fomentar a realização de trabalhos relacionados a esse tema, já que não há muitas referências publicadas.

Baseado nesses apontamentos, o presente estudo propõe relatar uma experiência da estruturação e atendimento de um serviço de estomaterapia de um hospital privado de cuidados paliativos, situado na Zona Sul de São Paulo, Brasil. O Hospital atende pacientes em cuidados paliativos e em reabilitação internados ou em ambulatório, nas diferentes fases da doença. O relato mostra a vivência do autor como membro participante do serviço, a partir da implantação em 2013 e consolidação em 2015. Com apresentação da origem, metodologia e os fluxos do serviço.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência de um serviço de enfermagem especializado no atendimento de pacientes com feridas, estomias e incontinência em um hospital de cuidados paliativos.

2.1.1. Objetivos Específicos

Relatar a experiência de implantação e estruturação de um serviço de estomaterapia em hospital de cuidados paliativos.

Descrever os fluxos de atendimentos e os resultados obtidos pelo serviço

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada sob a perspectiva do autor, enfermeiro, membro atuante da equipe de um serviço de enfermagem especialista em atendimento a pacientes com feridas, estomias e incontinência em cuidados paliativos, em um hospital privado situado na zona sul de São Paulo - SP, Brasil, que atende somente pacientes adultos. Esta instituição é referência em cuidados paliativos e especializado no atendimento a pacientes crônicos de alta dependência, especialmente idosos, portadores de patologias como: neoplasias em estágio avançado, demências, sequelas neurológicas e outras doenças crônicas.

O hospital existe desde 2004, atualmente tem aproximadamente 200 funcionários.

Possui 74 leitos, divididos em: 67 leitos de enfermagem e 7 leitos em unidade de cuidados semi-intensivos.

A demanda de pacientes é espontânea e referenciada, provenientes do domicílio cuidados pelos familiares, de atendimento médico domiciliar (home care), hospitais gerais, casas de repouso, clínicas de reabilitação e outros.

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, o tipo de pesquisa utilizado é o estudo de caso. A abordagem foi descritiva e objetiva descrever completamente um fenômeno uma experiência, a implantação e ou estruturação do serviço.⁴²

Foi utilizado o modelo de pesquisa documental, que pode ser definida como uma investigação ou uma observação de documentos autênticos, do processo ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros sendo contemporâneas ou retrospectivas.^{43,44}

Também foram descritos os dados coletados a partir da observação direta dos documentos de registro dos atendimentos, dos formulários e dos fluxos utilizados pela equipe do serviço de enfermagem especialista em atendimento de paciente com feridas, estomias e incontinências do hospital Neste estudo, não foram coletados dados diretamente dos pacientes atendidos no serviço. Utilizaram-se dados retrospectivos do caderno de registros, formulários e indicadores do serviço, preenchidos pelos profissionais do hospital nos atendimentos entre o período de janeiro e agosto de 2015.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Hospital Premier criou o Serviço de Estomaterapia destinado a prestar assistência especializada aos pacientes com feridas (úlceras por pressão, lesão por fricção, pé diabético, úlceras vasculogênicas), estomizados e com incontinentes.⁴⁵

O serviço especializado foi criado em fevereiro de 2013, por motivo de existir uma grande demanda de pacientes com feridas, estomias e incontinências no hospital. Inicialmente foi contratada uma enfermeira especialista em Estomaterapia, em seguida (março de 2013), um enfermeiro do corpo de enfermagem do hospital passa a integrar o serviço e diante demanda de trabalho e em julho de 2014, uma técnica de enfermagem também é integrada e equipe, formação atualmente atuante.⁴⁵

Os resultados obtidos pela Equipe de Estomaterapia são atendimentos especializados e individualizados em 100% dos pacientes internados. O serviço segue as últimas recomendações dos guidelines pautados nos princípios dos Cuidados Paliativos.²¹

4.1. FLUXOS DE ATENDIMENTOS E REGISTROS DOS ATENDIMENTOS

O serviço atende todos os pacientes internados e faz avaliação e atendimento ambulatorial. A equipe realiza junto ao setor de compras e a farmácia do hospital, a padronização de todos os materiais e equipamentos utilizados nos pacientes atendidos e participa do controle e liberação diária.³¹ O serviço conta com as últimas tecnologias em curativos registradas na Anvisa e realiza avaliação dos materiais/curativos antes da padronização.⁴¹

4.1.1. O Registro dos Atendimentos

A equipe conta com o prontuário eletrônico, um formulário próprio de Solicitação de Avaliação de a Estomaterapia (Figura 1), um livro de registro de todos os atendimentos com queixa/parecer, um banco de dados eletrônico para registro dos resultados do serviço.

MAIS **PREMIER**

Solicitação de Avaliação para Estomaterapia

Nome do paciente: _____

Leito: _____ Andar: _____ Data: ____/____/____

Motivo da solicitação:

Admissão: Procedência: _____ TQT OTT

Reavaliação: Sim - Motivo: _____

Lesão Nova: Sim - Descrição: _____

Posição de Posicionadores: Não Sim. Motivo: _____

Posicionador lateral (dorsal)

Posicionador de MMSIS

Liberador entre joelhos

Liberador de calcâneo

Avaliação do(a) Enfermeiro(a) do Andar: _____

Profissional que está solicitando
(Carimbo / Assinatura)

Parecer da Estomaterapia: _____ **Data:** ____/____/____

Assinatura e carimbo do profissional

Figura 1: Formulário de Solicitação de Avaliação da Estomaterapia, Hospital Premier /Serviço de Estomaterapia, São Paulo, Agosto de 2015.

As solicitações de avaliação são feitas pelos profissionais da equipe multiprofissional de nível superior, recolhida diariamente e entregue a equipe de estomaterapia, que em até 48 horas respondem no mesmo impresso, anota no livro de controle de avaliações e coloca o formulário no prontuário físico do paciente.

4.1.2. Prontuário Eletrônico

Fluxo descrito pela rotina do (Hospital Premier - Procedimento Operacional Padrão do serviço de enfermagem):

A evolução no prontuário eletrônico é realizada na admissão de todos os pacientes. Para os pacientes com ferida, drenos, incontinências ou estomias a equipe realiza

avaliações e evoluções regulares, com registro fotográfico (devidamente autorizado pelo paciente ou responsável) da lesão mensalmente. Em caso de alterações significativas (positivas ou negativas) das características das feridas são feitos registros com a data do ocorrido fora da rotina. Para o acompanhamento dos pacientes como pele íntegra não existe uma prazo preestabelecido de intervalo para as evoluções de rotina. Após a evolução da admissão são feitas mediante a solicitação de avaliação da equipe multiprofissional, com alguma alteração na pele ou estomia do paciente.

- I. Dados colocados no prontuário eletrônico, conforme observação de evolução de prontuário eletrônico impressa pela equipe do hospital.
- II. Procedência do paciente e data origem.
- III. Presença de Incontinências urinária/fecal ou ambas.²²
- IV. Registro da existência de ferida e caracterização de acordo com a etiologia, localização, tamanho, tipo de tecido predominante (necrose, esfacelos, granulação e epitelição), tipo de exsudato (aspecto e quantidade), odor, dor, presença de biofilme, temperatura e ainda descrição das bordas e dos tecidos perilesional.²¹
- V. Registro da classificação das úlceras por pressão segundo o Ministério da Saúde.¹⁴
- VI. Escalas: Braden,¹⁴ para avaliação de risco para úlcera por pressão, e desenvolver úlcera por pressão e a Escala de PUSH, para avaliação da cicatrização das lesões.⁷
- VII. Registros da existência ou não de estomias e outros dispositivos com espaço para as descrições das características observadas.²⁹
- VIII. Registro fotográfico anterior e atual.²²
- IX. Síntese da evolução clínica e conduta.

Foi observado o um livro de ata pautado e nele a equipe registra todas as avaliações feitas desde a admissão, registrado em ordem cronológica de acordo com a data da avaliação. Esse registro contém a data da avaliação (conforme rotina do serviço pose ser realizada em até 48 horas da solicitação), o motivo principal e conduta ou parecer da estomaterapia, descrito no Procedimento Operacional Padrão 0002/2015 do serviço de enfermagem.

4.1.3. Outras atividades desenvolvidas pela equipe de estomaterapia

Segundo livro de registro de atividade da equipe do serviço de enfermagem especializado no tratamento de ferida, estomias e incontinência em um hospital de cuidados paliativos, há registro outras atividades realizadas e listas de presença de

atividades de formação com assuntos do conteúdo referido nesse estudo.

- I. Prescrição de todas as condutas referentes aos cuidados com as feridas estomias e incontinências em prontuário médico.
- II. Reavaliação semanal ou conforme preestabelecida na terapêutica.
- III. Atendimento ambulatorial.
- IV. Formação da à equipe de enfermagem para prevenção e tratamento das feridas, estomas e incontinências junto à Educação Continuada.
- V. Publicações de estudos de caso em congressos científicos.

4.1.4. O Banco de Dados

A equipe possui tabelas com indicadores dos resultados dos atendimentos mensais, para apresentação e compartilhar cientificamente conforme recomendações da NPUAP, EPUAP e PPIA, (Figuras 2 a 13).²¹

A interpretação dos valores na discursões considera a média, sendo média simples (dividido o valor da soma do total de cada item no período dividido pelo número de meses) para obtenção dos valores obtidos comentados após cada gráfico.

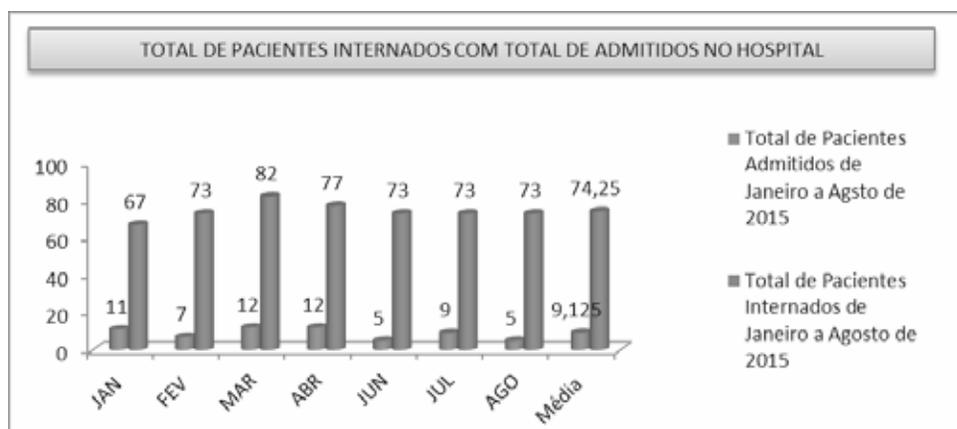


Figura 2: Gráfico com número total de pacientes internados *versus* pacientes admitidos, Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

O hospital manteve uma média de 74,25 pacientes internados mensalmente, sendo que em média de 9,12 eram pacientes admitidos no serviço.

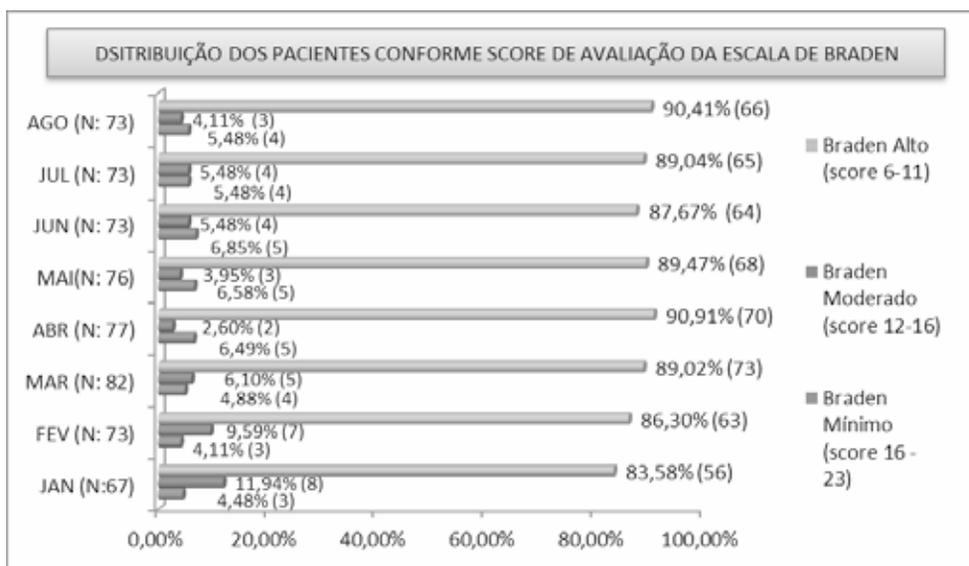


Figura 3: Gráfico da distribuição dos pacientes conforme resultado do escore de resultado da aplicação da escala de BRADEN.²³ Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

O gráfico mostra que em média de 88,38% dos pacientes internados apresenta risco elevado para úlcera por pressão, 6,10% apresenta risco moderado e 5,55% apresenta baixo risco, do acordo com a escala de BRADEN.²³ Os estudos mostram que essas taxas dependem de fatores como idade, nível de consciência, funcionalidade e estado nutricional do doente. É importante ressaltar que quanto maior o número de pacientes com escore moderado ou alto maior o número de

pacientes com risco para úlcera por pressão e esse resultado influencia diretamente na prevalência e incidência de úlcera por pressão.^{7,15,25}

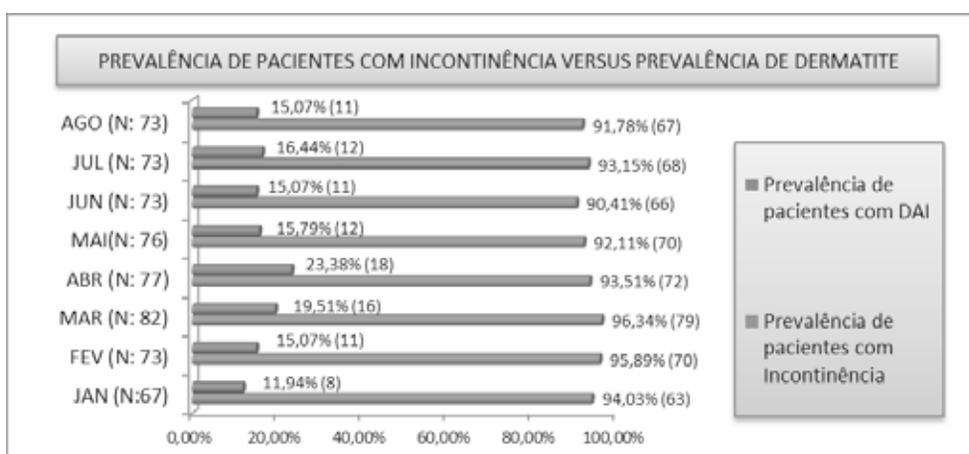


Figura 4: Gráfico com número total de pacientes com incontinência versus total de pacientes com dermatite associada à incontinência (DAI), Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

O gráfico mostra a prevalência de pacientes com incontinência, considerando a presença pelo menos um dos tipos (incontinência urinária ou fecal), comparando à prevalência de pacientes com DAI. Observa-se que durante o período uma média de 16,44% de pacientes apresentava DAI e 93,43% apresentavam pelo menos um tipo de incontinência. Ainda não se tem estudos epidemiológicos que indiquem a real dimensão deste problema. Estudo em casa de longa permanência com idosos fala de taxa de dermatite associada entre 5,7% a 27%. Sobre taxa de pacientes incontinentes internados não foram encontrados estudos, os estudos existentes aborda a umidade com achado para dentro de escalas de avaliação de risco para lesões.³⁵

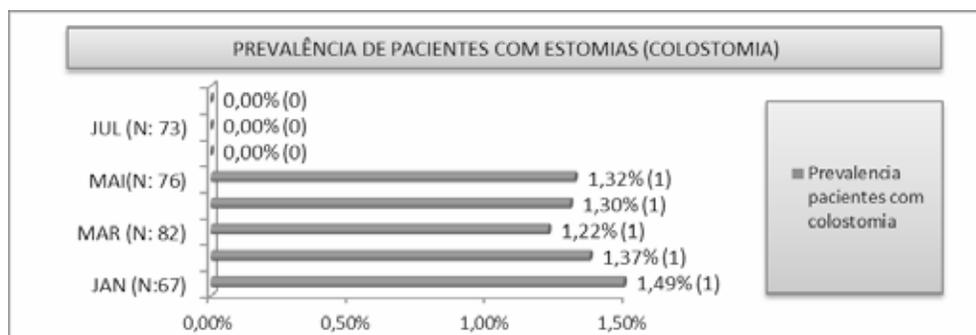


Figura 5: Gráfico com a prevalência, de pacientes com colostomia. Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

Durante o estudo o serviço manteve uma média de 0,83% pacientes com colostomia sendo que entre janeiro e maio (2015) mantiveram 01 paciente com colostomia e entre junho e agosto (2015), nenhum paciente. Não encontrado na literatura estudada dados para comparação.

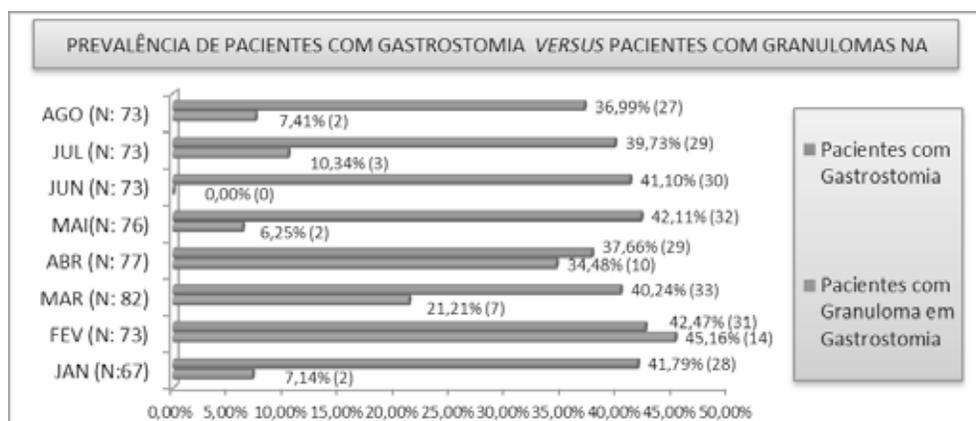


Figura 6: Gráfico com a prevalência de pacientes com gastrostomia versus prevalência de pacientes com granuloma na gastrostomia, Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

Os resultados mostram a prevalência dos pacientes com gastrostomia e entre eles a taxa de prevalência de gastrostomia em média do período de 40,23% dos pacientes e de 16,74% de granuloma nos pacientes gastrostomizados. Não foram encontrados estudos sobre essas taxas em hospitais, pesquisa realizada com pacientes em domicílio verificou taxas de até 68% de prevalência de granulomas em pacientes com gastrostomia. É considerada uma complicação leve e uma das mais presentes nos pacientes gastrostomizados.⁴⁶

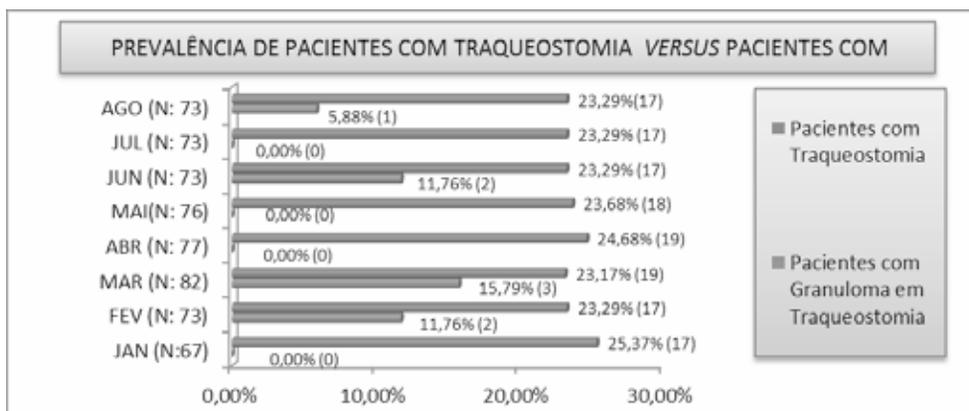


Figura 7: Gráfico com a prevalência de pacientes com gastrostomia versus prevalência de pacientes com granuloma na gastrostomia. Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

Os resultados mostraram que em média 23,73% dos pacientes internados tem traqueostomia e desses 5,67% apresentam granuloma nas traqueostomias. Não foram encontrados estudos sobre essas taxas em hospitais.

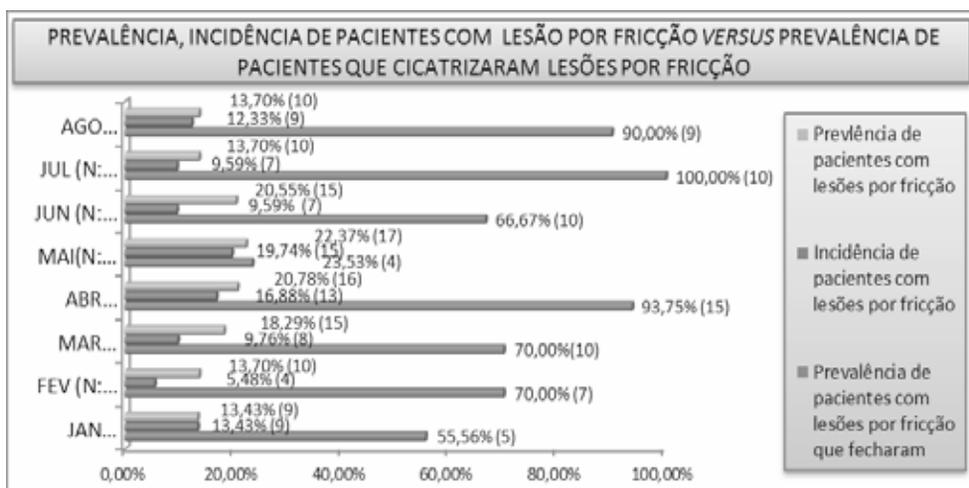


Figura 8: Gráfico com a prevalência, incidência de pacientes com lesões por fricção e a taxa de pacientes com lesões por fricção que cicatrizaram. Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

O gráfico mostra a prevalência de pacientes é em média 17,18% a incidência em média 12,12% de pacientes com lesões por fricção, sendo que dos pacientes com esse tipo de lesão 68,73% cicatrizaram as lesões. Não foram encontrados estudos sobre essas taxas em hospitais, um estudo em pacientes com câncer mostrou prevalência de 3,38 %. Os poucos estudos falam da relação esse tipo de lesão e o envelhecimento, quanto maior a idade maior o risco, de acordo com a presença dos fatores de risco para a lesão por fricção.¹⁷

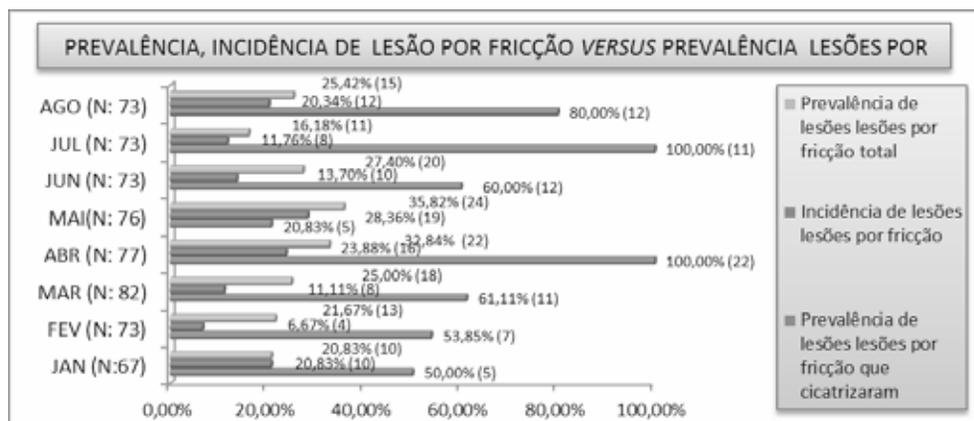


Figura 9: Gráfico com a prevalência, incidência de lesão por fricção versus lesões por fricção que cicatrizaram. Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

O gráfico mostra a prevalência de lesões por fricção é em média de 12,73% do total de lesões (incluindo úlcera por pressão e lesão por fricção) em cada mês e a incidência de lesões por fricção é em média 65,42% do total de lesões por fricção, por mês no período estudado. Entre as lesões por fricções, 63,92% cicatrizaram nesse período. Mostra ainda, que em média, nos meses estudados, os pacientes tinham a prevalência de 1,30 lesões por fricção por pacientes, e a incidência era de 1,21 cada, que se mostrou igual a taxa de cicatrização 1,21 de lesões por fricção em média no período do estudo. Assim como para os dados de pacientes com lesões, para a quantidade de lesão, os estudos falam da relação entre esse tipo de lesão e o envelhecimento, quanto maior a idade maior o risco, de acordo com a presença dos fatores de risco para a lesão por fricção.¹⁷

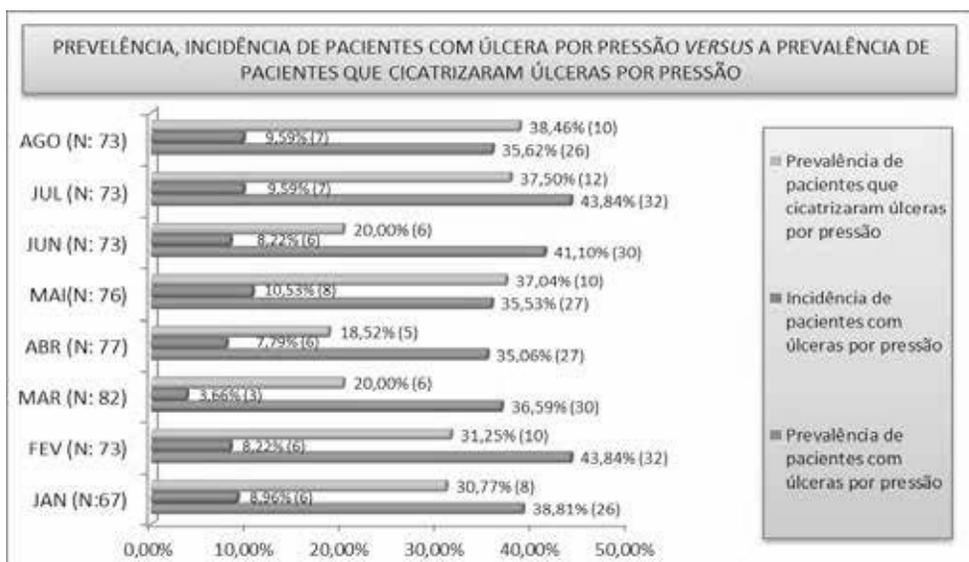


Figura 10: Gráfico com a prevalência, incidência de pacientes com úlcera por pressão versus pacientes com úlceras por pressão que cicatrizaram. Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

A prevalência e incidência de pacientes com úlceras por pressão foi respectivamente em média, 38,72% e 8,24%, nos pacientes internados nos meses do estudo. E entre os pacientes com úlcera por pressão, em média, em cada mês do estudo 29,11% cicatrizaram as úlceras. Não foram encontrados estudos específicos para hospitais de cuidados paliativos. Em estudos em hospitais gerais nos Estados Unidos a prevalência é de 15% e a incidência de 7% respectivamente. No Reino Unido incidência que varia entre 4% a 10%, em pacientes admitidos em hospitais.^{15,25} Em hospitais universitários no Brasil estudos mostram incidência e prevalência de 39,8% e 41% respectivamente.^{14,17} Ainda no Brasil, a literatura mostra resultados de estudos de incidência para instituições de longa permanência, e, varia entre 2,2 % a 23,9% e a prevalência entre 2,3% a 28%, deve-se ressaltar que não há um dado nacional, são estudos realizados em instituições isoladas.^{14,15,25} Não foi encontrado estudo com taxas de cicatrização.

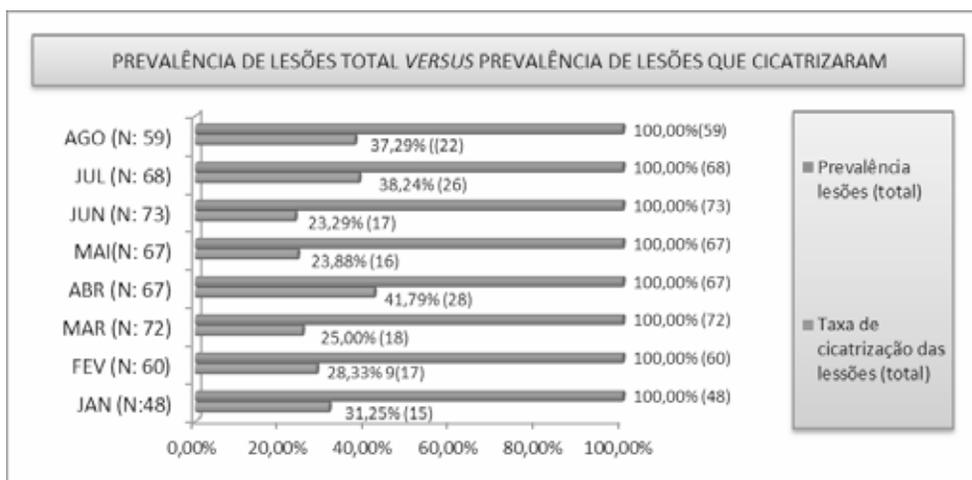


Figura 11: Gráfico com a prevalência, incidência de úlceras por pressão e a taxa de úlceras por pressão que cicatrizaram. Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

A prevalência média de lesões úlceras por pressão, no período analisado, foi de 73,54% e a incidência foi de 15,60% do total de lesões (úlceras por pressão e lesões por fricção). As úlceras por pressão que cicatrizaram representaram 19,58% do total de úlceras por pressão. Constatado ainda que os pacientes com úlcera por pressão tinham em média 1,64 lesões cada e os com incidência úlceras por pressão tinha 1,20 lesões cada. Entre os que cicatrizaram úlceras por pressão, 1,10 lesões cada. Não há estudos para comparação com outros hospitais de cuidados paliativos, com resultados de taxa total de úlceras por pressão.

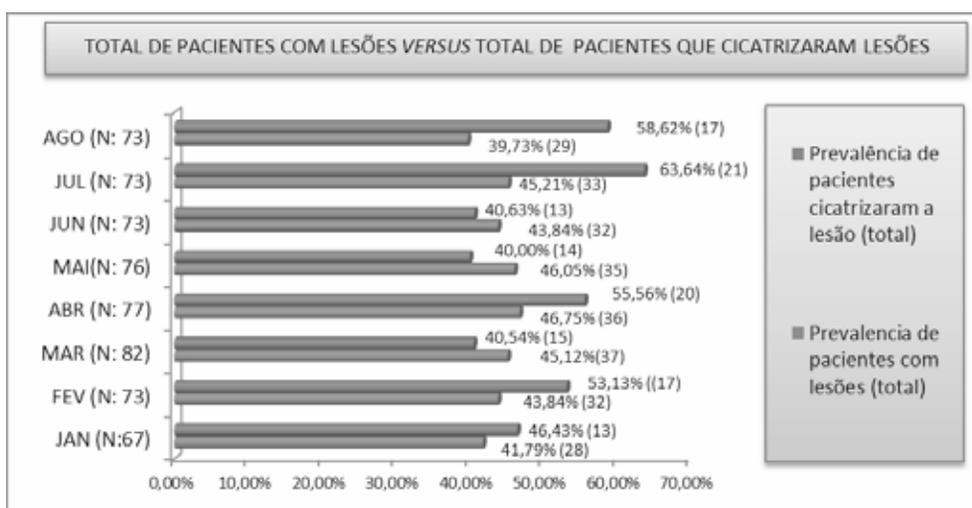


Figura 12: Gráfico com número total de pacientes lesões versus total de pacientes que cicatrizaram lesões, Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

O estudo considerou dados do serviço, que notifica as úlceras por pressão e as lesões por fricção. Conforme resultados, observa-se que os valores mantêm uma média de 16,25 pacientes cicatrizaram lesões de uma média de 32,75 pacientes com lesões. Sendo 49,62% dos pacientes com feridas cicatrizaram. Não há dados na literatura para comparação de taxa total de cicatrização de lesões, os estudos encontrados mostraram taxas divididas por tipo de lesões.

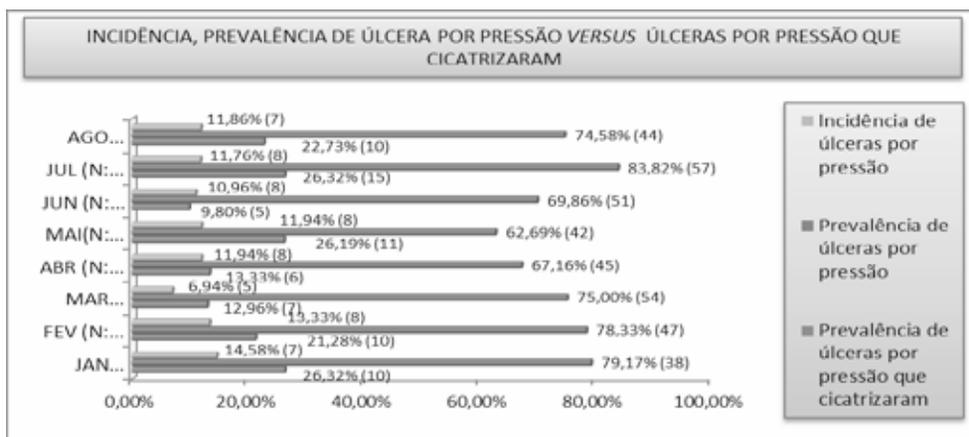


Figura 13: Gráfico com a prevalência de lesões totais (úlceras por pressão e lesão por fricção) versus prevalência de lesões que cicatrizaram. Hospital Premier, São Paulo de janeiro a agosto de 2015.

A prevalência de lesões total (úlceras por pressão e lesão por fricção) foi em média de 64,25 por mês no período estudado e desse número 30,91% cicatrizaram. Não foi encontrado estudo para comparação.

5. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar que no Hospital citado onde ocorreu a pesquisa mantém um serviço estruturado de enfermagem especializada no tratamento de feridas estomia e incontinências e que atendem 100% dos pacientes logo na internação. Por se tratar de um hospital de cuidados paliativos, os resultados mostraram que o cenário apresenta pacientes com altos riscos para feridas, e demandam de cuidados especializados, para prevenção, tratamento e controle de sintomas.

Os resultados, a partir da observação do banco de dados no serviço mostraram dados inéditos como, a taxa de cicatrização com prevalência e incidência de pacientes com feridas, e, de feridas que cicatrizaram. A prevalência de estomias: colostomia, traqueostomia e gastrostomia avaliando a presença de complicações como granuloma em pacientes internados. Não foram encontrados, estudos com pacientes hospitalizados para comparação desses dados.

Os resultados confirmaram a constatação que a úlcera por pressão, é a mais impactante, com maior prevalência e incidência, conforme os guidelines da atualidade. O estudo mostra ainda que a utilização de escalas demonstrou útil e o resultado de alto risco para úlceras por pressão, reflete na prevalência desse tipo de ferida. Na literatura vários estudos fazem para ressalva que os pacientes em cuidados paliativos, há a combinação de vários fatores de risco para úlcera por pressão. Também é consenso que esses pacientes no final da vida apresentam úlcera por pressão.

Essa pesquisa apresenta limites para essa temática, porque não separou os pacientes de acordo com as fases da doença. Vale reiterar que nos pacientes em cuidados paliativos, o estudo mostrou que cicatrização da ferida não deve ser o objetivo principal do tratamento e ainda deve considerar a não utilização de medidas de prevenção, visando o conforto desses pacientes em fase final de vida. A prioridade precisa ser o controle de sintomas como dor, odor e exsudato.

Constatado ainda que há poucos estudos sobre incontinência e lesões associada à umidade como: dermatite associada à incontinência e dermatite intertriginosa, em todos os tipos de serviços de saúde, os poucos estudos encontrados são com pacientes idosos, nenhum com dados de pacientes hospitalizados.

Os dados de prevalência de pacientes com estomia: colostomia, gastrostomia e traqueostomia a ocorrência de granuloma sem mostraram carentes de estudos. Foram verificados por meio da revisão na literatura que existem poucos estudos com dados para comparação desses resultados.

Sobre as lesões por fricção foram encontrados poucos estudos, apenas um com prevalência em pacientes com câncer. O serviço onde ocorreu esse estudo apresentou dados de prevalência e incidência de pacientes com lesão e das lesões por fricção. Não foram encontrados dados sobre pacientes em cuidados paliativos para comparação com os resultados obtidos nesse estudo.

É importante destacar o papel dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, que deverão dar suporte necessário, por meio de orientações e formação para equipe de auxiliares, técnicos. Orientar pacientes e familiares alinhando as expectativas entre todos, de acordo com objetivo do tratamento. Deve levar em conta a aceitação do paciente e condição clínica e o nível de desconforto do mesmo.

Apesar dos limites de sua abrangência, este estudo certamente irá contribuir, como ponto de partida para o desenvolvimento de investigações mais amplas, e que futuros estudos, possam elaborar propostas com critérios de estruturação de serviços, bem como padronização de materiais e equipamentos, com fluxo definido para atender os pacientes com avaliação de risco precoce e intervenções individualizadas nos diferentes contextos hospitalares.

Diante da problemática e dos resultados apresentados, faz-se necessária à realização de novos estudos sobre a temática para o atendimento de pacientes em cuidados paliativos com feridas estomias e incontinências, para melhorar os entendimentos das demandas desses pacientes e assim proporcionar um atendimento qualificado a individualizado, favorecendo a sua qualidade de vida e a dignidade humana.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (BR). Atlas do Censo Demográfico (IBGE), Brasil 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
2. Matsumoto, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Manual de cuidados paliativos ANCP. Sulina (2). Porto Alegre; 2012. 23-24 p.
3. Alves, R. F., Andrade, S. F. D. O., Melo, M. O., Cavalcante, K. B. end Angelim, R. M. Palliative care: challenges for caregivers and health care providers. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2); 2015. 165-176 P.
4. World Health Organization. Better palliative care for older people. Geneva; 2004.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca: introducción y panorámica; 2008.
6. Maciel, M. G. S. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. in: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Sulina (2). Porto Alegre; 2012. 31 p.
7. Santos, V. L. C. D. G., Azevedo, M. A. J., da Silva, T. S., Carvalho, V. M. J., & de Carvalho, V. F. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3); 2005. 305-313 p.
8. Capilheira, M., Santos, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad. saúde pública*, 27(6); 2011. 1143-1153 p.
9. Jorge, S. A., Dantas, S. R. P. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. Atheneu; São Paulo. 2005.
10. Pieper, B., Langemo, D., end Cuddigan, J. Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. *Ostomy/wound management*, 55(2); 2009. 16 p.
11. Sociedade Brasileira De Estomaterapia; 2006. Acesso em: 25 agosto. 2015. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br>>
12. Salomé, G. M. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. *Saúde Coletiva*, 7(46); 2010. 300-4 p.
13. Oliveira, N. S. S. Qualidade de Vida do Paciente com Ferida Crônica. *Sinais Vitais*, (72); 2007. 35-38 p.
14. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Brasília, DF. 2013. acesso em: 20 out. 2015. Disponível em: file:///C:/Users/estomaterapia/Downloads/protc_ulceraPressao.pdf.
15. National Pressure Ulcer Advisory Panel end European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Washington DC; 2009.
16. Langemo, D. K., end Black, J. Pressure Ulcers in Individuals Receiving Palliative Care: A National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper©. *Advances in skin & wound care*, 23(2); 2010. 59-72 p.
17. AMARAL, A. F. S.; PULIDO, K. C. S.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. spe, p. 44-50, 2012.
18. Moura, G. M. S. S. D., Juchem, B. C., Falk, M. L. R., Magalhães, A. M. M. D., end Suzuki, L. M. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Revista gaúcha de enfermagem*. Vol. 30, n. 1. Porto Alegre; 2009. 136-140 p.
19. Santos, C. T. D. Indicador de qualidade assistencial e processo de enfermagem como ferramentas de qualificação para o cuidado ao paciente com úlcera por pressão; 2011.
20. Langemo, D., Haesler, E., Naylor, W., Tippett, A., end Young, T. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *International journal of palliative nursing*, 21(5); 2015.
21. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. In: Haesler E, ed. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media; 2014.
22. Black, J. M., Gray, M., Bliss, D. Z., Kennedy-Evans, K. L., Logan, S., Baharestani, M. M. end Ratliff, C. R. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *Journal of Wound Ostomy end Continence Nursing*, 38(4); 2011. 359-370 p.
23. Paranhos, W. Y., end Santos, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*, 33(1); 1999. 191-206 p.

24. Chaplin, J. Pressure sore risk assessment in palliative care. *Journal of Tissue Viability*, 10(1); 2000. 27-31 p.
25. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2007. Acesso em 14 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>.
26. PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática hospitalar*, 7(41); 2005. 107-112 p.
27. Maciel, E.A.F. Prevalência de feridas em pacientes internados em um Hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte [dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação. Belo Horizonte; 2008.
28. Louro, M., Ferreira, M., end Póvoa, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev Bras Ter Intensiva*, 19(3); 2007. 337-41 p.
29. Santos, V. L. C. D. G. Cuidando do estomizado: análise da trajetória do ensino, pesquisa e extensão. [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2006.
30. Bezerra, I. M. Assistência de enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa de literatura [Tese]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2007.
31. Barros, E. J. L., Santos, S. S. C., Erdmann, A. L. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade; 2008. 595-601 p.
32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009. acesso em 02 out 2012; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Lei nº 12.738, de 30 novembro de 2012. Torna obrigatório o fornecimento de bolsa de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletores de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência a saúde [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 03 dez 2012. acesso em 02 out 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12738.htm
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Resolução Normativa – RN nº 325, de 18 de abril de 2013c. Altera a Resolução Normativa RN nº 211 de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito de Saúde Suplementar, para regulamentar o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art. 10-B da Lei nº 9.656, de 1998 [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013. Acesso em 25 abr 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0325_18_04_2013.html
35. Rosa, N. M., Inoue, K. C., Silvino, M. C. S., Oliveira, M. L. F. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 14(5); 2013.
36. Sociedade Brasileira De Enfermagem Em Dermatologia; 2009. Acesso em: 25 agosto de 2015. Disponível em: <http://www.sobend.org.br>.
37. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 389, de 18 de outubro de 2011. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Acesso em: 23 mar. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3892011_8036.html.
38. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e da outras providências. Acesso em 20 set. 2015. Disponível em: [HTTP://novportalconfen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html](http://novportalconfen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html).
39. Figueiredo, A. M. Ética e cuidado: perspectivas do enfermeiro no tratamento das lesões cutâneas para o próximo milênio. *Nursing*, 3(22); São Paulo.; 2004. 21-5 p.
40. Conselho Regional de Enfermagem de Enfermagem de São Paulo (BR). Parecer COREN-SP: Desbridamento: aspectos legais e técnicos. Parecer: Curativos: aspectos legais e técnicos. São Paulo; 2007.
41. Meegen, R.A.V. Análise crítica da utilização da padronização no sistema de melhoria dos centros de distribuição domiciliária dos correios [dissertação]. Escola de Engenharia da UFRGS. Porto Alegre; 2002.

42. Lakatos, E.M., Marcni, M.A. Metodologia do trabalho científico. 5a ed. Atlas. São Paulo; 2003.
43. Cellard, A. A análise documental. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 295; 2008. 2010-2013p.
44. Santos, A. R.. Metodologia Científica: a construção do conhecimento. (3). DP&A. Rio de Janeiro; 2000.
45. Martins, A. C. F. Perfil de pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio [dissertação]. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação. Botucatu; 2013.
46. Hospital Premier Grupo MAIS, 2015. acesso em 30 de set. 2015. Disponível em: <http://premierhospital.com.br/site/noticias/59-a-estomaterapia-no-premier-cuidados-com-feridas>

Assistência da enfermagem ao idoso no processo de falecimento

Audevânia Lopes de Miranda

RESUMO

Introdução: As ciências médicas em todo o mundo passaram por profundas transformações ao longo das últimas décadas. Os avanços tanto na prática médica como na tecnologia têm trazido melhorias significativas na saúde, controle ou eliminação de doenças, porém tudo isso trouxe questões éticas acerca das condutas dos enfermeiros, frente aos dilemas de sua profissão. Observa-se que a morte está ausente no dia a dia do mundo familiar, pois foi transferida para os hospitais. **Objetivo:** revisão de literatura dos fundamentos do trabalho do enfermeiro com o idoso no seu processo de falecimento. **Métodos:** Levantamento das publicações científicas sobre a Assistência da Enfermagem ao Idoso no Processo de Falecimento, utilizando-se as principais bases de dados bibliográficos da área da saúde em língua portuguesa, nas bases SCIELO, Google Acadêmico e alguns livros. **Conclusão:** Faz-se necessário realizar estudos relacionados às estratégias de enfrentamento assumidas pela equipe paliativista que assiste familiares/paciente idosos em cuidados paliativos. Espera-se que este trabalho possa ser um norteador tanto para os profissionais da saúde no reencontro de suas necessidades e cuidado, quanto para outros profissionais que trabalham com o cuidado àqueles que cuidam. Há então necessidade no futuro de incrementar material bibliográfico que auxilie na provisão de cuidados paliativos os idosos no final da vida, em língua portuguesa.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos na terminalidade da vida, assistência a idosos, enfermeiros.

1. INTRODUÇÃO

Aprender a lidar com as perdas e proporcionar uma qualidade de vida para os indivíduos e seus familiares no processo ativo da morte, é uma das funções dos enfermeiros na atualidade. Nesse momento os profissionais lidam com questões relativas à morte que acarretam, inevitavelmente, sentimentos de tristeza e desespero.

O profissional da saúde que trabalha em Cuidados Paliativos deve ter uma sensibilidade aflorada, a fim de perceber e lidar com as emoções, sentimentos, dores, crenças e valores de pacientes e de seus familiares. Para tanto, além de um lado humano maior que a racionalidade humana, este profissional precisa ser preparado para lidar com seus próprios anseios e sentimentos, como também com os pacientes que estão próximos da terminalidade de suas vidas e de seus familiares.¹

Para que os enfermeiros possam efetivamente colocar em prática os Cuidados Paliativos de qualidade, é necessário que conheçam a pessoa que vivencia uma doença fase terminal e a família, estabelecendo vínculo para que suas intervenções sejam reconhecidas e valorizadas pelos mesmos. Com base em uma relação de confiança, a chance de tornar o momento final menos crítico e com uma qualidade melhor aumenta visivelmente.¹⁴

Baseado nestes aspectos a autora compartilha aqui um relato pessoal, quando

houve a busca de conhecimento na vivência de uma experiência negativa: Trabalhava há dois meses em uma casa no bairro do Morumbi, classe média alta, cuidado de um paciente idoso com encefalopatia em quadro crônico estabilizado, sem alteração clínica. Com estímulos, afeto e dedicação o cliente teve melhoras significativas como, por exemplo, comer sem sonda e responder aos comandos. Com essa evolução a família criou expectativas a respeito do meu trabalho desta profissional que o assistia, dizendo que era um milagre na vida do paciente. Infelizmente, após meses, o paciente morreu devido a uma sepse. A família perguntava a todo o momento “o porquê” daquilo acontecer. “Por que não cuidara dele da mesma maneira que antes”. Foi muito difícil a aceitação e transferiram à autora os sentimentos de raiva e frustração pela perda.

Com essa experiência a autora buscou mais teoria para lidar melhor com essa prática, que naquele momento foi insegura e baseada no medo e na angústia da morte.

Nos dias atuais, se depara com o desafio diário para identificar os principais sintomas que os pacientes apresentam na fase final de vida e assistir os mesmos, junto a alterações físicas, emocionais, sociais e espirituais, apoiando suas reais necessidades, promovendo um maior conforto. Na prática assistencial, é primordial um adequado cuidado aos pacientes e familiares, minimizando a sensação do medo da morte.

O processo de morrer se constitui em uma etapa de vida, que normalmente, é entendida como algo negativo, enfrentado com tristeza e tabu. A Organização Mundial da Saúde, já publicou diversos informe sobre o Cuidado Paliativo destinados às pessoas idosas. O informativo publicado em 2013 aponta que os Cuidados Paliativos possibilitam a melhora da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, que enfrentam uma doença com risco de vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, mediante a identificação, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Tratando-se da população idosa o foco principal é a realização de ações dirigidas não somente para a melhora dos sintomas da doença, mas também a garantia da dignidade e da qualidade de vida da pessoa idosa que se encontra no final da sua vida.²

Com base em Rodrigues (2005) os Cuidados Paliativos têm como um dos objetivos o preparo para a morte. A morte integra o processo natural da vida, do ponto de vista biológico, e vem construída socialmente de simbolismo, valores e significados relacionados ao contexto histórico e cultural no qual o sujeito está inscrito. O processo de morrer pode ser vivenciado de distintas maneiras e, nesta lógica, o ambiente familiar é visto de modo positivo uma vez que oferta carinho, companhia e segurança ao enfermo, constituindo-se em um espaço de cuidado diferenciado. Tratando-se de idosos, normalmente, tem uma melhor aceitação pela sociedade, pelo fato de que o idoso já cumpriu o seu percurso na esfera terrestre.³

A relação entre o envelhecimento e a morte encontra-se no fato dos dois envolverem sentimentos variados, em que, por muitas vezes, o envelhecer é visto como uma caminhada para o fim da vida. Salienta-se que, com a elevação da expectativa de vida da população, há um aumento na incidência de agravos a

saúde de idosos, requerendo com mais frequência internações hospitalares.³

No âmbito hospitalar, a equipe de enfermagem necessita de conhecimentos e habilidades próprias para atender as demandas e especificidades desses pacientes, incluindo aquelas relativas ao processo de morrer e morte.

2. OBJETIVO

Revisão de literatura dos fundamentos do trabalho do enfermeiro com o idoso no seu processo de falecimento

3. MÉTODO

3.1. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O presente estudo constituiu-se de revisão literatura nas bases em língua portuguesa, descritiva e exploratória. O mesmo foi realizado no período de maio 2014 a julho 2015. Foram incluídas fontes impressas e on-line, a exemplo de livros com período de publicação selecionado foi de 1997 a 2015, artigos de periódicos, produzidos 2010 a 2015, totalizando aproximadamente 21 referências contemplando a temática. As referências on-line foram obtidas na base de dados *Slectronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: Cuidados Paliativos, Cuidados paliativos na terminalidade da vida, assistência a idosos, enfermeiros. Os artigos foram resumidos e demonstrados um a um, com uma contextualização em forma de comentário, discutindo-se sua relação com o tema e o objetivo proposto neste trabalho. Em Abril 2015 foi realizado uma Ampliação a leitura para a realização do TCC com base teórica e experiências diárias a fim de esclarecer o problema de pesquisa. Redação final do trabalho realizada em fevereiro de 2016.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. CONTEXTUALIZANDO E CONCEITUANDO A EVOLUÇÃO SOCIAL DA MORTE

O nascimento, assim como a morte, faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano se caracteriza também, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que ele traz às coisas. Por isso, o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas e históricas.¹

Os ritos de morte eram comunitários até o século XIII, uma vez que a Igreja Católica intervinha apenas para absolver o morto dos seus pecados, a morte passou a ser “clericalizada”. Os ritos que tendiam a exprimir a violência da dor passaram a repre-

sentar o controle de si, com a família e os amigos silenciados no seu drama. Após o último suspiro, o morto não pertence mais aos seus pares ou companheiros, nem à família, mas à Igreja.

Explicita-se que, ao se analisar historicamente a representação da morte, percebe-se que houve uma importante alteração na trajetória da mesma, que, de familiar e conhecida, passou a ser completamente negada e relegada. Na Idade Média a morte era aceita como um acontecimento natural que, normalmente, acontecia em casa e na companhia dos familiares.¹⁷

A atitude diante da morte, desde a Idade Média até a metade do século XIX, mudou de forma bastante lenta, quando comparada à revolução brutal das idéias e sentimentos. A morte, tão presente e familiar no passado, vai se dissipando, tornando-se vergonhosa e, por isso, objeto de interdição. Assim, uma nova imagem da morte vai sendo construída, uma morte feia e oculta.¹

A ciência assimilou muito bem o conceito de vida, mas não conseguiu explicar o de morte. Ela é interpretada somente como uma contraposição à vida, como a ausência da vida, em suma, como o não-ser.

A visão relacionada ao ato de morrer tem se modificado com o decorrer do processo de transformação das sociedades, e está diretamente ligada ao estágio de desenvolvimento dessa sociedade, assim como a sua especificidade, valores e ritos. Cabe destacar que, em relação à morte, cada sociedade tem seus próprios comportamentos, hábitos, crenças e atitudes, que oferecem aos indivíduos uma orientação de como devem se comportar e o que devem ou não fazer, refletindo a cultura própria de cada região e também diferenciando de outras.¹

O profissional de enfermagem ao lidar com as diversas especificidades que fazem parte da morte precisa estar preparado para auxiliar seu paciente à família do mesmo. Baseada na citação abaixo se compreende novas definições para a morte.

Atualmente, os debates procuram focalizar a morte e o morrer com dignidade, implantação ou não manutenção de tratamentos com o objetivo de prolongar a vida, a eutanásia, entre outros aspectos. Algumas instituições hospitalares organizaram seus comitês de ética multidisciplinares, que acabam por favorecer a criação de espaços para discussão, estimulando questionamentos sob múltiplos olhares, desencorajando respostas rápidas e simplistas. Essa análise é feita sempre sob os princípios norteadores da Bioética. Estimulam-se várias visões sobre o tema morte e o processo de morrer, aceitando-se as diferenças, a hierarquia dos conflitos e buscando-se a definição dos termos e a clarificação da situação sob discussão. Os hospitais são os locais por excelência para esse tipo de discussão, pois a morte atualmente tem lugar. Além desse tema, buscam rediscutir a dor e o sofrimento da família e dos profissionais que, muitas vezes, se sentem perdidos sobre como lidar com o fim da vida e a aproximação da morte.⁴

A partir dessas idéias faz-se uma revisão sobre o conceito de morte. A palavra morte, descrita nos dicionários da língua portuguesa, tem sua significação transcrita como o fim da vida, grande pesar. Para Morin (1997)⁵, a consciência realista da morte é traumática em sua própria essência, a consciência traumática da morte é realista da sua própria essência. Onde o traumatismo ainda não existe, onde

o cadáver não está singularizado, a realidade física da morte ainda não está consciente. Bellato (2005) explica a temporalidade.

Nesse sentido, os seres vivos são marcados pela temporalidade da vida, porém luta-se contra a idéia da finitude, destacando o paradoxo existencial que se apresenta frente ao dualismo vida e morte. Esse aspecto é marcante na cultura ocidental e de forma agonizada leva à angústia dos seres humanos, tornando mais problemático e difícil seu enfrentamento. Existe a oposição de dois momentos de uma mesma realidade: a de sermos seres vivos e que, portanto, iremos morrer um dia.³

4.2. ENVELHECIMENTO HUMANO

A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento (IBGE, 2010). No Brasil, o Estatuto do Idoso define como pessoa idosa o portador de 60 anos ou mais.⁶

A velhice, observando o fato histórico de sua progressão numérica, inicialmente estava restrita ao manejo do idoso na célula familiar. Com o aumento significativo do número de idosos e a modificação da pirâmide etária, isso passa a ser, no século XXI, um fato social que deve envolver, além do núcleo familiar, a sociedade como um todo e o planejamento de políticas públicas.⁶

A expectativa de vida, que é a idade em que mais ou menos a metade de um grupo de pessoas nascidas em um mesmo período de tempo morre, modificou-se a partir do século XX. Isso aconteceu em decorrência da redução da mortalidade infantil, do atendimento hospitalar, do atendimento de unidades de terapia intensiva e dos transplantes de órgãos, dentre outros fatores.¹¹

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a vida média do brasileiro chegará ao patamar de 81 anos em 2050. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de terem elevado a média de vida do brasileiro.⁶

Nas características do envelhecimento, constata-se, com frequência, a redução da capacidade de adaptação ambiental, a diminuição da velocidade de desempenho, o aumento da aquisição das doenças, a redução da altura corporal, a perda de massa muscular e óssea, a perda progressiva da capacidade de audição, a perda progressiva da memória e a redução da percepção de outros órgãos dos sentidos. A partir da maior susceptibilidade a doenças, estabelecem-se alguns problemas de saúde mais incidentes como incontinência urinária, instabilidade postural e quedas, imobilidade, demência, delírios e depressão.¹⁸

No contexto do envelhecimento, não se consegue estabelecer o momento da finitude. Observam-se, pelos dados estatísticos, as incidências de morbidade e mortalidade relacionadas aos idosos. As doenças do aparelho cardiocirculatório e do aparelho respiratório, associadas a neoplasias, são as mais incidentes nas causas de morte em pessoas da faixa etária de 65 anos ou mais (IBGE, 2010).⁶

As fases do desenvolvimento humano têm direção única, que é o princípio da vida com o nascimento e, em algum tempo, encerra-se com o final do ciclo das etapas de desenvolvimento humano. Entretanto, a palavra morte ainda é temerária porque não está inserida no contexto educativo, social e cultural do meio em que se vive. Ela está incluída no contexto da obscuridade, do fato proibido, pois o pressuposto da vida é prolongá-la e não dirigir o olhar ou pensamento para a finitude do ser humano.¹⁴

Durante séculos, a determinação da morte de uma pessoa era uma questão muito direta. A cessação das funções cardíaca e respiratória era suficiente para concluir que a pessoa estava morta. Com o avanço das tecnologias em saúde, os pesquisadores tentaram de várias formas aumentar a média de idade das pessoas, assim como buscar adiar a morte através do suporte por meios artificiais, com vistas a manter as funções cardíaca e respiratória após a cessação espontânea. De modo geral, os progressos realizados nas últimas décadas em relação à tecnologia médica levaram a um prolongamento notável na duração da vida e, de certa forma, tendem a evitar a morte a todo custo.¹²

No século XXI, a morte ainda é vista, na área da saúde, como tabu, insucesso e até incompetência profissional. O grande desenvolvimento da medicina permitiu a cura de várias doenças e o prolongamento da vida. Entretanto, esse desenvolvimento pode levar ao impasse quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, com todo o empenho possível, num contexto de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente. Essa abordagem e as atitudes de tentar preservar a vida a todo custo são responsáveis por um dos maiores temores do ser humano na atualidade: ter a sua vida mantida à custa de muito sofrimento.¹²

O Brasil vem experimentando acentuado envelhecimento populacional, causado pela mudança drástica nos perfis demográfico e epidemiológico da população. Para esse novo panorama populacional, deve-se levar em conta que a velhice é fator de risco para o desenvolvimento de doenças e que o avanço tecnológico, algumas vezes, pode acarretar condições inadequadas na vida das pessoas. Esse avanço na área da tecnologia hospitalar vem acompanhado da personalização ou despersonalização das pessoas, presente, sobretudo para aquelas pessoas que estão próximas da morte.¹⁵

Os efeitos são sabidos de todos e abundantemente proclamados pela mídia. Defrontamo-nos com ambientes perfeitos em sua tecnologia, mas sem alma e ausência de carinho humano. A pessoa vulnerável, devido a sua doença, deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de um determinado fim. Identifica-se que a grande preocupação da maioria dos profissionais de saúde, que assistem a pessoas com a saúde comprometida, está atrelada a tratar ativamente de sua doença, esquecendo-se de cuidar do seu sofrimento e o de seus familiares.

No entanto, para tornar esses dias de sobrevida menos árduos, tanto para o paciente portador de doença crônico-degenerativa que está fora de possibilidades terapêuticas, quanto para seus familiares, surgiram os cuidados paliativos.

4.3. CUIDADOS PALIATIVOS

Desde o início da história da Enfermagem, o cuidado ao ser humano é a essência da profissão, cuja força de trabalho e em favor da vida, realizando tarefas voltadas a cura das doenças e à recuperação da saúde.⁸ No entanto, como profissionais da saúde, defrontamo-nos com o resgate da vida e também com situações de morte e com a necessidade de aceitar esse fato como um processo natural do ciclo evolutivo.

Os cuidados paliativos são uma abordagem altamente especializada para ajudar as pessoas e seus familiares a viver e a enfrentar o morrer da melhor forma possível. Desde 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a filosofia dos cuidados paliativos (CP) como uma terapêutica humanizada ao cuidado de pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo, especialmente, quando a doença se encontra em fase avançada e progressiva.²

Os CP podem ser realizados em diferentes contextos, como no domicílio, nas instituições gerais de saúde em que o doente esteja internado, em uma unidade específica dentro da instituição de saúde, destinada exclusivamente a essa finalidade. Visam promover qualidade aos dias de vida do paciente sem possibilidades terapêuticas por meio do alívio da dor e do sofrimento biológico, psicológico e espiritual.⁷

A equipe de enfermagem participa diretamente do processo de tratamento e encontra-se presente no fim da vida, cabendo-lhe assistir ao paciente sem possibilidades terapêuticas e familiares. Ao cuidar do paciente, os profissionais de enfermagem experimentam situações de sofrimento, angústia, medo, dor e de revolta vivenciadas pelo paciente e por seus familiares e, como seres humanos dotados de emoções e sentimentos, em alguns momentos manifestam as mesmas reações.⁸

Partindo do pressuposto que cuidar requer a tríade cuidador – paciente -família, a ação do cuidado deve partir de quem cuida, mas quem cuida também precisa ser cuidado.

“Cuidados paliativos” é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.⁷

Dessa forma, os cuidados paliativos proporcionam alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal; não pretendem apressar ou adiar a morte; integram os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem ativamente o quanto possível até a morte, além de ajudar a família a lidar com a doença e o luto; usam uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida e podem também influenciar positivamente o curso da doença.¹⁶

Nessa mudança de paradigma, em que o foco é cuidar, o enfoque terapêutico visa ao alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, que influenciam também no tipo de morte que o paciente terá.

E ainda, os cuidados paliativos consideram a família uma unidade de cuidado que também deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento de seu paciente, prosseguindo até depois de seu óbito, no período de luto. Todavia, para alcançar a excelência nesses cuidados, deverá existir uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofissional, cujas dedicações se quantificarão em função das necessidades concretas de atenção.⁷

Para que essa equipe interprofissional consiga desenvolver seu trabalho com sucesso, torna-se imprescindível que a saúde mental de cada integrante seja mantida e aprimorada, uma vez que implica enorme ganho para os próprios profissionais envolvidos com os cuidados do indivíduo no fim da vida, e também para a qualidade desses cuidados oferecidos ao paciente e à família.⁹

Em todo mundo e, sobretudo, em países desenvolvidos, o número de idosos está aumentando, o que acarreta problemas mediatos em termos de políticas de saúde e também aponta para importantes questões financeiras e éticas.⁹ Mudanças em como as famílias vivem e trabalham podem deixar os idosos vulneráveis e afetar a sua percepção de pertencimento na sociedade. Apesar dos programas de bem-estar existentes, com freqüências as reais necessidades dos idosos, ter sua dor aliviada, sentir-se envolvido e ser escutado, desfrutar de algum grau de autonomia, não são levadas em conta. Dor, sofrimento físico, impotência, tristeza e marginalização podem tornar-se parte da experiência cotidiana da fase final de vida.

Existe um momento na evolução de uma doença crônica em que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente, não passível de cura, inicia o processo de morte inevitável. A terapêutica curativa torna-se fútil, pois a morte não é mais vista como um inimigo a ser temido e combatido. Muito pelo contrário, pode até ser bem-vinda. Reconhecer o processo de morrer é tão importante como dar um diagnóstico. Uma vez tomada a decisão de suspensão das medidas de manutenção da vida em paciente com doença terminal, a atenção da equipe deve ser dirigida para o alívio do seu sofrimento e da angústia da família, bem como para a assecuração de uma morte digna. Cabe a equipe continuar a cuidar e proteger o paciente, garantindo sua higiene, seu conforto e o controle da dor e qualquer outro sintoma que cause sofrimento.³

Conforme citação de Carvalho (2005) o avanço da biotecnologia, doenças que levavam à morte sem qualquer possibilidade terapêutica podem, hoje, ser tratadas e controladas. Porém, não são passíveis ainda de serem curadas, acarretando, como consequência para a pessoa acometida, sequelas que podem produzir incapacidades, criando graus variáveis de dependência para as suas necessidades básicas, como alimentação, higiene, gerência administrativa e financeira. Nesse momento, a perda da autonomia se estabelece e a pessoa, particularmente a de mais idade se torna um ser dependente.

A morte é um evento natural e inevitável da vida. Esse processo pode ser vivido

de forma distinta, dependendo do acometimento das doenças, do local em que a pessoa se encontra, dos desejos envolvidos e da assistência prestada. O fundamental é a manutenção da dignidade e o reconhecimento de que não se intervém naquilo que é fisiológico, voltando o foco para a promoção do conforto e do alívio físico, emocional e espiritual.³

O bom cuidado ao fim da vida significa mais do que suspender certas medidas de tratamento. Inclui o desenvolvimento de um plano cuidadoso individualizado que contemple os objetivos do paciente e os limites impostos pela doença. O diagnóstico do fim da vida nem sempre é uma tarefa simples. Nas doenças crônicas esse processo pode ocorrer lentamente, com uma sucessão de eventos levando a múltiplas falências orgânicas.³

Os problemas que muitos idosos experimentam no último ano de vida são, portanto, aqueles decorrentes do envelhecimento e suas conseqüências naturais e também os causados pela doença final. Todas as áreas de assistência à saúde que buscam prestar cuidados continuados a idosos, incluindo Clínica Médica, Geriatria e reabilitação, já reconheceram há muitos anos essas necessidades mais abrangentes. Como é mais difícil prever o curso de doenças crônicas que acometem os idosos, os cuidados paliativos devem se basear nas necessidades dos pacientes e dos seus familiares, e não no prognóstico. A dor tem diversas interpretações, baseado em Rodrigues:

Dor e outros sintomas desconfortáveis associados a doenças em fase terminal podem sempre ser aliviadas. A noção de que alguma dor física associada ao morrer não possa ser melhorada é simplesmente falsa.³

O enfermeiro pela proximidade de suas ações para e com o paciente (hidratação, nutrição, cuidado com lesões, controle da náusea, vômitos, movimentação, por exemplo), observa-se a importância do seu desenvolvimento na habilidade de comunicação verbal e não-verbal: saber falar (fazer perguntas diretivas e não-diretivas, usar paráfrases, metáforas), saber calar (usar adequadamente o silêncio), saber tocar o paciente (de forma afetiva, não só instrumentalmente), estar atento às suas expressões faciais e posturas corporais.⁷ Essa mesma proximidade exige, além do conhecimento técnico para implementar essas ações do cuidar de maneira individualizada, o aprendizado do lidar com o sofrimento psicológico, social, espiritual e físico, entendendo que esse mesmo sofrimento leva o paciente e os familiares a apresentarem reações emocionais diferentes, também em diferentes: chorar, calar, zangar, duvidar, argumentar.⁷

Os pacientes idosos que estão em processo de morte com frequência apresentam desconforto físico e emocional. O medo pode assumir proporções inimagináveis. O alívio dos sintomas e a segurança do controle da situação, por parte da equipe, são fatores que promovem a confiança necessária para aquele que vive seus momentos finais. Deve-se apoiar a prestação de cuidados paliativos e sua integração à assistência

global a saúde, com isso, Organização Mundial da Saúde (2013) explica que:

Com esse objetivo, deve-se desenvolver o treinamento em cuidados paliativos, e a abordagem multidisciplinar é estimulada a todos os profissionais que prestam esses cuidados. É necessário criar e integrar serviços institucionais e domiciliares, e intensificar treinamento interdisciplinar e específico em cuidados paliativos para todos os profissionais envolvidos.²

A prevalência da demência aumenta com a idade, verifica-se valor próximo de 1% entre indivíduos dos 60-65 anos de idade para aproximadamente 40% nos idosos com idade superior a 85 anos. O tipo de demência mais comum é a doença de Alzheimer, com uma prevalência de 50% para 60%. O tempo de sobrevida médio, desde o diagnóstico até à morte, é de 8 anos; e, durante este tempo, existe uma deterioração progressiva das capacidades e consciência. Os sintomas mais comuns incluem: confusão mental, incontinência urinária, dor, mau humor, prisão de ventre e perda de apetite. Resulta em um fardo/peso físico e emocional para os elementos da família, cada dia maior, visto que experimenta o luto à medida que vão perdendo lentamente a pessoa que conheciam. Nestas situações, muitas questões éticas são levantadas, uma vez que o doente perde a capacidade de comunicar as suas vontades. Os problemas atuais põem em causa o uso de antibióticos no tratamento da pneumonia e o uso de tubos de alimentação em desidratação e desnutrição. Todavia, menos de 1% dos pacientes a viver em instituições de cuidados paliativos, apresentam o diagnóstico primário de demência.¹⁰⁻²

A importância dos cuidadores de idosos doentes foi reconhecida há pouco tempo. Existe ainda relativamente pouco conhecimento formal acerca das suas necessidades, embora as suas funções variem consideravelmente. Estas podem ser desde extremamente íntimas, como ajudar a tomar banho, a vestir, a limpar; a extremamente pesada, como levantar pesos. Este tipo de cuidados é, habitualmente, realizado por pessoas com laços relacionais próximos e que, geralmente, vivem na mesma casa. Os cuidadores são motivados pelo amor que nutrem e pelo desejo de manter, o máximo de tempo possível, o ente longe de uma instituição. Porém, a responsabilidade e carga de cuidados podem conduzir, com o tempo, ao aparecimento de conflito de emoções, dificuldades em lidar com mudanças de personalidade e comportamento, restrições na própria vida pessoal e aumento drástico dos gastos económicos. O cuidar em longo prazo de parentes idosos doentes é um trabalho não pago e sem qualificação, que pode prejudicar a saúde, bem-estar e segurança financeira dos próprios cuidadores.¹⁰

A partir dessas premissas concluímos que os conceitos básicos da medicina paliativa voltados para a geriatria, com ênfase nos cuidados ao fim da vida, são imprescindíveis para garantir a qualidade de vida dos pacientes.

4.4. PAPEL DO ENFERMEIRO

Desde os primórdios da Enfermagem, o cuidado ao ser humano é a essência da profissão, cuja força de trabalho emana em favor da vida, realizando tarefas voltadas à cura das doenças e à recuperação da saúde. No entanto, como profissionais da saúde,

defrontamo-nos com o resgate da vida e também com situações de morte e com a necessidade de aceitar esse fato como um processo natural do ciclo evolutivo. ¹⁷

A equipe de enfermagem participa diretamente do processo de tratamento e encontra-se presente no fim da vida, cabendo-lhe assistir ao paciente sem possibilidades terapêuticas e familiares. Ao cuidar do paciente, os profissionais de enfermagem experimentam situações de sofrimento, angústia, medo, dor e de revolta vivenciadas pelo paciente e por seus familiares e, como seres humanos dotados de emoções e sentimentos, em alguns momentos manifestam as mesmas reações. ¹⁶

A equipe de enfermagem é composta por cuidadores de idosos, técnicos de enfermagem e enfermeiro. Os cuidadores realizam ações de natureza simples e repetitivas, supervisionadas pelo enfermeiro, como: cuidados de higiene, alimentação por via oral, prestar companhia ao idoso, promover movimentação e conforto. ⁸

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN-186/95), em obediência à Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional, encontra-se como atividade privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de Enfermagem. ¹⁵

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente, quando possível pelo ensino do autocuidado, bem como manter, promover e recuperar a saúde em colaboração com outros profissionais. Assim, pode-se pontuar como características da área:

A dimensão ampliada do assistir, ou seja, o enfoque não é a doença, mas a promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família e comunidade. A independência do ser é a essência do trabalho da enfermagem, sendo a participação do cliente no processo do cuidado a meta de uma assistência de qualidade. ⁸

Desta forma, falar das atribuições da enfermagem implica considerar tais pressupostos e, fundamentalmente, trabalhar com o fato de que o profissional, nesta ótica, se insere no domicílio do cliente, devendo, portanto, ficar atento para cuidar sem invadir ou cuidar sem possuir. ¹⁶

O enfermeiro é o profissional de nível superior da área da saúde que atua realizando o cuidado direto e indireto de pessoas em todas as áreas assistenciais que demandam ações de enfermagem. ¹⁶

Dentre as diversas definições de enfermagem, destaca-se aquela que a designa como o estudo da resposta do ser humano às doenças. De acordo com o Código de ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) a “enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. No século XIX foi definida por sua precursora, Florence Nightingale, como “arte e ciência de cuidar do ser humano”. Altruísmo e valorização do ambiente onde o cuidado de enfermagem é exercido são dois critérios incalculados na formação dos enfermeiros como legado histórico. ¹⁵ Baseados em Silva a prática dos enfermeiros precisam ter os objetivos claros.

Nesta prática ações objetivas de cunho pragmático como o controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos nas lesões malignas cutâneas – freqüentemente ditas “feridas tumorais” -, técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, zelo pela manutenção do asseio, da higiene, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, e o trabalho junto às famílias e comunicação com a equipe multidisciplinar, são requisitos fundamentais para a melhor atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos.⁹

As habilidades do enfermeiro deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais sintomas; para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, para a interação da dinâmica familiar e especialmente para o reforço das orientações clínicas, a fim de que os objetivos terapêuticos traçados pela equipe multidisciplinar sejam alcançados. Trata-se de cuidados sensíveis e de educação, que demandam ações de proximidade física e afetiva para que muitas orientações se efetivem na prática. Por isso é que a competência relacional do enfermeiro recebe destaque nos Cuidados Paliativos. Tanto para a equipe, quanto para o paciente e para a instituição, é necessário que este profissional tenha habilidade de comunicação, pois estas asseguram o melhor desenvolvimento de suas práticas clínicas.¹⁹

Especificamente nos Cuidados Paliativos, o Conselho Internacional de Enfermagem afirma que “... uma pronta avaliação, identificação e gestão da dor e das necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais” podem diminuir o sofrimento e melhorar, de fato, a qualidade de vida dos pacientes de Cuidados Paliativos e de seus familiares.⁸

Inseridos na equipe multidisciplinar, é papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado.²¹

5. DISCUSSÃO

O Brasil vem experimentando acentuado envelhecimento populacional, causado pela mudança drástica nos perfis demográfico e epidemiológico da população. Para esse novo panorama populacional, deve-se levar em conta que a velhice é fator de risco para o desenvolvimento de doenças e que o avanço tecnológico, algumas vezes, pode acarretar condições inadequadas na vida das pessoas. Esse avanço na área da tecnologia hospitalar vem acompanhado da despersonalização das pessoas, presente, sobretudo para aquelas pessoas que estão próximas da morte.⁸

Identifica-se que a grande preocupação da maioria dos profissionais de saúde, que assistem pacientes com a saúde comprometida, está atrelada a tratar ativamente de sua doença, esquecendo-se de cuidar do seu sofrimento e o de seus familiares. No entanto, para tornar esses dias de sobrevida menos árduos, tanto para o paciente portador de doença que está fora de possibilidades terapêuticas, quanto para seus familiares, surgiram os cuidados paliativos.

Dessa forma, os cuidados paliativos proporcionam alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal; não pretendem apressar ou adiar a morte; integram os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem ativamente o quanto possível até a morte, além de ajudar a família a lidar com a doença e o luto; usam uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida e podem também influenciar positivamente o curso da doença.³

Esses cuidados acima citados, já são rotineiros no Hospital Premier em todos os setores. Com o estudo, teorizamos a prática diária da equipe multidisciplinar que lá trabalha e entendem-se melhor com conflitos existentes entre família, pacientes ao longo da internação. Nessa mudança de paradigma, em que o foco é cuidar, o enfoque terapêutico visa ao alívio dos sintomas que comprometem a qualidade devida, integrando ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, que influenciam também no tipo de morte que o paciente terá. E ainda, o cuidado paliativo considera uma família uma unidade de cuidado que também deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento de seu paciente, prosseguindo até depois de seu óbito, no período de luto. Todavia, para alcançar a excelência nesses cuidados, deverá existir uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofissional, cujas dedicações se quantificarão em função das necessidades concretas de atenção.²¹

Enfim, o enfermeiro deve possuir conhecimentos técnicos e científicos suficientes para assistir os pacientes com afecções dolorosas, contribuindo com a equipe multidisciplinar para um adequado controle da dor.²¹

A preparação de cuidadores de idosos para lidar com os aspectos relevantes diante do processo de morte e o morrer pode beneficiar tanto a pessoa cuidada quanto o cuidador.

O cuidador estará, certamente, sensibilizado para dar a atenção adequada ao idoso a partir dos aspectos bióticos sócio espiritual, compreendendo-o como um ser heterogêneo: “cada idoso é um idoso”; portanto, haverá uma maior possibilidade de que as crenças, necessidades espirituais, últimos desejos e pendências sejam atendidos.³

Certamente, esse cuidador bem-preparado se mostrará mais atento aos sinais e sintomas, especialmente os das últimas 48 horas, o que facilita o controle de sinais e sintomas, por meio da transmissão de informações aos profissionais que podem estar intervindo nos cuidados paliativos.²⁰

O cuidador estará preparado para lidar com o luto e a morte, e sofrerá menos com a sobrecarga, ao saber identificar esses acontecimentos e manejá-los adequadamente, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade no cuidado do idoso terminal.²⁰

Portanto, considera-se fundamental a educação dos cuidadores de idosos focada nos cuidados paliativos, a fim de promover um bom cuidado e qualidade de vida para o idoso até os últimos momentos.

No tema que trata da “assistência da enfermagem ao idoso no processo de fale-

cimento”, observa-se o aspecto da qualidade da assistência prestada, segundo a qual o profissional consegue atingir seu objetivo de cuidar com amor quando adquire a resposta positiva do paciente e de seus familiares.⁷

Nota-se que o prazer relacionado ao processo de cuidar se faz presente no convívio diário desses profissionais durante a prestação da assistência. Diante de todos esses eventos de prazer e sofrimento no trabalho, juntamente do zelo ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares, os profissionais elaboram estratégias de enfrentamento para levar adiante sua tarefa de cuidar com humanidade.²¹

Desde o começo da formação da autora em enfermagem e do início das atividades na área da saúde, depara-se com inúmeras situações que chamam atenção para a necessidade emergencial de cuidar e ajudar aquele que sofre e adoece no decorrer da idade, ou seja, o idoso com Idade avançada vai perdendo a autonomia, independência, funcionalidade e adquire comorbidades/ multimorbidades.

Atualmente, na prática profissional da autora se encontra um público que exige um trabalho em equipe e humanizado que requer uma atenção especial na eficácia e eficiência no processo de cuidados prestados no dia a dia, durante uma internação hospitalar.

Inicialmente era difícil de entender porque alguns idosos junto com seus familiares chegavam com medo na instituição onde a autora realiza a prática de cuidados paliativos, para receber os cuidados ao fim da Vida. Pois os mesmos trazem um sofrimento e reações emocionais, focando ao tratamento, ou controle de sintomas, junto de queixas e mistura de sinais, sintomas, sentimentos, como tais: dor, medo, alívio, amor, conforto etc. Nos dias atuais chama atenção que é preciso conviver com a frustração, o fracasso, perdas e lutos, e que tudo isso faz parte de um ciclo da vida de todo ser humano. Todos irão passar pelo processo de falecimento um dia, seja da forma que for ou do jeito que for - é um desafio à equipe de enfermagem ficar atenta para proporcionar uma melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares, que necessitam de força e coragem para aceitar que tudo tem começo, meio e fim.

Porém, o material bibliográfico levantado não consegue atender em grande parte aos dilemas e necessidades apresentados acima, restringindo-se ao campo filosófico e conceitual.

6. CONCLUSÃO

Faz-se necessário realizar estudos relacionados às estratégias de enfrentamento assumidas pela equipe paliativista que assiste familiares/paciente idosos em cuidados paliativos.

Espera-se que este trabalho possa ser um norteador tanto para os profissionais da saúde no reencontro de suas necessidades e cuidado, quanto para outros profissionais que trabalham com o cuidado àqueles que cuidam.

Há então necessidade no futuro de incrementar material bibliográfico que auxilie na provisão de cuidados paliativos os idosos no final da vida, em língua portuguesa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutierrez, B.A.O. & Barros, T.C.de. . O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. Revista Temática Kairós Gerontologia, "Finitude/Morte & Velhice", 2002.
2. Organização Mundial da Saúde, 2013: <http://www.afro.who.int/en/mozambique/press-materials/item/5791-relat%C3%B3rio-mundial-da-sa%C3%BAde-2013-enfoque-na-pesquisa.html>
3. Bellato, R.; Carvalho, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2005.
4. Kovács, M.J. Educação para a Morte. Temas e Reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
5. Morin, E. O homem e morte. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
6. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: 2008.
8. Santos, FS. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospitalar - Cuidados paliativos – diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. 2ª ed., São Paulo: 2008.
9. Silva GC, Caldas PC. Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento. Arq. Ciênc. Saúde, 2007.
10. Kapo J, Morrison L, Liao S. Palliative Care for the Older Adult. J Palliat Med. 2007
11. Stuart-Hamilton, I. *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed. 2002
12. Cavassani A.P; Cavassani E.B; Biazin C.C. Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações. XIII SIMPEP. Bauru, SP, novembro de 2006.
13. Fonseca AC, Fonseca MJM. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. Sci. Med. 2010.
14. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(1): 34-40 [WWW.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
15. Yeda Aparecida de O.D; Maria JED. Atendimento domiciliar um enfoque Gerontologia. Atheneu 2006.
16. Ver Bras Enfem, Brasília 2011 jan-fev:64(l): 180-4.
17. Ligia Py, FT; JFP. O e DLA. O tempo e a Morte na Velhice. Atheneu 2006.
18. Claudia B; Daniel LA. Palição: Cuidados ao fim da Vida. Atheneu 2006.
19. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23(1):24-2920.
20. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espi-ritualidade. Mundo Saúde. 2005; 29(4): 491-50
21. Cibrão, Ana Rita Castro. Geriatria e cuidados paliativos. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Portugal, 2014. 74p. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28966/1/tese%20final%20rita.pdf>

Conduitas a serem tomadas pela equipe multiprofissional nos preparativos do corpo pós-óbito imediato de um paciente, respeitando seus preceitos religiosos

Edvaldo Souza dos Santos

1. INTRODUÇÃO

”O preparo do corpo é um ritual silencioso que favorece a introspecção, uma imersão em nós mesmos, que dá acesso a algo que está muito além das palavras, algo que não pode ser facilmente expresso porque é da ordem do sentido”.¹

Diante do desafio de cuidar do paciente no final da vida, é imprescindível construir relações que contemplem a dignidade humana de modo a direcionar nosso olhar para as singularidades e pluralidades que este traz e que devem estar presentes neste ato de cuidar. Mas para falar do cuidar, se faz necessário entender um pouco o que se passa com uma pessoa no final da vida.

Todas as instituições que cuidam da saúde do ser humano deveriam seguir e respeitar os desejos de seus clientes. Um paciente após sua morte não pode ser tratado como um pacote³. E não se deve negligenciar a importância de, ao proceder a técnica do “preparo do corpo”, que a equipe atende para o fato deste corpo, ser de um cidadão que tem uma nacionalidade, uma família, filhos, teve um carro ou não, fumava ou bebia, em suma: tem uma história. Obstante essas coisas, que agora só existem na lembrança daqueles que ficaram, e relativas aos sentimentos que nutriam pela pessoa que se foi e. Estes sentimentos ainda estão aqui, nas pessoas do seu relacionamento, e que fatalmente não gostariam de vê-lo ser tratado, após a sua morte, como um “pacote”⁴

Saber como agir perante a morte de um paciente no âmbito hospitalar é e sempre foi um desafio, porém, quando se coloca o respeito aos preceitos religiosos deste paciente a questão fica mais complexa ainda.

Cabe destacar que o cuidado da enfermagem pós-morte, sendo prestado na última etapa do ciclo vital, contemplado no Código dos Profissionais de Enfermagem⁵, no item que trata dos Princípios Fundamentais, que diz: “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”. É nesta mesma perspectiva, que o estudo de autores sobre a abordagem ética a ser contemplada durante a assistência de enfermagem enfatiza que o respeito a esses valores denota uma assistência comprometida e fortalecida pela competência técnica, que visa o bem estar de quem é submetido ao cuidado, e significa uma assistência ética.⁶

Desse modo, reportando-se à complexidade do cuidado da equipe multiprofissional, fica a pergunta: Como ignorar quem foi essa pessoa?⁷

São questionamentos que vêm à tona, os quais a equipe multiprofissional deverá responder se quiser respeitar os preceitos religiosos do paciente recém-falecido. quem pode fazer estes procedimentos, família ou equipe? Homem ou mulher? Logo após minutos ou horas depois, cantar, orar, ascender vela, cobrir com lençol branco, não cobrir, tamponar, não tamponar, higienizar, o que fazer? Como fazer? Há procedimentos diferentes para cada religião para que as convicções religiosas do falecido sejam respeitadas?

Este olhar para o paciente deve se expandir para o seu pós-morte, quando aí se encerra o nosso cuidado com o seu corpo. Esse momento necessita ser tratado com a reverência que se impõe, pois está diante de nós o corpo que abrigou o sujeito com o qual convivemos por um determinado tempo. Com seus desejos, sonhos, medos, sofrimentos e esperanças, ou seja, seu singular modo de vida; faz-se necessário resgatar e manter sua integralidade, que pode ter sido desfeita por conta do processo da doença e suas manifestações, devolvendo ao mesmo sua dignidade, o sentido de “ter sido pessoa com tudo que é inerente ao ser humano”.

Esse momento nos convoca a manter nossos princípios da palição – “cobrir com o manto” – realizando um procedimento não apenas como mais uma tarefa a cumprir racionalmente, mas como um fazer que exija além da competência técnica uma capacidade crítica, criativa, de sensibilidade, compromisso e ética, imprimindo sentido ao nosso fazer. É importante manter os aspectos afetivos e existenciais do homem de quem cuidamos, porque foi assim que a relação se estabeleceu em vida, e que deve perpetuar no preparo do corpo após sua morte.⁴

Inclusive porque para Watson⁸ a natureza da vida humana é tida sob a noção de que um espírito habita um corpo, e que não é restrito por um entendimento de espaço/tempo material e cronológico, que continua a existir no tempo, cujo corpo pode desfalecer, mas a essência e o espírito continuam sua jornada de vida, em outras dimensões.

Questões como: O que se pode fazer com o corpo do falecido pós óbito, que pode, o que se deve e como fazer, são perguntas que precisam serem respondidas no cotidiano da assistência e, para isso, é preciso ter uma padronização de ações para estes momentos em relação a religião do falecido, especialmente ao seguir os princípios dos cuidados paliativos definidos como: “Cuidado Paliativo é uma abordagem ou tratamento que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual”²

A atenção aos aspectos espirituais em cuidados paliativos tem tanta relevância que alguns autores usam colocá-la como maior indicador de boa assistência ao paciente no final da vida⁹

1.1. RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE NO CAMPO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS

Apesar da sua relevância cotidiana, o tema da religiosidade e da espiritualidade somente começou a receber atenção da Medicina na última década.

Panzini¹⁰ definem religião como sendo a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, dando ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do corpo. Religiosidade é definida como a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Espiritualidade é a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade.

Ao pesquisar a bibliografia, percebe-se o aumento do número de publicações a respeito do tema, nas últimas décadas em revistas especializadas em Cuidados Paliativos.⁹ Não há mais dúvida da importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado dos pacientes, embora ainda haja muitos questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano e no que consiste o bom “cuidado espiritual”⁹

Por exemplo, segundo Hinshaw¹¹, noventa e cinco por cento dos americanos creem em alguma força superior, e segundo Steinauser¹² - 93% gostariam que seus médicos e equipe multiprofissional abordassem essas questões se ficassem gravemente enfermos.

Estudos com pacientes internados demonstram que 77% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pela equipe que os cuida e 48% gostariam, inclusive, que essa equipe rezasse com eles. Contraditoriamente, a maioria dos pacientes, disse que jamais essas equipes abordaram o tema King¹³. Não se pode descartar ainda a observação quanto ao sofrimento religioso que se caracteriza pela dor moral conduzida pela quebra de dogmas e preceitos daquela religião, Hinshaw¹⁴. Entretanto a maioria dos trabalhos encontrados abordam as necessidades espirituais dos pacientes internados pouco se encontra sobre condutas a serem tomadas pela equipe multiprofissional quando de sua morte, procedimentos que assegurem o total respeito aos preceitos religiosos deste paciente.

O conhecimento das diferentes tradições religiosas, assim como a clareza com relação as suas próprias questões espirituais, poderá auxiliar muito no cuidado do paciente nessa fase da vida.¹⁴

É necessário ressaltar que é impossível auxiliar alguém em questões espirituais sem antes conhecer a sua própria espiritualidade¹⁴

A equipe deverá trabalhar com as crenças e a fé do paciente sem, em nenhum momento, pregar a sua verdade. Os cuidadores deverão ser orientados com relação ao respeito à individualidade do paciente, sendo que o cuidado espiritual cabe a todos os envolvidos¹³

Os pacientes desejam estar em paz com seu Deus e com seus familiares, serem capazes de rezar e sentirem que sua vida foi completa¹²

Segundo Parker-Oliver¹⁶, a grande síntese da espiritualidade no fim da vida é dada pela reconciliação com tudo e todos, o que se resume em cinco frases:

- Perdoe-me!
- Eu perdooo você!
- Obrigado!
- Eu te amo!
- Adeus!

O fim da vida é uma realidade iminente e a forma de lidar com isso depende de cada indivíduo, da ênfase que ele dá à vida ou à morte¹⁷. Até que ponto isso é compreensível para a equipe? Até que ponto a equipe está preparada para suprir essas necessidades? Ao avaliar a história espiritual deve-se identificar a importância disso na vida do paciente e de sua família, assim como isso pode ser incluído nos cuidados do paciente.

Enfim, algumas bibliografias demonstram os benefícios do envolvimento religioso/espiritual, envolvimento que deve ser estendido ao corpo, não podendo mais este tema ser negligenciado pela Medicina. Os Cuidados Paliativos devem abordar o ser humano em sua totalidade incluindo o cuidado espiritual e a equipe deve estar atenta às necessidades espirituais dos pacientes, sem, no entanto, impor qualquer tipo de atendimento nessa área, mas estar sempre à disposição para prestar qualquer tipo de auxílio religioso se o paciente solicitar, e não esquecer que as necessidades dos cuidados devem ser respeitadas e seguidas mesmo após o óbito.

1.2. PÓS-ÓBITO IMEDIATO E PROCEDIMENTOS COM O CORPO

Em algumas literaturas como: Crus⁶, Hinshaw,¹¹ King¹³ entre outros, vemos como focam em como cuidar de um paciente e seus familiares respeitando seus preceitos espirituais e religiosos, como: orientar e acolher, a escolha do local para os cuidados e quem deve fazer isso, mas pouco se encontra sobre os procedimentos e cuidados com o corpo do paciente logo após o óbito, Observa-se uma lacuna no que se refere aos cuidados com o corpo por uma equipe hospitalar. esses cuidados são negligenciados no tocante à religião e à fé do paciente. Os procedimentos religiosos normalmente ficam delegados aos familiares, que só complementam os cuidados já executados pela enfermagem., a qual segue o código de ética da sua profissão, que não se refere aos preceitos religiosos do paciente após o óbito imediato.

Conforme a regulamentação do exercício da Enfermagem (Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 e Resolução⁵ os procedimentos que uma equipe deve realizar com o corpo devem ser:

A preparação do corpo antes de levá-lo ao necrotério incluindo:

- Dar banho no leito se necessário;
- retirar sondas e drenos;

- curativos se necessário fazer
- tamponamento dos orifícios com algodão ou gaze;
- prender braços e pernas com atadura;
- colocar o cadáver identificado no saco para óbito;

No prontuário as anotações de enfermagem devem conter:

- horário que o médico constatou o óbito e o
- nome do médico que constatou o óbito.

O cuidado com o “corpo pós-morte – ritual de passagem sagrado”, como deve ser considerado pela equipe multiprofissional é especialmente expressado nas palavras de Cesar¹ ao afirmar que: ”O preparo do corpo é um ritual silencioso que favorece a introspecção, uma imersão em nós mesmos, que dá acesso a algo que está muito além das palavras, algo que não pode ser facilmente expresso porque é da ordem do sentido”. Mas, diante do desafio de cuidar do paciente no final da vida, somos convidados a construir relações que contemplem a dignidade humana de modo a direcionar nosso sentimento e nosso olhar para as singularidades e pluralidades que este traz, e devem estar presentes neste ato de cuidar ⁴

A rotina habitual do preparo do corpo deveria ser de informar a família quais são os procedimentos e deixar a critério da mesma a opção de acompanhá-los, participando ou não. Porém, temos que pensamos ser necessário consultar previamente a família sobre desejos, crenças, valores e costumes do paciente em vida.

Tendo com referência a filosofia dos cuidados paliativos, é fundamental compreender a preparação do corpo como um momento sagrado, para o qual é importante ter por base três aspectos a saber: do ponto de vista do morto temos significado tanto estético quanto espiritual, além do ponto de vista da equipe que cuidou dele em vida.

O ponto de vista estético da pessoa é importante porque este é o encontro derradeiro neste plano material com os familiares e amigos. O espiritual, porque essencialmente assim somos. Ambos os aspectos se unem no que pode ser considerado o marco do processo de luto para a maioria dos entes queridos. “O processo do luto inicia-se com um choque mental: se resiste em assimilar que de fato aquela pessoa tenha morrido”¹

O ponto de vista da equipe advém do fato de que há um processo de vinculação no qual, em geral, os profissionais tornam-se íntimos de todos que participaram da evolução do processo de morrer, compartilhamos emoções, saberes e aspectos espirituais. Há ainda a necessidade de finalizar com os entes queridos e todos que participaram desta jornada de cuidados, através do agendamento oportuno, a visita de atendimento ao enlutado (visitas, grupos, atendimentos individuais, entre outros).

Conforme já mencionado, é imprescindível que os profissionais seja treinado para que tenham em mente que cada pessoa tem sua singularidade e merece nosso respeito e dedicação diante da sua terminalidade e morte, exigindo a manutenção de uma sensibilidade cuidadora constante no preparo do corpo – que nos é sagrado –

porque representou um sinal de todas as alianças do homem consigo mesmo, com o seu passado, sua história, com o ambiente que o cercava, com seus desejos e sonhos, com suas conquistas e frustrações, com o que ele acreditava. Por isso o corpo jamais deve ser profanado.¹⁸

Trabalhar com a finitude humana expressa no cotidiano do cuidado implica esse olhar abrangente para a relação profissional – paciente, que envolve o processo de viver, adoecer e morrer. A proposta de um agir diferenciado no cuidar do corpo após sua morte busca contemplar um resgate do humano, ancorada no respeito e na dignidade diante da morte e, desse modo, o cuidado se estende à família doadora e receptora de cuidados frente à dura tarefa de cuidar, que nesse momento de dor e sofrimento, sente-se acolhida, assistida e gratificada com o desvelo dispensado ao ente querido, identificando-se aí o impacto causado no ambiente do cuidado e no entorno desse paciente.¹⁸

Este estudo se faz importante porque tende a trazer à tona uma nova visão, novas ações e procedimentos com o cuidado ao corpo no pós-óbito imediato dentro de uma instituição hospitalar, respeitando a religião do paciente e seus desejos de cuidado no tocante a sua fé.

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender como as principais religiões brasileiras lidam com o processo de morte e preparo do corpo no pós-óbito imediato

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Apresentar esclarecimento básico as principais religiões brasileiras e suas concepções acerca do processo de morrer e procedimentos específicos no pós-óbito.

2.2.2 Fomentar a criação de um protocolo de conduta padronizada de procedimentos no cuidado com o corpo pós-óbito imediato dentro de uma instituição hospitalar, respeitando a religião do paciente, seus preceitos religiosos e desejos de cuidado no tocante a sua fé, esse protocolo será criado em trabalho posterior, pois é necessário a participação da diretoria, corpo jurídico e colaboradores, o que demandara grande tempo e uma organização minuciosa.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Na primeira etapa deste estudo foi realizada revisão bibliográfica não sistemática (narrativa) sobre 10 maiores religiões do Brasil, em sites de referência e em literatu-

ras, com publicações referentes ao período de 1995 a 2015. descritores usados foram: morte, rituais fúnebres, religião do Brasil, enfermagem corpo.

Segundo Cordeiro¹⁹, a revisão narrativa ou tradicional apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão de pesquisa bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva

Em uma segunda etapa

Aleatoriamente serão contatados dirigentes dessas religiões para uma entrevista através de uma carta de apresentação, que relatou o objetivo da pesquisa.

Essa entrevista foi do tipo semi-estruturada, para que retifiquem ou ratifiquem os procedimentos pós-óbito imediato dentro do hospital, ou para que sejam orientações que venham, a divergir da resolução 311/2007 do COFEM no tocante aos preceitos religiosos de sua organização. Na entrevista semi estruturada, o investigador tem uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia e a entrevista tem relativa flexibilidade. As questões não precisam seguir a ordem prevista no guia e poderão ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista²⁰.

As principais vantagens das entrevistas semi-estruturadas são: possibilidade de acesso à informação além do que se listou; esclarecer aspectos da entrevista; gerar pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e definir novas estratégias e outros instrumentos.²¹

Foi utilizado um roteiro de perguntas, pelo qual foram ser ratificadas ou retificadas as literaturas pesquisadas, bem como colhidas novas informações para um melhor esclarecimento sobre o assunto pós-óbito imediato..

A análise foi feita a partir dos dados produzidos nas entrevistas. Sendo apresentados, comentados, interpretados – com o auxílio de um algum (ns) exemplos – e discutidos em relação a quanto e como se avançou no conhecimento do problema, em relação ao estado da arte. Para a análise, foi feito o processo de imersão, conforme proposto por Houlitz²², elencando-se os núcleos de sentido e as categorias dos temas emergentes.

Todos os preceitos éticos em pesquisa foram respeitados

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As dez principais religiões brasileiras estão descritas na Tabela 1, a seguir. O texto segue com a descrição específica de cada uma delas relacionadas ao processo de morrer e rotinas específicas sobre o preparo com o corpo, a partir dos objetivos deste estudo.

4.1. RELIGIÕES DO BRASIL – CENSO

Tabela 01 - As 10 maiores religiões do Brasil (censo 2010)²³

Colocação	Grupos religiosos	Total
1°	Católica	123.971.172
2°	Evangélica	42.275.400
3°	Espírita	3.848.876
4°	Testemunha de Jeová	1.393.208
5°	Umbanda	407.331
6°	Budismo	243.966
7°	Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos dias - Mórmons	226.509
8°	Candomblé	167.363
9°	Religiões orientais	155.951
10°	judaísmo	107.329

A seguir, serão apresentadas as maneiras como cada uma destas religiões encaram a morte, a partir da revisão da literatura e das entrevistas com os dirigentes religiosos.

4.2. COMO SÃO ESSAS RELIGIÕES COMO ENCARAM A MORTE

4.2.1. *Catolicismo*

Para os católicos, a morte é uma passagem. “Não existem mortos, mas vivos e ressuscitados. O Senhor nos toca e nos reerguemos para a vida eterna”, diz o padre Paulo Crozera, coordenador da pastoral Universitária da PUC-Campinas. Apud, Miranda²⁵

Não há reencarnação: os seguidores do catolicismo acreditam que a morte é o batismo definitivo, o caminho para a vida eterna. Para eles, corpo e alma é uma só coisa. A reencarnação não é aceita. Não acreditamos na reencarnação, acreditamos que vamos ressuscitar um dia onde seremos julgados pelos nossos feitos aqui na terra, bons ou ruins perante Deus...”, diz o dirigente entrevistado.

Os católicos velam os corpos dos mortos e, além das orações populares que costumam ser feitas durante o velório católico, como o Pai Nosso e a Ave Maria, um padre ou ministro leigo das Exéquias faz uma celebração para encomendar a vida da pessoa às mãos de Deus. Nesse ritual, há a celebração da passagem do morto à luz do mistério da morte, por meio de orações e da bênção do corpo.

As velas, colocadas ao lado do caixão, simbolizam a luz do Cristo ressuscitado, e

as flores são a “primavera da vida que floresce na eternidade”.

Depois de enterrado, ocorrem celebrações em memória do morto no sétimo dia, no primeiro mês e no primeiro ano.²⁴

Segundo o dirigente católico entrevistado: “Com o corpo nós não temos restrição nenhuma, quanto a esses procedimentos de vocês da enfermagem, `..”

4.2.2. *Evangélicos (Protestantismo)*

Significado: os protestantes acreditam que a morte é apenas uma passagem para outra vida e não aceitam a reencarnação. “O movimento protestante acredita na próxima vida, mas em comunhão com Deus. Falar na vida eterna da alma é limitado porque acreditamos na ressurreição do corpo”, diz o pastor da Igreja Metodista Fernando Marques. Apud, Miranda²⁴

Alem disso para os protestantes, existe o céu e o inferno. O julgamento ocorre não pelas ações da pessoa em vida, mas pela fé que ela teve na palavra de Deus e pelo amor ao Senhor. Segundo o pastor participante da entrevista “Morreremos e iremos aguardar o dia que cristo vira julgar os vivos e os mortos”

Quando um protestante morre, “Quanto ao cuidado do corpo assim que morre um membro cristão, não temos nada que restrinja a conduta da enfermagem”, diz o entrevistado

O velório é feito em função da família e não para o morto. O mais comum é que o velório ocorra na igreja, mas também pode ser feito no próprio cemitério. Os seguidores do protestantismo não usam velas, apenas flores. O ritual, chamado de Liturgia para Ofício Fúnebre, costuma ser feito pelo pastor, mas na ausência dele um leigo pode fazê-lo. A participação da comunidade é muito importante. São feitas leituras bíblicas e orações espontâneas. O corpo do morto, de acordo com as tradições protestantes, pode ser cremado ou enterrado. Se for enterrado, no cemitério o corpo é acompanhado até o túmulo, onde a família recita um versículo da bíblia e o pastor faz uma breve despedida. Diferentemente da Igreja Católica, não há celebrações após a morte. Se a família desejar, pode fazer um culto de gratidão a Deus pela vida da pessoa, mas não é uma norma.²⁷

4.2.3. *Espiritismo*

Para os seguidores do espiritismo, a morte não existe. O espírito usa o corpo físico como instrumento para se aprimorar. “O corpo é uma veste e a reencarnação serve para o espírito evoluir”, diz Ana Gaspar, das Casas André Luiz. Apud, Miranda²⁵

Quando o corpo morre, o espírito se desliga e fica no mundo espiritual estudando e se preparando para uma nova encarnação. Com a reencarnação, o espírito adquire experiências e evolui em outro corpo sucessivamente. . “Nós acreditamos em reencarnação e que ficamos reencarnando evoluindo, em cada encarnação tentaremos consertar erros”, diz o representante espírita participante da pesquisa. Sobre o preparo com o corpo, ele completa: “Não existe procedimentos diferenciados, ou que

fazemos questão assim que morre um membro de nossa crença, os procedimentos normais da enfermagem podem ser seguidos sem nenhuma restrição de nossa parte”.

Durante o velório, fazem preces (nomenclatura utilizada para oração) e procuram manter o equilíbrio porque o espírito do desencarnado pode continuar por perto durante um período. Os espíritas não usam velas nem flores nas cerimônias fúnebres. O corpo pode ser enterrado ou cremado. Para cremação costuma-se aguardar mais de 72 horas.

Não existem tradições específicas para o período do luto e a vida dos familiares segue normalmente. “O espírita não tem fé, ele tem certeza”, diz Ana. Apud, Miranda²⁴

4.2.4. Testemunhas de Jeová

As Testemunhas de Jeová são uma denominação cristã não-trinitária, milenarista e restauracionista segundo Beckford²⁷ que possuem adeptos em 239 países e territórios autônomos, com mais de 8 milhões de praticantes, apesar de reunirem um número superior de simpatizantes. São conhecidas pelo seu trabalho regular e persistente de pregação de seus princípios e dogmas de casa em casa e nas ruas. Adoram exclusivamente ao Deus que é apresentado na Bíblia, considerando que seu nome restaurado por pesquisa dos textos em hebraico é Jeová, e são seguidores de Jesus Cristo, possuindo um conceito diferente dos demais grupos cristãos que, em sua maioria, acreditam no conceito de um Deus Trino.

Afirmam seguir bíblicamente as instruções deixadas por Jesus Cristo, mas rejeitam a classificação de serem fundamentalistas no sentido em que o termo é comumente usado. Procuram basear todas as suas práticas e doutrinas no conteúdo da Bíblia, que é interpretada exclusivamente pelo Corpo Governante, os líderes humanos máximos da organização. As Testemunhas de Jeová não estão autorizadas a interpretar a Bíblia individualmente e devem reconhecer os líderes humanos da organização, também conhecidos como Escravo Fiel e Discreto/Corpo Governante como os únicos autorizados divinamente para interpretar as Escrituras. São ainda conhecidas por recusarem muitas das doutrinas centrais das demais religiões cristãs (afirmam na sua tradução bíblica que Jesus teria morrido numa estaca e não numa cruz, ao contrário de todas as outras confissões cristãs) e pelo apego a valores que afirmam ser baseados na Bíblia, nomeadamente quanto à neutralidade política, à moralidade sexual, e à recusa em aceitar transfusões de sangue, dizendo somente seguir à risca os preceitos bíblicos. Afirmam que não inventaram uma nova religião (apenas redescobriram o ensino do cristianismo original bíblico), apenas seguem o que está escrito na Bíblia, não importando qual seja a situação, ela contém as orientações e os conselhos para suas vidas.

Não acreditam em reencarnação. O Brasil é na atualidade o segundo país com maior número de Testemunhas de Jeová, ficando atrás apenas dos Estados Unidos.²⁷

Sobre suas crenças após a morte, o representante entrevistado diz: “Nós após a morte vamos ficar aguardando a ressurreição, onde voltaremos com nossos corpos e viveremos em harmonia no paraíso que será aqui mesmo na terra.” Segundo ele,

não há quaisquer restrições ou procedimentos específicos da religião no processo de cuidado com o corpo do falecido.

4.2.5. *Umbanda*

A Umbanda sofre influências de crenças cristãs, espíritas e de cultos afros, indígenas e orientais, que explica o universo através de sete linhas, regidas por Orixás. Como não existe uma unidade ou um ‘livro sagrado’, alguns umbandistas admitem o céu e o inferno dos cristãos, enquanto outros falam apenas em reencarnação e Karma.

Na Umbanda, morte e nascimento são momentos sagrados, que marcam a passagem de um estado a outro de manifestação espiritual, aquilo que aguarda a pessoa depende dela própria. Sendo assim, a morte é uma etapa do ciclo evolutivo, sendo a reencarnação a base da evolução. O dirigente umbandista entrevistado diz: “acreditamos na reencarnação do espírito na evolução do espírito”.

Crença pós morte

O objetivo maior do nascimento e da morte é a harmonização e a evolução consciente do espírito. Após morte, o ser humano leva consigo suas alegrias, sua fé, suas crenças, suas mágoas e suas dores. E terá que lidar com elas, sempre contando com o auxílio dos espíritos mais evoluídos que o recepcionarão no outro lado da vida e o ajudarão na sua adaptação no mundo espiritual. Com a morte do corpo físico, os espíritos bons podem se tornar protetores, enquanto os maus (espíritos de pouca evolução, devido às poucas encarnações) podem virar perturbadores. Os mortos (desencarnados) podem ser contatados, ajudados ou afastados.³⁰ Segundo o participante da pesquisa, “assim que morre no hospital, não temos nada, vocês podem seguir a rotina normal de vocês.”

4.2.6. *Budismo*

Para os budistas, a morte é a única certeza. “Se nos lembrarmos da inevitabilidade da morte, geraremos o desejo de usar nossa preciosa vida humana de modo significativo”, diz Ani-la Kelsang Palsang, do Centro Budista Mahabodhi. Apud, Miranda²⁵

Os budistas acreditam que treinando a mente durante a vida, o indivíduo estará tranquilo e sereno quando chegar a hora de morrer, o que garantirá um renascimento afortunado.

Os seguidores do budismo acreditam na reencarnação. “A única coisa que passa de uma vida para outra é nossa mente sutil. Como um pássaro mudando de ninho em ninho. Buda compara o processo de morrer e renascer com o ciclo de dormir, sonhar e despertar”, diz Ani-la. Apud, Miranda²⁵ O representante do budismo entrevistado neste estudo relata: “Nós acreditamos na evolução, na reencarnação, uma mudança de estado”.

De acordo com o budismo, toda ação em vida influencia decisivamente na vida futura. Para Buda, se a pessoa quiser saber quem foi no passado, basta olhar para sua condição no presente.

Diante da morte, os budistas procuram manter o equilíbrio e ajudar os amigos ou parentes que estejam morrendo. Evitam o choro e o desespero para que a mente da pessoa permaneça positiva. Sobre o preparo com o corpo, o entrevistado diz: “Não temos restrições nenhuma quanto aos procedimentos de cuidado do corpo, que seja diferente dos usados pela enfermagem”.

No Japão, de acordo com a monja zen-budista Coen de Souza, usam-se flores dentro do caixão, tradicionalmente, e, além disso, uma tigela com arroz cozido, água, um vaso com flores, velas e incenso são colocados sobre uma mesa para que nada falte ao morto. Os budistas têm vários rituais funerários. Um deles é o *powa* (transferência de consciência), quando toda prece feita com intenção de ajudar o morto é válida e traz benefícios.

Não há tradições específicas para o luto, o que se tem são apenas preces e dedicação dos pensamentos positivos à pessoa que morreu. Mas nos lugares mais tradicionais, como no Japão, a família guarda até 49 dias de luto como sinal de respeito.

Os budistas não são contra a. As cinzas poderão ser depositadas em um templo, altar doméstico ou devolvidas à natureza.²⁹

4.2.7. Igreja de Jesus Cristo dos santos dos últimos dias

O apelido **mórmons** foi criado por pessoas que não pertenciam à Igreja para se referirem aos membros. Relata-se que a Igreja foi restaurada por intermédio do “Profeta” Joseph Smith Jr, sendo a mesma igreja que Jesus Cristo fundara em seu ministério na terra há 1830 anos. Ao descrever o caráter dos santos dos últimos dias, a revista *Newsweek*³⁰ escreveu: “Não importa onde os mórmons vivam, eles encontram-se inseridos em uma rede de preocupação mútua; na teologia mórmon todos são ministros de alguma forma, todos são investidos de poder para fazer o bem e de receber o bem feito por outros. É o convênio do Século XXI, cuidar do próximo” (pag 10 a 16). Esse cuidado não se limita somente aos membros da Igreja, mas estende-se muito além. De acordo com o Presidente da Igreja Thomas S. Monson: “Como igreja, estendemos a mão não somente para os de nosso povo, mas também para as pessoas de boa vontade em todo mundo imbuídos do espírito de irmandade que vem do Senhor Jesus Cristo”.³¹

Os santos dos últimos dias acreditam em Deus como um ser pessoal e amoroso, Pai Celestial. Já que Ele é o Pai de nosso espírito, todas as pessoas são Seus filhos e por isso todos somos irmãos e irmãs. Todas as pessoas têm direito de receber revelação pessoal. Deus chamou novos apóstolos e profetas em nossos dias por meio dos quais revela Sua palavra, como fazia em tempos antigos. Assim, Deus ainda Se comunica com a humanidade. Os mórmons creem na Bíblia Sagrada, tanto no Velho quanto no Novo Testamento. Além dela, usam outras escrituras, inclusive o Livro de Mórmon, que serve como outra testemunha do ministério de Cristo e Sua divindade. Juntas, essas escrituras oferecem um entendimento mais profundo de questões vitais como a natureza de Deus, a salvação e a Expição.

É liderada por um profeta que é o presidente da Igreja. Ele tem dois conselheiros e

esses três líderes formam a Primeira Presidência. A Primeira Presidência é auxiliada por doze apóstolos, que são testemunhas especiais de Jesus Cristo em todo mundo. Os líderes chamados de Setentas auxiliam o Quórum dos Doze Apóstolos e servem em várias áreas pelo mundo. (Sala de imprensa.mormon.org)³¹

A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias não é protestante, evangélica, católica ou ortodoxa. Todavia, os valores básicos de moralidade, civilidade e família adotados pela Igreja são semelhantes aos da maioria das religiões cristãs. Os membros da Igreja refugiam-se das incertezas do mundo na mensagem de esperança e felicidade do evangelho. A realidade de que a vida tem um propósito divino, de que Deus cuida de cada pessoa e de que todos têm a capacidade de progredir por meio de escolhas corretas é o tema central do pensamento mórmon.

Sobre a crença no processo de morrer, o representante entrevistado diz: “Nós acreditamos na ressurreição nós não vamos viver somente nessa vida nos acreditamos que nos temos nova existência, nos vamos ficar em um lugar aguardando a ressurreição nos não temos uma data certa mas todos vão voltar”.³¹

Após a morte de um membro, há alguns procedimentos específicos, que o entrevistado descreve: “Quando nos fazemos esses convênios nos temos uma vestimenta, pra nós é muito sagrada, temos esse simbolismo conosco a família ela faz a vestimenta dele lógico com a autorização do IML do hospital onde for óbito em casa tiver liberação medica ai é autorizado a colocar essa roupa que nada mais é que uma roupa um avental então e ai a pessoa é normalmente como qualquer outro processo qualquer outra religião ele vai ser simplesmente dentro do caixão colocar aquela roupa e vai ser sepultado, a sua equipe pode até colocar a roupa vai um membro da igreja orientar como dever ser colocada, não é necessário a gente fazer, vocês podem fazer com uma orientação a família”.²⁸

4.2.8. *Candomblé*

De acordo com a crença do candomblé, as pessoas são formadas por elementos constitutivos perecíveis e imperecíveis. A parte imperecível é chamada de ORI (cabeça interna, destino). Acreditamos na reencarnação até a hora necessária, que o espírito alcançou sua evolução.”, diz o representante entrevistado:

O corpo do iniciado no candomblé geralmente é velado no terreiro. O rito funerário, chamado de axexe, começa depois do enterro e costuma ser longo, podendo durar vários dias. A sociedade é chamada para participar do axexe, rito pelo qual o espírito do morto é encaminhado para outra terra. Na ocasião, os assentamentos – elementos simbólicos e materiais – são quebrados e jogados em água corrente.²⁸

4.2.9. *Religiões orientais*

Movimentos religiosos orientais diversos estão presentes no Brasil hoje, aqueles com maior número de adeptos são o Budismo (já considerada no subitem 6.6) e a Igreja Messiânica Universal; de origem japonesa existem o Perfect Liberty e o Seicho-no-ie, de origem indiana o Hare Krishna e o Rajneesh e de origem persa o Bahá'í.

Estima-se que 800.000 brasileiros professam religiões orientais, sendo que cerca de 500.000 são budistas, e a maior parte deles da corrente indiana do Dalai-Lama.³²

Porem há em menor numero:

A Igreja Messiânica Mundial: fundada no Japão, em 1º de janeiro de 1935, por Meishu-Sama, e introduzida no Brasil em 1955; aqui possui seu maior centro religioso da América do Sul, o único local conhecido como Solo Sagrado fora do Japão.

O movimento Hare Krishna: A sociedade Internacional para a Consciência de Krishna é uma associação mundial de devotos do Senhor e praticantes de bhakti-yoga. Chegou ao Brasil na década de 70, como uma dissidência do Hinduísmo, que afirma que Krishna é o único Deus, a Suprema Pessoa, e não uma encarnação de Vishnu, como postulada no Bhagavad-Gita.

A Igreja Ortodoxa, a Igreja Armênia e a Igreja Maronita, vindas com os imigrantes dos Bálcãs, Líbano, Grécia, Rússia e Armênia, a partir de 1890. A primeira Igreja Ortodoxa do Brasil foi fundada em 1903 pela colônia sírio-libanesa de São Paulo. A Igreja Ortodoxa tem o maior número de adeptos, cerca de 60.000 no ano 2000³³.

4.2.10. *Judaísmo*

Para os judeus, a morte não é o final da vida, apenas o fim do corpo, da matéria. “A verdadeira pessoa, que é a alma, é eterna”, diz o rabino Avraham Zajac. Apud, Miranda²⁴

Os seguidores das leis judaicas acreditam na existência de outro mundo, para onde as almas vão, chamado de olam habá (mundo vindouro). No entanto, a alma pode voltar para a terra, num outro corpo, para completar sua missão (reencarnação). “Acreditamos que a situação de vida que a alma terá depende de como a pessoa viveu no nosso mundo. Não são dois mundos diferentes porque o tipo de vida levado aqui afeta a vida no olam. Cada alma está na terra por alguma razão e tem uma missão a cumprir”, diz o rabino. Apud, Miranda²⁴

Veja bem no judaísmo o que é eterno é a alma e tudo que é divino é eterno então a alma como é uma centelha divina é eterna ela durante toda sua existência ela vai passar por diversos corpos pra poder se aperfeiçoar, num primeiro momento e no segundo momento ela vai vir pra corrigir erros de vidas passadas, isso se chama concerto do mundo coisas que ela fez de errado no passado ela vai ter que voltar pra concertar aquilo que ela fez de errado que não deixa de ser também um aperfeiçoamento da alma e dentre esse rolar das almas num vai e volta, nos acreditamos na era messiânica, era messiânica e o momento em que o messias de acordo com o que ta relatado no velho testamento vira e que trará a paz sobre todos os povos da face da terra quando todos vão poder aprender e vão poder viver e saber viver em harmonia e comunhão independente de que seja judeus ou não, mas todos terão que ser monoteísta não importa o nome que você dá pro Deus na tua religião, trilhando o caminho focado no monoteísmo somos todos irmão, sendo irmãos de um único pai”, são as palavras do rabino entrevistado.

Apesar de acreditar que a alma seja eterna, os judeus sentem a dor da perda e

acreditam que ela deve ser expressa de várias maneiras. Quando um judeu morre, há um ritual chamado de tahará (purificação), no qual o corpo é lavado pelo chevra kadisha (grupo sagrado). Os judeus não permitem que seus mortos passem por autópsia. Depois de lavado, o corpo é envolvido em panos brancos e o caixão é fechado para que ninguém mais o toque. O enterro deve ocorrer o mais rápido possível. “Tudo usado no enterro deve ser de materiais simples, das vestimentas ao caixão, para não haver distinção entre um e outro”, diz o rabino Avraham Zajac. Por isso não são usadas flores nem velas.

Não há cremação: pois as leis judaicas não permitem que o corpo seja cremado. “Tudo tem que voltar para a sua origem, da mesma forma que a alma volta. Se o nosso corpo saiu do barro, da terra, a maneira mais respeitável é colocá-lo de volta”, afirma o rabino.

Junto do corpo, familiares e amigos rezam salmos e partes da Torá (livro sagrado dos judeus). Os parentes mais próximos rasgam um pedaço da roupa para mostrar o luto, que tem três etapas. A primeira delas dura uma semana. Durante este período, os parentes mais próximos não saem de casa nem para trabalhar. A roupa rasgada usada no enterro não é trocada durante a primeira semana. Não há cuidado com o corpo porque a preocupação é voltada apenas à parte espiritual. Por isso, todos os espelhos da casa são cobertos. Na primeira etapa, todos os amigos e familiares visitam a família que está de luto e conversam sobre a pessoa que morreu. “Não é saudável fazer de conta que nada aconteceu.

Acreditamos que as pessoas têm que demonstrar seus sentimentos”, diz. Até o final da segunda etapa do luto, que acaba depois de 30 dias, os homens não fazem a barba e os cabelos também não podem ser cortados. O luto termina no primeiro aniversário de morte, mas a pessoa sempre é lembrada na data de morte por todos os anos seguintes²⁴.

Sobre todos os procedimentos bastantes específicos, diz o rabino entrevistado:

“Restrição ao cuidado com o corpo do falecido

Então na hora de desconectar tudo que tá conectado, a que observar a questão do sangue, Por exemplo você tira uma sonda de urina uma nasogastrica para alimentação seja pra que for e ela saiu suja apenas de material orgânico, pode ser descartado mas se tiver uma pontinha de sangue aquela parte que tá com sangue tem que cortar botar no saquinho e tem que sepultar junto, se o indivíduo morreu no centro cirúrgico no meio de uma cirurgia, pode acontecer, teve uma morte súbita uma parada cardíaca um choque anestésico sei lá o que foi que aconteceu, o lençol tudo que estiver sujo de sangue naquele momento vai junto tá, lavar o corpo fazer barba arrumar cabelo tudo isso é proibido, o corpo é sagrado ninguém pode mexer, só nos vamos mexer na hora de fazer o banho ritualístico que é algo feito no cemitério seguindo um ritual religioso pra esta finalidade, da mesma forma não se veste roupa do jeito que morreu fica, tá com a camisola hospitalar vai ficar com a camisola hospitalar ilha num lençol vai pro necrotério, Nos termos médicos, englobando médicos enfermeiros auxiliares que estão cuidando de um paciente assim como uma médica vai cuidar de um paciente do sexo masculino ou o médico vai cuidar de um paciente do sexo feminino idem na enfermagem durante os cuidados no período de internação nesse momento não faz diferença nenhuma, então fazer curativo se necessário, você vai ver se vai tirar o intracath o cateter e vai ficar sangrando taca-lhe gases esparadrapo, veda como puder mas aquilo que vazou o algodãozinho que sujo vai pro saquinho lavar nada, o tam-

ponamento do orifício algodão ou gases sim. Há instituições que usam parafina ou usam silicone isso é totalmente proibido, de qualquer forma quando chega no cemitério esse tamponamento é retirado e se tiver sujo por algum motivo aquele algodão vai ser sepultado junto, prender braços e pernas com atadura, juntar as pernas com ataduras sim, os braços não, os braços tem ficar soltos ao lado do corpo, prender a boca passar uma atadura para que a boca tá aberta isso não tem problema”.

Depois da exposição das versões do que esperam após a morte e suas regras de tratamento do corpo pós-óbito imediato de cada religião acima descrita, podemos inferir que há uma verdadeira correlação entre todas elas.

Começando pelo caráter da crença em deuses, o Cristianismo, Judaísmo, e Kardecismo (acima abordado como crença Espírita) seguem a mesma vertente de um Deus único e criador, a força suprema e soberana de todo o Universo. Já o Budismo, completamente diferente das demais não possui em sua crença nenhum tipo de deidade.

Para entrar na real discussão da visão sobre a morte e cuidado com o corpo pós-óbito, não se pode deixar à margem a ideia de que a religião é algo humano, criação humana e partindo do pressuposto de que todos os homens tendem a pensar de forma semelhante, nada mais lógico que as religiões tenham dogmas e credos parecidos.

O Cristianismo (evangélicos), o Catolicismo, as Testemunhas de Jeová e os Mórmons negam a reencarnação. Admitem um Juízo Final, onde haverá a Ressurreição dos Mortos. Neste juízo final, Deus julga os bons e os maus e os conduzem à vida eterna.

Em contrapartida o Espiritismo, a Umbanda, o Candomblé e o Judaísmo creem na reencarnação como forma de construção de experiências a cada vida que contribuem para a evolução do ser, assim como o Budismo. Em destaque os budistas creem no Samsara, que é o ciclo dos renascimentos, onde cada nova vida é um passo em busca da iluminação.

A proximidade entre o Cristianismo e o Judaísmo provém da origem de ambas, assim como o Budismo e o Hinduísmo também se parecem muito por terem nascido na Índia. Jesus Cristo, o centro da religião cristã, era Judeu. Nada mais natural que o Cristianismo tenha se apropriado de algumas crenças judaicas. Ambos creem na existência do céu e do inferno e de um julgamento. Porém o Judaísmo crê na possibilidade da reencarnação como castigo ou dívida. A prática do exorcismo é efetuada em ambas. E quanto à escatologia, para ambas haverá a ressurreição.

Desprender-se do material é um dos comportamentos básicos e necessários para uma boa morte e conseqüente desprendimento espiritual tanto para o Kardecismo, quanto para o Budismo. O indivíduo só cresce espiritualmente se dedicar sua vida às boas ações, que refletirão em sua encarnação futura, a diferença, então, aqui se encaixa: os budistas creem que é possível se regredir no renascimento, devido ao acúmulo de karma negativo, o que traz sofrimento e um certo distanciamento da iluminação, já para os Kardecistas, isso não é verdade, o Espírito está em progresso sempre, mesmo se uma vida não for construtiva para o caminho de sua perfeição, ela não acarretará em uma regressão na escala de evolução espiritual.

É possível ainda estabelecer uma relação entre o Budismo e o Cristianismo, que parecem ser tão distantes um do outro, porém são relações de partes aparentemente distantes que comprovam a unicidade da linha do pensamento religioso humano. As dez ações positivas e as dez negativas do Budismo é relacionável aos Dez Mandamentos cristãos, já que dentre as ações negativas, que não devem ser feitas, estão matar e roubar, igualmente nos mandamentos cristãos. É claro que se pode dizer que toda religião não admite roubar ou matar, afinal, não é de boa conduta moral que se faça tal coisa e que, na verdade, esta não seria uma ligação tão válida, uma vez que estes atos já são condenáveis independentemente de alguma doutrina religiosa. Mas o curioso é a utilização do número dez: porque exatamente dez ações?

Outro elo entre Budismo e Cristianismo encontra-se na purificação das ações. O que é chamado de ação negativa para os Budistas, podemos classificar como o pecado para os cristãos, já que ambos vão influenciar no destino pós-morte, quer seja para um renascimento ou para o julgamento de Deus. Dentro dos Quatro Poderes budistas que são capazes de purificar as ações, está o arrependimento, que é passível de ligação à prática da confissão dos pecados, uma vez que ao se confessar o católico demonstra arrependimento, e o Padre lhe recomenda orações como forma de se purificar, enquanto no Budismo, correspondendo ao segundo dos Quatro Poderes, recitar sutras.

Há aspectos bastante parecidos entre as religiões estudadas. Pregam uma vida virtuosa, de pureza, bons atos, não violência porque estes atos certamente influenciarão no destino após a morte. Credo quer seja na vida eterna no céu ou no inferno, num ciclo infundável de renascimentos ou em reencarnações, a conduta moral determina o que acontecerá, não importa a religião que se siga, todas fazem esta mesma afirmação.

Este estudo não traz uma questão de descrença nas religiões. Esse problema de verossimilhança nos credos é válido a todas. Mas o ser humano precisa ter uma crença, nem que seja a crença ateuista que crê que em nada crê, creem que tudo que as religiões dizem é mentira, porém a negação já é uma forma de crença.

5. CONCLUSÃO

Em toda a abordagem do trabalho, buscou-se explicitar como certas religiões encaram o fato de morrer, do pós-morte e da existência ou não de um tratamento divergente do adotado pela enfermagem com o corpo no pós-óbito. Afinal, a morte é uma realidade incontestável e ainda inexplicável do ponto de vista do que acontece depois dela.

Morte e religião foram brevemente definidas e seguiram como pano de fundo ao longo de todo o discurso do trabalho.

A pesquisa na Internet possibilitou o conhecimento da visão de outras pessoas de diversos locais. E foi possível perceber que apesar de algumas diferenças no pensar, existem também semelhanças.

O mesmo acontece com as religiões: ao mesmo tempo em que a visão de cada religião encontra explicações próprias e estabelece procedimentos distintos, elas são em muitos pontos semelhantes.

Buscou-se um panorama que evidenciou os pontos principais que relacionavam religiões, morte e cuidado com o corpo do falecido.

Entretanto e continuam em aberto. Porém estas ficam como reflexão pessoal e talvez pontos-chave de possíveis pesquisas futuras. E infelizmente outras questões talvez fiquem em definitivo sem resposta, uma vez que dependem de uma experiência própria para ser respondida.

Uma dimensão não atendida neste estudo foi a de contatar as igrejas, grupos e seitas das religiões orientais, por se apresentarem em diversos grupos, se tornou inviável a abordagem para esta pesquisa.

Conclui-se que intenção do estudo foi alcançada, com a revisão da literatura das dez maiores religiões do Brasil e com a entrevista de seus dirigentes, obteve se material que possibilitara a criação do protocolo de condutas com o corpo do falecido pela equipe multiprofissional respeitando a religião do falecido, protocolo este que será criado em trabalho posterior tendo em vista o curto tempo e a complexidade que este demandara para sua elaboração, o que impossibilitou sua criação no período deste estudo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cesar, B. O Livro das Emoções – reflexões inspiradas na psicologia do budismo tibetano. São Paulo: Editora Gaia, 2005.
2. Who Definition of Palliative Care , Disponivem em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> – acesso 20 març 2015
3. Cruz R, Garofalo RC, Santos TS, Nascimento Mal. O “pacote” e a enfermagem: análise crítica de uma cena de morte. Rev. Bras. Enferm. 2000 Jul-Set; 53 3):467-71.
4. Antonio, J. P et al. Preparo do corpo – ritual de passagem, Disponível em:<http://apsredes.org/atencao-domiciliar/preparo-do-corpo-ritual-de-passagem-sagrado/> Acesso em: 08 set.2015
5. Resolução Cofen 311/2007, Disponivem em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007> acesso em: 22 jul 2015
6. Cruz Ea, Alves Mds, Fraga Mno, Damasceno MMC. Abordagem ética em pesquisas publicadas por um programa de pós graduação em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005 Jan-Mar; 14 (1): 25-32.
7. Nascimento Mal. O cuidado de enfermagem e as ciências que nele incidem. Rev. Enferm. Brasil 2004 Maio-Jun; 3 (3): 165-9.
8. Watson, J. Watson’s theory of human caring and subjective living experience: carative
9. Willians Al. Perspectives on spirituality at the end of life: A meta-summary. Palliative and Supportive Care (2006), 4: 407–417
10. Panzini, R ; Bandeira,D. Coping(enfrentamento) religioso/espiritual. Revista de Psiquiatria Clínica, 34,supl 1,p.126-135,2007
11. Hinshaw w Db. Spiritual Issues in Surgical Palliative Care. Surg Clin N Am 85 (2005) 257–272
12. Steinhauer Ke, Voils Ci, Clipp Ec, Boswort Hb, Chistakis Na, Tulsy Ja .“Are You at Peace?” One Item to Probe Spiritual Concerns at the End of Life. Arch Intern Med. 2006; 166:101-105
13. Kind D Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J Fam Pract. 1994; 39:349-352.
14. Hinshaw DB. Spiritual issues at the end of life. Clinics in Family practice. Volume 6 • Number 2 • June 2004

15. Walter T. Spirituality in palliative care: opportunity or burden? *Palliative Medicine* 2002; 16: 133-139
16. Parker-oliver D. Redefining hope for the terminally ill. *Am J Hospice Palliat Care*. 2002; 19:115
17. Kovács, M. J. (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
18. Pereira José Antônio Fernandes Preparo do corpo – Ritual de Passagem Sagrado disponível em: Url: <http://apsredes.org/atencao-domiciliar/preparo-do-corpo-ritual-de-passagem-sagrado/> Acesso em: 08 set.2015
19. Cordeiro AM, Oliveira GM, Renteria JM, Guimarães CA, Gers Rio. Revisão sistemática : Uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*.2007; 34(6). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>
20. Mattos, Pedro Lincon C.L A estruturação de dissertações e tese em administração: caracterização teórica e sugestões praticas. *Revista de administração Contemporânea* v.6, n.3. p 175-198, 2005
21. Tomar, M. S.: A Entrevista semi-estruturada Mestrado em Supervisão Pedagógica" (Edição 2007/2009) da universidade Aberta.
22. Houtz, A. Versiones biográficas / versiones autobiografias. Las entrevistas y El material autobiográfico como mediode comunicaci3n ymétodo pararecabar informaci3n. *Historia, Antropologia y fuentes Orales*, v,2,n.18,1997. P.63-72
23. Censo 2010 Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> acesso em: 08 Jul.2015
24. Miranda, Sheyla -Como as grandes religi3es encaram o momento da morte? Ediç3o 103. *Otu.2010 Folha Online- Disponivel em:* <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/como-as-grandes-religioes-velam-seus-mortos>. Acesso em: 08 set.2015
25. Miranda, Sheyla - Como as grandes religi3es se despedem dos mortos Ediç3o 105.Novem.2010 *Folha Online- Disponivel em:* <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/como-as-grandes-religioes-se-despedem-dos-mortos>.Acesso em: 08 set.2015
26. Miranda, Sheyla - Como s3o os rituais p3s-morte das grandes religi3es Ediç3o 106. De-sem.2010- *Folha Online- Disponivel em:* <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/como-sao-os-rituais-posmorte-das-grandes-religioes>. Acesso em: 08 set.2015
27. Beekford, James A.. *The Trumpet of Prophecy: A Sociological Study of Jehovah's Witnesses*. Oxford: Basil Blackwell, 1975. p. 118–119, 151, 200–201. ISBN 0631163107
28. Nascimento,Carolina. Como a morte 3 vista em diferentes religi3es e doutrinas. Disponível Em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG65777-5856,00-SAIBA Como a morte 3 vista em diferentes religi3es e doutrinas 05/08/2004 - 17:38 | Ediç3o n3 325>
29. Cemitério Ecumênico João XXIII. O significado da morte em diferentes religi3es. Disponível em: www.cejxxiii.com.br/site/rituais-funebres/significado-da-morte-nas-diferentes-religioes. Acesso em 26 agosto de 2015
30. Revista Newsweek The Mormon Odyssey –Reeby Relise Soukup 10/16/05 AT 8:00 PM
31. A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. Disponível em: <http://www.saladeimpressamormon.org.br/artigo/quem-sao-os-mormons>. Acesso em 28 Agosto de 2015
32. Anibal, B. A P de Souza – Brasília (DF). Religi3es Orientais. Disponível em. http://www.portalbrasil.net/religiao_religioes_orientais.htm. acesso em 01 de outubro 2015
33. Religi3es Orientais disponível em: <http://www.brazilsite.com.br/religiao/outras/out01.htm>: acesso em 24 de setembro de 2015

A fisioterapia domiciliar contribui na qualidade de vida dos idosos muito idosos?

Flavia da Trindade

RESUMO

Introdução: O presente estudo visou demonstrar se a fisioterapia domiciliar colabora com a qualidade de vida dos idosos com mais de 80 anos de idade. **Objetivo geral:** Verificar se a realização de fisioterapia domiciliar propicia melhoria na qualidade de vida destes idosos muito idosos. **Objetivos Específicos:** Tentar compreender como a fisioterapia domiciliar contribui para a qualidade de vida destes idosos. **Materiais e Métodos:** foram selecionados 6 idosos com 80 anos de idade ou mais, que realizaram fisioterapia domiciliar há pelo menos seis meses. Optou-se por elaborar um estudo qualitativo e quantitativo sobre a qualidade de vida destes idosos, que aceitaram se submeter à aplicação do questionário de qualidade de vida *Short Form-36* (SF-36), traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita, além de responder a uma entrevista semi estruturada e preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados e Discussão:** Este estudo demonstrou que a fisioterapia domiciliar contribui para a qualidade de vida dos idosos muito idosos, ou seja, aqueles com mais de 80 anos de idade. **Conclusões:** Como estes pacientes são acompanhados em um ambiente domiciliar estruturado, com familiares participativos e pacientes conscientes da necessidade da realização da terapia, verifica-se que a efetivação da fisioterapia domiciliar de forma regrada está contribuindo de certa forma para a qualidade de vida destes idosos muito idosos.

PALAVRAS CHAVE: Domiciliar, Envelhecimento, Fisioterapia, Idosos, Reabilitação, Qualidade de Vida.

1. INTRODUÇÃO

A definição de qualidade de vida pode ser relatada como a percepção do indivíduo e sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações e bem estar. A qualidade de vida está relacionada a vários fatores, dentre eles a autoestima e o bem-estar pessoal, incluindo ainda as condições e o estilo de vida, que envolvem aspectos como a capacidade funcional, o autocuidado, o estado emocional, o estado de saúde, a atividade intelectual, o suporte familiar, o nível socioeconômico, a interação social, os valores culturais, éticos e a religiosidade, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que vive.¹

Sabe-se que a população brasileira está envelhecendo, e que a estimativa de vida poderá ser cada vez maior; os idosos constituem o segmento da população que mais cresce. O interesse pelo tema surgiu da minha prática cotidiana, além de se observar aumento do número de idoso acima dos 80 anos, com as limitações que a idade lhe trouxe, porém muitas vezes permanecendo ativo no seu dia a dia.

Um ativo estilo de vida é fundamental para o sucesso do processo de envelhecimento.² Por outro lado, os hábitos de vida inadequados podem contribuir para aumentar a fragilidade dos idosos.³ Assim, o aumento da longevidade traz ao profissional de saúde o desafio de conhecer os fatores relacionados à maior expectativa

de vida e os determinantes da boa qualidade de vida, a fim de os estimular, bem como os determinantes da má qualidade de vida, com a finalidade de realizar uma adequada intervenção. ⁴

Por isso é de fundamental importância que os Fisioterapeutas tenham um maior conhecimento da fisiologia do envelhecimento corporal, para que não tragam maiores danos durante a realização da terapia convencional.

É essencial avaliar as condições de vida do idoso, a fim de se desenvolver alternativas apropriadas de intervenção em programas de saúde, políticos e sociais ⁵, assim como desenvolver pesquisas e práticas de saúde que se preocupem com a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. ²

O presente estudo teve como objetivo verificar se a fisioterapia domiciliar contribuiu de alguma forma para a qualidade de vida dos idosos muito idosos. Inicia-se com a exposição de todo o enquadramento teórico, referindo-se ao envelhecimento saudável e à qualidade de vida, além da fisioterapia domiciliar. Traça-se os objetivos a serem avaliados e se descreve a metodologia do estudo. Em seguida, apresenta-se os resultados e a discussão do trabalho, finalizando-se com a conclusão do levantamento realizado.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Envelhecer é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais. ⁶ Iniciada no século passado e perpetuada nos dias atuais, a queda de mortalidade e natalidade desenvolveu-se em conjunto com a ampliação da cobertura vacinal, melhorias nos sistemas de proteção social e das condições de habitação, alimentação, educação, trabalho e saneamento básico. ^{7,8} Assim, o crescimento da população idosa está ligado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde, dos métodos de diagnóstico e tratamento, e ao acesso à informação e meios de comunicação. ⁹

Na maioria das vezes, o envelhecimento associa-se a conviver com uma ou mais doenças crônicas e disfunções adquiridas nos últimos anos de vida, que acarretam o declínio da capacidade funcional e da autonomia, devido às significativas perdas das capacidades físicas e à presença de distúrbios patológicos. ¹⁰ No entanto, velhice não é igual à doença e incapacidade e é possível controlar problemas de saúde comuns nessa fase, por meio de assistência apropriada. ⁶ Contudo, as doenças e limitações podem ser evitáveis no processo de envelhecimento, e que a utilização de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são determinantes importantes do envelhecimento saudável e com maior qualidade. ¹¹

O envelhecimento, por ser um processo heterogêneo, não será igual para todos. Todas as pessoas envelhecem, mas em ritmo e maneiras diversas. Algumas pessoas vivem mais e têm uma qualidade de vida melhor do que outras. ¹² A variação individual e os ritmos distintos de envelhecimento tendem a acentuar-se de acordo

com as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas.¹³

A saúde, entre as questões que cercam o envelhecimento, ocupa um lugar estratégico pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e por ser alvo de preconceitos reproduzidos socialmente em relação à velhice. A representação negativa geralmente associada ao envelhecimento tem como um de seus pontos principais o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avanço da idade.⁶

Não é somente a população geral que está envelhecendo, mas há um aumento da proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Ou seja: a população idosa também está envelhecendo.¹⁴

A população de idosos longevos apresenta-se muito expressiva, enquadrando indivíduos com idade cronológica superior a 80 anos. Dados do Censo 2010 mostram, em relação à tendência de envelhecimento, um visível aumento contínuo da representatividade de idosos entre a população com mais de 65 anos. Em 1991, esta parcela correspondia a 4,8% da população, passando para 7,4% em 2010. As regiões Sudeste e Sul são as mais envelhecidas do país, com um contingente de idosos com 65 anos ou mais de 8,1%, neste mesmo ano.¹⁵

Vale destacar que estes idosos longevos apresentam características e necessidades diferentes, tais como: maior frequência de doenças crônicas, vulnerabilidade a efeitos adversos de tratamentos e a doenças, maior risco para quedas, incontinência, dificuldades para locomoção, sedentarismo, solidão, diminuição do convívio com familiares e amigos e tendência ao isolamento.^{16,17}

Torna-se necessário perceber como vivem estas pessoas, como seria a evolução de um envelhecimento saudável e quais estratégias utilizar para superar os desafios impostos pelo processo de envelhecimento. Só assim será possível proporcionar às pessoas idosas muitos meios para continuarem funcionais e integradas na comunidade, desmistificar as imagens sociais negativas e criar estratégias para que cada vez mais idosos vivenciem um envelhecimento bem-sucedido.¹⁸

2.1. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Com o passar dos anos é natural que o organismo envelheça, visto que sua capacidade vai se reduzindo, tornando-se, assim, cada vez mais debilitado para algumas atividades físicas e cognitivas. Esse processo é designado como senescência.

Um princípio geral fundamental é que se envelhece como se vive. Os cuidados observados ao longo da vida refletir-se-ão necessariamente na qualidade da velhice. Uma boa alimentação, exercício físico regular e um bom relacionamento social contribuem decisivamente para uma idade avançada ativa e saudável.¹⁹

*“Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.*²⁰

Segundo Renaud ²¹, “a saúde afeta a vida; quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde”. A saúde surge sistematicamente como um dos aspectos mais importantes na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos, e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida.

Existem algumas teorias para explicar o fenômeno do envelhecimento, dentre elas: Teoria do envelhecimento programado, onde o envelhecimento se dá puramente por fator genético, ou seja, seus genes determinarão quanto tempo as células viverão; Teoria dos radicais livres, onde estes são produzidos durante a combustão por oxigênio utilizado para converter os nutrientes dos alimentos em energia, atuam na defesa do organismo e, com o envelhecimento celular, há um aumento destas células e uma diminuição das atividades do sistema imunológico, o organismo não consegue então eliminar estas células alteradas, as quais começam a funcionar de forma distorcida, alterando a fisiologia dos tecidos; Teoria Telomérica de Envelhecimento Celular: uma possível interpretação para a senescência celular está no comportamento dos talômeros, pois quando uma célula se divide, estas sequências não são replicadas da mesma forma que o resto do genoma, mas são sintetizadas pela telomerase, que opera não tão precisamente e cria variação aleatória de DNA. A senescência celular está estreitamente relacionada à progressiva redução do número destas repetições, sugerindo que pode ser causada pela falha em manter o comprimento dos talômeros, talvez porque as células somáticas (em contraste com as células embrionárias) sejam deficientes de telomerase. ²²

O envelhecimento é um processo evolucionário, no qual se destacam o metabolismo, seus danos nas células e sistemas e as patologias decorrentes. O metabolismo, processo de sustentação da vida, gera toxinas, principalmente em células permanentes em estágios pós-mitóticos, como os neurônios tão necessários para memória de longa duração, e os cardiomiócitos, que facilitam a hipertrofia compensatória do coração. Paradoxalmente, os danos nas células são causados por produtos biológicos tóxicos. Esses fatos constituem-se na ponta do *iceberg* que permeia as incapacidades do indivíduo idoso em todos os sistemas orgânicos. Dentre essas incapacidades, a perda da integração ósteo-muscular-cerebral é a maior responsável pelas quedas e suas deletérias consequências. ²³

Contudo, além das teorias biológicas, diferentes fatores como a qualidade do sono, ingestão calórica, ausência de atividade física e presença de morbidades podem colaborar para um envelhecimento mais rápido, por contribuir para uma maior deterioração celular. ^{24,25}

Um envelhecimento saudável está associado à boa qualidade de vida que, apesar de ser conquistada por alguns, deve ser vista como um direito de todos. Entretanto, no Brasil, devido às condições de desigualdade, injustiça e exclusão social, poucas pessoas têm acesso a um serviço de saúde adequado, e isto é um fator determinante tanto para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade quanto para a satisfação de suas necessidades. ^{26,27}

Este processo de envelhecimento da população, como já se sabe, ocorreu

lentamente nos países desenvolvidos. Mas, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, esse processo vem acontecendo de maneira rápida e desvinculada de uma política social e de saúde favorável, comprometendo a qualidade de vida da população que se encontra nessa faixa etária.²⁸

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, tem como objetivo “*assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade*”.²⁹ A PNSI coloca como de sua competência, na área da saúde, a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, por intermédio de medidas e programas preventivos e de reabilitação. Na área da justiça é previsto o incentivo e criação de programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.²⁹

Verifica-se que esta transição demográfica conduz a uma nova configuração etária e se configura como um dos problemas mundiais atuais, exigindo políticas relacionadas com a saúde dos idosos, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Nestes últimos, os desafios estão intensificados devido ao acelerado aumento de idosos, que continuará ainda por muitos anos.³⁰

Com este novo perfil epidemiológico do país, torna-se crescente a demanda por prevenção e assistência aos pacientes idosos, por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas, por serviços de reabilitação física e mental e por programas que incluam equipes multidisciplinares que trabalhem o sujeito de forma global, favorecendo a percepção do equilíbrio mente-corpo, através de atividades físicas, artísticas e culturais.^{31,32,33,34}

2.2. QUALIDADE DE VIDA

Atentar na melhoria da qualidade de vida dos idosos torna-se um desafio do século XXI, sendo necessário uma concentração de esforços nas diferentes áreas profissionais, tendo sempre como objetivo um maior e melhor conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e principalmente como envelhecer de forma saudável, priorizando esses esforços na manutenção da independência e autonomia do indivíduo.³⁵

Uma das definições mais abrangentes para o termo qualidade de vida é a do grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: “*a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas)*”. Segundo esse grupo, “*qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”.⁴

Nahas³⁶, qualidade de vida é a “*condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano*”.

Para Gonçalves e Vilarta³⁸, qualidade de vida se refere à maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, dessa forma, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.³⁷

A compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação. Por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos; por isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes. Outro problema de ordem semântica em relação à qualidade de vida é que suas definições podem tanto ser amplas, tentando abarcar os inúmeros fatores que exercem influência, como restritas, delimitando alguma área específica.

2.3. FISIOTERAPIA DOMICILIAR E ENVELHECIMENTO

A avaliação da capacidade funcional do idoso tornou-se uma ferramenta essencial para estabelecer diagnóstico, determinar o prognóstico e apresentar um julgamento clínico do estado geral de saúde de cada indivíduo, como também facilitar estudos epidemiológicos.^{39,40}

A proximidade do Fisioterapeuta ao ambiente familiar-domiciliar propicia uma visão do contexto familiar, especificamente das barreiras ambientais e relacionais na prevenção de agravos à saúde do paciente e da família, além dos cuidados diretos no tratamento da doença. O profissional pode conhecer o ambiente em que o paciente vive, facilitando o treino de AVDs e instruindo-o quanto às suas limitações, de modo a proporcionar melhora da qualidade de vida.⁴¹

A fisioterapia domiciliar é uma prática que tem sido utilizada de forma crescente em vários países, pois evita o transtorno do transporte de pacientes com incapacidade físico-funcional até uma clínica de fisioterapia, proporcionando comodidade para eles e para sua família, além da praticidade de optar pelo melhor horário para o atendimento no conforto de sua residência, com sua família, onde se sente mais seguro e à vontade, fatores estes que influenciam positivamente no tratamento. Infelizmente ainda existe uma lacuna de conhecimento sobre o tema, pois não há poucos estudos fundamentados que embasam a fisioterapia domiciliar especificamente, dificultando a sua fundamentação teórico-prática e, conseqüentemente, a comprovação da eficiência desse serviço.

Segundo Silva et al.⁴¹, “o campo da fisioterapia domiciliar vem se ampliando por perceber a importância do contexto domiciliar para o cuidado de pacientes”.

Inicialmente, o fisioterapeuta deve fazer uma avaliação das condições do idoso e, em seguida, elaborar um plano de cuidados continuados, emitindo um diagnóstico físico-funcional em nível domiciliar, propiciando mais conforto e praticidade para o paciente. O tratamento domiciliar exige do fisioterapeuta o desenvolvimento de uma visão mais ampla, a qual compreenda o contexto domiciliar e as relações parentais para utilizar uma metodologia de cuidados conjunto com a família. O atendimento domiciliar demanda orientação, informação, assessoria de especialistas, sendo um

atendimento diferenciado. Exige uma abordagem global e interdisciplinar, realizada por profissionais qualificados, com foco na melhoria da saúde.⁴²

É preciso avaliar as necessidades dos idosos, dos seus familiares e do seu ambiente, bem como realizar um gerenciamento efetivo da saúde do idoso, visando a prevenção de agravos através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do idoso, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível. Os profissionais de saúde devem definir suas atribuições, considerando as competências técnicas e legais, analisando o estilo de vida do idoso e família e centrando no atendimento dessas necessidades, porém sem interferir na tomada de decisões.⁴³ Através destas informações e observações, deve-se atentar e aprimorar a cada dia o atendimento destes idosos longevos que estão no domicílio.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral – Verificar se a realização de fisioterapia domiciliar propicia melhoria na qualidade de vida de idosos longevos.

Objetivo Específico – Tentar compreender como a fisioterapia domiciliar pode contribuir para a qualidade de vida destes idosos.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é composto por duas etapas, sendo a primeira a aplicação do questionário SF-36, que se enquadra no método quantitativo, e a segunda a entrevista semi estruturada, que se aproxima dos valores da investigação qualitativa.

Minayo e Sanches, “*consideram que, do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente*”. A investigação quantitativa atua em níveis da realidade e tem como objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.⁴⁴

4.1. MÉTODO QUANTITATIVO

Segundo Leite, “*a investigação quantitativa surge do paradigma positivista: a realidade é única e estática; a verdade é absoluta; os fatos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social*”.⁴⁵

A investigação quantitativa funda-se na crença de que os seres humanos são constituídos de partes, que podem ser mensuradas. A revisão da literatura é realizada de forma sistemática, de maneira a poder situar a investigação em curso, considerando-se as que já foram feitas. A investigação quantitativa presume uma medida das variáveis no campo de um desenho bem estruturado.⁴⁵

A investigação qualitativa relaciona-se ao paradigma naturalista ou interpretativo: a realidade é múltipla e emerge progressivamente por meio de um processo dinâmico que consiste em se comunicar com as pessoas num meio definido; baseia-se numa forma holística de considerar os seres humanos, comparando um determinado número de crenças; cada realidade procede das percepções individuais e muda com o tempo; o conhecimento desta realidade só tem sentido numa determinada situação.⁴⁵

4.2. MÉTODO QUALITATIVO

Na investigação qualitativa leva em conta a globalidade dos seres humanos, compreendendo a sua experiência de vida e os meios naturais, sendo exploratórias as questões de investigação e interessando-se pelo vivido, com o objetivo de descobrir, explorar, descrever e compreender globalmente o indivíduo entrevistado. Na investigação qualitativa não há um desenho pré-determinado e as estratégias usadas são suscetíveis de variar durante o andamento do estudo.⁴⁶ Não precisa de ferramentas estatísticas, mas se aplica a situações em que se necessita realizar classificações comparativas e que se pretende identificar proporção, grau ou intensidade de um fenômeno específico.⁴⁶

A pesquisa qualitativa, segundo Chehuen Neto,

*Atua sobre as pessoas, que agem de acordo com seus valores, sentimentos e experiências, que estabelecem relações internas próprias e que estão inseridas em um ambiente mutável, onde os aspectos culturais, econômicos, sociais e históricos não são passíveis de controle e sim de difícil interpretação, generalização e reprodução.*⁴⁷
p.135-136.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, busca-se entender o significado individual ou coletivo do fenômeno para a vida das pessoas, ou seja, saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. Conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é fundamental para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, para promover maior adesão de pacientes e da população a tratamentos ministrados individualmente e a medidas implementadas coletivamente, para compreender mais profundamente sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e da equipe profissional de saúde.⁴⁸

Os métodos qualitativos têm como características: a busca do significado das ocorrências, vivências, idéias, sentimentos, o qual tem um papel organizador nos seres humanos, além de ser partilhado culturalmente e assim organizar o grupo social; a observação sem o controle de variáveis no ambiente natural do indivíduo; o pesquisador como instrumento de pesquisa, percebendo e entendendo as questões e o ambiente em estudo, onde sua vivência e consciência irão interpretar as informações; a força no rigor da validade dos dados colhidos; a ausência de dados matemáticos ou resultados estatísticos claros.⁴⁸

Os atributos da pesquisa qualitativa são: as características gerais, a coleta de dados, o objeto de estudo, a interpretação dos resultados e a generalização dos resultados.⁴⁸

4.3. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A primeira etapa do presente estudo constituiu-se de levantamento bibliográfico inicial nas bases MEDLINE, PUBMED, SCIELO, revistas, artigos e periódicos. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Idoso muito idoso, Quality life in patients old-old, very old. O período de publicação selecionado foi de 1992 a 2015.

Em uma segunda etapa foi aplicado um questionário de qualidade de vida. A opção foi o *Short Form-36* (SF-36), concebido por Ware e Sherbourne⁴⁹ e traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita.⁵⁰ Após foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com objetivo de coletar maiores informações sobre os idosos na realização da fisioterapia.

4.3.1. Questionário SF-36 e Entrevista Semi Estruturada

O SF-36 é um questionário genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, do tipo auto administrado, para toda pessoa acima de 14 anos de idade, tendo como objetivo mensurar aspectos multidimensionais da saúde, assim como atividades comumente afetadas por agravos. Considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde.⁵⁰⁻⁵¹

Sua aplicação é utilizada para acompanhar a evolução clínica dos pacientes e o efeito do tratamento empregado, e para analisar a influência de comorbidades na qualidade de vida relacionada à saúde.⁵²⁻⁵³

É composto por 36 perguntas, subdivididas em 8 domínios, que avaliam aspectos da qualidade de vida que estão diretamente relacionados à saúde do indivíduo, à percepção da doença pelo ponto de vista do próprio doente. (Anexo 1).⁵⁰

Os 8 domínios citados acima são os seguintes: Capacidade Funcional (CF – 10 perguntas), que avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; Aspectos Físicos (AF – 4 perguntas), que avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, assim como as dificuldades de realização do trabalho e das atividades da vida diária; Dor (D – 2 perguntas), que avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas AVDs; Estado Geral de Saúde (EGS – 5 perguntas), que avalia como o indivíduo se sente em relação a sua saúde global; Vitalidade (V – 4 perguntas), que considera o nível de energia e de fadiga; Aspectos Sociais (AS – 2 perguntas), que analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; Aspectos Emocionais (AE – 3 perguntas), que avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo; Saúde Mental (SM – 5 perguntas), que inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Contém ainda uma pergunta que avalia as alterações de saúde ocorridas no período de um ano. Os dados são analisados a partir da transformação

das respostas de cada domínio em escore numa escala de zero a cem, resultando em um estado geral de saúde pior ou melhor.^{50,54}

Para responder o questionário SF-36, foram selecionados seis idosos, os quais realizam fisioterapia domiciliar há pelo menos seis meses, possuem 80 anos ou mais e aceitaram participar da aplicação do SF-36 (Anexo 1), além de responderem a uma entrevista semiestruturada (Anexo 2) e preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Foram excluídos os idosos que não possuem 80 anos e os que não aceitaram responder o questionário.

Além da aplicação do questionário SF-36, foi realizada a entrevista semi estruturada (Anexo 2), na qual o entrevistador teve a liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada; porém, poderá ter algumas perguntas chaves para que possa voltar a obter novos dados sem que o informante se oponha a isso. A entrevista semi estruturada proporciona ao pesquisador a oportunidade de testar em profundidade, descobrir novas pistas, novas dimensões de problemas, e assegurar relatos vividos baseados na experiência pessoal dos informantes.⁴⁵ Torna-se um bate papo natural, que o entrevistador guia e orienta a serviço do seu interesse de pesquisa, estabelecendo um esquema dentro do qual a entrevista deve ser conduzida. Recorre-se à entrevista sempre que se tem necessidade de dados que não possam ser encontrados em registros e fontes documentárias, mas que possam ser fornecidos por pessoas que falam por si ou por entidades que dirigem ou representam. Os dados coletados são utilizados tanto para o estudo de fatos como de caso ou de opiniões.⁴⁵

Todo o processo de campo foi feito entre outubro e novembro de 2015.

Vale ressaltar que toda a coleta e pesquisa dos dados seguiram todos os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a aplicação do questionário e da entrevista semi estruturada, foi realizado apenas um encontro no próprio domicílio do idoso, em um ambiente calmo, sem interrupções. Os entrevistados estavam sozinhos com o entrevistador. Primeiramente foi aplicado o questionário SF-36, o qual foi lido para os idosos pelo entrevistador, que repetiu a pergunta e a resposta quantas vezes foram necessárias. Logo depois foram realizadas as questões da entrevista semi estruturada, que foi gravada pelo entrevistador.

Após toda a coleta dos dados, para realizar a análise dos resultados do questionário SF-36, foi efetuada a pontuação das questões e, logo em seguida, o cálculo para alcançar o valor obtido em cada domínio, tudo de acordo com as orientações da validação do questionário. Na sequência, todos os resultados foram colocados no Gráfico 1, o que permitiu comparar os resultados obtidos por cada idoso em relação a cada domínio e, assim, interpretar os dados colhidos.

Através do Questionário SF-36, o próprio paciente relata a percepção que tem do seu estado de saúde. Esse questionário foi elaborado com o objetivo de transformar medidas subjetivas em dados objetivos que poderiam ser analisados de forma específica, global e reprodutível.⁵⁵ Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida do

indivíduo.⁵⁶ Assim, mudanças na qualidade de vida podem ser avaliadas através de uma maior ou menor pontuação no questionário como resultado de determinados tratamentos e programas de assistência para grupos de portadores de agravos diversos.³⁸

Esses questionários podem esclarecer questões que os pacientes não expõem, reconhecendo aspectos que devem ser trabalhados com maior ênfase. Os questionários de qualidade de vida podem ser usados para possibilitar uma avaliação mais objetiva dessa combinação de fatores subjetivos. A utilização dos questionários na prática clínica permite identificar os aspectos mais influenciados por determinada condição de saúde e avaliar a efetividade da estratégia de intervenção usada no tratamento dos pacientes.⁵⁷⁻⁵⁸

Na entrevista semi estruturada, havia uma sequência de perguntas a serem respondidas, mas estas foram realizadas em forma de um bate papo bem informal e descontraído, o qual foi gravado. Em seguida foi feita a análise dos principais temas que emergiram e comparados entre as respostas dos idosos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar do número da amostra contar apenas com 6 idosos que realizavam fisioterapia domiciliar há pelo menos 6 meses, com idade variando entre 80 e 109 anos, sendo 4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Dos participantes, foram descritos os diagnósticos que os levaram à realização da fisioterapia domiciliar, assim como o período de tempo em que estão em acompanhamento e o número de sessões que estão realizando por semana, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – *Identificação dos pacientes.*

id	Sexo	Idade	Doença	Tempo que realiza terapia	Atendimento semanal
P1	Feminino	109	Fratura Fêmur E, Pneumonia	5 anos	2 vezes
P2	Masculino	95	Hipertensão Pulmonar, Insuficiência Cardíaca Congestiva II(uso O2 contínuo), Degeneração Macular	1 ano e 8 meses	vezes
P3	Masculino	92	Insuficiência Cardíaca Congestiva(uso de Marcapasso)	7 anos	1 vez
P4	Feminino	80	Fratura de Fêmur e Ombro E	8 anos	1 vez
P5	Feminino	89	Osteomielite de Joelho E, Diabetes Mellitus	11 anos	vezes
P6	Feminino	80	Fenômeno de Reynaud, Artrose(coluna, joelhos, mãos)	4 anos	1 vez

Mediante a aplicação do questionário SF-36, seguem abaixo os resultados coletados dos idosos selecionados para este estudo, conforme o gráfico1, referindo-se à percepção de cada paciente em relação aos 8 domínios pesquisados pelo SF-36, de seu próprio estado de saúde e de sua qualidade de vida.

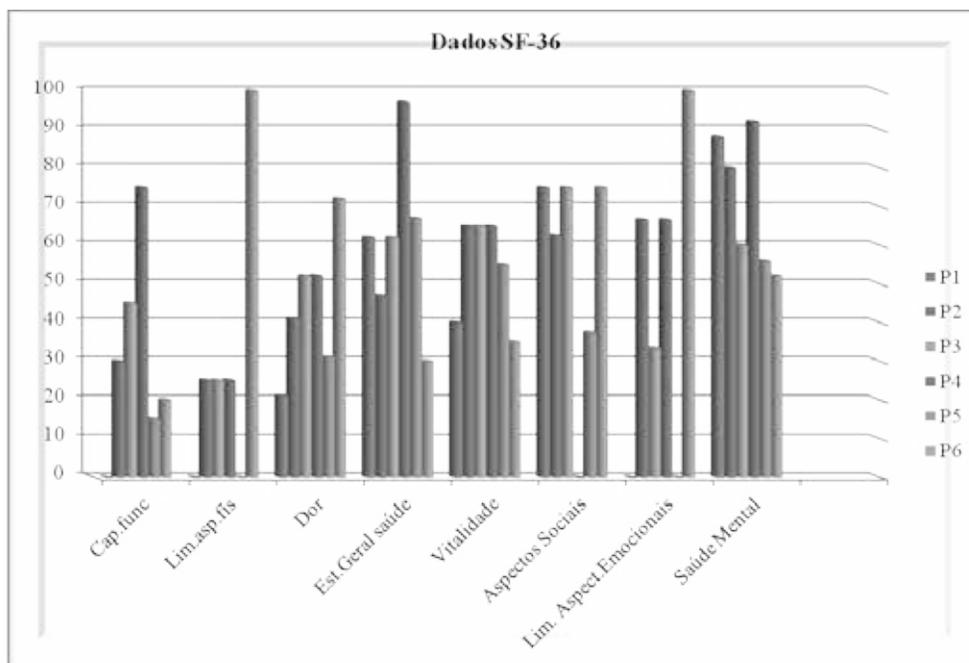


Gráfico 1 – Dados do questionário Short-Form-36 (SF-36).

5.1. TEMAS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA

Com a aplicação do questionário, observa-se que os resultados são bem variáveis em alguns domínios e relativamente próximos em outros.

O primeiro domínio observado no Gráfico 1 é a Capacidade Funcional, que se refere ao potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar de forma independente no seu cotidiano.

Nota-se que P1, P5 e P6 são os que menos pontuaram; acredita-se que o fator idade não foi o determinante, mas talvez as sequelas de patologias crônico-degenerativas, que são doenças que com o passar da idade acarretam mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que abrangem todo o organismo.⁵⁹

Os idosos P2, P3 e P4 somam quando se observa o item Limitação por Aspectos Físicos no Questionário SF-36. Neste domínio, dois idosos apresentam 0 e apenas um idoso pontua 100. Percebe-se que esta idosa, apesar da redução da Capacidade Funcional, é um bom exemplo da adaptação à Limitação por Aspectos Físicos; relata na entrevista semi estruturada:

“Eu realizo os exercícios no dia a dia, não todos os dias, bicicleta duas vezes na semana pelo menos, faço alongamento na cama e me alongo de acordo com o que consigo. Adaptei-me às minhas limitações: os objetos na minha casa estão ao meu alcance, tenho a moça que me ajuda, faço supermercado com o motorista aos sábados, apoio-me no carrinho para que possa aguentar minha coluna. Não gosto de realizar a fisioterapia, mas sei que se parar, vou ficar em uma cama.”P6

O domínio Dor normalmente está presente nos idosos por conta do desgaste natural articular ou por alguma outra patologia de algum outro órgão, podendo causar diversos desconfortos e limitações. Vale lembrar que cada pessoa possui seu próprio limiar de dor.^{60,62}

Durante a entrevista semiestruturada, P1 relata:

“Sinto-me muito triste porque meu joelho dói muito e não consigo fazer nada; eu só quero melhorar a dor.”

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, citada no Manual de Cuidados Paliativos Oncológicos do Ministério da Saúde, dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrito nos termos de tal dano. Cícely Saunders introduziu o conceito de Dor Total, constituída por vários componentes: físico, mental, social e espiritual. A dor impõe limitações no estilo de vida, particularmente na mobilidade, paciência, resignação, podendo ser interpretada como um “saldo” da doença que progride. Este conceito Dor Total mostra a importância de todas essas dimensões do sofrimento humano e o bom alívio da dor não é alcançado sem dar atenção a essas áreas. Na experiência dolorosa, os aspectos sensitivos, emocionais e culturais são indissociáveis e devem ser igualmente investigados.⁶³

Quando o domínio Estado Geral da Saúde é examinado, como estes idosos se sentem em relação a sua saúde global, percebe-se que os valores em sua predominância estão flutuando bem próximos.

No domínio Vitalidade observa-se que a maior parte dos idosos classificam-se acima de 50, ou seja, sentem-se com vigor, energia. Vitalidade pode ser definida como característica do que tem vida, vigor, energia, força física, as funções vitais de um organismo.⁶⁴

Os relacionamentos sociais são importantes para o bem-estar físico e mental na velhice. Os idosos que tendem a passar por períodos positivos de suporte social apresentam uma avaliação mais positiva, pois geralmente têm irmãos, amigos e redes de suporte social. No entanto, existe uma correlação negativa entre idade e sintomas depressivos. O fato de envelhecer resulta em um equilíbrio entre perdas e ganhos, e não somente experiências negativas.⁶⁵ Observa-se que, no gráfico, apenas P5 pontua 0 (pior) neste quesito, dando a impressão que os demais idosos que, apesar de não pontuarem 100, apresentam de alguma forma um bom suporte social que proporciona um certo bem-estar.

Oliveira também ressalta a importância da atividade na vida das pessoas idosas para manter ausentes a apatia, a depressão e o pessimismo. ⁶⁶ Segundo Leite et al., são necessários esforços que se concentrem em manter o idoso na comunidade, e também o apoio deste em relação à sua família, para que possa se sentir confortável. ⁶⁷ Nota-se que P1 e P5, de acordo com o gráfico, estão descritos como ruins no domínio Limitação por Aspectos Emocionais. No domínio anterior P5 já pontua zero e isso se repete neste domínio.

Ao analisar-se o domínio Saúde Mental, que engloba toda a questão que diz respeito às alterações comportamentais, emocionais, psicológicas e de ansiedade, observa-se que os idosos pontuam acima de 50, o que faz considerar que de alguma forma estão sendo bem assistidos.

Quanto à questão número 2 do questionário, esta resposta não é somada no gráfico, segundo a explicação apresentada pelo questionário SF-36, pois é utilizada para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior em relação a sua saúde, comparada há um ano atrás. Assim sendo, foram observadas as seguintes respostas: P1, P3, P4, P5 e P6 responderam que sua saúde permanece quase a mesma de há um ano atrás; P2 respondeu que sua saúde está muito melhor: “Eu acho que minha saúde vai melhorar; eu acredito nisso; estou fazendo tudo direitinho, me cuidando, e tenho que continuar lutando.”

5.2. DETALHANDO A ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Nesta entrevista semi estruturada não houve grandes revelações, visto que o entrevistador já acompanha os entrevistados há algum tempo, mas ouvir sempre dá oportunidade de conhecer um pouco melhor o outro, mesmo que através de expressões (risos, olhos lacrimejando, olhar que desvia do seu...).

Durante a entrevista, os idosos falam sobre a fisioterapia:

“Eu não gosto de fazer fisioterapia, nunca fiz nada de exercícios, sempre cuidei da casa; até quando machuquei a perna há 4 anos atrás era eu quem cozinhava; hoje não posso fazer nada. É chato fazer exercício, nada muda; já pensei em parar porque estou cansada, mas não quero piorar, então eu continuo fazendo; tem dias que tenho dor no joelho ou sinto falta de ar, mas sei que vou melhorar e continuo fazendo os exercícios. Quando estou me sentindo melhor, faço um pouco mais; quando não estou, fazemos só um pouquinho; mas não vou parar.” P1.

“Sempre realizei caminhada na Avenida Paulista toda, de segunda a sexta, mas com a redução da visão, isso não foi mais possível. Sempre fui muito disciplinado. Com a realização da fisioterapia domiciliar melhorou sem dúvida alguma; realizo exercícios tanto para o pulmão como para os músculos e ainda voltei a caminhar dentro do apartamento. Leva a uma vida mais saudável. Busco me esforçar para ficar melhor. Com a realização da fisioterapia, mudei o modo de pensar, melhorei, fiquei mais animado, mais independente, com menos falta de ar. Eu gosto de fazer exercícios; para falar a verdade, quando melhorei, comecei a caminhar, mesmo que com oxigênio, mas com equilíbrio. Pensei em parar porque melhorei, mas eu gosto de fazer exercícios e preciso ter acompanhamento; por isso não parei. Observo que me encontro melhor; se eu não estivesse fazendo fisioterapia, acho que estaria bem pior tanto mental, quanto muscular, quanto

da respiração. Faço exercícios, conversamos; isso é muito bom. Eu gosto de me exercitar e está me fazendo muito bem.” P2.

“Realizo a fisioterapia desde 2008, depois que caí aqui pertinho de casa. Antes fazia caminhada no bairro, ia até a feira. Eu não sei se melhorou; estou sempre na mesma; desenvolve um pouco; eu acho chato, cansa muito, às vezes tenho falta de ar e dor nas pernas. Mas eu gosto de fazer a fisioterapia; nunca pensei em parar para não perder o que já ganhei na musculatura; gosto porque os exercícios são sempre variados, nunca o exercício da semana passada é igual ao desta semana; isso motiva. Mas fazer o exercício mesmo, eu não gosto. Sempre trabalhei muito nesta vida nas obras; subia dois lances de escada de uma vez. Então, fazer exercício me mantém ativo; não vou parar.” P3.

“Já realizei fisioterapia antes, em 2007, quando fraturei o fêmur; foi tudo direitinho, fiz fisioterapia com você e voltei à minha vida normal, sem precisar de ajuda de ninguém. Continuei apenas com uma manutenção da fisioterapeuta, a cada 15 dias, até a alta; após, continuei apenas com caminhadas no prédio. Agora em 2013, quando fraturei o ombro, realizei cirurgia; não tinha dúvidas de que necessitaria de acompanhamento desta profissional, pois ainda tenho duas placas no ombro e não tenho a intenção de fazer outra cirurgia para retirar. A parte negativa disso tudo é envelhecer; ainda bem que tenho cabeça boa e gosto de fazer os exercícios. Mas tem uma coisa: não basta fazer só no dia que você vem; faço os exercícios direitinho, aquilo que você me deixou como lição na semana, pois o maior interesse em me manter ativa é meu. Não penso em parar, me sinto bem fazendo os exercícios; agora que estamos em fase de redução, já que estou melhor, não quero parar tudo; me sinto confiante com você vendo, mesmo que às vezes o que tem para ser feito é melhorado; às vezes o ombro dói, mas isso não é nada comparado ao tanto que já trabalhei nesta vida. Não vou parar, quero me manter bem, ativa e com a cabeça boa. Podemos conversar também; eu gosto disso.” P4.

“Eu sempre fiz exercícios: fiz Yoga, caminhada, mas agora não posso mais por causa da minha perna. Sempre trabalhei para ajudar meu marido, mas também sempre gostei de fazer alguma atividade para meu corpo; então, com a fisioterapia, é a única forma de continuar me movimentando, sem falar que sempre conversamos, me sinto ativa, eu gosto. Não penso em parar. Tem dias que estou um pouco triste, com sono, a perna dói, mas faço mesmo assim, até quando Deus permitir. Não sei como estaria se não estivesse fazendo, tudo no meu ritmo, mas sem parar.” P5.

“Não gosto nem desgosto de fazer fisioterapia; antes nunca fiz nada; a rotina de casa sempre me consumiu todo meu tempo, mas como a artrose foi piorando nos dedos e coluna, fui ficando com dificuldade e tive que começar a fazer exercícios. Não parei porque a fisioterapeuta e a minha filha que é médica e o meu médico falam que se quiser ficar logo em uma cama... Então não paro de fazer; acho que são muitas pessoas falando, então tenho que acreditar. Sei que fazer uma vez por semana é pouco, mas nos outros dias faço bicicleta e dou aquela esticada na cama, devagar. Acho que de quando comecei não piorou; tem dias que me sinto melhor, mas tem dias que não tenho vontade de me mexer; sei que é da doença, então vou levando conforme os dias, até quando eu aguentar e Deus chamar.” P6.

Na questão em aberto, para estes idosos, apesar de estarem com muita idade, não realizando mais as funções que tinham anteriormente, a fisioterapia é uma forma de se movimentar e fazer alguma atividade com o corpo, não perder autonomia e funcionalidade, manter uma rotina.

Seguem abaixo, na Tabela 2, todos os fatores que foram prevalentes nas entrevistas, sintomas frequentes, opiniões sobre a fisioterapia e objetivos destes idosos ao permanecerem realizando a fisioterapia por tanto tempo.

Tabela 2 – O que os idosos estão apontaram:

Sintomas Frequentes / Fatores Relevantes	Fisioterapia / Sua Importância	Objetivos
Dor	Movimento	Manter-se ativo
Falta de ar	Não vou parar	Não ficar de cama
Perda da Funcionalidade	Ativo	Autonomia/Funcionalidade
Ficar de Cama	Falar	Até quando Deus quiser
Chato realizar exercício		
Envelhecimento		

A partir da entrevista nota-se que não gostar de realizar a fisioterapia ou apresentar algum sintoma freqüente, como dor, não é um fator determinante para deixar de fazê-la. Observa-se que manter-se ativo, objetivando a funcionalidade e autonomia, de alguma forma demonstra ser um dos objetivos destes idosos, assim como o período da fisioterapia aparenta ser uma forma de se comunicar com uma outra pessoa que, além de proporcionar as atividades da terapia, também pode interagir, conversar.

A preocupação com a importância da assistência ideal, em se conhecer não somente a doença em si, mas o próprio idoso, suas incapacidades e os valores humanos com elas relacionadas, é um fator decisivo para propiciar uma contribuição mais segura e efetiva, fornecendo um perfil para a constante adequação às necessidades desse idoso, possibilitando uma prática valorosa na assistência prestada.⁶⁸

6. CONCLUSÃO

Como estes pacientes são acompanhados em um ambiente domiciliar estruturado, com familiares participativos e pacientes conscientes da necessidade da realização da terapia, verifica-se que a efetivação da fisioterapia domiciliar de forma regrada está contribuindo de certa forma para a qualidade de vida destes idosos muito idosos, como foi avaliado pelo Questionário SF-36 e relatado por estes na entrevista semiestruturada.

A realização deste estudo permite levantar demais reflexões sobre como se está planejando o cuidado destes idosos muito idosos.

Este trabalho, apesar de contar com um número reduzido em sua amostra, abre portas para que se possa elaborar um melhor tratamento para os idosos muito idosos, cujo número gradualmente será maior, além de demonstrar que é necessário aprofundar os estudos relacionados a esses idosos, para que se identifique e priorize o que eles estão buscando.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(3):246-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300006&script=sci_arttext> Acesso em 04/07/2014.
2. JANUÁRIO, R. S. B. et al. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. *Conscientiae Saúde.* 2011;10(1):112-21. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2523/1903>> Acesso em 04/07/2014.
3. CHAIMOWICZ, F. et al. *Saúde do Idoso: envelhecimento populacional e saúde dos idosos.* 1a ed. Belo Horizonte, MG: Coopmed. 2009; p. 172.
4. MAUÉS, C. R. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med.* São Paulo. 2010 set-out;8(5):405-10. p. 409.
5. GALISTEU, K. J. et al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Rev Arq Ciênc Saúde.* 2006;13(4):209-14.
6. ASSIS, M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. Tese de doutorado. FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ: 2004; p. 7-9.
7. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções, e alternativas. *Rev de Saúde Pública.* São Paulo, SP: v. 31. 1997; p. 184-200.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Centro colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. 2003. Disponível em <<http://www.fsp.sp.br/cbcd/cifweb.htm>> Acesso em 04/07/2014.
9. TOLDRÁ, R. C. et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. *O Mundo da Saúde.* São Paulo, SP: 2014; 38(2): 159-160.
10. NASRI F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein.* 2008;6(Supl 1):4-6.
11. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde.* 2003;12(4):189-201. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>> Acesso em 04/07/2014.
12. SPIRDUSO, W. W. *Questões de Quantidade e Qualidade de Vida. Dimensões Físicas do Envelhecimento.* Barueri, SP: Manole. 2005; p. 5.
13. FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde.* São Paulo, SP: 1999; 23(4), 197:203; p. 8.
14. CAMARANO et al. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.* Rio de Janeiro, RJ: IPEA. 1999; p. 25.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Org.). *Censo 2010: População brasileira está mais velha e chega a 190.755.799.* Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/censo-2010-populacao-brasileira-esta-mais-velha-e-chega-a-190-755-799/>> Acesso em 04/07/2014.
16. FERRARI, M. A. C. Idosos muito idosos: reflexões e tendências. *O mundo da saúde.* São Paulo, SP: v. 26, no 4. 2002; p. 467-471.
17. CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas. *Da família. Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, RJ: v. 19, no 3. Jun/2003; p. 773-781.
18. SIMÕES, P. J. F. Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e Espiritualidade. [Em linha]. 2010. Disponível em <<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3310/1/2010001273.Pdf>> Acesso em 04/07/2014.
19. SOUSA, J. P. *Qualidade de vida do idoso – um estudo de revisão.* Univ. Fernando Pessoa – Fac. Ciências do Porto. Porto, Portugal: 2013; p. 15-16-23-29.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Tradução: Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005; p.13.
21. RENAUD, I. C. R. Saúde e vulnerabilidade. In: SILVA, A. B. C. S. *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural.* [Em linha]. 2011; p. 27. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>> Acesso em 01/11/2015.

22. ALVES, J. A. N. R. et al. Envelhecimento normal. Trabalho apresentado como parte da avaliação na disciplina "Introdução ao estudo da Medicina II" (MED-7002). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Maio/2005. Disponível em: <http://www.ccb.ufsc.br/~cristina/sm_2005_1_med7002.htm> Acesso em 01/11/2015.
23. ESQUENAZI, D.; SILVA, S. R. B.; GUIMARÃES, M. A. M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e queda em idosos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: 2013. Disponível em <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=467> Acesso em 01/11/2015.
24. MASORO, E. J. Overview of caloric restriction and ageing. Mech Ageing Dev. v. 126. 2005; p. 913-922.
25. BONSALL, M. B. Longevity and ageing: appraising the evolutionary consequences of growing old. Phil. Trans. R. Soc. B: v. 361. 2006; p. 119-135.
26. LOPEZ, G. Como se mede a qualidade de vida? Rev Tópicos em Geriatria. Porto Alegre, RS: v. 1. 1996; p. 35-39.
27. BRASIL, 2006b. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil. Nº 237-E, 13 dez., seção 1; p. 20-24.
28. CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. São Paulo, SP: v. 19, no 3. 2003; p. 725-733.
29. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Política Nacional da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>> Acesso em 04/07/2014.
30. KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ: v. 13, no 4. 2008; p. 1107-1111.
31. PAPALETTO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALETTO NETTO, M. (org.) Gerontologia. São Paulo, SP: Atheneu. 2002; p. 3-12.
32. FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos do Estado de São Paulo, 1980 a 1998. Rev de Saúde Pública. São Paulo, SP: vol. 37. 2003; p. 191-196.
33. RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. Cad de Saúde Pública. São Paulo, SP: v. 19. 2003; p. 793-797.
34. VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Rev de Saúde Pública. São Paulo, SP: v. 42. 2008; p. 497-502.
35. FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.) E por falar em boa velhice. Campinas, SP: Papirus. 2000; p. 21-32.
36. NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. In: ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. Each/USP. São Paulo, SP: Ed. Each. 2012; p. 19.
37. GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A. e VILARTA, R. (orgs.). Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas. Barueri, SP: Manole. 2004; p. 3-25.
38. ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. Each/USP. São Paulo, SP: Ed. Each. 2012; p. 15.
39. GOMES, G. C.; DIOGO, M. J. D. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A.; CACHIONI, M. (org.). Saúde e Qualidade de vida na velhice. São Paulo, SP: Alínea. 2004; p. 107-132.
40. KAWASAKI, K. et al. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. São Paulo, SP: Acta fisiátrica, v. 12. 2005; p. 55-60.
41. SILVA, L. W. S.; DURÃES, A. M.; AZOUBEL, R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam1. Fisioter Mov. jul/set 2011; 24(3):496-497.
42. SOUZA, I. R.; CALDAS, C. P. Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. RBPS. 2008; 21(1): 61-68.
43. FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3149.pdf>> Acesso em 04/07/2015.

44. MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? In: SERAPONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social e na saúde: algumas estratégias para integração. Escola de Saúde Pública do Ceará. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100016> Acesso em 05/11/2015.
45. LEITE, F. T. Metodologia Científica: métodos e técnicas de pesquisa. 3a Edição. São Paulo, SP: Ideias e Letras. 2008; p. 100.
46. FORTIN, M. F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Editora Lusodidacta. Cap. 2, 2009; p. 41.
47. CHEHUEN NETO, J. A.; LIMA, W. G. Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação. Curitiba, PR: CRV, 2012; p. 135-136.
48. TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. São Paulo, SP: 2005; 39(3):507-14.
49. WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, v. 30. 1992; p. 473-483.
50. CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. São Paulo, SP: v. 39, no 3. 1999; p. 143-50.
51. COSTA, H. O. et al. O impacto da voz na qualidade de vida da mulher idosa. Rev Bras Otorrinolaringol. São Paulo, SP: v. 71, no 2. Mar/abril 2005; p. 172-178.
52. AYDEMIR, O.; OZDEMIR, C.; KORUGLU, E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: A primary-care-based study among hypertensives. Arch Medical Research. v. 36. 2005; p. 136-141.
53. STUDENSKI, S. et al. Daily functioning and quality of life in a randomized controlled trial of therapeutic exercise for subacute stroke survivor. Stroke: v. 36. 2005; p. 1764-1770.
54. MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2002.
55. TAKIUT, M. E. et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. Arq Bras Cardiol. 2007;88(5):537-44.
56. CAMARGOS, A. C. R. et al. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. Rev Bras Fisioter. 2004;8(3):267-72.
57. SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. Rev Bras Fisioter. 2006;10(3):317-24.
58. TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; LIMA, R. C. M.; SOUZA, A. C.; GOULART, F. Mudanças na qualidade de vida associadas ao tratamento de hemiplégicos em academias. Fisioter Mov. 2006;19(3):75-82.
59. GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. Revista Neurociências. 2004; 12(3).
60. Ministério da Saúde (BR). Ato Portaria Nº 19/GM de 03 de janeiro de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002;2>> Acesso em 12/10/2015.
61. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. Disponível em: <http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp> Acesso em 12/10/2015.
62. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>> Acesso em 12/10/2015.
63. Ministério da Saúde (BR). Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da dor. Instituto Nacional do Câncer. Junho/2002; p. 15. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf> Acesso em 01/11/2015.
64. Dicionário Online de Português: Vitalidade. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/vitalidade/> Acesso em 01/11/2015.
65. CUPERTINO, A. P. F. B. et al. Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, RS: v. 19, n. 3. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722006000300005&lang=pt>. Acesso em: 12/10/2015.
66. OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP: v. 40, n. 4. Agosto/2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000500026&lang=pt> Acesso em: 12/10/2015.

67. LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa. Universidade Aberta à Terceira Idade. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, PE: v. 6, n. 1. Jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292006000100004&lang=pt>. Acesso em: 12/10/2015.
68. GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, RJ: v. 9, no 2. 2006. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232006000200005&lng=pt&nrm=issacesso> Acesso em 02/11/2015.
69. FAUCI, A. S. et al. Harrison – Medicina Interna. São Paulo, SP: AMGH Editora Ltda. In: SOUSA, J. P. Qualidade de vida do idoso: um estudo de revisão. Univ. Fernando Pessoa – Fac. Ciências do Porto. Porto, Portugal: 2013; p. 6.

Cuidados paliativos no Hospital Premier: uma percepção da equipe multiprofissional

Isabel Cristina Cardoso

RESUMO

Introdução: O tema Cuidados Paliativos é recente em nosso país. Por este motivo, não há dados concretos sobre o ensino dos cuidados no fim da vida. Artigos relacionados a este tópico ainda são escassos, o que mostra uma grande deficiência sobre a capacitação em medicina paliativa entre os profissionais da saúde. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento no tema Cuidados Paliativos e identificar as dificuldades dos profissionais da saúde que atuam em um hospital da cidade de São Paulo/SP. **Método:** Foi aplicado à classe de Enfermagem e Fisioterapia, um questionário anônimo, composto de 20 perguntas impressas, totalizando um grupo de 26 profissionais que atuam na área de Cuidados Paliativos. A análise da tabulação das respostas obtidas tornaram possível o cruzamento e comparações das informações. **Conclusão:** Identificou-se a necessidade de reuniões contínuas de reflexão sobre os temas específicos tais como: tomada de decisão para realização de medidas invasivas em pacientes em terminalidade, suspensão de tratamentos fúteis, melhora da comunicação entre equipe, paciente e família, registro claro e objetivo em prontuários e capacitação da equipe frente às dificuldades levantadas.

Conclui-se com esta pesquisa que o assunto Cuidados Paliativos é relativamente novo em nosso país, carente de artigos referente ao tema e que requer novos projetos e pesquisas para aprofundá-lo e que os profissionais necessitam conhecer e explorar ainda mais a temática que envolve Cuidados Paliativos visto que se trata de uma área ampla, rica e tão pouco discutida no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Educação, Enfermagem, Fisioterapia.

1. INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo tem como objetivo principal a prevenção e alívio do sofrimento de pacientes que possuem uma doença progressiva e irreversível, o qual tem como proposta promover a qualidade de vida do paciente e de sua família.¹ Cuidados Paliativos refere-se a uma abordagem terapêutica que engloba uma equipe multidisciplinar alinhada e treinada, para a adequada identificação e redução de problemas nas esferas física, psicológica, espiritual e /ou social.²

O ato de cuidar de pessoas fora da possibilidade de cura é um trabalho inerente à condição humana, imprescindível no decorrer da vida e de extrema importância no momento da morte. Este processo requer preparo do profissional de saúde para garantir que o paciente e familiares tenham qualidade de vida do diagnóstico até o óbito com suporte ao luto.³

O contato diário com a realidade profissional em um hospital de Cuidados Paliativos envolve situações nas quais somos confrontados constantemente em relação ao atendimento à pacientes crônicos nas mais avançadas fases da doença. Estes doentes, na maioria das vezes, já não respondem à terapêutica modificadora do curso da

doença, destacando a necessidade da prestação dos cuidados inerentes às suas necessidades. Frente às divergências na prestação destes cuidados, notou-se a importância em aprofundar os conhecimentos na área de Cuidados Paliativos e formação dos profissionais que compõe a equipe.

Entretanto, devido à complexidade do tema,^{4,5} muitas vezes a equipe se depara com algumas dificuldades e barreiras a serem transpostas. Tais situações podem estar relacionadas à formação do profissional, nas quais o mesmo apresenta dificuldades para compreender e prestar cuidados ao paciente no processo de morte, uma vez que o paradigma científico aprendido em sua formação impõe como regra a obstinação pela cura, responsabilizando-o pelo sucesso ou fracasso de sua função.^{6,7}

Os Cuidados Paliativos iniciaram-se em 1967 no movimento *hospice*, introduzido por Cicely Saunders e colegas, e a partir daí, foi disseminado ao mundo. Surge então uma nova filosofia no cuidar, abrangendo dois itens fundamentais: o controle eficaz da dor e outros sintomas que fazem parte em doenças de fase avançadas, com um olhar amplo em áreas física, psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e sua extensão familiar.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.⁸ E, para que todas essas áreas sejam abordadas se faz necessária à formação de uma equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar.⁹

É possível observar que pela definição de Cuidados Paliativos o foco da atenção deixa de ser a doença a ser curada e se volta ao indivíduo, na melhora da qualidade de vida do paciente, algo que requer um cuidado contínuo. A assistência paliativa, por se tratar de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do ser cuidado e de sua família, prioriza uma equipe multiprofissional que deve ser composta por: Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Dentista e Assistente Espiritual.^{10,11}

Entretanto, para alcançar este objetivo torna-se fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva em relação às práticas de cuidado, de modo que as instituições hospitalares visem à dignidade e totalidade do ser humano.¹² A evidência mostra que a falta de treinamento e formação em Cuidados Paliativos pode ser negativa para a equipe e pacientes. No Brasil, não há dados confiáveis sobre o ensino dos cuidados no fim da vida; artigos relacionados a este tópico ainda são escassos, o que mostra uma grande deficiência sobre a capacitação no tema entre os profissionais da saúde.^{13,14} A medicina paliativa foi reconhecida recentemente como área de atuação médica no país,¹⁵ tornando-se necessário que instituições de ensino e a política nacional de saúde compreendam sua importância e impulsionem sua habilitação.¹⁶

Neste contexto, definições quanto a atual situação e melhor estratégia de ensino-

-aprendizagem abordada nas escolas médicas se fazem necessárias. Com a mudança do Código de Ética Médica e com a aceitação da ortotanásia como elemento fundamental à manutenção da dignidade no final da vida, é relevante e necessária a discussão sobre o ensino dos cuidados no fim da vida, tema, muitas vezes negligenciado no ensino da graduação no Brasil.

Para Machado¹⁷, a transformação na grade curricular torna-se necessária e urgente em todas as áreas da saúde, a fim de atender as necessidades no ensino de cuidados paliativos e para amparar os estudantes sobre reflexões bioéticas e tomada de decisão frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Lima e Buys¹⁸ concluíram que “o tema morte ainda é pouco abordado na educação dos futuros médicos, enfermeiros e psicólogos”. Os futuros profissionais da saúde não estão sendo adequadamente preparados para lidar com a problemática da morte em sua prática diária na instituição hospitalar. Isso pode levar as equipes multiprofissionais a se envolverem emocionalmente de maneira intensa, ficando com dificuldade para lidar com a situação, ou tornando-se frias e indiferentes.

Em texto de Bifulco e Ioshida¹⁹ é descrito que a maior parte dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa não tiveram qualquer instrução para atender pacientes terminais durante a graduação,. A carência da temática morte durante a formação acadêmica dos entrevistados foi sentida em sua totalidade. Para eles a morte é um momento frio e solitário, Alegando-se que o profissional da saúde está despreparado para trabalhar com a morte, já que sua formação tem como foco principal o curar.

Os resultados da pesquisa de demonstram que os profissionais têm um “conhecimento razoável sobre dor e definições em cuidados paliativos”;Porém apontam dificuldades ainda maiores na aplicação prática dos conceitos. O autor frisa que “com a criação de uma disciplina específica para Cuidados Paliativos poderia sanar estas deficiências educacionais”.

Toledo e Priolli²¹ concluíram que as “atitudes e práticas quanto ao ensino dos cuidados no fim da vida nas escolas médicas sugerem limitações”, pois os atuais coordenadores “acreditam em sua importância, mas é dada pouca prioridade ao ensino deste tema no Brasil”. Para Brugugnolli²² “o conhecimento dos médicos em atividade sobre o tema é precário e medidas de educação se fazem necessárias para suprir tal carência”.

Cardoso²³ descreve três unidades temáticas relevantes sobre os desafios da equipe: dificuldades dos profissionais frente à terminalidade da vida; a relação da equipe multiprofissional com a família no contexto de terminalidade e as limitações no trabalho da equipe multiprofissional frente à terminalidade. Em outra pesquisa, Cardoso²⁴ complementa que “identificou-se que os profissionais, ao iniciarem sua trajetória de cuidado na terminalidade, referiram frustração e impotência”.

Os estudos realizados por Fonseca e Geovanini²⁵ apontam que, “somente por meio da educação do profissional” acontecerá não só a formação de médicos especialistas em cuidados paliativos, mais aqueles que, na presença de “um paciente com doença

avançada e terminal, tenham preparo para prestar um cuidado que ofereça conforto e tranquilidade ao doente e sua família”.

Oliveira²⁶ ressalta que o ensino de Bioética e Cuidados Paliativos tem merecido pouca atenção dos pesquisadores brasileiros; constata-se uma ausência de disciplina, obrigatória ou optativa, de Cuidados Paliativos nas Instituições de ensino da Área da Saúde no Brasil.

Por fim, Silva²⁷ relata que “puderam evidenciar, nas concepções dos profissionais da saúde, que os Cuidados Paliativos estão direcionados à promoção do conforto físico do enfermo crítico terminal e que a assistência ao núcleo familiar, como a proposta do paliativismo, não tem sido efetuada pela equipe”.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi elaborado para avaliar o conhecimento no tema Cuidados Paliativos e identificar as dificuldades junto à equipe multidisciplinar de um hospital de Cuidados Paliativos da cidade de São Paulo / SP. Com estes dados, torna-se possível conhecer as dificuldades destes profissionais no atendimento de pacientes com doença avançada e terminal. Paralelamente, infere-se que se é prestado um atendimento digno e humanizado aos pacientes e seus familiares, buscando melhorar condutas de forma a atingir a excelência no cuidar.

3. OBJETIVO

Avaliar o conhecimento no tema Cuidados Paliativos e identificar as dificuldades junto à equipe multidisciplinar de um hospital de Cuidados Paliativos da cidade de São Paulo / SP.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem exploratório-descritiva com análise quantitativa de dados. Foi aplicado um questionário para tabulação das respostas obtidas junto à equipe Multidisciplinar frente ao tema Cuidados Paliativos. O mesmo encontra-se no Anexo 4. Segundo Parasuraman²⁸ “um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto”.

Este questionário foi desenvolvido único e exclusivamente pela pesquisadora do projeto em questão, que passou por várias revisões até o resultado final que se encontra no Anexo 4, tendo o cuidado de apresentar as questões dentro de uma sequência lógica, objetivando que esse instrumento de coleta de dados tenha eficácia para a finalidade a que se destina.

Segundo Diehl²⁹ “uma pesquisa quantitativa pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utiliza-se de técnicas estatísticas,

objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança”.

O questionário aplicado foi anônimo, composto de 20 perguntas impressas, alternando entre perguntas abertas, múltipla escolha, múltipla escolha com opção “outro/a” e seleção simples. Este instrumento abordou os seguintes temas: Cuidados Paliativos, Terminalidade, dificuldades multiprofissional, tomadas de decisão, déficit de conhecimento dos profissionais e comunicação interdisciplinar.

A princípio este questionário foi aplicado apenas à classe de Enfermeiros e Fisioterapeutas, uma vez que os demais profissionais de outras especialidades estavam, em sua totalidade, cursando a Pós Graduação em Cuidados Paliativos, tornando ineficaz o cruzamento de dados. O questionário tem como objetivo Identificar e avaliar o conhecimento no tema Cuidados Paliativos junto à equipe multidisciplinar de um hospital de Cuidados Paliativos comparar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem e Fisioterapia que cursaram a Pós Graduação, dos profissionais, da mesma especialidade, que não cursaram a Pós Graduação, utilizando para isto, a análise da tabulação das respostas obtidas.

Para a seleção dos participantes, foram escolhidos (amostra de conveniência):

- 7 (sete) enfermeiros e 06 (seis) fisioterapeutas que cursavam a Pós Graduação de Cuidados Paliativos;
- 7 (sete) enfermeiros e 06 (seis) fisioterapeutas, que não frequentaram o curso, mas faziam parte da equipe multiprofissional que atuavam em cuidados paliativos.

Totalizou-se um grupo de 14 (quatorze) enfermeiros e 12 (doze) fisioterapeutas, para possível comparação entre o grau de conhecimento e domínio da área em cuidados paliativos. Foram excluídos os indivíduos que por razões particulares, não aceitaram participar da pesquisa e/ou não aceitaram os termos para preenchimento do questionário.

O questionário foi aplicado de forma individualizada, com o intuito de proporcionar a livre expressão do profissional entrevistado e estimular a temática em estudo. Os dados foram coletados no próprio Hospital em horários específicos combinados previamente entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa. Estimou-se um prazo de trinta minutos para o término de preenchimento do questionário. O período do estudo teve início em Setembro de 2015 com a elaboração do projeto e término em Dezembro de 2015 com a tabulação dos dados.

A análise dos dados obtidos no questionário foi realizada através de estratégia descritiva simples. Não foram feitos testes estatísticos.

5. RESULTADOS

Foi aplicado o questionário conforme proposta metodológica às classes pré-selecionadas sendo que, 14 profissionais entrevistados pertencem à área de Enfermagem e 12 profissionais à área de Fisioterapia, totalizando 26 participantes entrevistados.

5.1. PERFIL DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 26 participantes sendo que 8 (30,76%) pertenciam ao sexo masculino e 18 (69,24%) pertenciam ao sexo feminino, conforme Tabela 01 / Gráfico 01.

Tabela 01 - Gênero

Participantes	Masculino	%	Feminino	%
26	8	30,77	18	69,23

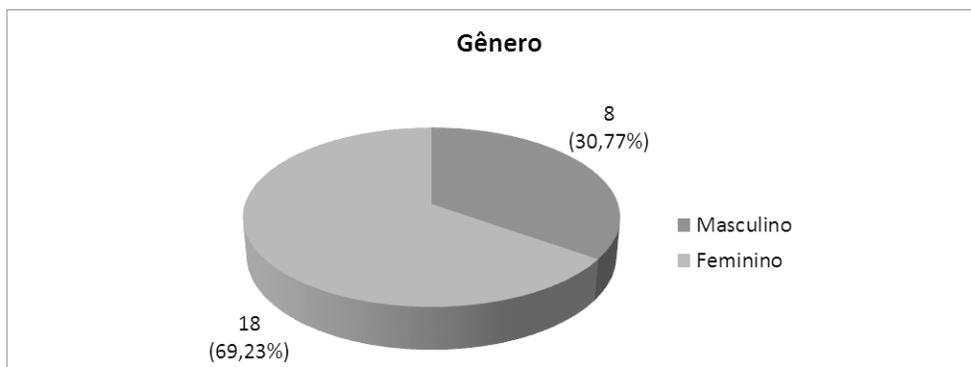


Gráfico 01 - Gênero

Analisando os dados da Tabela 02 / Gráfico 02, é possível observar que a maioria dos participantes 16 (61,54%) encontra-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos.

Tabela 02 - Faixa Etária

Participantes	20 - 30	%	31 - 40	%	41 - 50	%
26	7	26,92	16	61,54	3	11,54

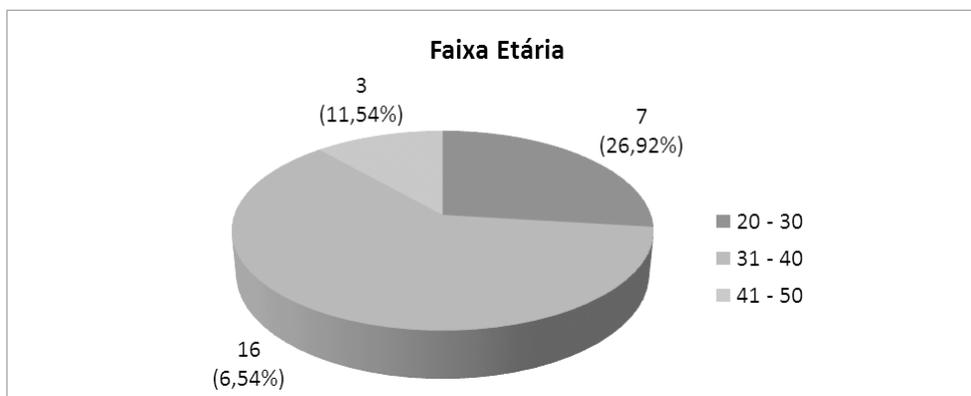


Gráfico 02 - Faixa Etária

A partir da Tabela 03 / Gráfico 03, verifica-se que a maioria dos participantes 13 (50%) concluíram sua graduação entre os anos de 2006 a 2010.

Tabela 03 – Conclusão da Graduação

Participantes	2000 - 2005	%	2006 - 2010	%	2011 - 2015	%
26	7	26,92	13	50,00	6	23,08

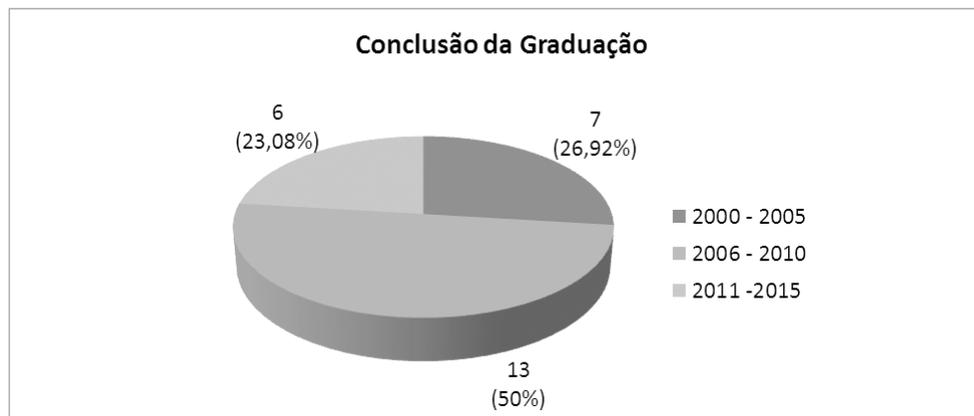


Gráfico 03 – Conclusão da Graduação

Com relação à Pós-Graduação e Especialização, 22 (84,62%) participantes afirmaram possuir curso de Pós Graduação ou Especializações em outras áreas, conforme Tabela 04 / Gráfico 04.

Tabela 04 – Pós Graduação e Especialização

Participante	Sim	%	Não	%
26	22	84,62	4	15,38

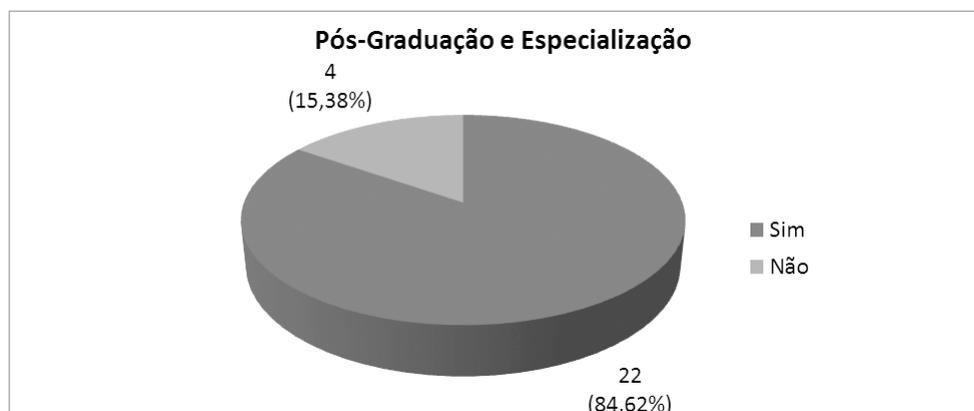


Gráfico 04 – Pós Graduação e Especialização

Conforme dados da Tabela 05 / Gráfico 05, 17 participantes (65,38%) iniciaram suas atividades na Instituição a partir do ano de 2011 em diante.

Tabela 05 – Início das atividades na Instituição

Participantes	2000 - 2005	%	2006 - 2010	%	2011 - 2015	%
26	1	3,85	8	30,77	17	65,38

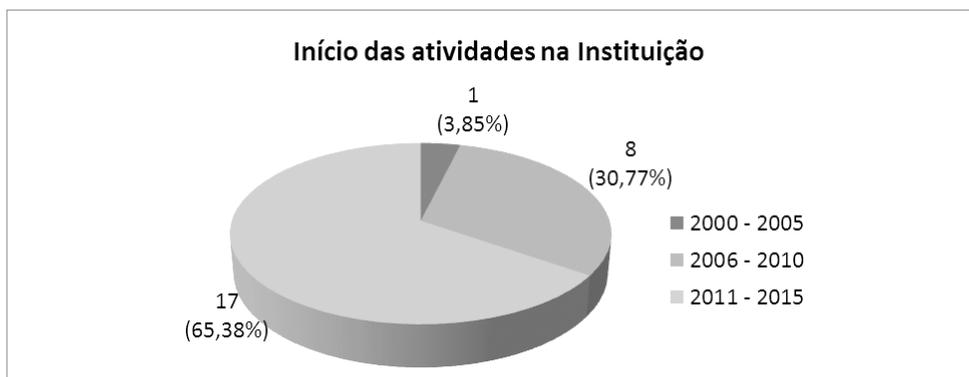


Gráfico 05 – Início das atividades na Instituição

A partir dos dados da Tabela 06 / Gráfico 06, é possível notar que a 21 participantes (80,77%) não tiveram qualquer tipo de experiência em Cuidados Paliativos antes de iniciarem suas atividades no hospital de Cuidados Paliativos no qual foi realizado o estudo. Porém aqueles que referiram ter alguma experiência, relataram terem sido adquiridas em Home Care 3 (60%) ou em Hospital de Retaguarda 2 (40%).

Tabela 06 – Vivência em Cuidados Paliativos

Participantes	Sim	%	Não	%	Home Care	%	Hospital Retaguarda	%
26	5	19,23	21	80,77	3	60,00	2	40,00



Gráfico 06 – Vivência em Cuidados Paliativos

5.2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS OBTIDAS

A partir deste ponto, iniciar-se-á uma análise detalhada das respostas dos profissionais distinguindo os dois grupos de profissionais: os que cursam a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos do grupo dos profissionais que não cursam a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos. Serão adotadas as siglas “PCP” para referenciar os 13 profissionais que cursam a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos e “PNCP” para os 13 profissionais que não cursam a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos.

Com base no levantamento dos dados da Tabela 07 / Gráfico 07, verificou-se que os 13 (100%) profissionais do grupo PCP afirmaram sentirem-se aptos para trabalhar com pacientes com dor e em terminalidade. Já para o grupo PNCP, a maioria dos profissionais 11 (84,62%) também alegam estarem preparados e apenas 2 (15,38%) não se sentem capazes de atuar com este tipo de perfil de pacientes.

Estes resultados confirmam aquilo proposto pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP): atuar em Cuidados Paliativos exige uma preparação sólida e diferenciada, a qual deve envolver a formação pré e/ou pós-graduada dos profissionais chamados à prática desses cuidados, com respaldo técnico, formação e experiência prática efetiva.³²

Tabela 07- Como profissional da área da saúde, você se sente preparado e capaz de trabalhar com pacientes com dor em Cuidados Paliativos e em terminalidade?

Grupo	Participantes	Sim	%	Não	%
PCP	13	13	100,00	0	0,00
PNCP	13	11	84,62	2	15,38

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

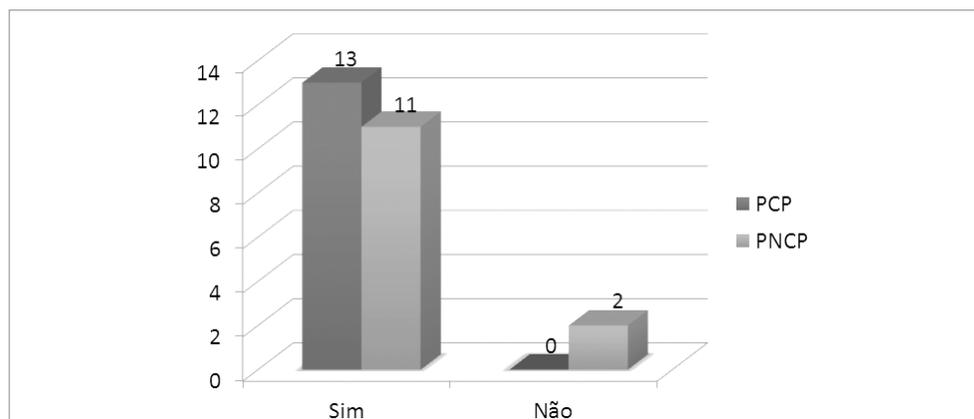


Gráfico 07- Como profissional da área da saúde, você se sente preparado e capaz de trabalhar com pacientes com dor em Cuidados Paliativos e em terminalidade?

Com base nos dados da Tabela 08 / Gráfico 08, nota-se que 7 (53,85%) profissionais que integram o grupo PCP, afirmaram que não tiveram qualquer tipo de

disciplina que os preparassem para atuar com pacientes em Cuidados Paliativos anteriormente. Esta incidência teve um aumento significativo, com 10 (76,92%) profissionais para o grupo PNCP. Verifica-se que atualmente não há políticas de movimento por parte das universidades em atualizar a grade curricular da área da saúde para melhor capacitar o profissional para atender a esta demanda crescente de pacientes em Cuidados Paliativos.

Artigos relacionados a este tópico ainda são escassos, o que mostra uma grande deficiência sobre a capacitação em medicina paliativa entre os profissionais da saúde.^{13,14} A medicina paliativa foi reconhecida recentemente como área de atuação médica no país,¹⁵ tornando-se necessário que instituições de ensino e a política nacional de saúde compreendam sua importância e impulsionem sua habilitação.¹⁶

Para Machado¹⁷ “tornam-se necessárias alterações urgentes na grade curricular dos profissionais de saúde, contemplando o ensino de cuidados paliativos e auxiliando os profissionais nas reflexões bioéticas para a melhor tomada de decisão frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas”.

Tabela 08 - *Você teve alguma disciplina que auxiliasse nesse preparo durante a graduação?*

Grupo	Participantes	Sim	%	Não	%
PCP	13	6	46,15	7	53,85
PNCP	13	3	23,08	10	76,92

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

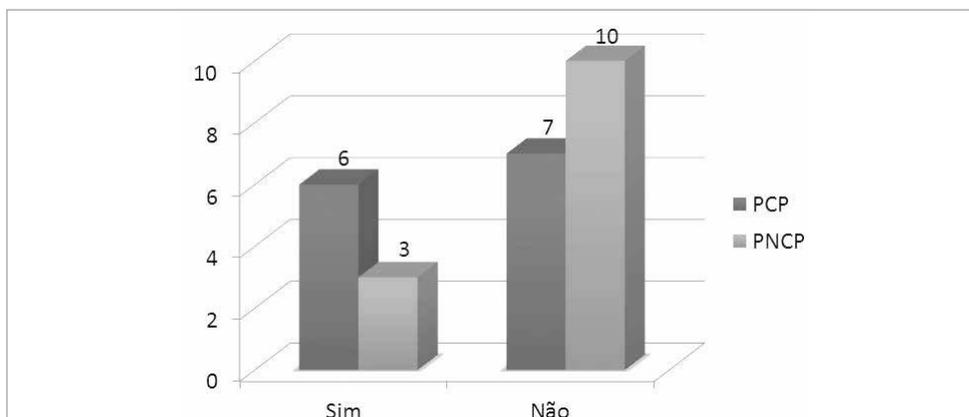


Gráfico 08 - *Você teve alguma disciplina que auxiliasse nesse preparo durante a graduação?*

A próxima questão proposta compara o conhecimento que os profissionais possuem da definição do conceito de Cuidados Paliativos na OMS. Constata-se através da Tabela 09 / Gráfico 09, que o grupo PCP possui maior conhecimento e apropriação dos conceitos em relação à definição de Cuidados Paliativos, pois de um modo geral, selecionaram palavras pertinentes ao tema. As principais palavras mencionadas

foram: Paciente 8 (61,54%), Qualidade 8 (61,54%), Alívio 7 (53,85%), Vida 6 (46,15) e Multiprofissional 6 (46,15).

Já o grupo PNCP demonstrou possível desconhecimento do conceito de Cuidados Paliativos, devido a grande diversidade das palavras escolhidas. As principais palavras mencionadas foram: Assistência 8 (61,54%), Alívio 7 (53,85%), Multiprofissional 7 (53,85%) e Familiares 5 (38,46). Porém houve um empate entre 6 palavras escolhidas pelo grupo: Vida, Paciente, Qualidade, Terminalidade, Morte e Sofrimento.

Estes resultados fundamentam o trabalho de Pinheiro²⁰, que diz ser razoável o conhecimento dos profissionais da saúde sobre definições de cuidados paliativos. Pinheiro ainda ressalta sobre a importância da criação de disciplina específica em Cuidados Paliativos de forma a diminuir estas deficiências apresentadas através das respostas do grupo PCP.

Tabela 09 - Escolha 5 palavras que melhor definam os Cuidados Paliativos, colocando em ordem de prioridade, a palavra mais importante para a menos importante.

Palavras Chave	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Vida	6	46,15	4	30,77
Assistência	4	30,77	8	61,54
Paciente	8	61,54	4	30,77
Espiritual	1	7,69	0	0,00
Avaliação	0	0,00	1	7,69
Alívio	7	53,85	7	53,85
Multiprofissional	6	46,15	7	53,85
Doença	0	0,00	2	15,38
Qualidade	8	61,54	4	30,77
Prevenção	1	7,69	1	7,69
Equipe	1	7,69	1	7,69
Terminalidade	0	0,00	4	30,77
Dor	2	15,38	3	23,08
Ameaça	3	23,08	0	0,00
Identificação	2	15,38	1	7,69
Luto	4	30,77	2	15,38
Interdisciplinar	2	15,38	1	7,69
Física	0	0,00	1	7,69
Familiares	5	38,46	5	38,46
Diagnóstico	1	7,69	0	0,00
Morte	2	15,38	4	30,77
Sofrimento	1	7,69	4	30,77
Precoce	1	7,69	0	0,00
Sintoma	3	23,08	0	0,00
Psicossocial	0	0,00	1	7,69

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

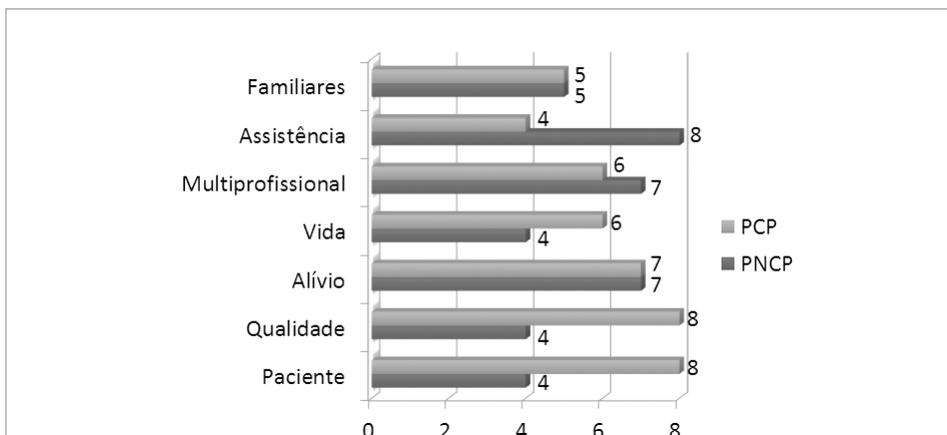


Gráfico 09 - Escolha 5 palavras que melhor definam os Cuidados Paliativos, colocando em ordem de prioridade, a palavra mais importante para a menos importante

Com relação ao conhecimento em Cuidados Paliativos, de acordo com Tabela 10 / Gráfico 10, para o grupo PCP 7 (53,85%) dos profissionais afirmaram ter bons conhecimentos no assunto e o restante, 6 (46,15%) dos profissionais ainda se sentem inseguros, assinalando como regular os conhecimentos sobre o tema em questão. Já para o grupo PNCP, 6 (46,15%) dos profissionais afirmaram ter bons conhecimentos sobre Cuidados Paliativos e 7 (53,85%) alegaram ter conhecimentos regulares frente ao tema. Goic³² refere que a melhor maneira de aprendizado sobre a filosofia de Cuidados Paliativos é a realização de reuniões de reflexões e discussões mais abrangentes.

Tabela 10 - Como você define o seu conhecimento atual em Cuidados Paliativos

Grupo	Participantes	Bom	%	Regular	%	Insuficiente	%
PCP	13	7	53,85	6	46,15	0	0,00
PNCP	13	6	46,15	7	53,85	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

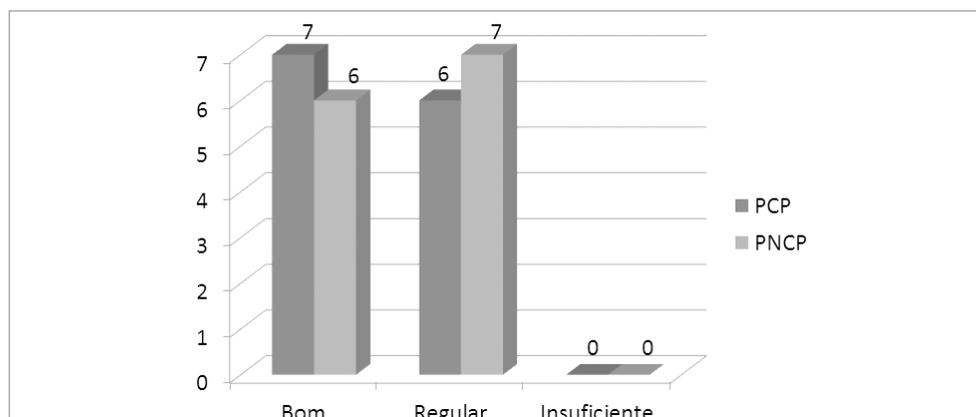


Gráfico 10 - Como você define o seu conhecimento atual em Cuidados Paliativos

De acordo com os dados registrados na Tabela 11 / Gráfico 11, ao comparar as respostas de ambos os grupos, PCP e PNCP, pode-se inferir que a equipe se sente motivada pelo tema em questão, pois foram escolhidas as opções “Atraído pelo serviço existente” e “Satisfeito devido ao conhecimento técnico”. Porém, nota-se que 1 (7,70%) profissional do grupo PCP afirmou estar despreparado para lidar com a morte, sendo um tema amplamente discutido na Pós Graduação, contradizendo sua resposta na Tabela de número 7, na qual que todos os profissionais do grupo PCP afirmaram estarem preparados para lidar com pacientes com dor e em terminalidade.

É possível observar que este tema tenha que ter uma abordagem contínua associando a teoria com a prática, pois conforme dados de Moritz³⁰ “Há uma tendência de os profissionais sentirem-se angustiados ao falar sobre a morte, principalmente dos seus pacientes, terem dificuldade em aceita-la e considerarem que este tema deveria ser mais debatido”.

Tabela 11- Durante a formação acadêmica, é passado que devemos a todo custo buscar a cura da enfermidade do paciente, porém o conceito de Cuidados Paliativos nos ensina que a prevenção e o alívio do sofrimento do Paciente se torna mais importante do que a cura propriamente dito. Diante desta situação, você se sente:

Palavras Chave	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Desmotivado pelo assunto	0	0,00	0	0,00
Atraído pelo serviço existente	5	38,46	11	84,62
Despreparado para trabalhar com a morte	1	7,69	0	0,00
Satisfeito devido ao conhecimento técnico	4	30,77	2	15,38
Fora do Contexto	3	23,08	0	0,00
Outros	0	0,00	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

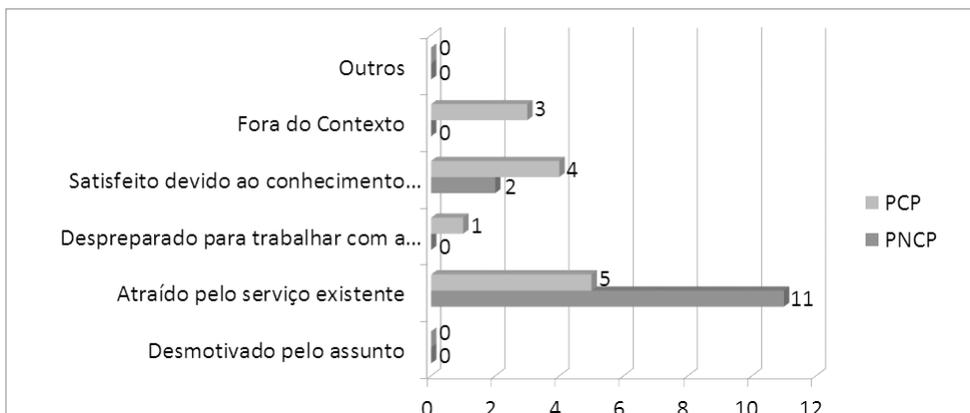


Gráfico 11- Durante a formação acadêmica, é passado que devemos a todo custo buscar a cura da enfermidade do paciente, porém o conceito de Cuidados Paliativos nos ensina que a prevenção e o alívio do sofrimento do Paciente se torna mais importante do que a cura propriamente dito. Diante desta situação, você se sente:

De acordo com os dados da Tabela 12 / Gráfico 12, comparando-se as respostas de ambos os grupos, observa-se um equilíbrio do conhecimento sobre o tema Cuidados Paliativos em que à maioria dos profissionais assinalaram a resposta correta. Segundo Arrambide³¹ “Os cuidados no final da vida começam quando se diagnostica uma enfermidade grave da criança ou condição que ameace sua vida”.

Tabela 12- A idade do paciente teria alguma influencia na indicação de Cuidados Paliativos?

Grupo	Participante	Sim	%	Não	%
PCP	13	2	15,38	11	84,62
PNCP	13	1	7,69	12	92,31

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

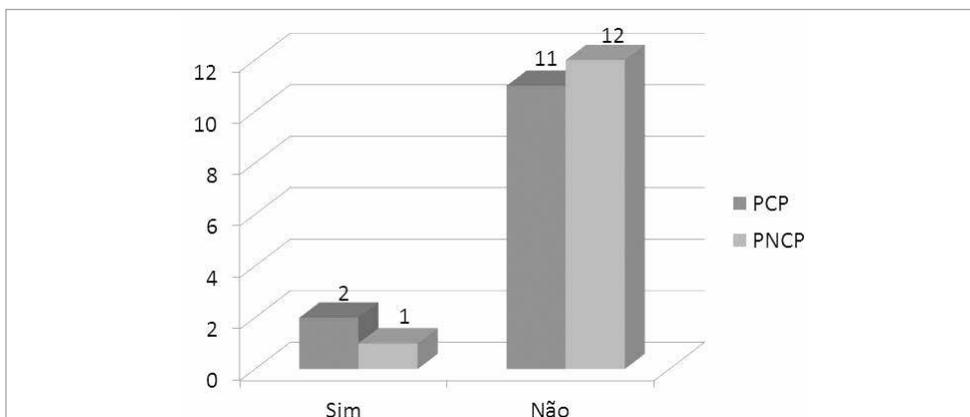


Gráfico 12- A idade do paciente teria alguma influencia na indicação de Cuidados Paliativos?

A próxima questão foi elaborada com o objetivo de verificar os conceitos em Cuidados Paliativos que fizeram parte da grade curricular da Pós Graduação. Ao analisar-se os dados da Tabela 13 / Gráfico 13 pode-se identificar que a grande maioria dos profissionais 12 (92,30%) que fazem parte do grupo PCP assinalaram a resposta correta, na qual todas as alternativas representavam indicação de Cuidados Paliativos.

Conforme definição apresentada pela OMS⁸, todos os pacientes citados nesta questão são elegíveis para Cuidados Paliativos, pois são portadores de doenças crônicas, progressivas e incuráveis, independente da idade.³¹ Todos apresentam uma doença ameaçadora à vida e requerem abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico. Já no grupo PNCP, apenas 6 (46,15%) profissionais assinalaram a resposta correta, podendo estar relacionado com a dificuldade na aplicação prática dos conceitos.²⁰

Tabela 13- Em quais casos você indicaria Cuidados Paliativos:

Alternativas	PCP		PNCP	
	Assinalado	%	Assinalado	%
Paciente 72 anos, com Neoplasia de mama metastática, com derrame pleural, dispneia e desconfortável. Apresenta metástases pulmonares e linfangite carcinomatosa exuberante.	0	0,00	4	30,77
Paciente 90 anos, acamado, choque séptico com 5 falências orgânicas.	0	0,00	5	38,46
Paciente 28 anos, CA Gástrico inoperável, já realizou radioterapia e quimioterapia.	0	0,00	4	30,77
Paciente 17 anos, portador Distrofia Muscular Duchenne, acamado, totalmente dependente de cuidados, TQT, dependente VM.	0	0,00	2	15,38
Paciente 2 anos, com Paralisia Cerebral, afásico, dependente O2, hipoativo, com deformidades instaladas em padrão flexor, alimenta-se via SNE, com úlcera pressão em região occipital	1	7,69	3	23,08
Paciente 58 anos, DPOC, pneumonia de repetição, lúcida, contactuante, eupnéica, faz uso O2 contínuo por queda saturação aos esforços, Bipap 3 (três) vezes ao dia para reexpansão.	0	0,00	1	7,69
Todas alternativas	12	92,31	6	46,15

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

A próxima questão foi elaborada com o objetivo de identificar a maior dificuldade enfrentada no cotidiano de um hospital por uma equipe multiprofissional que atua em Cuidados Paliativos. Para o grupo PCP a falta de registro em prontuários foi apontada como a maior dificuldade relatada entre os profissionais; já para o grupo PNCP a falta de conhecimento da equipe teve maior destaque entre os profissionais (Tabela 14 / Gráfico 14).

Os registros no prontuário dos pacientes são de enorme importância, mas há quase um descaso quanto a esse tipo de formalização escrita de trabalho e a falta de anotações no prontuário dos pacientes muitas vezes dificulta o exercício da profissão.³⁴ Já a falta de experiência na área faz com que os profissionais se posicionem à margem do projeto terapêutico e dos objetivos da abordagem paliativa da relação entre doente, família e equipe de saúde.³⁵

Tabela 14 - Assinale quais alternativas melhor retrata as dificuldades encontradas na equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos em nosso serviço:

Alternativas	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Falta de comunicação entre profissionais	9	69,23	7	53,85
Falta de registro em prontuários	11	84,62	4	30,77
Indicadores que informem que o paciente está em terminalidade	5	38,46	7	53,85
Falta de sintonia dos profissionais em relação a conduta	10	76,92	7	53,85
Falta de conhecimento das equipe nesta área	9	69,23	8	61,54
Outros	0	0,00	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

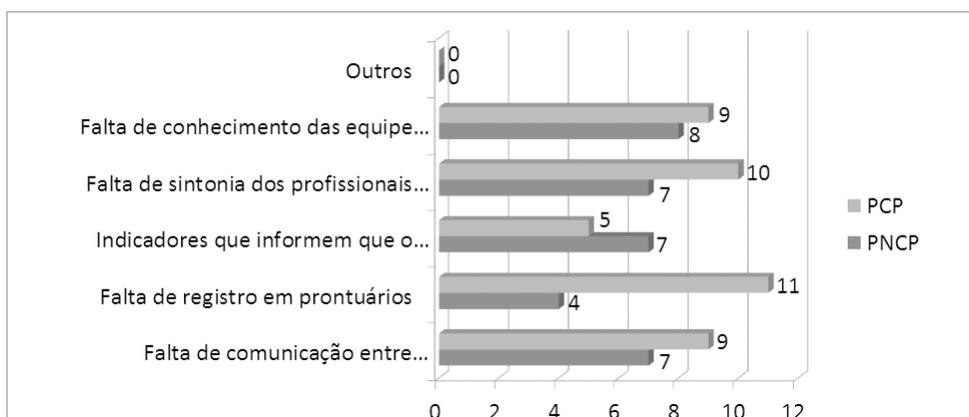


Gráfico 14 - Assinale quais alternativas melhor retrata as dificuldades encontradas na equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos em nosso serviço:

Pelos dados da Tabela 15 / Gráfico 15, observa-se que tanto os profissionais do grupo PCP, 13 profissionais em sua totalidade (100%), quanto 9 (69,23%) profissionais do grupo PNCP, assinalaram a opção em que todas as alternativas anteriores são tão importantes quanto ao controle da dor, que é um dos princípios do paliativismo. Mas, também se demonstra que os Cuidados Paliativos vão além do controle da dor propriamente dito, estendendo-se a participação do paciente nas diferentes fases da doença.³⁶

Tabela 15- Além do controle da dor, o que um médico e a equipe que acompanha o paciente em Cuidados Paliativos, devem proporcionar:

Alternativas	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Conforto e controle de sintomas físicos	0	0,00	4	30,77
Cuidados emocionais e espirituais	0	0,00	1	7,69
Clareza no processo e evolução da doença	0	0,00	3	23,08
Autonomia	0	0,00	0	0,00
Apoio à família até a fase do luto	0	0,00	3	23,08
Todas as alternativas anteriores	13	100,00	9	69,23
Outro	0	0,00	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

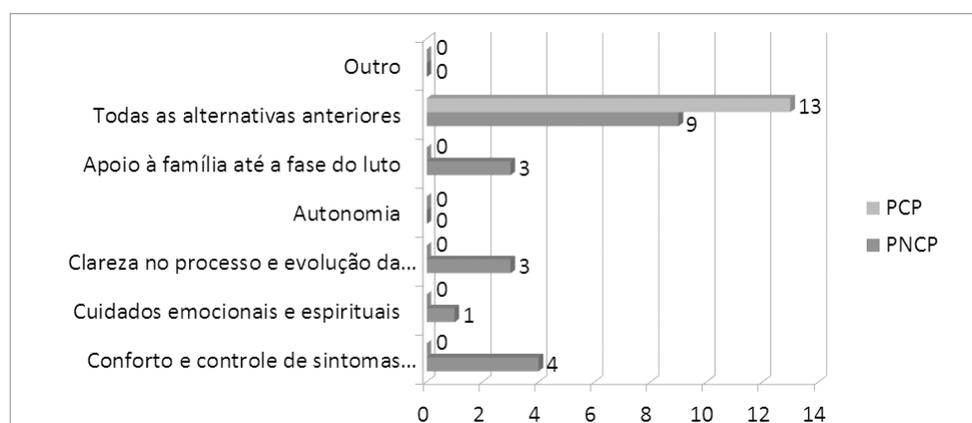


Gráfico 15- Além do controle da dor, o que um médico e a equipe que acompanha o paciente em Cuidados Paliativos, devem proporcionar:

Segundo resultados apresentados através da Tabela 16 / Gráfico 16, as três principais medidas consideradas para a não realização de medidas invasivas no grupo PCP, agrupadas por similaridade, foram: Prognóstico (Evolução da Doença) 10 (76,92%), Vontade do Paciente e Família 9 (69,23%) e Terapia Fútil 2 (15,38%). Já para o grupo PNCP, as três principais medidas levantadas foram: Conforto 5 (38,46%) e Prognóstico (Evolução da Doença) 5 (38,46%). Houve um empate entre as respostas “Vontade do Paciente e Família” 3 (23,08%) e “Alívio” 3 (23,08%). Analisando-se as respostas de ambos os grupos, é possível dizer que ambos mencionaram critérios a serem evitados à realização das medidas invasivas. Deve-se ressaltar que são considerados procedimentos invasivos: intubação, medicação de última geração, terapia renal, substitutiva, nutrição artificial e reanimação cardiopulmonar. Estes procedimentos, quando realizados em pacientes em final de vida ou em terminalidade, passam a ser consideradas fúteis quando não trazem benefícios ao paciente, apenas prolongando o seu sofrimento.^{37,38}

É fundamental destacar ainda que todo procedimento ao ser realizado deve haver

um consenso entre Equipe, Paciente e Familiares, levando-se sempre em conta a doença, o estágio em que ela se encontra e os benefícios que irão trazer para este enfermo.

Tabela 16 - Pensando num paciente em dias finais de vida, quais os critérios que devem ser levados em conta na tomada de decisão para não realizar medidas invasivas como: intubação, medicamentos de última geração, sondas e cirurgias?

Alternativas	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Elegibilidade	0	0,00	1	7,69
Terapia fútil	2	15,38	0	0,00
Vontade do paciente e família	9	69,23	3	23,08
Prognóstico (Evolução da doença)	10	76,92	5	38,46
Conforto	1	7,69	5	38,46
Prolongamento da vida	0	0,00	1	7,69
Controle de sintomas	0	0,00	1	7,69
Distanasia	0	0,00	1	7,69
Funcionalidade	0	0,00	1	7,69
Benefício	0	0,00	1	7,69
Qualidade de vida	0	0,00	1	7,69
Sofrimento	0	0,00	1	7,69
Alívio	1	7,69	3	23,08

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

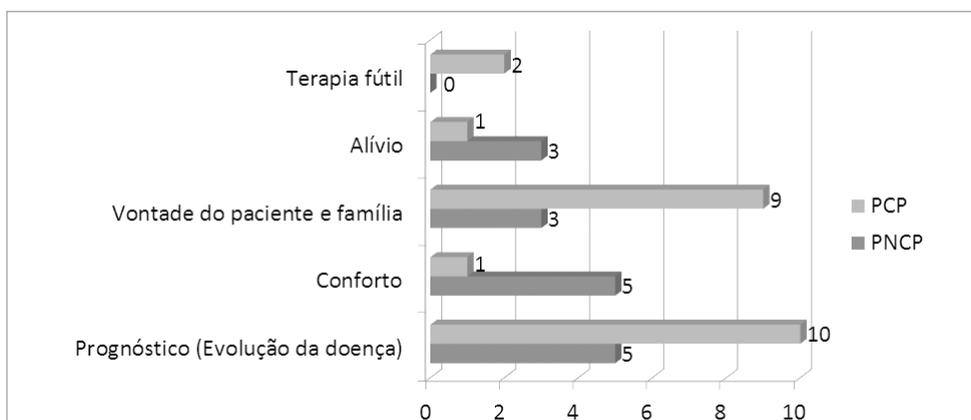


Gráfico 16 - Pensando num paciente em dias finais de vida, quais os critérios que devem ser levados em conta na tomada de decisão para não realizar medidas invasivas como: intubação, medicamentos de última geração, sondas e cirurgias?

A próxima questão tem como objetivo identificar se o profissional possui discernimento entre continuar ou interromper condutas consideradas invasivas. Analisando os dados obtidos através da Tabela 17a / Gráfico 17a, nota-se que 8 (61,54%) profissionais de ambos os grupos PCP e PNCP, afirmaram estarem preparados e aptos para

vivenciar este momento de interromper medidas invasivas. O restante 5 (38,46%) dos profissionais relataram que por falta de conhecimento, divergências de conduta e aceitação da família e do doente ainda se sentem inseguros.

A dúvida entre os profissionais existe e não deve ser descartada, e sim, discutida. Existe a dificuldade de compreender e de suspender tratamentos fúteis.^{37,38} É importante também reconhecer o momento em que o tratamento é considerado fútil, não atendendo as necessidades do paciente e nem o objetivo de tal procedimento. Segundo Azulay:³⁹: “provavelmente, a utilização das medidas fúteis ocorre por desconhecimento dos profissionais sob cuidados paliativos”.

Tabela 17a- *Você se sente preparado para vivenciar o momento entre intervir plenamente ou parar com medidas invasivas?*

Grupo	Participantes	Sim	%	Não	%
PCP	13	8	61,54	5	38,46
PNCP	13	8	61,54	5	38,46

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

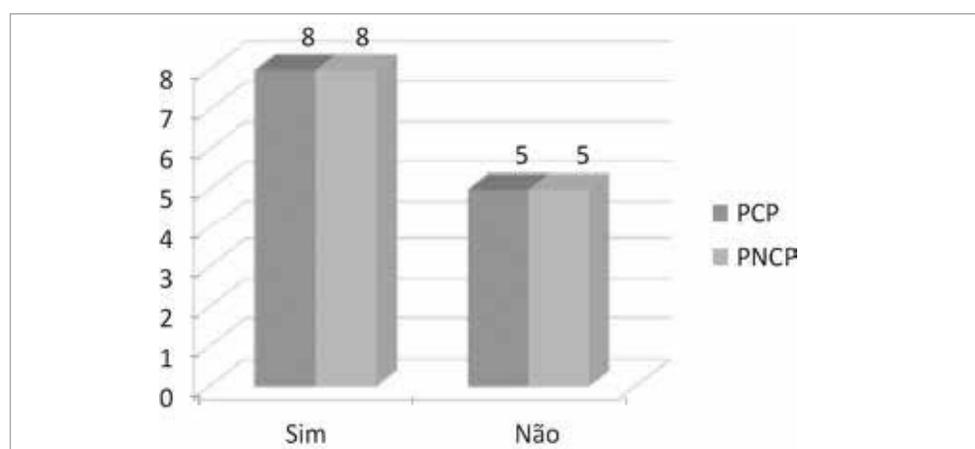


Gráfico 17a- *Você se sente preparado para vivenciar o momento entre intervir plenamente ou parar com medidas invasivas?*

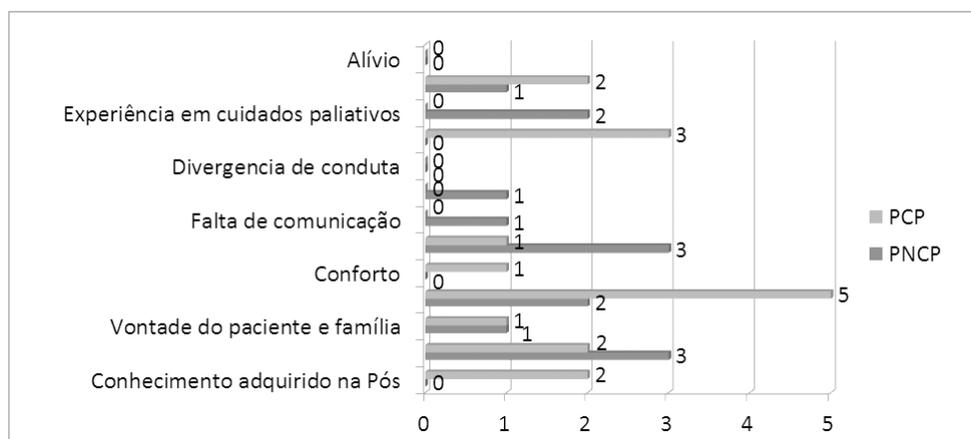
Nesta mesma questão, foi deixado um campo para que os profissionais justificassem suas afirmações anteriores. Diante disto, foi elaborada a Tabela 17b / Gráfico 17b, contendo as respostas agrupadas por similaridade registradas pelos profissionais, e é possível observar como as respostas foram diversas.

Tabela 17b - Justificativas

Alternativas	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Conhecimento adquirido na Pós	2	15,38	0	0,00
Falta de conhecimento em cuidados paliativo	2	15,38	3	23,08
Vontade do paciente e família	1	7,69	1	7,69
Prognóstico (Evolução da doença)	5	38,46	2	15,38
Conforto	1	7,69	0	0,00
Prolongamento da vida	1	7,69	3	23,08
Falta de comunicação	0	0,00	1	7,69
Ortotanasia	0	0,00	1	7,69
Divergencia de conduta	0	0,00	0	0,00
Fora do contexto	3	23,08	0	0,00
Experiência em cuidados paliativos	0	0,00	2	15,38
Sufrimento	2	15,38	1	7,69
Alívio	0	0,00	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

**Gráfico 17b - Justificativas**

O próximo tópico abordado teve como objetivo verificar se o profissional tem dificuldade de entender e aceitar a interrupção de uma conduta ou procedimento que não esteja trazendo benefícios ao paciente. A análise foi dividida em duas tabelas / gráficos, 18a e 18b, sendo que, através da primeira é possível quantificar o número de profissionais que compreendem o que venha à ser “*tratamentos fúteis*” e através da segunda agrupou-se por similaridade as diferentes explicações registradas pelos profissionais de ambos os grupos.

Analisando os dados obtidos através da Tabela 18a / Gráfico 18a, é possível destacar que para ambos os grupos, PCP e PNCP, 7 (53,84%) profissionais afirmaram não ter dificuldades para compreender a necessidade de suspender tratamentos fúteis e o restante 6 (46,15%) afirmaram ter dificuldades para compreender a necessidade de

suspender tratamentos fúteis aos pacientes em cuidados paliativos.

Novamente, ressalta-se que a decisão deve ser tomada através de um consenso entre a Equipe Multidisciplinar em que já foram avaliados os Benefícios que tais procedimentos trarão a este paciente.^{40,41}

Tabela 18a - *Você avalia ser difícil compreender a necessidade de suspender tratamentos fúteis?*

Grupo	Participante	Sim	%	Não	%
PCP	13	6	46,15	7	53,85
PNCP	13	6	46,15	7	53,85

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

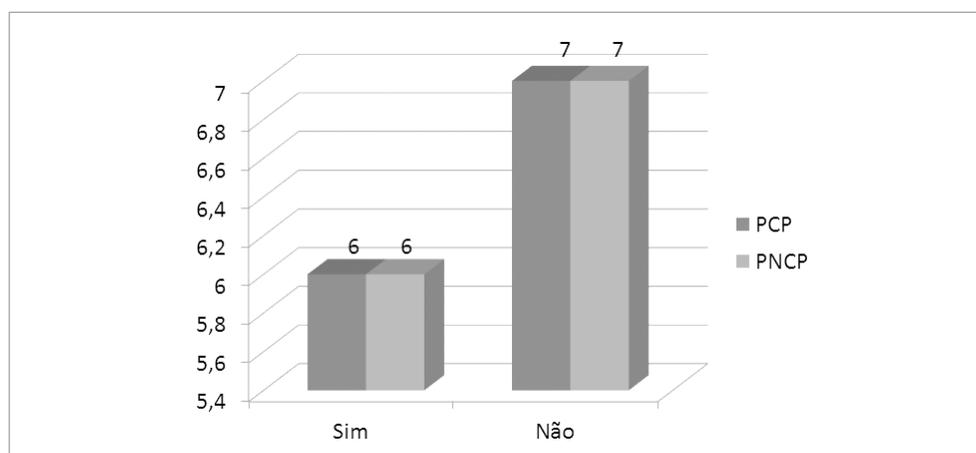


Gráfico 18a - *Você avalia ser difícil compreender a necessidade de suspender tratamentos fúteis?*

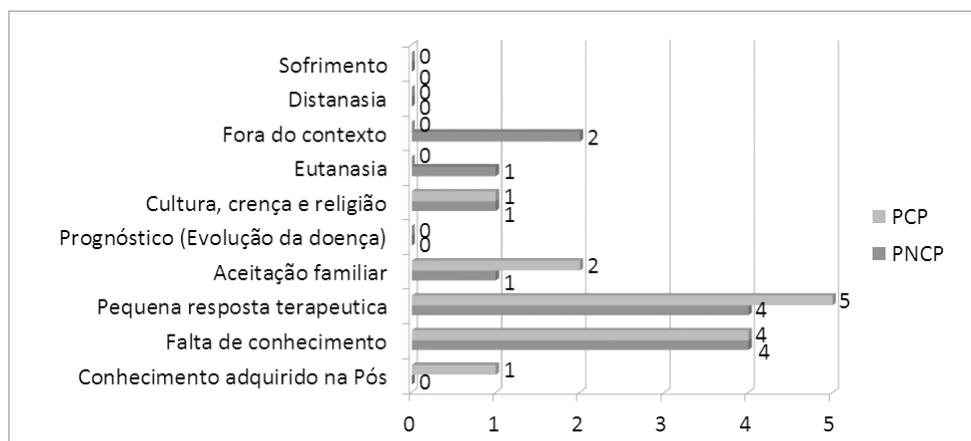
A partir da Tabela 18b / Gráfico 18, nos quais as respostas foram agrupadas por similaridade, verifica-se que para ambos os grupos PCP e PNCP, as principais explicações para se evitar tratamentos fúteis foram: “Pequena resposta terapêutica” e “Falta de conhecimento”. Entretanto, conforme Moritz e Nassar³⁰, os profissionais que atuam com pacientes em terminalidade devem ter conhecimento quanto a finalidade de alguns tratamentos, evitando, assim, as práticas que levam à distanásia. Há necessidade de reuniões com os profissionais para a realização de reflexão e discussão envolvendo temas éticos e legais sobre tratamento que são considerados fúteis.²³

Tabela 18b - Justificativas

Explicações	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Conhecimento adquirido na Pós	1	7,69	0	0,00
Falta de conhecimento	4	30,77	4	30,77
Pequena resposta terapêutica	5	38,46	4	30,77
Aceitação familiar	2	15,38	1	7,69
Prognóstico (Evolução da doença)	0	0,00	0	0,00
Cultura, crença e religião	1	7,69	1	7,69
Eutanasia	0	0,00	1	7,69
Fora do contexto	0	0,00	2	15,38
Distanasia	0	0,00	0	0,00
Sofrimento	0	0,00	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

**Gráfico 18b - Justificativas**

Segundo dados da Tabela 19 / Gráfico 19, os três principais motivos identificados pelo grupo PCP como influenciadores no processo de tomada de decisão foram: Falta informação a respeito 9 (69,23%), Devido à relutância em aceitar que não podem mais atuar em direção à cura 7 (53,85%) e Dilemas ético-legais envolvendo a temática 6 (46,15%). No o grupo PNCP tem-se: Falta informação a respeito 8 (61,54%), Devido à relutância em aceitar que não podem mais atuar em direção à cura 5 (38,46%) e Dilemas ético-legais envolvendo a temática 4 (30,77%).

A falta de informação a respeito do tema Cuidados Paliativos a que os profissionais de ambos os grupos se referem, só vem a confirmar o que o autor Azulay³⁹ já havia mencionado em questões anteriores que: “a utilização das medidas fúteis ocorre por desconhecimento dos profissionais sob cuidados paliativos”. A relutância em aceitar que não podem mais atuar em direção à cura, é explicado por Costa⁴² como sendo praticamente uma constante na formação do profissional da área da

saúde, a obstinação pela cura se esquecendo dos postulados básicos da medicina, que é a diminuição do sofrimento humano. Em relação às questões ético-legais, o Conselho Federal de Medicina Brasileiro, através da resolução 1805/2006⁴³, possibilita a suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em terminalidade, respaldando, a decisão médica na escolha pela filosofia dos Cuidados Paliativos.

Tabela 19 - O déficit de conhecimento dos profissionais sobre Cuidados Paliativos influenciam na decisão dos profissionais em instituir a abordagem paliativa? Por qual destes motivos?

Alternativas	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Devido a relutância em aceitar que não podem mais atuar em direção à cura	7	53,85	5	38,46
Impotência da invulnerabilidade da morte	4	30,77	3	23,08
Dilemas éticos-legais envolvendo a temática	6	46,15	4	30,77
Falta informação a respeito	9	69,23	8	61,54
Outros	0	0,00	1	7,69

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

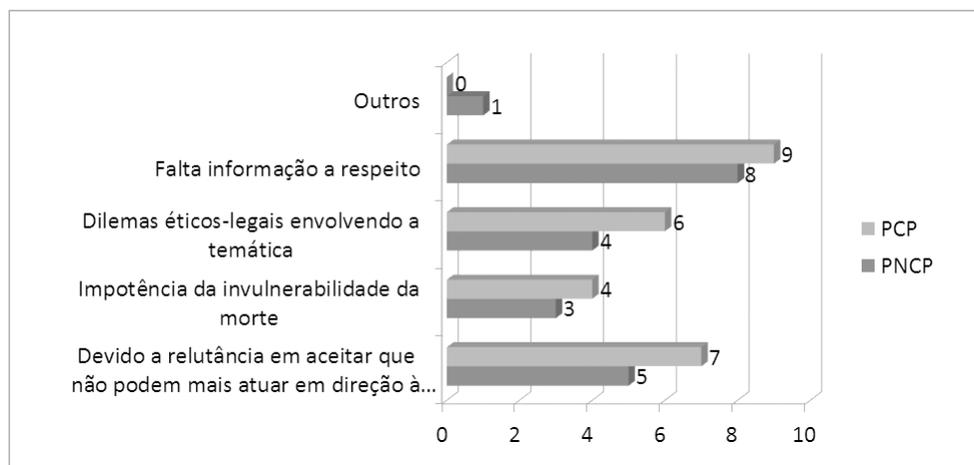


Gráfico 19 - O déficit de conhecimento dos profissionais sobre Cuidados Paliativos influenciam na decisão dos profissionais em instituir a abordagem paliativa? Por qual destes motivos?

Pelos dados demonstrados na Tabela 20 / Gráfico 20, ambos os grupos foram unânimes em afirmar que a falta adequada de comunicação entre a equipe, ausência de registro em prontuários e opiniões divergentes em relação à palição são os principais obstáculos no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos.

E, isto está relacionado com a literatura do campo dos Cuidados Paliativos. Segundo Moritz³⁷ “a adequada comunicação entre profissionais de saúde, paciente e família deverá ser priorizada, pois a má comunicação é uma das principais barreiras geradoras de conflitos na assistência ao paciente crítico terminal”. Para Venturini

e Marcon⁴⁴ “a ausência de informações completas relacionadas a um procedimento podem ocasionar a dúvida na equipe se o mesmo foi ou não realizado”. Segundo Renner⁴⁵ “os dilemas éticos estão presentes em todas as áreas de atuação dos profissionais da saúde e são situações com duas alternativas para o tratamento ou condução de um caso, justificadas tecnicamente, mas passíveis de questionamento”.

Tabela 20 - A falta adequada de comunicação entre a equipe, ausência de registro em prontuários e opiniões divergentes em relação à palição, pode ser um obstáculo no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos?

Grupo	Participante	Sim	%	Não	%
PCP	13	13	100,00	0	0,00
PNCP	13	13	100,00	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

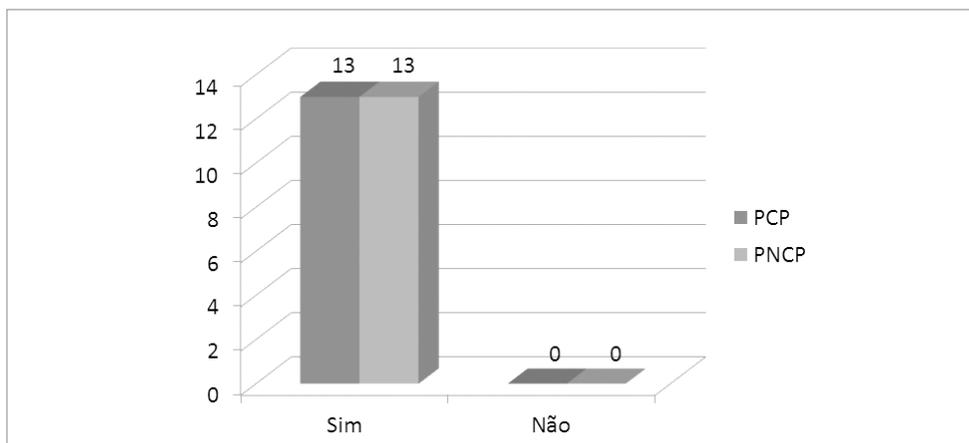


Gráfico 20 - A falta adequada de comunicação entre a equipe, ausência de registro em prontuários e opiniões divergentes em relação à palição, pode ser um obstáculo no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos?

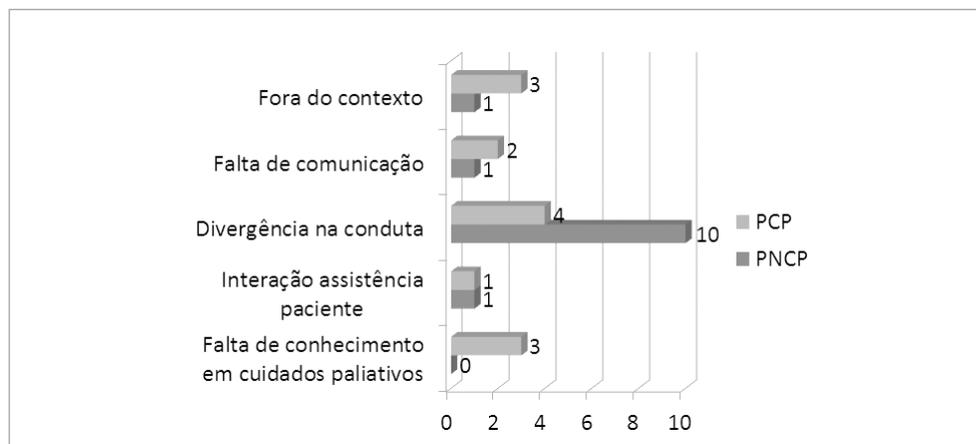
Analisando os dados da Tabela 21 / Gráfico 21, nota-se que os profissionais da equipe PCP, mencionaram diversos obstáculos distintos que foram agrupados por similaridade, porém dentre eles, o que teve maior destaque foi a divergência na conduta: 4 (30,77%) profissionais. Também para os profissionais do grupo PNCP, o maior obstáculo registrado foi a divergência na conduta: 10 (76,92%) profissionais. Como não há protocolos a serem seguidos pelos profissionais da área da saúde no lidar com pacientes em final de vida, dúvidas e divergências na equipe sempre vão existir. Estas dificuldades tem impacto direto nas tomadas de decisões entre investir ou não no paciente, pois optar pela continuidade ou encerramento do tratamento, requer muita sensibilidade, prática e sólidos conceitos de Cuidados Paliativos, conforme já mencionado anteriormente pelo autor Renner.⁴⁵

Tabela 21 - Justificativas

Obstáculos	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Falta de conhecimento em cuidados paliativos	3	23,08	0	0,00
Interação assistência paciente	1	7,69	1	7,69
Divergência na conduta	4	30,77	10	76,92
Falta de comunicação	2	15,38	1	7,69
Fora do contexto	3	23,08	1	7,69

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

**Gráfico 21 - Justificativas**

Já com os dados da Tabela 22 / Gráfico 22, notou-se que 12 (92,30%) dos profissionais do grupo PCP assinalaram a resposta correta em que todos os pacientes internados no Hospital Premier estão em Cuidados Paliativos. No entanto, nenhum profissional do grupo PNCP afirmou que todos pacientes internados no Hospital Premier estão em Cuidados Paliativos.

Tabela 22 - Todos os pacientes internados no Hospital Premier podemos afirmar que estão em Cuidados Paliativos?

Grupo	Participantes	Sim	%	Não	%
PCP	13	12	92,31	1	7,69
PNCP	13	0	0,00	13	100,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

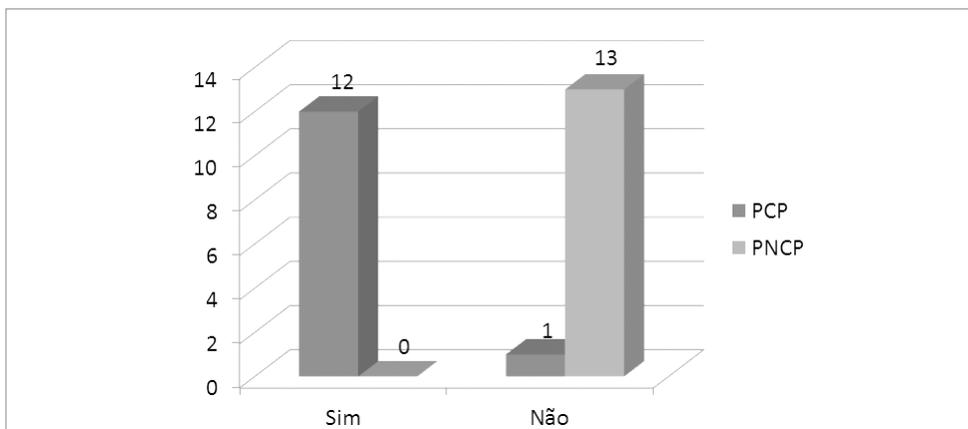


Gráfico 22 - Todos os pacientes internados no Hospital Premier podemos afirmar que estão em Cuidados Paliativos?

Os dados apresentados na Tabela 23 / Gráfico 23 correspondem apenas aos profissionais que afirmaram que todos os pacientes do Hospital Premier estão em Cuidados Paliativos. Sendo assim, foram tabulados apenas os dados do grupo PCP que buscaram explicar os motivos através dos conceitos estabelecidos pela OMS.⁸

Tabela 23 - Justificativas

Explicações	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Doença ameaçadora a vida	7	53,85	0	0,00
Doenças graves	3	23,08	0	0,00
Fora do contexto	1	7,69	0	0,00

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

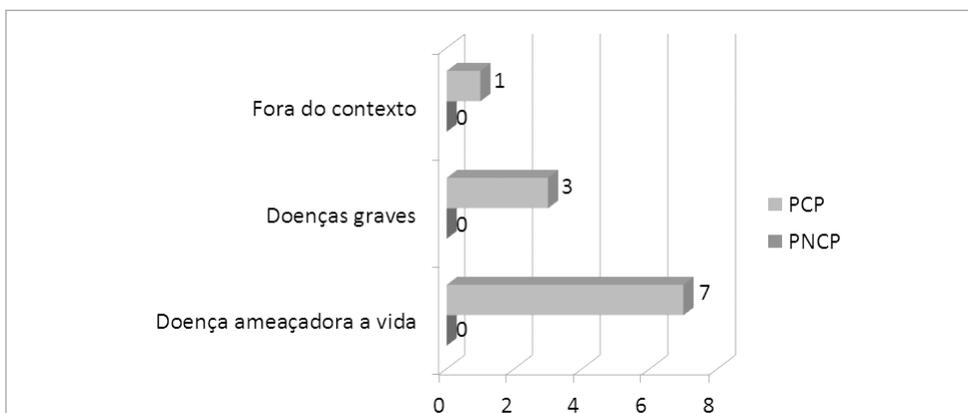


Gráfico 23 - Justificativas

A próxima questão objetivou identificar as dificuldades mais frequentes dos profissionais que atuam diretamente com pacientes em terminalidade. Através dos dados da Tabela 24 / Gráfico 24, verifica-se que as três maiores dificuldades apontadas pelos profissionais do grupo PCP foram: Família 11(78,57%), Controle de sinais e sintomas 6 (42,86%) e Controle da dor 4(28,57%). Já para os profissionais do grupo PNCP, as três maiores dificuldades levantadas foram: Família 13(92,86%), Conduta 6(42,86%) e Prognóstico(Evolução da Doença) 5(35,71%).

Destaca-se que em ambos os grupos a família foi considerada como sendo a principal dificuldade no enfrentamento de pacientes em terminalidade. Observa-se que as relações profissionais, paciente e familiares são assuntos que demandam preocupação no meio de trabalho com pacientes em fase terminal. A comunicação adequada entre profissionais de saúde, paciente e família deve ser priorizada, pois a má comunicação é uma das principais barreiras geradoras de conflitos na assistência ao paciente crítico terminal.³⁷

Uma boa comunicação entre o profissional da área da saúde e a família, estabelece um melhor cuidado.⁴⁶ Também contribui para a excelência da prática do atendimento e cria oportunidades de aprendizagem para o paciente, despertando o sentimento de confiança para com a equipe, permitindo que ele experimente a sensação de segurança e satisfação.

Tabela 24 - Quais as maiores dificuldades que você destacaria no enfrentamento de paciente que encontram-se em terminalidade? Cite 03 (três).

Explicações	PCP		PNCP	
	Prioridade	%	Prioridade	%
Controle da dor	4	28,57	0	0,00
Controle de sinais e sintomas	6	42,86	2	14,29
Conforto	0	0,00	1	7,14
Acolhimento e assistência pós óbito	0	0,00	1	7,14
Falta de conhecimento	0	0,00	3	21,43
Espiritualidade	0	0,00	1	7,14
Conduta	2	14,29	6	42,86
Família	11	78,57	13	92,86
Comunicação	3	21,43	1	7,14
Fora do contexto	2	14,29	1	7,14
Ética	1	7,14	0	0,00
Afeto ao paciente	1	7,14	0	0,00
Sofrimento	3	21,43	0	0,00
Prognóstico (Evolução da doença)	3	21,43	5	35,71

PCP = Profissionais que cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

PNCP = Profissionais que não cursam a Pós Graduação em Cuidados Paliativos

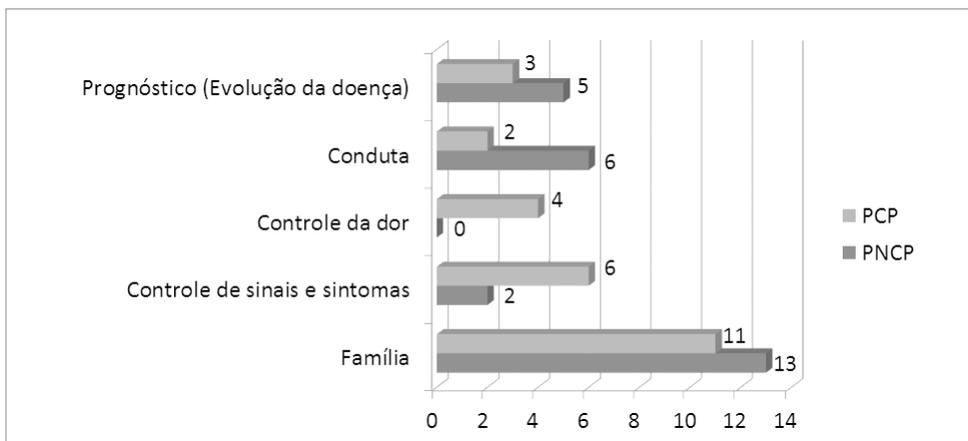


Gráfico 24 - *Quais as maiores dificuldades que você destacaria no enfrentamento de paciente que encontram-se em terminalidade?*

Enfim, ao longo da pesquisa puderam ser observadas importantes diferenças entre os grupos PCP e PNCP. O limite do estudo em questão foi o fato de não terem sido realizados testes estatísticos, se restringindo ao número da amostra utilizada.

6. CONCLUSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar o conhecimento e identificar as dificuldades dos grupos PCP e PNCP no tema Cuidados Paliativos.

Observou-se através das respostas apresentadas que há diferenças no conhecimento entre os dois grupos. Provou-se que apenas com a teoria não é suficiente para dominar os conceitos de Cuidados Paliativos. A prática e a vivência tiveram um papel fundamental para equilibrar o conhecimento sobre o assunto.

O desafio agora é associar a teoria com a prática, e vice versa, pois só assim a Equipe como um todo tende a seguir num mesmo caminho, com um só objetivo, o atendimento mais humano e proativo dos pacientes em terminalidade.

Identificou-se a necessidade de reuniões contínuas de reflexão sobre os temas específicos tais como: tomada de decisão para realização de medidas invasivas em pacientes em terminalidade, suspensão de tratamentos fúteis, melhora da comunicação entre equipe, paciente e família, registro claro e objetivo em prontuários e capacitação da equipe frente as dificuldades levantadas

Conclui-se com esta pesquisa que o assunto Cuidados Paliativos é relativamente novo em nosso país, carente de artigos referente ao tema e que requer novos projetos e pesquisas para aprofundá-lo e que os profissionais necessitam conhecer e explorar ainda mais a temática que envolve Cuidados Paliativos visto que se trata de uma área ampla, rica e tão pouco discutida no Brasil.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hall S, Petkova H, Tsouros A, Constantini M, Higginson JJ. World Health Organization: Palliative care for older people: better practices. Copenhagen: World Health Organization; 2011.
2. Costa Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva* 2008;20(1):88-92.
3. Braga CF, Queiroz E. Cuidados Paliativos: O Desafio das Equipes de Saúde. *Psicologia USP, São Paulo*, 2013 24(3), 413-429.
4. Gutierrez, P., L. (2001). O que é o Paciente Terminal? *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 47, n. 2. ano 01. Acesso em 05/03/09.
5. Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M., S., & Lima, L. D. (2006). Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. v.16, n.35 ano 06. Acesso em 12/11/08.
6. Moritz RD - A Morte e o Morrer nas Unidades de Terapia Intensiva, em: David CM - *Medicina Intensiva*. 1ª Ed, Rio de Janeiro, Revinter, 2005;68-78.
7. Moritz RD - Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, 2005;13:51-63.
8. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2ª Edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.26.
9. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. *Ver.Saúde Pública* 2001;35"1":103-9.
10. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos*. 1ª.Ed.Rio de Janeiro: Diagraphic;2009.
11. Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O vivenciar a situação de ser com câncer: Alguns desvelamentos. *Ver.Latino – Am Enferm.*2007 Jul-Ago; 15"4":605-11.
12. Floriane, Ciro Augusto; Schramm, Fermin Roland. *Cuidados Paliativos; Interfaces, Conflitos e Necessidades*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.2, p.2123-2132, 2008.
13. Oliveira RA, coord. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.
14. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES no 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Medicina Paliativa é oficializada como área de atuação diz Jornal do CREMESP* [online]. 2010 [acesso em 20 dez. 2010].
16. Universidade Federal de São Paulo. Unifesp inaugura ambulatório de cuidados paliativos. O setor em notícias. São Paulo, Brasil; 2006.
17. 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*, 2007;1(1):34-42.
18. Lima, V.R.; Buys, R. Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.60, n.3, 2008.
19. Bifulco, V.A.; lochida, L.C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Médica* 33(1):92-100;2009.
20. Pnheiro, T.R.S.P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto ano. *O Mundo da Saúde, São Paulo*: 2010;34(3):320-326.
21. Toledo, A.P; Priolli, D.G. Cuidados no Fim da Vida: O Ensino Médico no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica* 36(1): 109–117;2012.
22. Brugugnolli, I.D.; Gonsaga, R.A.T.; Silva, E.M. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev.bioét. (Impr.)*.2013;21(3):477-85.
23. Cardoso, D.H.; Viegas, A.C.; Santos, B.P.; Muniz, R.M.; Thofehhrn, M.B. O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. *Avances en Enfermería - Vol.XXXI N.º 2 Julio-Diciembre* 2013.
24. Cardoso, D.H.; Muniz, R.M.; Schwartz, E.; Arriera, I.C.O. Cuidados Paliativos na Assistência Hospitalar: A vivência de uma Equipe Multiprofissional. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2013 Out-Dez;22(4):1134-41.
25. Fonseca; A.; Giovaninni, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 37(1):137–142;2013.

26. Oliveira, J.R.; Ferreira, A.C.; Resende, N.A. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica* 37(2): 285–290;2013.
27. Silva, C.F.; Souza, D.M.; Preira, L.C.; Santos, M.R.; Faustino, T.N. Concepções da Equipe Multi-profissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciênc. Saúde coletiva* vol.18 no.9 Rio de Janeiro Sept.2013.
28. Parasuraman, A. *Marketing research*. 2. ed. Addison Wesley Publishing Company, 1991.
29. Diehl, Astor Antonio. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
30. Moritz, RD, Nassar SMA Atitude dos Profissionais de Saúde Diante da Morte. *Revista Brás Terapia T Intensiva* 2004;21.
31. Arrambide, MS, Poc OG, Miravete JLM, Pérez-Yarza EG, Caro IA. El pediatra ante la muerte del niño integración de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Na Pediatr (Barcelona)*. 2005;62(5):450-7.
32. ANCP. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP*; 2006. 23p.
33. Goic A et al.El Cuidado del enfermo terminal *Ver Méd Chile* 1997; 125: 1517-1525.
34. Daniel LF. *Enfermagem planejada*. 3a. ed. São Paulo: EPU; 1981.
35. Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nro.196 de 10 de outubro de 3 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 de Outubro.
36. Nascimento Erp, Trentini M. O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teria Humanística de Paterson e Ziderade. *Ver Latino-AM Enfermagem* 2004 Março-Abril; 12(2):1-13.
37. Moritz, RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, Machado FO, Pivas JP, Dias MDA, Verdeal JCRV, Rocha E, Viana RAPP, Magalhães AMPB, Azeredo N. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008;20(4):422-428.
38. Fortes DN. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim da vida em UTI [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina – USP;2001.
39. Azulay TA. Las diferentes formas de morir. *Relexiones éticas Na Med Interna* 2004;21: 355-358.
40. Kóvacs, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 34(4), 420-429.
41. Matos, E., Pires, D. E. P., & Campos, G. W. S. (2009). Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6),863-869.
42. Costa OJM. *UTI: Muito além da técnica: a humanização e arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu; 2001.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução CFM nº 1805 de 28 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União* 2006; 28 nov.
44. Venturini, DA; Marcon, SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 5, set./out. 2008.
45. Renner AF, Goldim JR, Prati FM. Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter*. 2002;6(3):135-8.
46. Rodrigues IG, Zago MMF. Enfermagem em cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1):89-92.

Prevalência de luxação em articulação glenoumeral em pacientes sob cuidados paliativos em hospital de cuidados prolongados

Jeferson Ambrozio Oliveira Alves

RESUMO

Introdução: Observou-se no Brasil a partir do final dos anos 60 um célere processo de envelhecimento da população, dentre esses os chamados idosos fragilizados. Muitos deles apresentam síndrome do imobilismo, muito frequente em instituições de cuidados prolongados. Essa condição clínica traz modificações sistêmicas, articulares e musculares que são responsáveis por deformidades e eventualmente luxações de ombro (LO), que podem causar dor e mais incapacidade, dentre outras complicações. Raros são os estudos sobre lesões de ombro na população assistida sob cuidados prolongados e paliativos. **Objetivos:** Primário: Identificar a prevalência de LO em população de instituição de cuidados prolongados e paliativos. Secundário: levantamento de diagnósticos clínicos que indiquem internação em hospital de cuidados prolongados, avaliação da dor no ombro e estado funcional. **Método:** Avaliação clínica à beira do leito de diagnóstico presuntivo de LO, realizada por fisioterapeuta, em uma instituição privada de cuidados prolongados e paliativos, na cidade de São Paulo. Foi obtida amostra de conveniência dos pacientes internados no período de um mês nessa instituição. **Resultados:** Foi identificado um total de 27,26% de LO, em um total de 66 pacientes. A média de idade foi de 75,57 anos, 75,76% apresentava síndrome do imobilismo grave, 77,27% apresentou diagnóstico principal de internação sequelas de doenças neurológicas (demências e acidente cerebrovascular), 71,21% apresentou dependência grave segundo escala de Barthel. **Conclusão:** Cerca de um quarto da população assistida na instituição avaliada, predominantemente idosa, apresentou LO, o que acarreta uma necessidade de mais estudos na área, em especial aos planos de cuidados e repercussões desse achado na prevenção de dor e mais incapacidade.

PALAVRAS-CHAVE: Luxação Glenoumeral, Idoso, Assistência de Longa Duração, Cuidados Paliativos.

1. INTRODUÇÃO:

O envelhecimento populacional iniciou-se no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, e foi acompanhado pelo resto dos países do Primeiro Mundo, no século passado, e se estendeu, nas últimas décadas, por vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil. Aqui, observou-se, a partir do final dos anos 60, uma rápida e generalizada queda da fecundidade, e haverá conseqüentemente, um célere processo de envelhecimento da população, aliado a uma melhor qualidade de vida e diminuição da mortalidade¹.

Os idosos constituem o segmento que mais cresce na população brasileira e entre 1991 e 2000 o número de habitantes senis aumentou duas vezes e meia mais (35%) do que o resto da população do país (14%)².

O Brasil entrou no século XXI com cerca de 14 milhões de pessoas com 60 anos

ou mais, número que deverá triplicar em 2025, representando a sexta maior população mundial de idosos do planeta.

À medida que o organismo envelhece, ocorrem alterações atribuídas a fatores como os hábitos de atividade física, alterações no metabolismo e mudanças dos níveis hormonais.

O sistema musculoesquelético sofre alterações nas suas principais estruturas, que leva a uma perda de força muscular, osteoporose e alterações estruturais nas articulações.

A luxação glenoumeral é a perda da relação anatômica normal entre a cabeça do úmero e o ombro (cavidade glenoide). Etiologicamente pode ser traumática (ocorre após incidente violento em pacientes com a estrutura articular previamente íntegra); ou não traumática (onde há alterações preexistentes que favorecem a luxação - e subluxação - mesmo na ausência de grande trauma, por hiper mobilidade articular por distintas etiologias)³.

As alterações articulares em decorrência do avanço da idade, combinadas com alterações clínicas do paciente idoso podem favorecer o aparecimento de luxações de ombro e as mesmas podem causar dor, condição esta que pode ser persistente e frequentemente incapacitante.

A luxação anterior de ombro é mais comum que a posterior. Quando recidivante causa muito desconforto e dor nos pacientes acometidos, além de perda de massa óssea em mais de 80% deles. Ela é muito comum e muito incapacitante na população idosa, contrariando a noção de que há maior prevalência em jovens e atletas por terem maior atenção na literatura científica⁴.

Algumas das complicações importantes no idoso podem incluir lesão do manguito rotador braquial, lesão do plexo e lesão da artéria axilar, muitas das quais surgiram devido a alterações das propriedades físicas do tecido que vêm com a idade.

O tratamento é um pouco controverso e vai desde predominantemente o tratamento conservador que inclui fisioterapia⁵ até o cirúrgico mais invasivo⁶.

Estudos têm relatado que a prevalência estimada de dor no ombro na população esteja entre 11,7 e 16%, chegando a 21% na população de hospitais geriátricos⁷. A incidência de queixas de dor no ombro, na prática geral dos serviços de saúde, é 11,2 por 1.000 pacientes atendidos (1,12%). Este sintoma, que é mais frequente no envelhecimento e na prática de certas ocupações ou esportes, é evidenciado, além da dor, por restrição de movimentos e força e diminuição da funcionalidade do ombro⁸.

É possível que muitas dessas luxações sejam originadas ou agravadas dentro de uma instituição de longa permanência, em especial aquelas que abrigam pacientes de alta dependência, os hospitais de cuidados prolongados. Por outro lado, as condições crônicas que causam imobilismo, em especial quando se refere a pacientes neuropatas em grande parte residentes nas instituições de longa permanência, merecem a abordagem de cuidados paliativos. Atualmente, a demanda por cuidados paliativos é crescente para sequelados de doenças neurológicas nas localidades onde o envelhecimento populacional é mais acentuado. Assim, como a filosofia de cuidados paliativos

prima pela qualidade de vida em pacientes portadores de condições incuráveis, acredita-se que este tema mereça esta abordagem científica, por seu relevante grau de prevalência em populações dependentes de cuidados.

1.1. CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”⁹.

Uma das grandes mudanças na humanidade nas últimas décadas é o progressivo envelhecimento. As pessoas estão envelhecendo, porém mantendo a qualidade de vida outrora conquistada, mantendo-se em suas atividades profissionais, sociais e culturais, graças ao desenvolvimento terapêutico e tecnológico a partir da segunda metade do século XX, que transformou doenças mortais em doenças crônicas, levando à longevidade seus portadores.

Esse desenvolvimento tecnológico-terapêutico abre margem para muitas interpretações éticas talvez “impróprias”, onde seu detentor é o centro das atenções. Porém, segundo Halina Bortnowska, filósofa polonesa, na filosofia dos Cuidados Paliativos, o paciente é soberano, onde o valor central é a dignidade humana, ocorrendo a troca afetiva entre ele e toda uma equipe multiprofissional que gira em seu redor¹⁰.

Os cuidados paliativos são norteados pelos seus princípios, dispensando o termo “protocolo”. O tratamento é dispensado a pacientes com doenças ameaçadoras da vida (não em terminalidade “somente”), discutindo-se o tratamento modificador de sua doença e sua continuidade, afastando de vez a ideia do “não há mais o que fazer”¹¹.

Assim, vai de encontro quase que diretamente ao grupo de pacientes “fora de possibilidade de cura” nos hospitais, invariavelmente recebendo assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos, de alta tecnologia (e de alto custo). Essas assistências, quando não são insuficientes, são exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal e o mais dramático, a dor¹².

1.1.1. Princípios dos cuidados paliativos.

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou princípios que norteiam a equipe multiprofissional, que foram reafirmados em 2002. São eles:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como parte dela;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar aspectos psicológicos e sociais no cuidado do paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente de viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;

- Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para compreender e contralar situações clínicas estressantes¹³.

Os Cuidados Paliativos tiveram início no Brasil na década de 80, mas tiveram seu crescimento nos anos 2000, com a consolidação dos serviços já existentes e o aparecimento de novos serviços.

Seu objetivo principal é a melhora da qualidade de vida dos doentes e familiares, que é conseguida através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual sendo imprescindível um diagnóstico do sofrimento e de suas causas para um adequado manejo dos cuidados paliativos¹⁴.

1.1.2. Pacientes que elegíveis aos cuidados paliativos.

Pela Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis que ameacem a continuidade da vida devem receber abordagem dos cuidados paliativos desde o seu diagnóstico. Porém, por conta da dificuldade para avaliação e os cuidados do sofrimento humano, estabelece-se alguns critérios para indicação de cuidados paliativos exclusivos¹⁵.

O prognóstico de tempo de vida é um parâmetro amplamente discutido para sua indicação. Através do MEDICARE (programa de cobertura de seguro social administrado pelo governo americano), estabelece-se 6 meses de prognóstico de vida para indicação de *Hospice*¹⁵.

A principal forma utilizada para se traçar um prognóstico de vida é a diminuição da funcionalidade do doente. Deve-se ter perícia para identificar os fatores adjacentes que possam estar interferindo nessa diminuição funcionalidade, para saber se sua diminuição ocorre pela doença de base ou outras comorbidades.

Doenças que proporcionam perda funcional importante, são;

- Doenças Cardíacas;
- Doença Pulmonar;
- Doença Renal;
- Doença hepática;
- HIV;
- Doença neurológica de longa duração;
- Deficiência Mental;
- Acidente Vascular encefálico;
- Demência
- Esclerose Lateral Amiotrófica; e
- Câncer.

Alguns idosos que apresentem fragilidade intensa e perda funcional, ainda sem diagnóstico definido, mas que apresentem trajetória previsível em direção à morte também podem se beneficiar dos serviços de cuidados paliativos ou por apresentarem uma aceleração recente do declínio cognitivo e funcional ou por terem tomado uma decisão de não prosseguir tratamento agressivo devido à idade avançada, à má saúde geral, estado cognitivo e custos excessivos.

Em pacientes idosos, um dos sinais mais sensíveis nestas condições da síndrome da fragilidade, que pode ser caracterizada por: perda de peso inexplicável de 10% ao longo de um período de 6 meses, ou um índice de massa corporal (IMC) <22 kg/m² indica cuidados paliativos, salientando que a combinação de perda de peso progressiva e dificuldades com as atividades de vida diária são prognóstico para morte iminente¹⁶.

1.1.3. Locais onde se realizam cuidados paliativos: hospital de cuidados prolongados

O Sistema Único de Saúde brasileiro estabelece as diretrizes para os cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através de sua portaria nº 2.809 de dezembro de 2012¹⁷.

As unidades de cuidados prolongados (UCP) e hospitais de cuidados prolongados (HCP) se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio destinando-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

Os cuidados prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. Considera-se usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar.

Na expressão popular, midiática e meio de comunicação, asilo é a denominação mais comum para instituição de idosos, mas nos debates iniciados a alguns anos nas comissões especializadas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em congressos e jornadas, começou a ser adotada a expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), como correspondente a *Long Term Care Institution*, facilitando ainda o completo entendimento de alguns artigos científicos internacionais¹⁸.

1.2. FATORES QUE PREDISPÕEM À INSTITUCIONALIZAÇÃO

Os fatores que predisõem à institucionalização são, de acordo com análise de estudos nos Estados Unidos: idade, diagnóstico, limitação nas atividades da vida

diária, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais, pobreza¹⁸.

No caso do Brasil, pode-se estimar a presença desses fatores com pesos diferentes, conforme a classe social e a região geográfica, verificando-se o predomínio de fatores socioeconômicos em uma grande parte da população institucionalizada¹⁸. Idosos apresentam maneiras peculiares de manifestação da doença e disfunção. Imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas são as principais, com grande repercussão quanto à dificuldade diagnóstica, ao planejamento e à utilização de recursos. Comumente tem múltiplas causas, cursos crônicos, riscos de perdas de independência e longa e difícil recuperação. Enfim, resultam de combinação de reserva funcional diminuída e doença orgânica, causas socioeconômicas e psicológicas, sendo desafiadoras em relação a causas precipitantes.

As síndromes geriátricas são grandes indicadoras de institucionalização, quando as demências mostram sua representatividade dramática, com indivíduos totalmente acamados. Outro fator de risco importante é a depressão (muitas vezes confundido com uma demência) e o grande impacto de sofrimento psíquico que acarreta fardo doloroso para os familiares.

Alguns dados recentes, tanto nacionais como internacionais, apontam para o aumento de idosos dementados entre os institucionalizados. WELZ-BARTH e FUSGEN (2007) constataram em uma pesquisa realizada em duas ILPIs da Alemanha que, num total de 613 residentes, idade média de 85 sendo (82% do sexo feminino e 18% do sexo masculino), que a prevalência de dementados era de 70%.¹⁹

Assim, a análise desse grupo torna possível que os fatores de risco que levam à institucionalização: síndrome da imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser do sexo feminino, ter idade acima dos 70 anos, ser solteiro, sem filhos ou viúvo recente, morar sozinho, isolamento social, pobreza.

1.2.1. Fatores predisponentes para luxação de ombro em pacientes institucionalizados.

Algumas alterações morfológicas são observadas no organismo, como herança do passar do tempo, inclusive com alteração da aparência do indivíduo. Tais alterações são processo natural do envelhecimento. Este envelhecimento traz consigo ou é influenciado por impactos sociais, psicológicos, econômicos e físicos²⁰.

No envelhecimento há uma propensão natural à diminuição da capacidade funcional, tanto celular, como organicamente. Então, a velocidade de condução neuronal, o teor da água celular, o índice cardíaco, a velocidade de filtração glomerular e a capacidade vital estão reduzidos aos 60 anos, a cerca de 90%, tendo por base que, aos 30 anos, essa capacidade funcione a 100%. Esses parâmetros diminuem em média mais 10% aos 80 anos. Assim, existe a dificuldade de responder a estímulos, dificultando a manutenção da homeostase²⁰.

Essas alterações estruturais do envelhecimento são um processo natural e contínuo que se inicia na vida adulta e se prolonga até a morte.

Segundo Romeu et al. (2006), as pessoas não envelhecem da mesma forma. A idade cronológica quase nunca coincide com a fisiológica. Isso ocorre porque os órgãos não envelhecem com a mesma velocidade em todos os indivíduos. Assim, estudos são voltados à detectar sinais de doença o mais rápido possível, a fim de interferir no processo de senescência²⁰.

Assim, para entendermos o que leva a incidência de algumas patologias com mais frequência no indivíduo idoso, faz-se necessário entender o processo de envelhecimento.

Existem alterações evidentes na composição do corpo, com aumento do tecido adiposo depositando-se na região perirrenal em substituição ao parênquima perdido de diversos órgãos. No tecido subcutâneo o tecido adiposo diminui nos membros e aumenta no tronco. O jovem masculino tem em média, 60% do peso em água, diminuindo para cerca de 54%, no feminino, a jovem tem redução de 52% para 46%, graças a perda de água intracelular e extracelular. Já que a perda intracelular é maior, ocorre a diminuição do fluido intracelular para o extra celular, gerando assim, uma desidratação celular e perda de potássio total, já que sua maior parte é intracelular²¹.

Entretanto, o aumento do tecido adiposo relativo ao aumento da idade é maior internamente, em torno de vísceras e nos mesentérios, do que no tecido subcutâneo.

1.2.2. *Síndrome do imobilismo*

Vinte por cento (20%) dos Idosos acima dos 75 anos apresentam um declínio funcional significativo em um ano. Assim, conclui-se que esta idade é um divisor de águas, já que imobilidade, incapacidade e mortalidade crescem muito rapidamente²².

Estes indivíduos são definidos como idosos frágeis, já que estão propensos a este declínio funcional e, quando acometidos, geralmente estão institucionalizados ou em algum tipo de cuidado domiciliar, dependem de terceiros para atividades da vida diária (AVD'S), são incapazes de movimentar-se, são dependentes de múltiplos fármacos, são desnutridos e com alterações laboratoriais. Quando estão em condições de confinamento no leito, com mobilidade muito reduzida, evoluem para outras complicações, as quais são conhecidas por Síndrome da Imobilização (SI).

Caracteriza-se síndrome por um conjunto ou complexo de sinais e sintomas que acontecem ao mesmo tempo, que individualizam uma entidade mórbida e podem ter mais de uma etiologia; Imobilidade como o efeito resultante de uma supressão de todos os movimentos de uma ou mais articulações em decorrência da diminuição das funções motoras, impedindo a mudança de posição ou deslocamento corporal. Por fim, prejudica a mudança postural, comprometendo a independência, levando o paciente à incapacidade, fragilidade e à morte.

Não se pode dizer que todo paciente acamado tenha Síndrome da Imobilização. De acordo com o tempo, classifica-se "repouso" a permanência no leito por um período de 7 a 10 dias; por "Imobilização" de 10 a 15 dias; e "decúbito de longa duração" o período superior a 15 dias. Porém para caracterizar a SI, existem critérios de caracterização própria. O Critério Maior engloba um déficit cognitivo médio a severo, além

de múltiplas contraturas; o Critério Menor, afecções cutâneas, ou úlcera de decúbito, disfagia leve a grave, dupla incontinência e afasia. Portanto, um paciente acometido de SI, deve necessariamente apresentar as características do critério maior e pelo menos duas do critério menor²³.

Segundo Leduc (2011), diversas patologias que levam o idoso à imobilidade podem evoluir para a SI. Algumas estão descritas no quadro 1:

Quadro 1 – *Patologias que causam imobilidade.*

PATOLOGIAS	Causas de Imobilidade
Doença Osteoarticular	Osteoartrose Sequelas de fraturas Doenças Reumáticas Osteoporose Deformidade Plantar Metástases
Doença Cardiorrespiratória	DPOC ICC Cardiopatia isquêmica
Doenças Vasculares	Sequelas de Trombose venosa Insuficiência arterial
Doença muscular	Fibrosite Polimialgia Desnutrição proteico-calórica
Doença Neurológica	Neuropatia periférica AVC Hidrocefalia Parkinson Demência ELA
Doença psíquica	Depressão Demência
Doenças dos pés	Calosidade e cravo Onicogrífose Úlcera Plantar
Iatrogenia medicamentosa	Neurolépticos Ansiolíticos Hipnóticos Anti-hipertensivos Isolamento social e inadequação do espaço físico
Déficit neurosensorial	Cegueira e/ou Surdez

Os pacientes que chegam à Síndrome do Imobilismo, em geral são idosos frágeis que são hospitalizados ou institucionalizados onde as condições adversas de um ambiente não familiar, repouso prolongado, iatrogenias, desnutrição o transformam em um ser dependente.

Cerca de 25 a 50% dos pacientes idosos perde sua independência física, ficando confinados no leito após tratamento hospitalar prolongado. Levantamento feito no Canadá e na Austrália, mostram que 25% dos idosos vivendo na comunidade e 75% dos institucionalizados têm deficiência ou incapacitação grave. Porém não há dados específicos da prevalência da Síndrome da imobilidade, porém, ao basear-se no número de idosos que se tornam incapacitados e perdem sua dependência, sugere-se que sua prevalência seja alta²⁴.

Alguns sistemas do organismo sofrem alterações do seu funcionamento quando são diretamente submetidos a uma SI: o sistema cardiovascular, sistema urinário, sistema tegumentar, sistema digestório e o sistema respiratório. Porém, o sistema esquelético está mais diretamente ligado ao tema desta apreciação. Ele compreende dois tipos de tecidos: o ósseo e o cartilágneo.

O tecido ósseo tem dois aspectos: O compacto e o esponjoso. O tecido compacto está localizado na região cortical do osso, que é conhecida como diáfise. Já o esponjoso, aparece especialmente nas epífises dos ossos longos, sendo formado por delgadas lâminas ósseas entrecruzadas cuja disposição geral segue a direção das linhas de impacto a que o osso naturalmente está suscetível. A cortical é formada por lamelas concêntricas denominadas sistemas de Havers ou osteonas. Em torno de um canal central estão numerosas células ósseas, os osteócitos. Na matriz extracelular, estão seus elementos, as fibras colágenas dispostas espiraladamente em torno do canal central e os sais de cálcio. As moléculas desses sais são aderidas a fibras colágenas, da matriz óssea. Esses sistemas de Havers nos jovens são circulares e com dimensões e tamanhos normais. Nos idosos, esses canais dos sistemas Havers se apresentam mais amplos, sendo mais porosos. Há também a transformação da compactação da zona interna, deixando-a mais esponjosa²⁵.

Assim, há perda de massa óssea por essa transformação de esponja pelo aumento das cavidades entre as trabéculas ósseas. Os osteócitos, que têm a função do controle do metabolismo ósseo da matriz extracelular, diminuem em número e atividade com o envelhecimento, prejudicando assim o metabolismo do cálcio, havendo perda deste na matriz. Esta talvez seja a alteração mais importante, ocorrida no osso durante o envelhecimento. A destruição do colágeno é mais lenta do que a formação de novas fibras e a quantidade de sais inorgânicos ficam maiores do que a quantidade de colágeno, deixando o osso frágil e propenso à quebra. Segundo Souza (2006), na mulher, não há perda óssea significativa antes da menopausa, porém, depois desta, o processo é mais intenso do que nos homens, alterando a densidade óssea dos tecidos compactos e esponjoso²⁵.

Os músculos compõem um sistema de extrema importância para a funcionalidade organismo, produzindo o movimento através de contrações voluntárias ou involuntárias. Os músculos esqueléticos são formados pelo ventre muscular, o tendão e suas

inserções e podem ser de contração rápida (fibras brancas) e lenta (fibras vermelhas). No ventre, estão as fibras musculares, que produzem a contração muscular, sendo a parte ativa do músculo. No citoplasma da célula, agrupam-se numerosas miofibrilas, que são constituídas por miofilamentos de actina e miosina e dispostas longitudinalmente ao longo da célula. Os miofilamentos se posicionam ao longo da miofibrila, formando segmentos repetidos, chamados sarcômeros. Segundo Souza (2006), cada célula musculoesquelética, recebe uma inervação de um ramo de axônio neural. A extremidade do axônio entra em contato com a membrana da célula muscular, formando a junção neuromuscular. Quando o impulso nervoso passa pela junção, libera acetilcolina que despolariza a membrana da célula muscular. A despolarização penetra o interior da célula, gerando contração das miofibrilas e consequente, da célula muscular. Os tendões não se contraem por não ter essa capacidade, porém transmitem para o osso a força gerada no ventre muscular²⁶.

Com o envelhecimento, a massa muscular diminui, pela redução do número de células musculares. Muitas dessas células, simplesmente atrofiam e morrem. Muitas das fibras musculares são substituídas por tecido adiposo e conjuntivo. Essa perda de células com o advento da idade decorre de uma série de fatores, e, um dos principais, do grau de atividade desenvolvido pelo indivíduo, de sua nutrição, e aspectos hereditários. Diferentes músculos sofrem o processo de atrofia de maneira diferente no indivíduo, ou seja, músculos menos utilizados, sofrem mais os efeitos da atrofia, com o envelhecimento²⁶.

Como dificultante da contração muscular do idoso, as placas motoras que no jovem apresenta pregas regulares, no idoso têm aumento desse número de pregas. A fenda sináptica fica mais ampla diminuindo a área de contato do axônio com o fuso neuromuscular. Ocorre também, ao mesmo tempo, a diminuição da liberação de acetilcolina nas sinapses, reduzindo assim a velocidade da contração deste músculo. Ainda, o número de motoneurônios tipo I também é reduzido na medula, que somado à atrofia muscular, culminam na redução de placas motoras musculares. Assim, o idoso necessita de um maior número de placas motoras para fazer o mesmo esforço, sendo este aumentado por esse motivo²⁷.

Na imobilidade, uma série de alterações mecânicas e químicas atingem as articulações, resultando em contratura. Esse conjunto de alterações é chamado *panus*, e é responsável pela aderência intrarticular. Com falta de mobilidade, o líquido sinovial e seus nutrientes deixam de circular na cartilagem intrarticular por ausência do efeito bomba, responsável por sua difusão. Devido aos processos neuromusculares primários que levam à flexão de articulações, principalmente do quadril, joelhos, punhos e cotovelos, surgem com o passar do tempo contraturas, a ponto de impedir o desempenho normal da função articular, com limitação da amplitude. Essas articulações acometidas têm além da diminuição ou ausência de nutrientes já descritos, aumento de tecido conectivo fibroso e adiposo (fibroblastos, adipócitos e matriz extracelular)²⁸.

Com apenas duas semanas de imobilidade, surge a reabsorção óssea e cartilaginosa, com cistos ósseos subcondrais (artrofibrose) principalmente por falta de carga articular. O tecido conectivo periarticular hipertrofia-se, produzindo fibrose que, associada com

as modificações articulares leva a contraturas e anquilose. Flexão de joelhos, quadris e cotovelos é característica comum a todos os pacientes com SI. Essas contraturas podem ser prevenidas com cinesioterapia e bom posicionamento com coxins.

Uma rápida e intensa perda de massa óssea (em torno de 0,9% de massa óssea total/semana, com pico máximo entre o 4.º e o 6.º mês, quando se estabiliza), podendo ser medida pelo aumento da calciúria e hidroxiprolina urinária, a qual é um marcador de reabsorção óssea, é produzida pela imobilidade. A perda do cálcio é de 0,4 a 0,7% do cálcio orgânico total/mês de imobilidade no leito. Essa perda de massa óssea relaciona-se com o aumento da reabsorção do osso trabecular e diminuição em sua formação, sugerindo-se 30% de perda óssea são resultantes de absorção aumentada e 70% resultantes da diminuída formação. Na imobilidade, o processo degenerativo muscular é intenso e acelerado, pois são alteradas a estrutura e a função do sistema neuromuscular, transmissão do potencial de ação as fibras musculares e o tecido conjuntivo, resultando em atrofia muscular, perda de força, encurtamento de fibras e perda de sarcômeros. Análises tomográficas mostram que, enquanto o músculo perde apenas 8% de sua área transversal, ele tem 21% de sua força diminuída. Há também o encurtamento das fibras de colágeno, dispostos na composição muscular em forma de rede, com função de apoio estrutural, perdendo sua função elástica, encurtando o músculo e o tendão resultando em contratura da articulação. Estes músculos encurtados sofrem atrofia duas vezes mais rápida e intensa do que os músculos estendidos. Conclui-se que modificações musculares são responsáveis pelas deformidades em SI, mas podem ser prevenidas com cinesioterapia e mobilização precoce, como já descrito anteriormente²⁹.

1.3. SARCOPENIA

A diminuição da massa muscular é uma das modificações mais importantes no envelhecimento. A sarcopenia é uma síndrome caracterizada por progressiva e generalizada perda de massa e força muscular com riscos de eventos adversos, como incapacidade física, perda de qualidade de vida e morte. Ela não é descrita no conceito atual somente a essa diminuição da massa com o envelhecimento, como também perda da força e da função muscular e dependendo da definição utilizada, a prevalência em indivíduos de 60 e 70 anos varia entre 5 a 13%, já entre os idosos acima de 80 anos sua prevalência pode variar de 11 a 50%. Há a redução e perda de massa muscular entre os 50 e 80 anos. O número de fibras sofre uma redução de 35% enquanto o tamanho das fibras 30%, e essa diminuição do tamanho das fibras ocorre predominantemente nas fibras tipo II. Diversos estudos sustentam ainda que nas fibras de contração rápida, a do tipo IIB é a que apresenta maior porcentagem de redução, tanto no número quanto no tamanho das fibras, quando comparada às do tipo IIA³⁰.

Segundo Valente (2011), entre os principais fatores e mecanismos que contribuem para o desenvolvimento da sarcopenia, estão a falta de atividade física, baixa ingestão calórica e proteica, modificações hormonais e alterações nos níveis de citocina, que ocorrem a partir do envelhecimento, assim como alterações da remodelagem do

tecido muscular, perda dos neurônios alfa, além de alterações no recrutamento de células musculares e apoptose. Ela pode ser classificada como *pré-sarcopenia*, onde somente há diminuição da massa muscular, *sarcopenia* onde há diminuição da massa muscular e diminuição de força muscular ou desempenho físico; *sarcopenia grave* é considerada com a diminuição dos três itens: massa, força e desempenho físico³⁰.

1.4. LUXAÇÃO GLENOUMERAL

A articulação do ombro tem o mais alto grau de mobilidade do corpo humano sendo assim a mais suscetível a lesões, entre elas a luxação. Luxação é a perda de congruência entre duas estruturas articulares. Luxação glenoumeral (LG) é uma luxação no ombro e refere-se à perda de contato entre a cabeça do úmero e a glenoide figura 1. A luxação do ombro ocorre quando uma força extrema supera os mecanismos estabilizadores (lábrio, cápsula e manguito) e desloca a cabeça do úmero para fora da glenoide. Chama-se subluxação quando o úmero retorna à posição original sozinho após o deslocamento³¹.

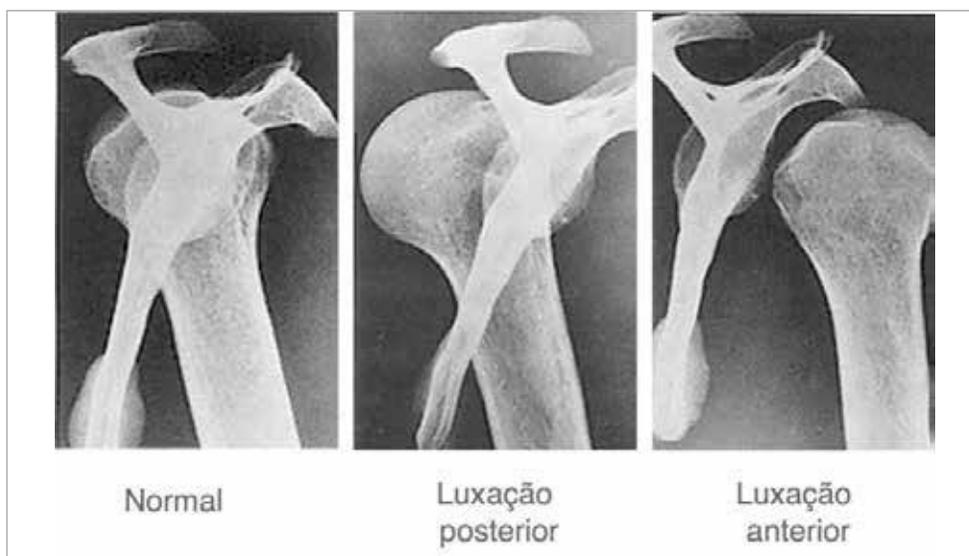


Figura 1. Fonte: Mauro Gracitelli³².

Ela deve ser enquadrada em vários parâmetros a fins de caracterização. A história da moléstia atual deve definir a existência ou não de um episódio traumático, o grau de impacto neste episódio (se houver), a presença de hiper mobilidade concomitante e o caráter evolutivo da instabilidade e, como consequência, a sintomatologia. Traumatismos repetidos podem resultar em alterações estruturais progressivas (do labrum da cápsula e dos ligamentos), sendo esta a chamada luxação adquirida. Os acometidos apresentam uma história clínica, com vários fatores que contribuem para a instalação da instabilidade, quer seja um quadro subjacente de hiper mobilidade articular ou uma atividade esportiva que favoreça o aparecimento de sobrecarga progressiva³³.

Além da origem da instabilidade, esta deve ser caracterizada segundo o seu grau. Este pode ser muito pequeno referido pelo paciente como desconforto e cansaço fácil, pode ser de grau intermédio, indo além destas queixas, causando dores por inflamação dos tendões e sensações de que o ombro por vezes “não está no lugar” ou o grau mais alto que corresponde a episódios de luxação do ombro. Segundo Cartucho et al, a direção da instabilidade pode ser difícil de determinar sendo necessário recorrer a exames complementares para objetivá-las. A instabilidade anterior é a mais frequente, com uma incidência superior a entre 90 a 95% dos casos, podendo ser classificada por: origem – traumática (traumatismos únicos ou repetitivos) e atraumática; Direção – Unidirecional (anterior, posterior, inferior), bidirecional e multidirecional e grau – menor, luxação recidivante.

Assim, alguém que após um traumatismo violento passe a fazer luxações têm uma instabilidade traumática unidirecional (aproximadamente, 90 a 95% dos casos anterior) do ombro. Por outro lado, alguém que por traumatismos repetidos foi fazendo pequenas lesões ligamentares terá uma instabilidade menor do ombro com uma, duas ou mais direções de instabilidade e mesmo este ombro não sofrendo luxações a cabeça umeral não estará bem posicionada no centro da glenoide causando desconforto durante a mobilização e execução de determinados gestos.

Na borda da cavidade glenoide existe uma continuidade para torná-la mais funda denominada lábio glenoidal, este lábio originariamente é considerado um processo fibrocartilaginoso, mas, não tem cartilagem, é principalmente composto de tecido fibroso. Existe uma prega redundante da cápsula anterior, esta prega é aparentemente o lábio, desaparecem quando o úmero gira externamente. Somente uma pequena porção da cabeça do úmero está em contato com a cavidade glenoide em qualquer movimento do ombro.

Esta relação articular incongruente requer um movimento de articulação plena, mais do que o movimento tipo enartrose da articulação do quadril, esta relação instável, porém móvel, requer ações musculares síncronas para sua manutenção. A biomecânica e a localização desses músculos proporcionam equilíbrio, estabilidade e mobilidade da articulação do ombro, o movimento da cabeça do úmero sobre a cavidade glenoide da escápula é complexo, pois a superfície articular maior do úmero a “porção macho” da articulação é maior em área e menos convexa do que a cavidade glenoide “porção fêmea”, o movimento glenoumeral é um deslizamento de duas superfícies incongruentes. A abdução do braço num plano frontal é possível somente pela depressão do úmero para passar sob o arco coracoacromial, o movimento glenoumeral exige abdução simultânea do braço com depressão da cabeça do úmero, este movimento se dá pela ação coordenada dos músculos da bainha músculo-tendínea e do músculo deltoide. Este movimento faz parte do ritmo escapuloumeral³⁴.

1.4.1. Mecanismo da lesão.

A luxação anterior do ombro é resultado de uma lesão por abdução rotação externa. Os traumas em geral, pegam desprevenidos os músculos que protegem a

articulação (supracitados) ou têm a força suficiente para sobrepujar os músculos. Nos mais jovens, os ligamentos glenomerais anteriores “cedem” enquanto nos mais velhos os sustentáculos posteriores, o tubérculo maior que os tendões supra-espinhoso e infra-espinhais laceram, permitindo que a cabeça do úmero “role” sobre a borda anterior. A cápsula e os ligamentos glenomerais permanecem intactos. Uma das explicações frequentes para a luxação anterior e segundo Codman. ”Teoria da hiperextensão”. A abdução com o úmero em rotação interna ou flexão para frente, com o braço em rotação interna ou flexão para frente, com o braço em rotação externa é estrita pelo arco acromial. A elevação forçada ao atingir este ponto de impedimento desloca a cabeça proximal fazendo com que desça e venha para frente. Na maioria das vezes a luxação é causada por uma queda sobre o braço estendido, o trauma impele a cabeça para frente contra a cápsula anterior³⁵.

A luxação posterior, apesar de rara, deve ser reconhecida logo, caso contrário, a redução se torna difícil e podem aparecer complicações pós-redução. Na luxação posterior do úmero encontra-se a cabeça, atrás da escápula em geral resultado de um trauma ao braço fletido e abduzido. O trauma é com frequência uma pancada na frente do ombro, provocando um impacto violento para trás da cabeça do úmero. Ela poderá ocorrer durante uma convulsão³⁶.

Após uma primeira luxação, o lábrum e ligamentos sofrem algum grau de lesão, como mostra a figura 2. A luxação glenomeraral pode ocorrer mesmo sem um trauma importante e pode gerar apenas o alongamento dos ligamentos ou lábio, sem lesões mais graves em indivíduos com frouxidão ligamentar. Na maioria dos outros indivíduos e naqueles com luxações traumáticas, elas geram lesões no lábio e/ou nos ligamentos. Esses tecidos quase nunca cicatrizam em uma posição normal ou essa cicatrização não ocorre na maioria dos casos. Em sua ausência, o ombro poderá luxar novamente, gerando a chamada luxação recidivante ou instabilidade glenomeraral³⁷.

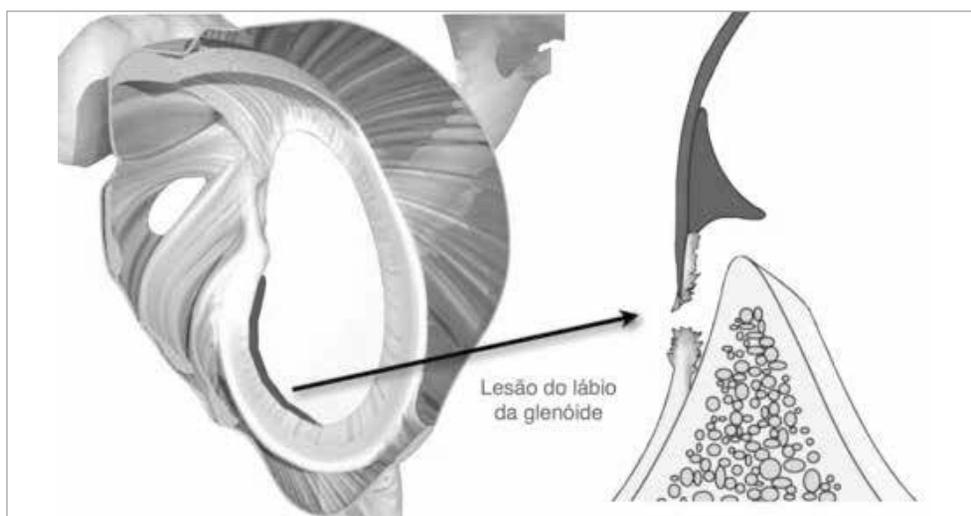


Figura 2. Fonte: Mauro Gracitelli³².

Essas novas luxações vão alongar cada vez mais os ligamentos e as lesões podem progredir para o osso (figura 3). Essas lesões são chamadas de lesão de Hill-Sachs ou de Bankart ósseo, e contribuem para novas luxações. Mais raramente, pode ocorrer a lesão dos ligamentos no úmero e não na glenóide, conhecida como lesão HAGL (humeral avulsion of glenoumeral ligaments).



Figura 3. Fonte: Mauro Gracitelli³².

2. OBJETIVOS

- a. Primário: avaliação da prevalência de luxações na articulação glenoumeral em uma população de pacientes internados em hospital de cuidados prolongados e cuidados paliativos.
- b. Secundário: levantamento de diagnósticos clínicos que indiquem internação em hospital de cuidados prolongados, avaliação da dor no ombro e estado funcional.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

- a. Tipo de pesquisa: estudo transversal descritivo
- b. Amostra: de conveniência, de todos os pacientes internados no período de um mês, em um hospital de longa permanência, com tratamento de cuidados crônicos e paliativos, da rede privada, o Premier Residence Hospital, na zona sul do município de São Paulo.
- c. Instrumentos utilizados: foram consultados os prontuários médicos para levantamento de dados quanto a:
 - c.1. levantamento demográfico (gênero, idade, tempo de internação);
 - c.2. levantamento clínico (diagnósticos de base, tempo de imobilismo),
 - c.3. capacidade funcional pela escala Barthel)³⁸.
- d. avaliação de prevalência de luxação, mediante aos seguintes exames clínicos:

- d.1. avaliação clínica da luxação glenoumeral via testes ortopédicos à beira do leito. Estes testes são exames fisioterapêuticos que fazem parte da rotina do profissional que avalia instabilidade da articulação glenoumeral e são realizados de forma passiva pelo examinador e realizados da seguinte forma:
- d.2. exame físico visual – Avaliação visual com vistas à verificar possíveis alterações articulares, teciduais e coloração do mesmo, desalinhamento ou posicionamento articular que possam ser identificados visualmente³⁹;
- d.3. palpação articular – Avaliação mediante a palpação articular em região glenoumeral, com vistas a possíveis evidências de dano tecidual, edema, temperatura, hipersensibilidade, estalido ou crepitação palpável na articulação e suas adjacências;
- d.4. amplitude articular (goniometria) – Avaliação da amplitude articular do ombro com goniômetro⁴⁰;
- d.5. teste de gaveta anterior e posterior do ombro – Teste realizado para avaliação da instabilidade da cabeça do úmero anterior ou posterior na articulação glenoumeral⁴¹;
- d.6. teste de esforço de Norwood – Teste realizado para avaliação da instabilidade posterior da cabeça do úmero na cavidade glenóide⁴²;
- e. avaliação da dor gerada durante o exame através do uso de escalas padronizadas quanto à intensidade:
 - e.1. Escala visual analógica/numérica – constitui em um instrumento de avaliação de dor com uma linha horizontal de 10 cm com as extremidades indicando “ausência de dor” e “a pior dor possível”, utilizando-se uma régua, medindo a distância entre a marcação do indivíduo avaliado, e o extremo inferior numa escala em centímetros. O mesmo pode sinalizar a intensidade de dor à qual está submetido⁴³;
 - e.2. Escala qualitativa de dor¹⁶ – instrumento de avaliação que permite ao avaliado quantificar a dor a que está sendo submetido; e
 - e.3. Escala Panaid – permite ao examinador avaliar a intensidade da dor nos avaliados não comunicantes estão submetidos através da análise de comportamentos típicos deste fenômeno como a expressão facial, verbalizações e vocalizações, movimentos e posturas do corpo, modificações nas relações interpessoais e alterações do seu estado mental⁴⁴.
- f. Procedimentos:

Foram coletados dados de prontuários no período de um mês e o fisioterapeuta pesquisador realizou a avaliação clínica à beira do leito, no próprio quarto do paciente, após aprovação do termo de consentimento pelo avaliado ou cuidador responsável, em um horário conveniente a ambos, não interferindo em sua rotina assistencial tampouco a seu descanso.
- g. Análise de dados

Foi realizada estatística descritiva simples, e comparação dos dados obtidos com literatura internacional e nacional.

h. Comissão de ética

O presente estudo foi avaliado pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Itajubá, aprovado pelo código CAAE 54000916.1.0000.5559.

i. Análise de riscos

Os procedimentos de avaliação descritos no presente estudo, necessitaram da disponibilização de um tempo aproximado de 15 minutos, não interferindo na rotina de cuidados do paciente. Podem ocasionar dor à manipulação, desconforto ou mesmo uma luxação do ombro examinado.

j. Origem de recursos financeiros

O presente estudo não gerou custos à instituição proponente, nem aos indivíduos avaliados, sendo os recursos financeiros que foram utilizados, financiados pelo próprio autor do projeto.

4. RESULTADOS

Este estudo foi realizado no período de um mês em Março 2016, onde foram avaliados 66 pacientes institucionalizados. A avaliação foi realizada à beira do leito do paciente, em horário comercial, compreendendo um tempo aproximado de 15 minutos para cada avaliação.

Notificou-se que a média de idade é de 75,57 anos, com uma idade mediana de 83 anos. A população de 60 anos ou mais era de 59 indivíduos (89,4%), a grande maioria. Desse total de pacientes, 37 (56,06%) eram do gênero feminino e 19 (43,94%) eram do masculino. A média de tempo de institucionalização incluindo tempo de internação em *home care*, é de 28,52 meses.

Desse número total de pacientes, 25 (37,88%) já esteve em algum tipo de cuidado no domicílio.

Quanto ao imobilismo apresentado por estes pacientes, 50 pacientes (75,76%) sofriam da síndrome do imobilismo, de acordo com o Gráfico 1:

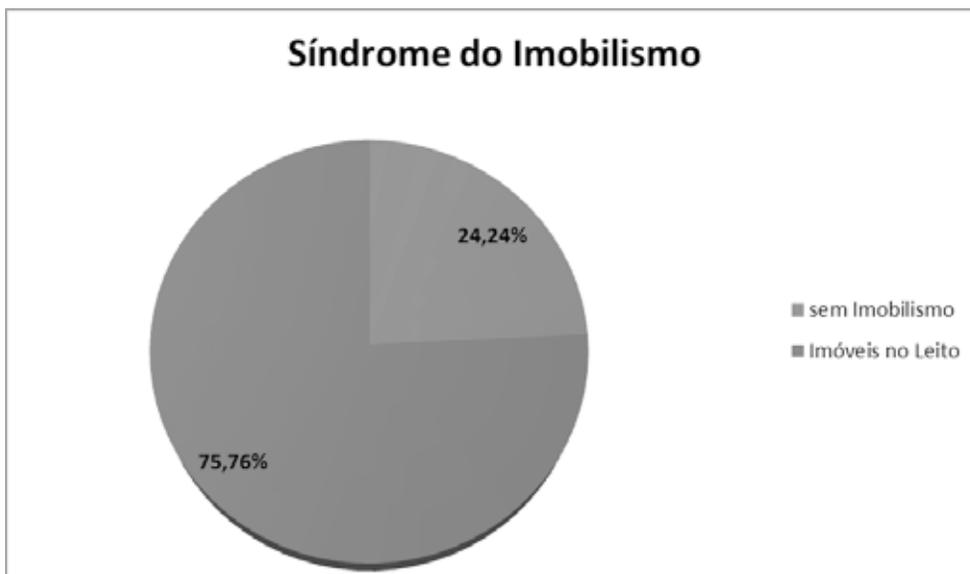


Gráfico 1 – Síndrome do imobilismo.

De acordo com o principal diagnóstico clínico de internação e incapacidade, foram encontrados os seguintes diagnósticos clínicos em prontuários: 37,88% algum tipo de demência; 28,79% com sequelas cerebrovasculares; 10,60% dos pacientes com sequelas de encefalopatia anóxica pós parada cardíaca respiratória; 6,06% pacientes psiquiátricos; 4,54% oncológicos; 4,54% fratura do aparelho locomotor; 3,03% traumatismo cerebral; 3,03% complicações nefrológicas e apenas 1,51% doença respiratória, distribuídas de acordo com o Gráfico 2.

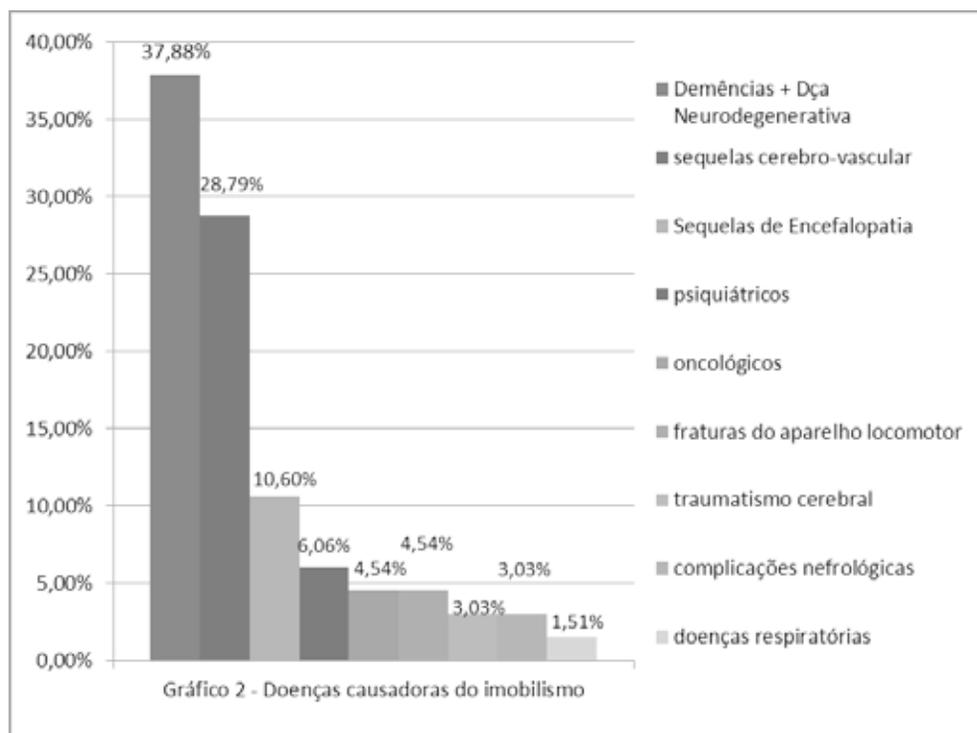


Gráfico 2 – Diagnósticos clínicos mais frequentes relacionados à internação e imobilismo.

Quanto a possuir cuidador, 46 (69,7%) da população sim, e 20 (30,3%) não possuíam ou não necessitavam.

Os pacientes apresentavam alto grau de dependência, avaliados segundo o índice de Barthel, com média de 14,24, e mediana de 5.

O número de pacientes com alta dependência foi de 71,21%, com dependência grave foi de 16,66%, dependência moderada de 4,54%, dependência leve, de 7,57% e nenhum indivíduo avaliado apresentou independência total das funções (Gráfico 3).

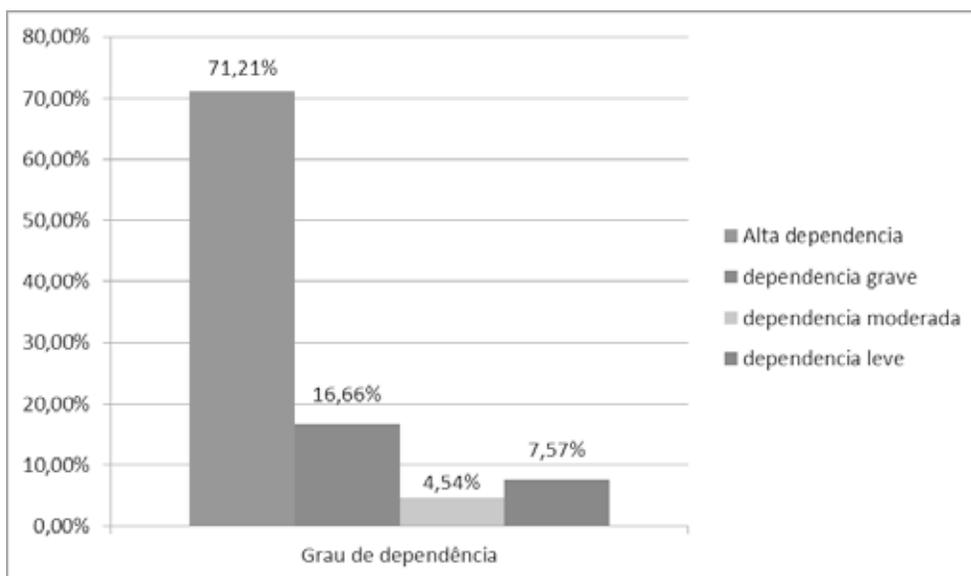


Gráfico 3 – grau de dependência segundo Índice de Barthel.

Ao exame físico do ombro, 31,81% apresentaram alguma alteração de tônus muscular unilateral; 15,15% apresentou lesão bilateral e 53,03% não apresentou nenhuma alteração de tônus muscular em membros superiores (Gráfico 4).

Ao ser verificada alteração palpável na articulação glenoumeral, 68,18% não apresentou alguma alteração, enquanto que 31,81% apresentou alteração à palpação. Foi mensurada a distância entre o acrômio e o tubérculo maior do úmero quando existente à palpação. Elas surgiram em 22,72% das avaliações de ombro direito, com uma média de 2,33cm com mediana de 1,5 cm; e em 21,21% das avaliações de ombro esquerdo, com uma média de 2,10cm e uma mediana de 1,5 cm.

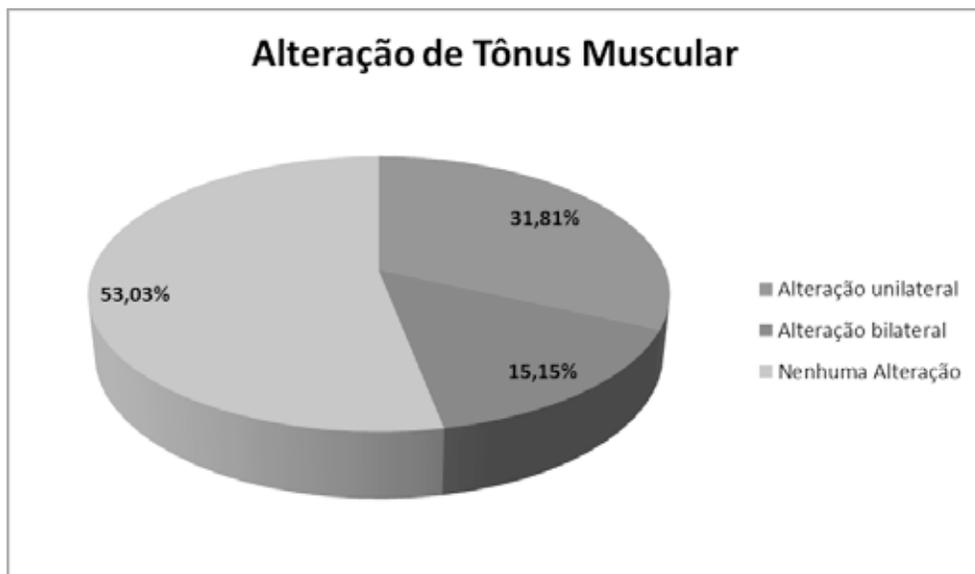


Gráfico 4 – Alteração de Tonus muscular em membros superiores.

Foi realizado o teste de gaveta anterior e posterior a fim de identificar luxações anterior e posterior de ombro. Aqui os resultados sucederam-se na seguinte forma: Gaveta anterior foi positivo em 15,15% em ambos os ombros 7,57% em ombro esquerdo somente e 6,06% em membro superior direito somente e negativo em 71,21% total da população, enquanto que o teste de Gaveta Posterior foi positivo em ambos os ombros em 12,12% dos indivíduos avaliados, com 3,03% em ombro direito somente e 1,51% em ombro esquerdo somente e foi negativo em 83,33% de toda a população avaliada, distribuindo-se conforme o Gráfico 5.

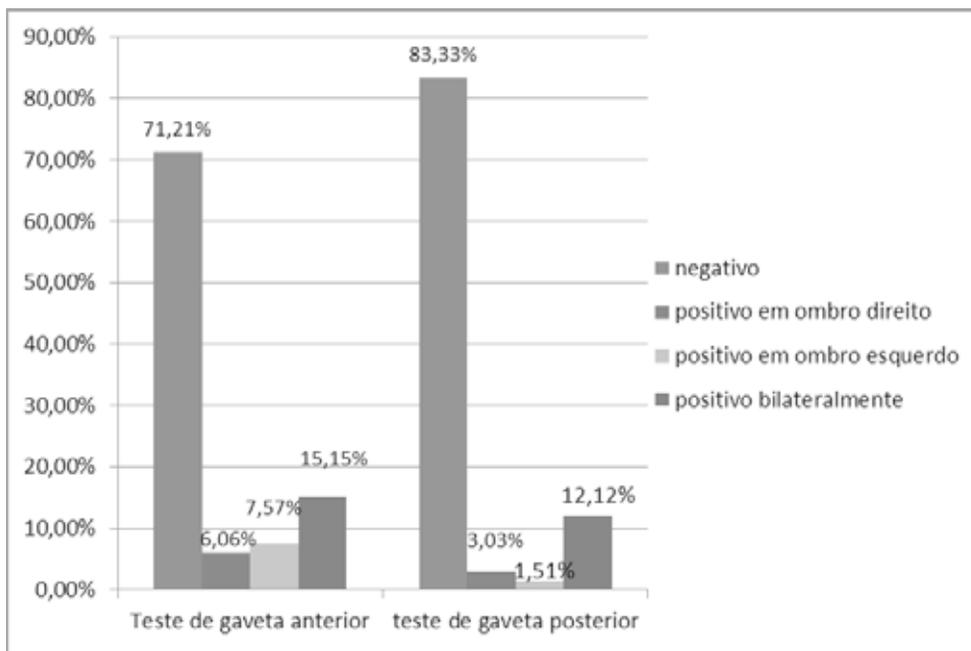


Gráfico 5 – testes de gaveta anterior e posterior.

Resultados dos testes de Norwood Stress, foram negativos em 96,97%, e positivos em 3,03% dos avaliados.

A partir dos resultados dos testes realizados, luxações de ombro foram encontradas em 27,26% da população avaliada, sendo que 16,66% foram encontrados bilateralmente, e 10,60% unilateralmente. (Gráfico 6)

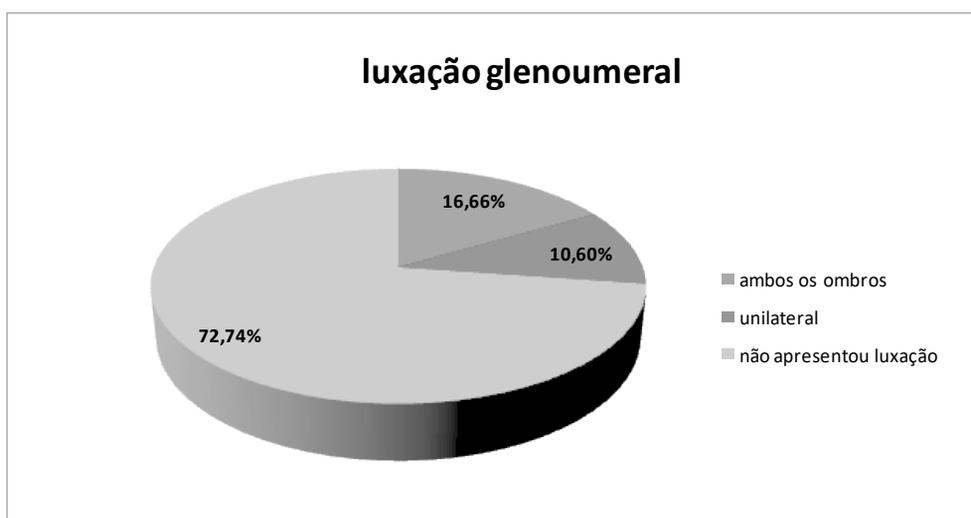


Gráfico 6 - Prevalência da Luxação Glenoumeral.

Quanto à dor durante as avaliações, 43,93% dos pacientes não apresentaram e 56,06% apresentaram uma dor moderada, com média de 4,64 para os avaliados na escala EVA, e 3,28 para os avaliados na escala PAINAD. A dor no ombro durante as atividades básicas de vida diária também foi avaliada, resultando em 51,51% que não apresentavam dor alguma durante as atividades, 33,33% não foram obtidos e 15,15% apresentavam dor durante as AVBD'S.

Foi avaliado se o paciente utilizava algum tipo de analgésico durante as avaliações. Desses, 24,24% estavam sob tratamento com analgésicos e 75,76% não.

Da porcentagem total dos pacientes, 89,39% eram transferidos do leito para cadeira de rodas ou higiênica de forma passiva, enquanto 10,60% de forma totalmente ativa.

5. DISCUSSÃO

Observa-se uma escassez de registros relacionados a pacientes hospitalizados em instituição de cuidados prolongados com luxação no ombro na literatura científica. Foi realizada pesquisa bibliográfica no Scielo, Medline e Pubmed cruzando os termos luxação de ombro, idoso, cuidados prolongados e cuidados paliativos, sem sucesso para encontrar publicação bibliográfica relevante.

Idosos institucionalizados em cuidados prolongados correspondem a segmento dessa faixa etária com características próprias. Diagnósticos precoces e tratamentos em instituições de longa permanência podem evitar hospitalização em muitos casos. Sabe-se que o processo de envelhecimento demográfico está em evolução e esses cuidados e procedimentos serão cada vez mais frequentes e necessários nos hospitais e nas instituições de longa permanência e cuidados paliativos⁴⁵.

Segundo Born e Boechat¹⁸, idosos fragilizados podem ser definidos como indivíduos que têm mais de 75 anos de idade, dependem de terceiros para atividades da vida diária, vivem geralmente em instituições, são incapazes de se movimentar, usam múltiplos fármacos, são desnutridos e apresentam alterações nos exames laboratoriais. São geralmente mantidos em confinamento no leito e, devido a essa imobilidade adquirem ou evoluem para outras complicações²². A sarcopenia³⁰ pode levar à frouxidão articular evoluindo posteriormente a uma luxação de ombro.

Este estudo mostrou um alto índice de pacientes com síndrome do imobilismo (75,76%) da população total estudada, além de um alto índice de dependência funcional em 100% dos pacientes avaliados, sendo que, 71,21% apresentava alta dependência e 4,54% dependência grave. O índice de luxação glenoumeral na população total foi de 27,26%, sugerindo que ela esteja associada a esta população de alta dependência funcional e síndrome do imobilismo.

Mostrou também que a população institucionalizada nesse hospital de longa permanência, é de idosos muito idosos, com idade média de 75,57 anos, com alto grau de fragilidade, imobilidade, dependência e longa média de tempo de institucionalização. Direciona a atenção para um perfil de paciente de cuidados paliativos com

alto índice de abordagem neurológica (77,27%) e um baixo índice de pacientes oncológicos (4,54%) e respiratórios (1,51%).

Outro fator de risco de desenvolver novas luxações ou agravar ainda mais as já existentes é o fato de que quase 90% dos pacientes avaliados eram transferidos por terceiros do leito para a cadeira higiênica ou cadeira de rodas e vice-versa, expondo articulações já hipermóveis nos casos positivos de luxação glenoumeral e ainda o total de pacientes com síndrome do imobilismo, ainda que sem um diagnóstico da referida luxação, a manipulação de terceiros. Faz-se necessário ainda estudos para avaliar o conhecimento técnico desses profissionais que realizam essas transferências e manipulações no leito.

Outro fator determinante na prevalência de luxação de ombro da população avaliada é o tempo de imobilismo, já que observou-se que quanto maior o tempo de imobilismo, maior a prevalência de luxações. Nos pacientes com menor tempo de imobilismo, apesar de apresentarem características desencadeantes de luxação, tais como alteração de tônus ou imobilidade grave, não apresentaram luxação ou, quando sim, a incidência era menor.

A luxação glenoumeral anterior corrobora com o que já está descrito neste trabalho, sendo diagnosticada em 95% dos pacientes que apresentaram luxação de ombro. O exame de Norwood que identifica luxação posterior teve muito baixa incidência nos pacientes por que, além de não apresentarem luxação posterior do ombro, muitos deles apresentavam graves retrações articulares tornando impossível sua aplicação.

A dor moderada no ombro esteve presente em mais de 40% da população avaliada, mostrando que a luxação de ombro causa dor e sugere uma intervenção analgésica eficaz nesses pacientes.

O processo de envelhecimento demográfico está em evolução e os cuidados prolongados, bem como os paliativos, serão cada vez mais frequentes e necessários. O envelhecimento traz um grande desafio para equipes de cuidados, já que traz consigo muitas morbidades e disfunções. Uma das mais relevantes e incapacitantes é a Síndrome da Imobilidade que traz consigo modificações musculares que são responsáveis por deformidades e eventualmente luxações de ombro.

Sugere-se uma abordagem global do indivíduo e ênfase em alterações musculoesqueléticas pela equipe multidisciplinar é essencial para manter o conforto do paciente, prevenir o sofrimento e controlar a dor, o que vai de encontro com a filosofia de cuidados paliativos.

6. CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a luxação glenoumeral esteve presente em $\frac{1}{4}$ do total da população estudada, que esta população é muito idosa, com idade mediana de 83 anos. Assim, a luxação de glenoumeral em pacientes idosos é muito comum e muitas vezes não lhe é dispensada a devida atenção pela equipe multiprofissional envolvida em seus cuidados. Nota-se que faltam publicações chamando atenção da comunidade

científica a este relevante tema.

A dor à manipulação do ombro esteve presente em mais da metade da população avaliada, que apresentava ainda um grande grau de dependência (100%) fazendo com que estes pacientes dependessem de terceiros para suas atividades da vida diária.

Dentro da filosofia de cuidados paliativos, sugere-se atenção maior à luxação glenoumeral, já que ele é escasso na literatura científica, sendo que nesta população que é muito idosa, incapacitada, submetida ao imobilismo, condições clínicas que requerem cuidados paliativos, o achado foi considerável.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho J A M, Garcia R A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico - Cad. Saúde Pública vol.19 no.3 Rio de Janeiro 2003;
2. Lima-Costa MF, Barreto S M; Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):735-43.
3. Nanci D M. Luxação de ombro. in: fisiowgate.com.br [página na internet] 2003. [acessado em 07/10/2015]. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/luxacao_ombro.htm
4. Griffith J, Antonio G, Yung P, Wong E, YU A, Ahuja A, Chan K M. Prevalence, Pattern, and Spectrum of glenoid Bone Loss in Anterior Shoulder Dislocation: CT Analysis of 218 Patients. American Journal of Roengenology, 2008; 190: 1247-1254.
5. Correa J B, Borges H C, Lucarelli P R G, Liebano R E. Estimulação elétrica funcional na subluxação crônica do ombro após acidente vascular encefálico: relato de casos. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.16, n.1, p.89-93, jan./mar. 2009.
6. Wajnsztejn A, Tamaoki M J S, Netto N A, Belotti J C, Matsumoto M H, Faloppa F. Estudo Transversal sobre os Diferentes métodos de tratamento das luxações traumáticas glenoumerais. Rev. bras. ortop. vol.44 no.5 São Paulo 2009.
7. Barbosa, R I, Goes, R., Mazzer N, Fonseca M C R. A influência da mobilização articular nas tendinopatias dos músculos bíceps braquial e supra-espinal. Rev. bras. fisioter. vol.12 no.4 São Carlos July/Aug. 2008.
8. Laubshche P H. Complicated shoulder dislocation in the elderly. SA orthopaedic Journal Summer, Johannesburg, 2008, p. 72 a 77. Jan/mar 2008.
9. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2rd. ed. Geneve. OMS 2002 - Pag. XV.
10. Matsumoto D Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Tavares R, Parsons H (org). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 edição. São Paulo, 2013 - pg. 26.
11. Matsumoto D Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Tavares R, Parsons H (org). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 edição. São Paulo, 2013 - pg. 27.
12. Matsumoto D Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Tavares R, Parsons H (org). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 edição. São Paulo, 2013 - pg. 27.
13. Matsumoto D Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Tavares R, Parsons H (org). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 edição. São Paulo, 2013 - pgs. 27 a 30.
14. WHO definition of palliative care. In: [www.who.int](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/) [página na internet] 2002. [acessado em 15/06/2016]. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
15. Arantes A C L Q. Indicações de cuidados paliativos. In: Tavares R, Parsons H (org). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 edição. São Paulo, 2013 - pgs. 58 a 59.
16. Arantes A C L Q. Indicações de cuidados paliativos. In: Tavares R, Parsons H (org). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 edição. São Paulo, 2013 - pgs. 70 e 71.

17. Ministério da Saúde (Brasil). PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Portaria na internet] [Acesso em 07 nov. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html
18. Born T, Boechat N S. Qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, E.V.; Py. L. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, Pgs 1300 a 1302.
19. Welz-Barth A & Füsgen I (2007) Dementia patients in nursing homes. *European Journal of Geriatrics* 9(Suppl), pg. 23–28.
20. Souza R R. Processo Natural de Envelhecimento. (In) Lopes, Antonio Carlos. (org). Tratado de Clínica Médica. São Paulo. Vol. III Ed. Roca. 2006. Pg. 4254.
21. Souza R R. Processo Natural de Envelhecimento. (In) Lopes, Antonio Carlos. (org). Tratado de Clínica Médica. São Paulo. Vol. III Ed. Roca. 2006. Pg. 4255.
22. Leduc M M S. Imobilidade e síndrome da imobilização. In: Freitas, E.V.; Py. L. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, Pg 1100.
23. Leduc M M S. Imobilidade e síndrome da imobilização. In: Freitas, E.V.; Py. L. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, Pg 1101.
24. Leduc M M S. Imobilidade e síndrome da imobilização. In: Freitas, E.V.; Py. L. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, Pg 1101.
25. Souza R R. Processo Natural de Envelhecimento. In: Lopes, Antonio Carlos. (org). Tratado de Clínica Médica. São Paulo. Vol. III Ed. Roca. 2006. Pg. 4257.
26. Souza R R. Processo Natural de Envelhecimento. In: Lopes, Antonio Carlos. (org). Tratado de Clínica Médica. São Paulo. Vol. III Ed. Roca. 2006. Pg. 4258.
27. Souza R R. Processo Natural de Envelhecimento. In: Lopes, Antonio Carlos. (org). Tratado de Clínica Médica. São Paulo. Vol. III Ed. Roca. 2006. Pg. 4258.
28. Leduc M M S. Imobilidade e síndrome da imobilização. In: Freitas, E.V.; Py. L. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, Pg 1103.
29. Leduc M M S. Imobilidade e síndrome da imobilização. In: Freitas, E.V.; Py. L. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, Pg 1104.
30. Valente M. Sarcopenia. In: Freitas, E.V.; Py. L. et al – Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011, Pg. 1104.
31. Lech O, Freitas J R, Piluski P, Severo A. Luxação recidivante do ombro: do papiro de Edwin Smith à capsuloplastia térmica. *Rev Bras Ortop.* 2005;40(11/12):625-3
32. Gracitelli M. Luxação de Ombro. in: Maurogracitelli.com [página na internet] 2015. [Acessado em 03/03/2016]. Disponível em <http://maurogracitelli.com/blog/luxacao-ombro>.
33. Cartucho A. Instabilidade e luxação de ombro. *Rev. Medicina desportiva informa.* 2015. 6 (2), pp. 16-19.
34. Ikemoto R Y, Nascimento L G P, Bueno R S, Strose E, Almeida L H O, Murachovsky J. Mensuração da erosão da borda anterior da glenoide através do exame radiográfico: uma forma simples de realizar a incidência de Bernageau. *Gest. Prod, São Paulo, 2010, Rev. bras. ortop. vol.45 no.6.*
35. Lago O. O método de Codman na Síndrome do ombro doloroso. In: [fisiowgate.com.br](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/alternativa/codman/metodo_codman.htm). [página na internet] 2004. [Acessado em 07/11/2015]. Disponível em http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/alternativa/codman/metodo_codman.htm.
36. Junior J A, Leite J A D, Melo F E A, Junio J S C, Campos A C S, Mota C W C. Propriedades bio-mecânicas da banda interior do ligamento glenoumeral inferior submetido ao estresse. *ACTA Ortopedia Bras*11(2)- abr/jun 2003.
37. Murachovsky J. Instabilidade do ombro (subluxação e luxação). In: Tudo sobre seu ombro e cotovelo. [página na internet] 2011. [acessado em 30/01/2016]. Disponível em: <https://tudoso-brombro.wordpress.com/doencas-do-ombro/luxacoes-do-ombro/>.
38. Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, Mendes HF, Menezes DF, Mariano DC, Pereira IF, Teixeira LA, Jesus PAP, de Queiroz DCL, Pereira DF, Pinto E, Leite JP, Lopes AA, Oliveira-Filho J. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing. *Cerebrovascular Disease* 2009;27:119–122.
39. Hoppenfeld S. *Propedêutica Ortopédica*. Ed. Atheneu, ed. 1. São Paulo 1996, pg. 02 a 09.
40. Hoppenfeld S. *Propedêutica Ortopédica* – Ed. Atheneu, ed. 1. São Paulo 1996, pg. 20.

41. Cipriano J J. Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos. Ed. Manole, 3 edição, São Paulo 1999, Pg. 93-94.
42. Cipriano J J. Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos. Ed. Manole, 3 edição, São Paulo 1999, Pg. 99.
43. Sociedade Brasileira para os estudos da dor (SBED) [página na internet]. Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital [acesso 2016 Jan 20]. Disponível em: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_materias=146&codant=64&hl=eva&cd_secao=65&busca=1#146
44. Pinto M C M, Minson F P, Lopes A C B, Laselva C R. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brasil) em pacientes adultos não comunicantes - Einstein (São Paulo) vol.13 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2015
45. Gorzoni M L, Pires S L. Idosos Asilados em Hospitais gerais. Rev Saúde Pública 2006;40(6):1124-30.

Estratégias de prevenção, identificação e manejo da síndrome do esgotamento profissional nos cuidados paliativos

Manuela Samir Maciel Salman e Debora Genezini Costa

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida de portadores de doenças ameaçadoras da vida e familiares. O sofrimento associado à doença incurável pode gerar reações como agressividade e culpabilizações, fontes de estresse para a equipe. A resposta emocional ao estresse crônico no trabalho é denominada Síndrome do Esgotamento Profissional ou Burnout. A literatura aponta a falta de preocupação com a saúde do profissional como principal desencadeador de Burnout.

Objetivos: 1) Revisar a literatura sobre estratégias de identificação, prevenção e manejo do Burnout nos Cuidados Paliativos; 2) Formular projeto piloto para rastreio do Burnout no Hospital Premier.

Materiais e Métodos: Revisão sistemática integrativa de bases de dados eletrônicas através das palavras-chave “Burnout” e “Cuidados Paliativos”, dos últimos 10 anos em português ou espanhol.

Desenvolvimento: Onze artigos foram selecionados. O Inventário de Burnout de Maslach foi o instrumento de identificação utilizado. Os fatores de risco mais prevalentes foram falta de formação adequada, conflitos com profissionais, pacientes e familiares e baixo suporte emocional. Fatores protetores corresponderam a trabalho em equipe, formação adequada em Cuidados Paliativos e reconhecimento dos sentimentos.

A intervenção programa de atividade física no local de trabalho não demonstrou diferença estatística significativa nas dimensões do Burnout pré e pós-intervenção. **Conclusão:** Há evidência limitada para orientar a implementação de estratégias para prevenção e manejo do Burnout nos Cuidados Paliativos. Novas pesquisas são necessárias para identificar fatores de risco individuais e institucionais. Serviços e profissionais de Cuidados Paliativos devem incorporar o foco em “cuidar de quem cuida” para aprimorar estratégias de enfrentamento do estresse e fortalecer o apoio psicossocial e serviços disponíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Burnout, Cuidados Paliativos, Esgotamento Profissional.

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos são conceituados como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de portadores de doenças ameaçadoras da vida e de suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais.^{1,2} O caráter multidimensional dos Cuidados Paliativos requer um trabalho interdisciplinar, dada a amplitude de intervenções, conhecimentos e competências relacionais, humanas e éticas requeridas.^{3,4}

As escolas preparam os futuros médicos para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas, em detrimento do ensino sobre a arte de ser médico e como lidar com a morte, possibilitando o prolongamento interminável do morrer.^{5,6} A sofisticação tecnológica contribuiu para o aumento da expectativa de vida, mas também para a construção de uma cultura que repugna a morte, e os

profissionais de saúde, como parte da sociedade, não são imunes às influências externas. Nos tempos atuais, morrer não é consequência inevitável de ter nascido, mas um fracasso ilícito e inaceitável.⁷ A escolha da profissão na área da saúde, de maneira mais ou menos consciente, associa-se a vivências de morte e morrer. A forma como o profissional de saúde lida com essas questões depende de seu histórico pessoal de perdas e elaborações dos processos de luto, da sociedade e cultura em que está inserido e de sua formação profissional. A morte no século XXI é tratada como um tabu, um tema interdito, o que gera entraves na comunicação entre pacientes, familiares e profissionais.^{2,8}

Faz parte dos conceitos fundamentais dos Cuidados Paliativos o de “dor total”, desenvolvido na década de 60 por Cicely Saunders, o qual considera as dimensões social, espiritual e emocional da dor, além da física.⁹ O sofrimento de pacientes e familiares associado ao diagnóstico e vivência de uma doença ameaçadora da vida gera reações de difícil manejo, como agressividade, recusa a seguir recomendações, negação, culpabilizações, os quais representam importante fonte de estresse para a equipe e podem associar-se à Síndrome do Esgotamento Profissional¹⁰, também chamada de Burnout.

A Síndrome do Esgotamento Profissional foi inicialmente descrita por Freudenberg em 1974. Entretanto, a psicóloga social Christina Maslach destacou-se como a pioneira nos estudos empíricos sobre a estafa profissional, segundo Bianco¹¹. Caracterizada por um estado de fadiga ou frustração, causado pela dedicação a uma causa, modo de viver, ou relacionamento que não cumpriu as expectativas, associa-se à sensação de perda de identidade pessoal e vazio.^{12,13} O termo “*Burnout*” é um jargão inglês e define-se como algo que deixou de funcionar por ausência de energia.¹⁴ A combinação dos vocábulos ingleses “*burn*” e “*out*” remete a um estado no qual o indivíduo está *queimado* até a exaustão, indicando o colapso iminente frente a “*queima*” de toda energia disponível.⁴ Traduz-se por uma resposta emocional à situação de estresse crônico em função de relações intensas de trabalho, geradas a partir do contato direto e excessivo com outras pessoas¹⁵, relacionando-se a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência.^{11,16,17}

A Síndrome do Esgotamento Profissional é definida por sua multidimensionalidade, com a presença dos componentes exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais ou despersonalização e diminuição do sentimento de realização pessoal.^{4,14,17} Apresenta-se como esgotamento emocional (redução do tônus vital), perda do entusiasmo, percepção de sobrecarga emocional e escassez de recursos pessoais.² Está entre os *transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho* listados pela portaria nº1339 de 1999 do Ministério da Saúde do Brasil¹⁷, e é denominada pela última versão do Código Internacional de Doenças (CID-10)¹⁸ como “Sensação de estar acabado (síndrome de *burn-out*, síndrome do esgotamento profissional)” e codificada como Z73.0.

O Ministério da Saúde adverte que entre os problemas de saúde, os transtornos mentais são responsáveis pelo maior número de dias de afastamento do trabalho, ou

seja, são problemas de saúde que provocam a ausência no trabalho por longos períodos. Além disso, como não se trata de uma lesão visível ou de um processo físico mensurável, muitas vezes, os indivíduos afetados não têm o seu sofrimento legitimamente reconhecido.¹⁷

Os sintomas evidenciados na dimensão exaustão emocional do Burnout correspondem a sensação de esgotamento físico e psicológico, incapacidade de a pessoa dar mais de si, sentimentos de desesperança, solidão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão e diminuição de empatia. Exaustão física também pode ocorrer, assim como sensação de falta de energia, fadiga, aumento da suscetibilidade para doenças, cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical e distúrbios gastrintestinais e do sono, assim como perda de peso, tédio e frustração.^{4,14,19}

A despersonalização ou distanciamento afetivo define-se pelo estabelecimento de relações frias, distantes, pautadas pelo cinismo com pacientes e colegas, endurecimento e insensibilidade. Pode envolver sensação de alienação em relação aos outros, e a presença de outras pessoas sentida como desagradável e indesejada, além da presença de atitudes negativas e inapropriadas, perda de idealismo e irritabilidade.^{2,4,11}

A dimensão (redução da) realização pessoal manifesta-se por sentimentos de incompetência e autodepreciação, falta de confiança e produtividade, inabilidade para dar resposta às solicitações e para gerir situações relacionadas com o trabalho e/ou vida pessoal, além de pensamentos associados com poucos alcance e valor da própria atividade profissional.^{4,14} Os trabalhadores sentem-se infelizes e insatisfeitos com suas realizações no trabalho.¹⁶

Quatro concepções teóricas focadas no diagnóstico da Síndrome do Esgotamento Profissional baseiam-se no fator causal. São elas: clínica, organizacional, sociohistórica e sociopsicológica, sendo esta a mais estudada nos tempos atuais e embasada na associação de fatores individuais e ambientais, os quais levariam ao aparecimento dos componentes multidimensionais da síndrome.¹⁴ Importantes fatores predisponentes correspondem a papel conflitante, perda de controle ou autonomia e ausência de suporte social, assim como possível vinculação com ritmo de trabalho penoso.¹⁷

A Síndrome do Esgotamento Profissional é característica do meio laboral, tratando-se de um processo em resposta à cronificação do estresse ocupacional, impactando negativamente nas esferas individual, profissional, familiar e social. Associa-se à diminuição da produção e qualidade do trabalho, ao aumento do absentismo e rotatividade, ao incremento de acidentes ocupacionais, resultando em importantes prejuízos financeiros.^{2,3,11,16,20,21}

Alterações da saúde mental associam-se com uma série de aspectos do trabalho, desde fatores pontuais, exposição e articulação de fatores relativos à organização do trabalho, divisão e parcelamento das tarefas, políticas de gerenciamento de pessoas e estrutura hierárquica organizacional.¹⁵ Os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e Síndrome do Esgotamento Profissional.¹⁷

Em torno de 18% dos pacientes dos Estados Unidos e Inglaterra e mais de 27% deles no Canadá avaliaram sua última internação como regular ou limitada em relação aos cuidados da equipe de saúde.¹⁴ Síndrome do Esgotamento Profissional pode levar à deterioração da qualidade do atendimento ou serviço prestado pela equipe.¹⁶ Todavia, os efeitos da fadiga emocional e Síndrome do Esgotamento Profissional sobre o bem-estar de pacientes e familiares permanecem pouco explorados.²²

A Síndrome do Esgotamento Profissional ou Burnout traduz-se no resultado das dificuldades de interação do profissional de saúde com seu ambiente de trabalho. Fornecer cuidados de rotina a portadores de doenças sem possibilidade de cura, lidando com dor, sofrimento, agonia e morte pode conduzir o profissional a desgastes físico, psíquico e emocional. Profissionais da área dos Cuidados Paliativos vivenciam luto, angústia de morte, exaustão emocional e sentimento de impotência em seu contexto profissional, o que os expõem ao risco de estresse crônico, ansiedade, depressão e Síndrome do Esgotamento Profissional.^{14,15,23,24,25} Sobressalta-se o registro de um quarto dos profissionais da área de Cuidados Paliativos referirem sintomas indicativos de transtorno psiquiátrico e Síndrome do Esgotamento Profissional.¹⁹ Entretanto, pouco se sabe sobre as taxas e as experiências de neutralização para profissionais que acompanham mortes de pacientes de forma intermitente.²²

Fatores de risco associados ao Burnout citados na literatura incluem profissionais mais jovens, com resultados contraditórios quanto ao gênero. Como em todos os campos, há uma preocupação com a sobrecarga de trabalho. Há evidências da interação entre depressão e Síndrome do Esgotamento Profissional, particularmente em profissionais com histórico pessoal ou familiar de depressão. Indivíduos identificados com baixa realização pessoal apresentam mais depressão e Burnout, o que se associa com baixa confiança em habilidades de comunicação e alta expectativa de resultados negativos na comunicação com pacientes. O risco de depressão é maior quando o Burnout é severo.¹⁹ Associações de Burnout e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) são descritas, com a presença de reminiscências narradas com clareza de lembranças traumáticas relacionadas a experiências profissionais nos Cuidados Paliativos.² A desinformação sobre a Síndrome do Esgotamento Profissional pode levar o profissional de saúde acometido a tratamentos para estresse ou depressão, com o prejuízo de não se acessar a causa principal do problema, além da sobrecarga da atribuição de toda a dificuldade a componentes pessoais.^{2,20}

Faz-se necessária a diferenciação entre sintomas de Burnout e estressores da vida diária individuais. Por outro lado, é recorrente o erro da atribuição do esgotamento profissional à fragilidade pessoal e à incompetência profissional. Deve-se ter clareza das razões da escolha da atividade profissional na área dos Cuidados Paliativos e expectativas relacionadas, assim como as motivações desse campo laboral e composição de bons referenciais de profissionalismo.²

Especialistas apontam escassez de políticas em organizações de saúde voltadas para a formação dos profissionais visando a prevenção dos riscos psicossociais do trabalho em Cuidados Paliativos. O enfoque da educação continuada presta-se aos

conhecimentos técnicos de assistência, muitas vezes desconsiderando abordagens dos aspectos de enfrentamento do trabalho.^{11,24}

Profissionais de saúde da área dos Cuidados Paliativos sem treinamento para lidar com os estressores psicossociais estão vulneráveis à adoção de métodos de enfrentamento mal adaptativo como evitação, distanciamento emocional, desengajamento, absenteísmo e intenção de abandonar o trabalho.^{3,24} Tais fatores tornam-se mais relevantes na ausência de atributos pessoais associados a fatores de proteção, como a motivação para trabalhar em Cuidados Paliativos pelo desejo de proporcionar contribuições significativas ao cuidado.²⁵

O encargo financeiro decorrente da falta de preparo dos profissionais de saúde para lidarem com os riscos psicossociais prejudica a estabilidade e a carga de trabalho de equipes de Cuidados Paliativos e aumentam o custo financeiro da organização de saúde com cobertura de pessoal, recrutamento e treinamento de novos funcionários.²⁴

O Ministério da Saúde preconiza a instituição de procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos ambiente e condições de trabalho, como forma de prevenção dos *transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho*. Valoriza a percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e saúde e baseia-se no reconhecimento prévio das atividades onde existam fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença; na identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados; na identificação e proposição de medidas que devam ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores; e na educação e informação aos trabalhadores e empregadores.¹⁷ Apesar disso, a síndrome ainda é desconhecida entre boa parte dos profissionais de saúde.²⁰

Profissionais da área dos Cuidados Paliativos lidam diariamente com situações particulares e interpessoais para as quais nem sempre estão treinados, como a exposição contínua a estímulos aversivos tais como dor, morte e sofrimento, comunicação de más notícias, seus próprios valores, atitudes e crenças em relação à morte e problemas organizacionais. Estas dificuldades podem afetar profissionais de saúde carentes de estratégias de enfrentamento adequadas para envolver-se no trabalho clínico sem levar ao sofrimento emocional, contribuindo para desdobramentos como anormalidades emocionais, físicas e comportamentais. Em situações de Burnout, os profissionais tentam evitar o contato com os aspectos do seu trabalho que os fazem sentir-se mal.²⁶ Assim, ressalta-se a relevância da caracterização dos fatores de risco e de proteção envolvidos no desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento Profissional, a fim do estabelecimento de estratégias de prevenção e manejo.

A literatura aponta para a falta de preocupação sistemática com a saúde do cuidador profissional como o principal fator desencadeador de distúrbios psicoemocionais, tentativas de suicídio, altas taxas de absenteísmo, além do desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento Profissional.²⁷

Dessa forma, este estudo traz luz à importância do conhecimento sobre estraté-

gias de identificação, prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional, assim como das especificidades da associação dos profissionais de saúde da área dos Cuidados Paliativos com este agravo à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Revisar as estratégias de identificação, prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional (Burnout) na área dos Cuidados Paliativos.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Utilizar o estudo realizado para formulação de um projeto piloto para implementação de estratégia de rastreamento da Síndrome do Esgotamento Profissional na equipe de saúde do Hospital Premier.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. TIPO DE PESQUISA

Revisão bibliográfica da literatura do tipo integrativa, através de pesquisa em bancos de dados eletrônicos. Trata-se de estudo com o objetivo principal de reunir conhecimentos sobre um assunto específico, de forma sistemática e ordenada, a fim de atingir o aprofundamento do tema, permitindo a incorporação das evidências na prática clínica.^{28,29,30}

Em contraste com a revisão sistemática, síntese rigorosa com enfoque em estudos experimentais, principalmente ensaios clínicos randomizados³⁰, a revisão integrativa permite a inclusão de pesquisas experimentais e não-experimentais, combinando dados da literatura científica e empírica^{28,29,30}, propiciando uma compreensão mais profunda e abrangente do fenômeno analisado e a configuração de um panorama consistente e compreensível de problemas de saúde relevantes³⁰. Busca-se a identificação de lacunas no conhecimento, apontando para temáticas carentes de pesquisas futuras.²⁹

A revisão integrativa é um instrumento da Prática Baseada em Evidências³⁰ (PBE) facilitador do acesso ao conhecimento, posto que em um único estudo o leitor acessa diversas pesquisas realizadas²⁹.

3.2. COLETA DE DADOS

A pesquisa em questão foi realizada em seis etapas: levantamento de hipóteses ou questões focos da pesquisa; seleção dos estudos a compor a amostra da revisão sistemática (fontes primárias); elaboração de instrumento auxiliar na extração de dados; avaliação dos achados dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados

e comparação com fontes secundárias sobre o tema, como artigos, livros, teses, entre outros; e análise crítica e exposição dos achados da revisão sistemática integrativa.

A primeira fase de uma revisão integrativa consiste na definição da pergunta norteadora. A atenção para o estudo deste tema reforçou-se com o achado na literatura de que, em função do desconhecimento da Síndrome do Esgotamento Profissional, o profissional de saúde acometido é submetido a tratamentos para estresse ou depressão, com o prejuízo de não se acessar a causa principal do problema, além da sobrecarga da atribuição de toda a dificuldade a componentes pessoais^{2,20}. Além disso, verificou-se a maior incidência de Burnout entre profissionais que se ocupavam em cuidar de pessoas^{2,20}, foco central da área dos Cuidados Paliativos¹. As questões formuladas para a pesquisa foram: (1) Quais as estratégias existentes de identificação, prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional em profissionais de saúde da área dos Cuidados Paliativos? (2) Quais dessas estratégias foram eficazes?

A segunda fase de uma revisão integrativa corresponde à busca ou amostragem na literatura, de maneira ampla e diversificada, com o esclarecimento e discussão clara e transparente dos critérios de inclusão e exclusão, em conformidade com a pergunta norteadora.^{29,30}

Realizou-se busca em bancos de dados eletrônicos da literatura nacional e internacional, com levantamento bibliográfico na BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (*National Library of Medicine and the National Institutes of Health*), LILACS (Literatura latino-americana em Ciências da Saúde), COCHRANE (Biblioteca de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). A estratégia de busca foi construída conforme especificidades de cada banco de dados. Cruzaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): “Esgotamento Profissional” ou “Burnout”, “Cuidados Paliativos” ou “Palliative Care”, utilizando-se o operador booleano AND, em maio de 2015, incluindo-se trabalhos publicados nas línguas portuguesa e espanhola. A exclusão da língua inglesa deu-se pela classificação do Brasil em proficiência muito baixa neste idioma^{31,32}, o que pode traduzir-se por uma barreira de acesso aos profissionais de saúde desse país. Definiu-se a busca por estudos publicados nos últimos 10 anos (2005 a 2015). Seguiu-se pesquisa manual e eletrônica a outras fontes de conhecimento relacionados ao tema, como livros e artigos, em biblioteca pessoal e internet, em especial como parte do empoderamento introdutório da pesquisadora no assunto e como complementação da revisão integrativa (fontes secundárias). A relevância da escolha de um problema vivenciado na prática clínica do pesquisador²⁹ implicou na opção de excluir estudos específicos sobre profissionais de saúde no contexto pediátrico. Os critérios de inclusão e exclusão da revisão sistemática são descritos abaixo:

3.2.1. Critérios de inclusão

- Artigos sobre Síndrome do Esgotamento Profissional em profissionais de saúde da área dos Cuidados Paliativos;
- Artigos em língua portuguesa ou espanhola;

- Publicação em revista indexada nos últimos 10 anos.

3.2.2. Critérios de exclusão

- Publicações em línguas não descritas nos critérios de inclusão;
- Impossibilidade de acesso ao artigo completo (pago ou não encontrado por indisponibilidade de acesso físico, como teses armazenadas em universidades, livros, etc.);
- Fora do contexto dos Cuidados Paliativos;
- Contexto exclusivo de Cuidados Paliativos pediátricos;
- Abordagem de outras categorias profissionais não graduados na área da saúde (voluntários, cuidadores informais, etc.), em separado ou associadas à pesquisa.

A terceira etapa da revisão consistiu na elaboração de instrumento para extração das informações dos artigos selecionados, com o fim de organizar as informações, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo.^{29,30}

3.2.3. Instrumento de coleta de dados

O instrumento formulado, denominado matriz de síntese²⁸, continha: título do artigo, título do periódico, autores, país onde o estudo foi realizado, idioma, ano de publicação, hospital / instituição-sede do estudo, universidade, centro de pesquisa, instituição única ou pesquisa multicêntrica, metodologia da pesquisa, área da saúde, seleção, tamanho e características da amostra, critérios de inclusão e exclusão, intervenções realizadas, grupo controle (sim ou não), instrumento de medida, duração do estudo, análise estatística, resultados, conclusões embasadas nos resultados, recomendações, nível de evidência, clareza na identificação da trajetória metodológica e identificação de limitações ou vieses.

3.3. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A continuidade da pesquisa deu-se pela análise crítica dos estudos incluídos, ponderando o rigor e características de cada trabalho analisado³⁰ e categorizando-o em níveis de evidência^{30,33}, de acordo com a abordagem metodológica adotada, a saber:

- Nível 1: evidências resultantes da metanálise de estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou qualitativos;
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou experiência;
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Seguiu-se de forma concomitante a quarta fase da revisão, composta pela apresentação da revisão integrativa, através da extração, organização e exposição dos dados, comparando os dados levantados com o referencial teórico.³⁰ À redução e compara-

ção dos dados, determinou-se um sistema de classificação geral para o gerenciamento das diversas metodologias, visando a facilitação da análise.²⁸ O instrumento elaborado para o estudo (matriz de síntese) foi utilizado para coleta, simplificação e organização dos dados, através das técnicas de extração de dados das fontes primárias. A partir do instrumento preenchido, foi possível a identificação de padrões e diferenças entre os estudos, e os resultados categorizados foram expressos nas Tabelas 1 e 2, dispostas para facilitação da comparação da amostra estudada. A presente etapa direcionou a pesquisadora a duas categorias principais: estudos com metodologia não sistematizada e com metodologia sistematizada.

A interpretação e síntese dos resultados, comparando os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico e delimitação de prioridades para estudos futuros constituiu a quinta fase do presente estudo. Para proteção da validade da revisão integrativa, salientou-se as conclusões da pesquisadora, bem como os vieses foram explicitados.^{28,29,30}

Concluiu-se o presente estudo na sexta fase da revisão, através da análise crítica, discussão e conclusão dos achados das fontes primárias selecionadas na revisão, comparados com fontes secundárias da literatura nacional e internacional, culminando com a formulação do projeto de triagem da Síndrome do Esgotamento Profissional a ser aplicado aos profissionais de saúde do hospital Premier.

4. DESENVOLVIMENTO

Os Cuidados Paliativos compõem uma área da saúde com enfoque na promoção da qualidade de vida de portadores de doenças ameaçadoras da vida, o que inclui cuidados de fim de vida, através do alívio impecável dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais, assim como fornecer apoio aos familiares em todo o processo da doença e no luto.^{1,4,13}

O cotidiano profissional permeado pela dor, perda e morte leva os profissionais a vivenciarem seus próprios medos e incertezas, fragilidades e vulnerabilidade, nem sempre com espaço e autorização para o compartilhamento dessas emoções. A morte de pacientes com os quais se estabeleceu vínculo leva ao luto dos profissionais, muitas vezes não reconhecido, sem espaço para expressão dos sentimentos. A elaboração do luto é desautorizada desde a formação profissional, diante do ensino voltado para o não envolvimento com o paciente. Com isso, o profissional de saúde pode não aceitar e reconhecer o luto, com o desencadeamento de mecanismos de defesa inconscientes, sintomas psicossomáticos, exacerbação do estresse e evolução para o colapso.⁸ A necessidade de negar constantemente as emoções para adquirir objetividade no trabalho em saúde é um equívoco, uma crença que deve ser desconstruída pelos profissionais.²

O trabalho em equipe está no cerne do conceito dos Cuidados Paliativos, diante do olhar multidimensional do indivíduo.^{1,21} Trabalhar em equipe pode ser um fator de proteção para a Síndrome do Esgotamento Profissional.^{21,34} No entanto, faz-se

necessário o suporte mútuo, estímulos e estrutura adequada para a relação entre os profissionais e o reconhecimento do trabalho.

Ser profissional de saúde da área dos Cuidados Paliativos significa repetidos contatos com o sofrimento humano, a natureza finita e vulnerabilidade da existência humana, e envolvimento em decisões éticas difíceis, denotando um trabalho exigente e exaustivo.¹³ Faz-se necessário a promoção da interação, partilha de informações e saberes, clareza de papéis e liderança efetiva.⁴

Valorizar a vida e considerar a morte um processo natural são princípios dos Cuidados Paliativos.² Um dos escopos dos paliativistas é modificar a visão da morte negada e interdita em evento socialmente aceito, o que se traduz em tarefa árdua e requer treinamento adequado. Lidar cotidianamente com situações de morte abarca decisões nem sempre fáceis e possíveis, o que pode levar a sentimentos de impotência, frustração e revolta, acarretando nos profissionais de saúde estresse adicional.⁸ Profissionais de saúde envolvidos com cuidados de fim de vida são considerados grupo de alto risco para desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento Profissional.²

Equipes de saúde se veem diante de inúmeras tarefas a cumprir, muitas de alta complexidade, elevadas cargas horárias de trabalho, insuficientes profissionais na equipe e grande número de pacientes sob responsabilidade de cuidado. Familiares de portadores de doenças avançadas incuráveis podem, como defesa diante da possibilidade iminente da perda, buscar respostas, sentir raiva ou culpa, demandas que podem potencializar sobrecargas pré-existentes dos profissionais. Além disso, a percepção dos profissionais do não reconhecimento do trabalho, aliada às manifestações de sofrimento e angústia de pacientes e familiares e ausência de tempo e espaço para elaboração e compartilhamento de sentimentos, podem culminar com sobrecarga afetiva e consequentes sintomas físicos, adoecimento e Burnout.⁸

4.1. ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO

Em 1981, Maslach e Jackson¹⁶ validaram uma estratégia de identificação da Síndrome de esgotamento emocional, denominada *Maslach Burnout Inventory* (MBI), em português Inventário de Burnout de Maslach. Tal instrumento permite a identificação de níveis de exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP) e avalia índices de Burnout conforme escores de cada dimensão²⁵, sugerindo a presença da Síndrome do Esgotamento Profissional mediante altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização pessoal. Autoaplicável, sua primeira versão avalia intensidade e frequência das respostas com uma escala de pontuação variável de 0 a 6¹⁶, e a versão mais recente com opções de resposta de cada item com valores de 0 a 4 na escala de Likert³⁵. O MBI consiste em 22 itens que analisam cada uma das dimensões do Burnout, destinadas 9 questões para avaliação de EE, 5 de DP e 8 para RP.³⁵

Enfermeiros espanhóis da região da Galícia foram avaliados através da aplicação do Inventário de Burnout de Maslach e coleta de dados sociodemográficos e organizacionais, a fim de identificar a presença da Síndrome do Esgotamento Profissional.

A idade média dos respondentes era de 39,5 anos, estando a maior parte entre a faixa etária de 30 a 40 anos (31% da amostra). A maioria dos entrevistados eram mulheres (87%). Em relação à satisfação com o trabalho, houve um predomínio do relato de relação muito satisfatória com outros profissionais e algo satisfatória com os pacientes. Do total da amostra, mais da metade pontuou positivamente para exaustão emocional (EE), apresentando níveis altos (28%) e médios (26%). Encontrou-se majoritariamente baixo nível de despersonalização (DP) (52%), frente a 23% caracterizando níveis médios e 25% alto nível de DP, assim como 59% da população relatou alta realização pessoal (RP), em comparação a 22% associada a realização pessoal reduzida.²¹

Médicos e enfermeiros de equipes de Cuidados Paliativos portuguesas foram avaliados para identificação do Burnout através do Inventário de Burnout de Maslach (MBI)⁴. Os resultados foram estatisticamente correlacionados com variáveis sociodemográficas e informações coletadas por um questionário de caracterização de experiências vivenciadas em contexto de trabalho, contendo número de turnos noturnos na semana anterior e extraordinários, folgas, número de doentes que faleceram na última semana, existência de conflitos com outros profissionais e necessidade de tomar decisões éticas. Nove das 14 equipes aceitaram participar. Destas, 88 profissionais responderam (62% de adesão à pesquisa), sendo 80% enfermeiros e 20% médicos. A mediana de idade foi de 32 anos, e as medianas de experiência profissional e exercício profissional na equipe de cuidado paliativo foram de 10 e 3 anos, respectivamente. Quarenta e dois por cento estavam casados, 80% manifestavam ter religião e 33% tinham formação pós-graduada em Cuidados Paliativos. Do total, somente 3% dos profissionais foram classificados como portadores de Burnout, 13% apresentavam alto risco de desenvolver Burnout, e 30% risco moderado. A maioria (55%) dos profissionais se encontrava em baixo risco de desenvolver Síndrome do Esgotamento Profissional. Os profissionais em Burnout ou alto risco de desenvolver a síndrome apresentavam altos níveis de exaustão emocional (EE) – 28 (26-32), em comparação aos níveis médios – 16 (10-21) – de EE observados nos profissionais com risco médio ou baixo. A mediana para a dimensão EE no grupo avaliado foi 18 (11-25). Em relação à despersonalização (DP), a mediana da amostra foi de 3 (1-7) e níveis mais altos nesta dimensão foi encontrado nos profissionais que estavam em Burnout quando comparados a profissionais que não se encontravam em Burnout. Da mesma maneira, profissionais em Burnout tinham níveis de realização pessoal e profissional mais baixos – 30 (28-31) – do que os profissionais identificados com baixo risco de desenvolverem Burnout – 40 (35-43), sendo a mediana da amostra total classificada com nível médio – 38 (32-43). Ressaltou-se os altos níveis de despersonalização entre os profissionais com Burnout, os quais podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Destacou-se como preocupante a porcentagem de profissionais em alto e médio risco de Burnout, como um alerta para a implementação de medidas preventivas a fim de evitar o adoecimento dos profissionais. Ademais, apontou-se como limitação do estudo a aplicação do Inventário de Bur-

nout de Maslach em apenas um momento, o que pode ter dificultado a associação de variáveis como um menor número de óbitos na semana anterior. A corrente pesquisa quantitativa utilizou um tamanho reduzido de amostra, a qual não foi caracterizada quanto às estruturas dos serviços.

García e colaboradores³ compararam um grupo de enfermeiros dos Cuidados Paliativos com enfermeiros do mesmo hospital de outras áreas da saúde, da região do País Vasco, na Espanha, através da aplicação do Inventário de Burnout de Maslach, uma escala de apoio social percebido e um questionário de satisfação laboral, além da análise de dados sociodemográficos. A taxa de resposta dos enfermeiros de Cuidados Paliativos foi de 69% (n=64) e das outras áreas de 46% (n=41). O sexo feminino foi majoritário e a mediana de idade foi de 39 e 37 anos na equipe de Cuidados Paliativos (CP) e na equipe que não era de Cuidados Paliativos (NCP), respectivamente. O tempo médio de exercício profissional foi similar entre os grupos (entre 12 e 16 anos), com a diferença de que os enfermeiros dos CP estavam em média 6 anos no mesmo posto de trabalho, enquanto os enfermeiros NCP se mantinham na mesma área um período significativamente superior, com uma mediana de 13 anos (p=0,001). Os enfermeiros dos CP informaram realizar reuniões periódicas de equipe em maior proporção do que o grupo controle (p=0,033), as quais eram diárias em 42% dos casos. As equipes de CP resultaram significativamente mais numerosas (20 *versus* 7 membros). A proporção de enfermeiros que se sentem mal preparados e destreinados em comunicação foi alta nos dois grupos. Em relação à Síndrome do Esgotamento Profissional, considerou-se em Burnout os profissionais que superaram em um ou mais dos três componentes avaliados. Os níveis e prevalências de Burnout entre enfermeiros de CP e o grupo controle não demonstraram diferenças significativas estatisticamente. Na amostra total, exaustão emocional elevada foi encontrada em 58 a 62%, alto nível de despersonalização em 59 a 66%, assim como 66 a 70% demonstrou uma realização pessoal baixa. A porcentagem de enfermeiros de CP em Burnout foi menor do que no grupo controle (33% *versus* 41%), porém sem diferença estatística significativa. Um em cada três enfermeiros encontrava-se no limite para desenvolver a Síndrome do Esgotamento Profissional; outro estava em Burnout, com um componente fora da normalidade e outro foi classificado como “*muito queimado*”, com dois ou três componentes do MBI alterados. Não houve diferença estatisticamente significativa na análise dos componentes do MBI em separado. A única diferença significativa encontrada foi a maior sensação dos enfermeiros de CP de que seu trabalho vale a pena (p=0,004). À comparação dos grupos de auxiliares e enfermeiros, encontrou-se níveis e prevalências de Burnout semelhantes, apesar da maior prevalência de alta despersonalização das auxiliares de enfermagem, em torno de 50%. O Inventário de Burnout de Maslach pareceu constituir um instrumento útil para a avaliação de Burnout nos profissionais da área dos Cuidados Paliativos, apesar da limitação na consistência dos resultados por sua aplicação em um único momento. Recomendou-se futuras investigações com objetivo de construir um instrumento com características e particularidades do trabalho em Cuidados Paliativos,

contendo especificidades que contemplem o impacto de estressores como a confrontação contínua com pacientes em fim de vida. A referida pesquisa quantitativa apresentou clareza na identificação da trajetória metodológica.

Moragón et al.³⁵ aplicaram o MBI em 126 profissionais de um hospital de Madrid, na Espanha: 27 profissionais da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), 29 da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e 70 do Serviço de Urgências (SU), e os resultados foram comparados entre os serviços. A média encontrada nos níveis de Burnout foram 38,7 (Desvio Padrão (DP)=6,4) nos profissionais da UCP, 46,7 (DP=7,4) nos profissionais da UCI e 49,3 (DP=8,5) nos profissionais do SU, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Os profissionais do SU apresentaram maiores níveis em todos os componentes do Burnout em relação aos profissionais da UCP, com resultados estatísticos significativos. O menor grau de despersonalização foi encontrado nos profissionais da UCP (média 6,5, DP=1,3) em relação aos outros serviços (média 8,1, DP=2 nos profissionais da UCI e média 9,2, DP=9,6 do SU). À análise global, o estudo detectou um nível médio de Burnout nos profissionais dos três serviços analisados, porém os profissionais da UCP estavam enquadrados no limite entre níveis médios e baixos. Além disso, os profissionais da UCP obtiveram baixos níveis de exaustão emocional e de despersonalização. Contudo, o estudo não especificou a profissão dos indivíduos avaliados nem realizou análise de variáveis sociodemográficas.

Martínez e colegas³⁶, em um ramo de um estudo qualitativo sobre a complexidade dos Cuidados Paliativos na comunidade de Madrid, na Espanha, detectou a Síndrome do Esgotamento Profissional nas fases de observação e trabalho de campo do estudo, destacando-a como um dos mais relevantes problemas dos profissionais. Um responsável por um serviço de Cuidados Paliativos apontou o Burnout como uma de suas preocupações fundamentais, pois por seu olhar vários profissionais desenvolveram problemas graves de saúde relacionados com o tipo e condições de trabalho. Outro indicador da presença do Burnout correspondeu à observação direta dos pesquisadores de vários afastamentos do trabalho de profissionais que tentaram entrevistar.

A revisão sistemática da literatura sobre Burnout nos Cuidados Paliativos de Pereira e colegas²⁵ evidenciou menores níveis de esgotamento em médicos paliativistas quando comparados com médicos de outras áreas, como a oncologia. O instrumento de identificação de Burnout mais utilizado nas pesquisas incluídas foi o MBI (7 de 15 estudos), associado ou não a entrevistas ou outros questionários, como General Health Questionnaire, Nursing Stress Scale e a Coping Scale.

Mongolian e colaboradores realizaram uma pesquisa com médicos residentes do 2º ano de oncologia e hematologia dos EUA³⁷, a qual apontou uma alta prevalência de Burnout, resultado identificado através da aplicação do Inventário de Burnout de Maslach. A pontuação média no domínio exaustão emocional (EE) foi de $19,1 \pm 10,0$ (ponto de corte ≤ 18 , acima do qual indica alto nível de Burnout), e a pontuação média de realização pessoal (RP) foi de $36,72 \pm 7,53$ (ponto de corte ≥ 40 , valores menores sugerem altos níveis de Burnout). Entre os entrevistados, 24,2% pontuaram

para alta EE, 28,3% para alta DP, e 26,8% para baixa RP. Mais da metade dos médicos em formação em oncologia relataram um nível elevado de Burnout em pelo menos um dos 3 domínios (32,9% em um domínio, 16,5% em 2 domínios, e 5,5% em todos os 3 domínios).

O nível de Burnout entre enfermeiros de equipes de Cuidados Paliativos portuguesas foi investigado através da aplicação do MBI¹³. As pontuações medianas encontradas foram: 19,63 para exaustão emocional; 4,95 para despersonalização, e a mediana para a realização pessoal e profissional foi 36,06, exibindo níveis médios de Burnout em todos os domínios e um baixo risco para o desenvolvimento de Burnout.

4.2. FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO

Profissionais de saúde muitas vezes não têm disponibilidade interna para olharem a si mesmo e perceberem suas necessidades de cuidados, com maior gravidade diante do trabalho com situações-limite, nas quais solicitações e exigências são intensas. Tais exigências podem originar-se na própria situação-limite, mas também no mundo interno do profissional, a partir de aspectos da formação pessoal e profissional.⁶

Muitos profissionais de saúde fazem uso de seus momentos de lazer, vida social e familiar para falar de problemas de seus pacientes e do trabalho, denotando falta de espaço adequado para elaboração das vivências laborais e dificuldade em desvincular-se das relações profissional-paciente. A manutenção da vida social e lazeres possibilita o aprimoramento de recursos a serem utilizados em situações de estresse.¹¹

Grupos de suporte emocional são referenciados como preventivos da formação de mecanismos de defesa rígidos pelos profissionais, os quais podem distanciar-los dos outros e de si mesmos. Compõem-se por espaços de discussão e reflexão que auxiliam os profissionais a compreenderem as dinâmicas existentes em seus atendimentos, possibilitando o desvelar de processos transferenciais e atuações negativas. O respaldo da coletividade evita o isolamento e vulnerabilidade e potencializa a elaboração das experiências.¹¹

Grupos de reflexão sobre a prática assistencial, denominados grupos Balint, fornecem um espaço de escuta para a equipe expressar suas emoções, constituindo um dispositivo catalisador do trabalho. Profissionais habilitados não membros da equipe são indicados para coordenar o grupo e manejar adequadamente questões emocionais conflitivas ligadas à assistência.¹⁰

Um estudo sobre Burnout em enfermeiros portugueses de equipes de Cuidados Paliativos identificou fatores de proteção contra o Burnout, entre os quais os efeitos positivos das intervenções de enfermagem na vida de pacientes e seus familiares, através dos temas reconhecimento, fazer a diferença e visibilidade de ganhos, construindo um senso de utilidade; e o estabelecimento de uma ética do cuidado na relação com os pacientes e seus familiares e dentro da equipe, com as temáticas: relação de ajuda, confiança e presença, com um sentido de solidariedade, compreensão, ajuda mútua e apoio entre os membros da equipe.¹³

Espiritualidade e religiosidade mostraram-se fatores de proteção da Síndrome

do Esgotamento Profissional no trabalho com enfermos em fase final de vida e seus familiares, à correlação de experiências espirituais diárias dos profissionais com bem-estar físico e emocional.² No geral, indivíduos com forte sistema de crenças pessoais experienciam menos estresse e Burnout, mas nem sempre é o caso. Há evidências de que médicos que se consideram muito espiritualizados possuem mais fadiga por compaixão.¹⁹

A aquisição de conhecimentos sobre a Síndrome de Burnout é apontada como recurso fundamental que possibilita a prevenção, o diagnóstico e a busca por tratamentos com maior eficácia pelo profissional.³⁸

A supervisão por profissionais experientes é reconhecida na literatura^{8,25,26} como benéfica na prevenção da Síndrome do Esgotamento Profissional. Auxilia na aquisição de recursos de enfrentamento adequados, no desvelar de “pontos cegos”, dos aspectos transferenciais e contratransferenciais existentes na relação e na busca por ferramentas e estratégias de intervenção pautadas na experiência coletiva. Profissionais pouco experientes beneficiam-se através da diminuição das expectativas, idealizações e da ansiedade associada ao início da prática, embasando-a, potencializando a segurança no trabalho. Para profissionais mais experientes, as supervisões possibilitam a reciclagem dos conhecimentos, o compartilhamento de dificuldades e reconhecimento de suas vulnerabilidades e fragilidades.¹¹

Enfatiza-se o importante papel do autocuidado como fator protetor dos riscos psicossociais do trabalho com pacientes em fim de vida. O foco em “cuidar de quem cuida” tem o potencial de aumentar os apoios e serviços disponíveis para as pessoas afetadas pelo câncer, assim como amenizar o risco de trauma secundário e Burnout. Porém, há uma evidência limitada para orientar o desenvolvimento de estratégias específicas.²²

Um estudo português de equipes de Cuidados Paliativos de Pereira e colaboradores⁴ identificou associação significativa e inversa entre o desenvolvimento de Burnout e ter alguma religião ($p=0,005$) e possuir formação pós-graduada em Cuidados Paliativos ($p=0,011$). A presença de conflitos com outros profissionais ($p=0,012$) demonstrou-se significativamente associada com o desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento Profissional. Das experiências vivenciadas no contexto do trabalho na semana anterior, apenas a presença de conflitos com outros profissionais demonstrou aumentar o risco para o desenvolvimento de Burnout ($p=0,012$). A dimensão religiosa como fator de proteção de Burnout foi relacionada pelos autores com atribuição de sentido ao trabalho, através da vivência da profissão como uma vocação, convicção do trabalho cumprindo um propósito maior e crença na existência de uma vida após a morte. Sugeriu-se que a religiosidade e espiritualidade sejam objeto de novos estudos e reflexões. Ressaltou-se positivamente as recomendações internacionais de conteúdos programáticos de cursos de Cuidados Paliativos que contemplam o tema do Burnout e/ou gestão emocional dos profissionais, os quais podem se apresentar mais conscientes dos objetivos do trabalho e necessidade de autocuidado. Apesar da exposição dos médicos e enfermeiros das equipes de Cuidados Paliativos portu-
gue-

sas a fatores de risco para Burnout, identificou-se baixos níveis (3%) de Burnout nos profissionais avaliados. Aventou-se a presença de fatores protetores a serem melhor estudados nas unidades de Cuidados Paliativos, os quais podem contrabalançar os fatores de risco existentes. Tal proposta apresenta-se como um paradoxo, posto que profissionais da área dos Cuidados Paliativos podem vivenciar tristeza, angústia e sofrimento diante da morte dos pacientes, assim como sensação de gratificação e enriquecimento pelo trabalho, auxiliando a evitar o desgaste físico e emocional. Fricou-se a necessidade de avaliação de fatores protetores ao nível organizacional, com a identificação de estratégias ativas para a prevenção do Burnout.

Na área de Cuidados Paliativos são reconhecidos fatores predisponentes à Síndrome do Esgotamento Profissional, como a exposição frequente ao sofrimento e ao final de vida e o fato de ser um modelo de atenção recente e, assim, os profissionais com frequência não receberam uma formação suficiente para o desempenho do trabalho. No geral, estão sob maior risco de Burnout profissionais sem suporte emocional, na presença de conflitos internos pessoais ou problemas organizacionais. Por outro lado, fatores protetores contra o Burnout em profissionais dos Cuidados Paliativos são descritos, como uma maior satisfação profissional, trabalhar em equipe, reuniões periódicas e a presença de profissionais que optaram pela área de atuação, procurando formação adequada.³

Entre outras causas de Burnout citadas na literatura encontram-se personalidade prévia, dificuldades para exercer a profissão, déficits na formação universitária (insuficiente ou nula formação em Cuidados Paliativos, falta de informações sobre problemas ocupacionais, deficiente formação psicológica para lidar com críticas e estresse), más condições de trabalho (sistema de saúde, equipe), desconfiança dos pacientes (temor de demandas judiciais, perda do prestígio profissional), alta mortalidade dos pacientes, estresse de ser portador de más notícias e dever de comunicá-las.³⁴

A morte pode ser vista pelo profissional de saúde como inimiga a ser vencida a qualquer custo, um fracasso de seus atos, ou como parte natural da vida humana. Além dos familiares e do paciente, os profissionais de saúde vivem lutos cotidianos em sua prática profissional, em especial aqueles que fazem parte de equipes de Cuidados Paliativos. A cultura da morte interdita e da tecnologização das profissões de saúde não autoriza a expressão dos sentimentos, culminando com o adoecimento e aumento dos casos de depressão e Síndrome do Esgotamento Profissional entre os profissionais de saúde. A elaboração do luto requer o reconhecimento e a permissão da expressão de sentimentos. O período de adoecimento traz a vivência de perdas, e o processo de luto antecipatório autorizado permite o compartilhamento de dores e emoções e estimula a comunicação entre paciente, familiares e profissionais, tendo caráter preventivo de sofrimento futuro e sua cronificação.⁸

A equipe de enfermagem tem a função de prover o cuidado diário ao paciente, atender suas necessidades básicas, lidar com suas demandas e de seus familiares, assim como executar procedimentos indicados pela equipe médica. O contato mais

intenso com a dor e o sofrimento, assim como com familiares, muitas vezes em estado de ansiedade e desespero diante da possível perda do ente querido, expõe estes profissionais a um elevado risco de desgaste emocional, deterioração pessoal e colapso.^{2,8,21}

Resultados analisados estatisticamente no estudo de Cantorna e colegas²¹ demonstraram à avaliação de enfermeiros da área dos Cuidados Paliativos correlação proporcional de exaustão emocional com o ambiente físico, equilíbrio entre vida profissional e atividade e situação no emprego. Discussão com pacientes, familiares e colegas de trabalho, repreensão por superiores e despersonalização também foram associados à exaustão emocional, posto que quanto maior esta variável, maior o sofrimento emocional. A despersonalização era maior quanto menor a idade do enfermeiro, mais instável a situação do emprego e mais discussões ocorreram com pacientes e familiares. Por outro lado, quanto menores as ocorrências de conflitos com pacientes e familiares, maior a realização pessoal do enfermeiro. Menor realização pessoal relacionou-se com menos profissionais de saúde escalados, maior número de turnos noturnos e mais discussões com pacientes e familiares.²¹ Como viés do estudo após análise crítica, a taxa de resposta e as perguntas do questionário de dados organizacionais não foram descritos, da mesma forma que estratégias de manejo não foram citadas ou testadas.

Pesquisadores espanhóis avaliaram enfermeiros de Cuidados Paliativos e de outras áreas³ e encontraram a experiência como um fator de proteção para exaustão emocional e a falta de formação adequada relacionou-se com maior exaustão emocional ($p=0,003$) e menor realização pessoal ($p=0,031$). Oitenta por cento dos enfermeiros avaliados afirmaram dispor sempre ou com frequência (pelo menos uma vez por mês) de alguma pessoa em quem confiar sentimentos, que se interessa por eles, que lhes console quando preocupados ou que podem orientar sobre como fazer algo. Os enfermeiros de CP apresentaram resultado estatístico significativamente maior do que enfermeiros NCP em relação a sensação de terem alguém ao lado nos momentos difíceis e com quem possam comportar-se como são na realidade. Observou-se uma maior satisfação profissional nos enfermeiros de CP, com diferenças estatisticamente significativas na maior satisfação com os superiores e supervisão, alegando bastante ou muita satisfação em seu trabalho. No entanto, encontravam-se mais insatisfeitos com o entorno físico e espaço de trabalho. Constatou-se relação entre satisfação no trabalho com a supervisão e presença em reuniões periódicas de equipe. Os autores do estudo apontaram o exercício profissional de enfermagem como uma tarefa de alto risco de desgaste, dado que ambos os grupos estudados apresentaram uma alta prevalência da Síndrome do Esgotamento Profissional.

Uma pesquisa espanhola qualitativa de Martínez e colaboradores³⁶ relacionou a frustração dos profissionais com a falta de recursos e desinteresse institucional pelas condições de trabalho. A satisfação esteve mais relacionada com o benefício do trabalho para os pacientes e o reconhecimento por parte dos familiares. Em geral, observou-se pouco engajamento no autocuidado pelos profissionais de Cuidados

Paliativos entrevistados. Dessa forma, parte do discurso dos profissionais centra-se em si mesmos como objeto da atenção psicológica, por estarem em permanente exposição ao estresse. Às opiniões dos profissionais, boa formação profissional associa-se com a percepção do trabalho mais edificante do que ansiogênico. Referenciou-se o autocuidado dentro da dinâmica do trabalho em equipe, e identificou-se uma ambivalente relação de frustração e satisfação. O estudo constatou que o autocuidado profissional como medida de higiene mental e prevenção de Burnout é uma grande lacuna na prática das equipes de Cuidados Paliativos na população estudada.

A literatura científica sobre Cuidados Paliativos menciona a Síndrome do Esgotamento Profissional no contexto do risco ocupacional.^{2,4,13,19,24,25} O principal fator de risco identificado na revisão sistemática da literatura sobre Burnout nos Cuidados Paliativos de Pereira e colegas²⁵ foi a falta de autoconfiança dos profissionais nas próprias habilidades de comunicação com os pacientes e familiares. Acresceram-se pressão de tempo, a qual resultava em dificuldades em estabelecer uma comunicação efetiva, e a comunicação de más notícias, principalmente relacionada a ineficácia de tratamento curativo na área de oncologia. Estes fatores de risco podem estar relacionados com falta de educação e treinamento em Cuidados Paliativos.²⁵

A literatura^{2,13} aponta para o contato repetido com a morte e o morrer como potencial fator de risco para desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento Profissional. Conflitos na equipe, maiores níveis de responsabilidade, qualificações profissionais elevadas e excesso de burocracia foram associados ao risco de exaustão emocional em enfermeiros de Cuidados Paliativos, assim como pressões interpessoais, educação insuficiente, esquiva ou distanciamento do paciente e ausência de estratégias da equipe para evitar o Burnout contribuíram para a despersonalização.²⁵

A aplicação do MBI em médicos residentes do 2º ano de oncologia e hematologia dos EUA por Mongolian e colegas³⁷ identificou maiores escores de despersonalização (DP) em residentes mais jovens, assim como em residentes que reportaram receio de lidar com o estresse emocional dos familiares de um paciente em fim de vida. Médicos residentes que relataram ensino sobre plano de cuidados, aqueles que se sentiam preparados para abordar questões espirituais com pacientes em fim de vida e os que se sentiam aptos a gerir seus próprios sentimentos em relação a pacientes moribundos tiveram escores significativamente mais baixos de exaustão emocional (EE). Os entrevistados que acreditavam ter a responsabilidade de ajudar os pacientes no final da vida a se prepararem para a morte tiveram significativamente maior realização pessoal (RP). Componentes da formação considerados marcadores de boa educação em Cuidados Paliativos foram associados a menor nível de Síndrome do Esgotamento Profissional em todos os 3 domínios, tais como: ensino explícito na rotação de opióides, quando encaminhar um paciente para um hospice, e acompanhar um oncologista assistente a conduzir uma discussão de plano de cuidados. Sentir-se preparado para gerenciar os próprios sentimentos relacionados a um paciente moribundo, ser capaz de lidar com o estresse emocional dos familiares, e absolver-se da culpa em torno da morte de um paciente foram associados com níveis mais baixos de Burnout.

Fatores organizacionais associados a um maior risco de desenvolvimento de Burnout incluem constrangimentos ou limitações, sobrecarga de trabalho, problemas de comunicação, conflitos de função e problemas financeiros.³⁹ Aponta-se a importância de auditorias urgentes nas taxas de absentismo e rotatividade nos contextos dos Cuidados Paliativos, sugerindo fatores de risco psicossociais como um possível cerne do problema.²⁴

Pereira et al. sugeriram em uma revisão sistemática²⁵ a associação entre Burnout e a preocupação dos médicos sobre os recursos econômicos do paciente para pagar por tratamentos. Entre os médicos, a Síndrome do Esgotamento Profissional associa-se a problemas conjugais e familiares, esgotamento físico e emocional, insônia e aumento do risco de suicídio.⁴⁰

Profissionais que permaneceram no mesmo contexto de cuidados de saúde por cinco ou mais anos apresentaram maiores taxas de esgotamento profissional, especialmente em relação às dimensões de exaustão emocional e despersonalização. Por outro lado, experiência profissional foi considerada em um estudo como fator de proteção para a exaustão emocional.²⁵

Os fatores de risco para Burnout identificados à avaliação de enfermeiros de equipes de Cuidados Paliativos portuguesas¹³ corresponderam a dificuldades de relacionamentos com a equipe e familiares dos pacientes, questões consideradas pelos enfermeiros como emocionalmente exigentes e angustiantes. Além disso, os enfermeiros apontaram sobrecarga de trabalho e desorganização como fatores de risco para a Síndrome do Esgotamento Profissional. A complexidade da prática de enfermagem nos Cuidados Paliativos, ao cuidarem de pacientes vulneráveis e altamente dependentes que necessitam de um grande número de intervenções, com intensa demanda emocional e física dos cuidados, requer a gestão de interrupções do trabalho e reorganização dos planos de trabalho e de cuidados, o que pode ser agravado com a desorganização no funcionamento da equipe. As principais conclusões deste estudo apontaram que, apesar dos enfermeiros das equipes de Cuidados Paliativos portuguesas enfrentarem fatores de risco para o desenvolvimento de Burnout, como sobrecarga de trabalho, desorganização e dificuldades nas relações interpessoais com os colegas e familiares dos pacientes, estes não parecem resultar no desenvolvimento de elevados níveis de Burnout. Os participantes exibiram um baixo risco de Burnout, o que foi reforçado pelos sentimentos positivos que expressam a respeito de seu trabalho. O equilíbrio proporcionado pelos fatores de proteção, como a ética do cuidado fornecido aos pacientes e familiares e dentro das equipes em termos de apoio mútuo e carinho, fortaleceram essa compreensão. A associação das estratégias preventivas do sofrimento físico e emocional e a perspectiva dos aspectos positivos de seus papéis profissionais auxiliaram os enfermeiros participantes no desenvolvimento pessoal e profissional. Os autores assinalaram que mais pesquisas são necessárias para determinar estratégias ativas a serem implementadas pelos enfermeiros de equipes de Cuidados Paliativos para promoção do bem-estar e qualidade de vida dos doentes e famílias, cuidando ao mesmo tempo de si mesmos como indivíduos, profissionais e

membros de uma equipe interdisciplinar.

Segundo Bianco¹¹:

“Entre os fatores que predisõem a qualidade dos cuidados oferecidos aos usuários dos serviços de saúde está, justamente, a qualidade da relação desenvolvida pelos profissionais com os pacientes e familiares. Deste modo, a atenção a esse profissional faz-se necessária também para que a qualidade dos serviços de saúde seja mantida.”

Uma metanálise de 485 estudos realizada por Faragher e colegas⁴¹, com uma amostra de 267.995 indivíduos, apontou para uma forte relação entre a satisfação no trabalho e saúdes física e mental, com destaque para a Síndrome do Esgotamento Profissional, baixa autoestima, ansiedade e depressão. O conhecimento dos fatores relacionados à satisfação dos profissionais de saúde que lidam com doentes em seu leito de morte pode trazer luz à promoção de cuidados efetivos aos profissionais de saúde.²

Profissionais prestadores de apoio e aconselhamento a pacientes com câncer e suas famílias, incluindo os cuidados no luto, experimentaram tanto satisfação, como estresse. Entre os fatores estressores, conotações negativas relacionadas ao câncer foram ressaltadas, visto como um “fantasma”, fenômeno invisível, mas real, que contribui para o trauma secundário e Burnout.²² É compreensível que cuidadores apresentem dificuldades em lidar com a perda de pacientes, que facilmente se tornam entes queridos, especialmente na área hospitalar. Com o estabelecimento de relações diferenciadas e singulares, a morte pode provocar no profissional de saúde o mesmo luto manifestado em relação a um ente da família querido.²

Estudos de Bianco¹¹ e Breen²² apontam a necessidade de estratégias no local de trabalho, bem como individuais, que reconheçam sentimentos e necessidades dos profissionais que prestam cuidados a pacientes em fim de vida e reforcem as suas capacidades de comunicação, bem como o destaque da satisfação no trabalho que muitas vezes acompanha essas funções. Engajamento no trabalho e satisfação compassiva foram relacionados a menores índices de Burnout. O sistema de valores pessoais e sua congruência com o ambiente de trabalho é muitas vezes a mais importante variável para muitos profissionais. Se o sistema de valor pessoal está comprometido no trabalho, pode ser o momento de tentar mudar o sistema ou deixar o ambiente de trabalho.¹⁹

A sociedade contemporânea vive fortes influências paradoxais em um contexto cultural árido de significados para o sentido da vida. A cultura ocidental de sacrifício para o “sucesso profissional”, o culto ao consumo com necessidades artificialmente criadas incentiva relações interpessoais descartáveis e vínculos afetivos cada vez mais frágeis, contribuindo para a banalização da vida humana.²

Peres² salienta:

“Indivíduos superficialmente preparados na cultura dissociativa contemporânea, que se veem obrigados a manejar rapidamente a morte e o luto, estão sujeitos a fatores de ansiedade e estresse que podem levar ao esgotamento emocional.”

4.3. ESTRATÉGIAS DE MANEJO

Profissionais de enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Hospital do Câncer de Barretos foram submetidos a um programa de atividade física no local de trabalho (PAFT), cinco dias por semana, com duração de dez minutos cada sessão, durante três meses consecutivos. Vinte e um profissionais foram avaliados em relação a Burnout e estresse ocupacional através do Inventário de Burnout de Maslach e Job Stress Scale, assim como em relação à ansiedade e depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), antes e após o programa. Dos profissionais cujos dados foram analisados, 90,5% eram auxiliares/técnicos de enfermagem e 9,5% (dois) eram enfermeiros. Nenhum dos participantes trabalhava em um segundo emprego. A idade média foi de 37,4 ($\pm 9,1$) anos, 95,2% eram mulheres, 57,1% tinham casamentos estáveis, 76,2% tinham filhos, e 71,5% relataram ter renda familiar ≤ 4 salários-mínimos. O tempo médio gasto com formação como profissional de enfermagem foi de 6,8 ($\pm 2,5$) anos. A média do tempo de trabalho na UCP foi de 9,3 ($\pm 3,4$) anos. Aproximadamente um terço da equipe de enfermagem avaliada tinha sintomas de ansiedade ou depressão no início do estudo, com ausência de resultados estatisticamente significativos de melhora após o programa. Antes da intervenção (PAFT), sete (33,3%) profissionais avaliados tinham altos níveis de exaustão emocional e dez (47,6%) apresentavam níveis altos de despersonalização. Apenas três (14,3%) apresentavam baixa realização profissional. Não houve diferença estatisticamente significativa nas dimensões de Burnout comparando-se os escores pré e pós-intervenção. Dezoito (85,7%) profissionais relataram melhora na qualidade de vida em geral, 17 (80,9%) relataram maior atenção à sua própria saúde, 15 (71,4%) relataram aumento da vontade de trabalhar e 12 (57,1%) notaram aumento na disposição para realizar atividades não relacionadas ao trabalho. Dos 17 participantes que se queixavam de fadiga antes da intervenção, dez (62,5%) relataram melhora após a intervenção. Em relação à dor, 20 (95,2%) relataram melhora. O estudo sublinhou o alto percentual de profissionais com baixo suporte social, correlacionando as dificuldades do benefício do PAFT sobre esses aspectos, estreitamente relacionados ao perfil do profissional e a fatores interpessoais. A melhora percebida na dor e fadiga após a intervenção, assim como na capacidade de trabalho e na qualidade de vida em geral, emergiram como fatores benéficos potenciais do PAFT, sugerindo a realização de novos estudos utilizando esta intervenção.⁴² Como limitação do estudo, aponta-se o viés do pequeno tamanho da amostra, a qual não foi randomizada nem comparada a um grupo controle.

Técnicas de abordagens corporais promovidas por profissionais capacitados e em ambientes adequados foram citadas como estratégias de prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional, ao permitirem aproximação do profissional com seus sentimentos, promovendo um “descongelamento emocional”. O cuidado com a dimensão corporal do profissional de saúde foi identificado como importante ferramenta no alívio do sofrimento, e intervenções que visam o corpo podem contribuir no equilíbrio dos sintomas, relaxamento, tranquilidade e incremento na qualidade de

vida, conduzindo à integração fisiopsíquica.¹¹

A psicoterapia individual é citada na literatura como estratégia de enfrentamento das dificuldades relacionadas ao trabalho e prevenção de Burnout.^{8,22} Oferece um espaço adequado para o profissional entrar em contato com suas “feridas”, potencializando sua criatividade para lidar com o sofrimento presente na prática clínica. O autoconhecimento e o autocuidado tornam-se ferramentas indispensáveis para evitar o adoecimento.¹¹

Além da atenção psicológica aos pacientes e familiares, uma revisão da literatura apontou como papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos o aconselhamento emocional aos profissionais de saúde e intervenções em caso de Burnout. Sugeriu-se como medida preventiva a supervisão da prática clínica pelo psicólogo e abordagem dos profissionais através da conscientização de suas próprias atitudes e crenças sobre a morte, por sua influência no processo de acompanhamento de pacientes em fim de vida. Todavia, ressaltou-se a necessidade de estudos qualitativos para análise dos obstáculos e problemáticas da prática dos psicólogos na área dos Cuidados Paliativos, assim como da organização das equipes multidisciplinares.²⁶

Ruiz e Ríos⁴³ ressaltaram em uma revisão narrativa a atuação do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos como papel facilitador aos profissionais de saúde da gestão das próprias emoções diante dos contatos frequentes com o sofrimento e a morte, assim como da comunicação entre os diferentes membros da equipe. Esse papel é um recurso valioso pela possibilidade de favorecer a prevenção ou reduzir o risco de desmotivação, assim como manter a qualidade da assistência. Sugere-se a técnica de “*counselling*” ou aconselhamento, promovendo a capacitação da equipe em mostrar o que sentem, o que pensam e o que necessitam. Esta abordagem possibilita aos profissionais de saúde um maior autoconhecimento e incremento na capacidade de influenciar o paciente, posto que um indivíduo capaz de identificar seus próprios valores e emoções possui recurso para ajudar o outro na mesma questão. Salienta-se a falta de estudos sistemáticos sobre programas de formação específica dos profissionais de saúde na área dos Cuidados Paliativos, dada a necessidade de intervenções ativas para um manejo adequado dos contatos constantes com situações de grande impacto emocional, os quais podem gerar problemas de adaptação no trabalho, como a Síndrome do Esgotamento Profissional. A intervenção voltada para o Burnout da equipe de saúde pode ter início com o reconhecimento dos próprios sentimentos de dor, sofrimento, estresse e angústia, bem como as condições específicas do cotidiano de trabalho em Cuidados Paliativos que os geram. O profissional de saúde deve considerar o que foi realizado até o momento em relação aos pacientes e seus familiares, assim como em relação aos colegas de trabalho, e estabelecer o que estaria disposto a fazer, considerando suas próprias limitações e dando valor às suas ações diárias como necessárias para alcançar suas metas de trabalho. Cuidar do cuidador foi apontado como necessário e útil para realizar um trabalho profissional com a mais alta qualidade a um custo menor emocional. Ademais, a revisão não apresentou descrição metodológica.

A correlação de conflitos com outros profissionais e desenvolvimento de Burnout em profissionais de Cuidados Paliativos portugueses⁴, os autores sugeriram que os objetivos dos cuidados poderiam ser diferentes, possível fonte de tensão entre as equipes de Cuidados Paliativos e de outras áreas de atuação, o que pode ser minimizado através da implementação de redes de comunicação e articulação eficazes intra e interequipes.

O estudo de García e colegas³ encontrou uma alta prevalência da Síndrome do Esgotamento Profissional em enfermeiros espanhóis, e propôs estudar os processos de seleção e formação dos enfermeiros para a área dos Cuidados Paliativos, visando a prevenção do desgaste profissional.

Kovács apresentou um projeto de cuidado ao cuidador profissional da área da enfermagem em um hospital público na cidade de São Paulo⁸, com o objetivo de facilitação da expressão das dificuldades e conflitos da equipe e identificação das demandas, construindo, assim, uma intervenção para alívio e favorecimento de melhor qualidade de vida. Dinâmicas de grupo foram inicialmente realizadas visando o aquecimento e sensibilização para o tema, possibilitando a expressão das dificuldades, aprofundamento das demandas e planejamento das ações de cuidado, partindo das necessidades identificadas. As atividades em grupo foram intercaladas com atendimentos individuais, utilizando-se técnicas facilitadoras da emergência das demandas, como:

- Desconexão: facilitação do desligamento de estímulos externos, envolvimento do profissional com a atividade e contato com sua experiência interior;
- Introspecção: aprofundamento do contato com vivências internas, através de exercícios de relaxamento, uso de imagens e sugestões de temas relacionados;
- Relatos verbais: estímulo do relato de experiências pessoais por todos os participantes, visando escuta de sua própria fala, expressão e compartilhamento, em uma atmosfera isenta de críticas ou julgamentos, proporcionada pelos facilitadores;
- Atividades expressivas: uso de material expressivo com o uso de tinta, massa de modelar, sucata, dança, entre outros, proporcionando a expressão espontânea de emoções, vivências e conteúdos inconscientes sensibilizados pela introspecção.

Além disso, outra modalidade de cuidado ao cuidador profissional apontada incluiu o plantão psicológico, uma abordagem centrada na pessoa, proporcionando espaço de escuta, acolhimento da demanda e o crescimento e desenvolvimento pessoal. Trata-se de pessoas qualificadas disponíveis para acolhimento de demandas dos profissionais de saúde em momentos de crise, angústia e estresse, possibilitando o contato com recursos internos e externos. O plantão psicológico pode ser terapêutico em si, ou porta de entrada para outras formas de cuidados mais prolongados. Ainda, diversas modalidades de cuidado são citadas, como atividades de lazer para estreitar relações; psicoterapia; cursos, workshops e vivências favorecedoras do contato e manejo dos próprios sentimentos e do aprendizado; supervisão individual e em grupo para casos difíceis, assim como Grupos Balint, reuniões de equipe com profes-

sionais de saúde mental, através do manejo da relação profissional de saúde-paciente, estímulo ao autoconhecimento, identificação da contratransferência e prevenção de atuações contratransferenciais.⁸ O vigente estudo não apresentou descrição metodológica, dos sujeitos participantes do projeto cuidado ao cuidador profissional e dos resultados da intervenção, configurando-se uma limitação do estudo.

Uma revisão narrativa de autoria de Colette⁴⁴ aponta a arteterapia como uma prática eficaz na estratégia de autoconhecimento e autocuidado do profissional, na expressão e comunicação de emoções e na prevenção do Burnout. Trata-se de uma terapia mente-corpo, abrangendo a percepção sensorial através da utilização de materiais artísticos. O corpo atua como mediador, um suporte artístico na criação pessoal, cujo processo é fonte de bem-estar para o paciente-artista. A arteterapia é uma abordagem psicoterapêutica, concretizando-se mediante uma relação de transferência entre paciente e terapeuta, sendo este um profissional devidamente formado, treinado e supervisionado. No entanto, abrange muito mais do que a dimensão da psique, ao adentrar a linguagem alternativa múltipla da arte e abrir portas para a autoexpressão livre e reflexão. Como estratégia de prevenção do estresse laboral e da Síndrome do Esgotamento Profissional, auxilia na elaboração de respostas emocionais diante do sofrimento do outro e a reconhecer e abordar as dificuldades pessoais em relação ao trabalho. O estudo sugere novas pesquisas multicêntricas com amostras randomizadas mistas e acompanhamento a longo prazo em busca de associações mais consistentes. A revisão narrativa citada traz relatos de casos de acompanhamento de pacientes, e não de profissionais de saúde portadores de Burnout. Ainda, não descreve a metodologia utilizada (fontes e seleção) para a narrativa relacionada ao tema, configurando potenciais vieses.

Estratégias para o combate da Síndrome do Esgotamento Profissional são enumeradas por opinião de especialista, incluindo educação na graduação, introspecção, papel conciliador do chefe da unidade, incrementar inovações na rotina, trabalho em equipe, aprender a informar os pacientes, tempo livre, suporte comunitário (associações), consideração por parte da administração e abandono da profissão.³⁴ O artigo em questão foi formulado pelo autor como resumo de tema monográfico, sendo sua limitação a ausência de descrição metodológica.

Formação adequada em cuidados paliativos
Atividades externas com a equipe, promovendo o apoio social, conhecimento mútuo e construção de um senso de coesão e confiança
Prática da atenção plena frequentemente (respirações lentas e profundas antes de visitar pacientes, recitar uma frase favorita, imaginar um lugar favorito)
Pausas durante o dia para contemplar a natureza ou ambiente, concentrando a atenção por alguns momentos
Conectar-se com pacientes, familiares ou colegas, seja através do humor ou ao perceber algo sobre a outra pessoa ou do ambiente
Recompensar-se após completar tarefas ou resolver situações
Deliberadamente abandonar o papel profissional quando sair do trabalho
Utilizar recursos da comunidade e outros profissionais para atender às necessidades de situações complexas em fim de vida (abordagem em equipe)
Reconhecer seus limites, seja de conhecimentos, ou associados a situações difíceis em fim de vida como disfunção familiar ou sintomas-casos refratários
Aprender com experiências e usar situações desafiadoras para motivar-se a adquirir novos conhecimentos, habilidades ou atitudes
Praticar a escrita reflexiva ou manter um diário
Aprender e praticar a meditação "mindfulness"
Ter um lugar especial que goste de visitar como um "refúgio"
Autocuidado: atividades de alívio pessoal do estresse (ioga, massagem, passeios a cavalo, visitar amigos, praticar esportes / atividades físicas, etc)
Psicoterapia individual

Figura 1. Estratégias pessoais de prevenção e manejo do Burnout

Indica-se a reflexão e discussão do clima emocional que envolve os atos dos profissionais de saúde, seus sentimentos e ansiedades, proporcionando um espaço para o cuidado do cuidador profissional. Reconhecer o próprio sofrimento é uma possibilidade de autorizar sua ferida, incentivar o autocuidado e uma melhor compreensão do sofrimento de pacientes e familiares. Segundo Kovács⁸, “cuida bem quem se sente

cuidado, respeitado e acolhido”. Sugestões de estratégias pessoais de prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional identificadas no presente estudo são apresentadas na Figura 1.

Os resultados de uma pesquisa norte-americana com residentes de oncologia e hematologia³⁷ sugerem que o ensino focado no conhecimento, habilidades e atitudes específicas aos cuidados de fim de vida foram associados a menores índices de Burnout entre os residentes de oncologia.

Programas de formação especializada em Cuidados Paliativos devem considerar que as habilidades requeridas para a prestação desse modelo de atenção são de natureza complexa, pela exigência da atenção às dimensões físicas, espiritual, social, psicológica e econômica, assim como o respeito às crenças, valores e saberes dos pacientes e familiares. Aprender a lidar com a morte é um desafio que requer profundo preparo.²

Um estudo qualitativo de Breen e colegas²² identificou quatro temas através de entrevistas semiestruturadas aplicadas a profissionais da área de oncologia, com abordagem da prática diária, estratégias de intervenção ao luto e perdas, e fatores que impactam na vida pessoal dos profissionais: (1) o papel dos profissionais de saúde no apoio a pessoas que estão experimentando angústia e perdas relacionadas ao câncer, (2) formas de trabalhar com indivíduos afetados pelo câncer, (3) as características individuais dos profissionais em relação a perdas e experiências de luto, e (4) as exigências emocionais do trabalho e autocuidado dos profissionais. Profissionais de diferentes profissões identificaram os serviços de aconselhamento e apoio como importantes aos pacientes e familiares, proporcionando um espaço de catarse. Por outro lado, apontaram a carga emocional de cuidar de pessoas que vivenciam a ameaça constante do câncer e perdas secundárias, como prejuízo da privacidade, independência, sexualidade, vida social, problemas com a imagem corporal, degradação da segurança financeira e angústias existenciais relativas ao sentido da vida, assim como a perda de aspirações para o futuro e sonhos. Em relação às demandas emocionais e autocuidado dos profissionais, enfatizou-se a importância da conexão emocional com os pacientes e a necessidade de aprender a ser confortável com sua própria mortalidade e com o seu apego aos pacientes terminais. Destacou-se a importância de cuidar de si mesmo através de estratégias de autocuidado que lhes permitam fornecer suporte ao luto, prevenindo o desenvolvimento de Burnout. Evidenciou-se as discussões de casos e supervisões como suporte profissional e, em oposição, as diversas barreiras como escassez de tempo, falta de supervisores potenciais dentro do local de trabalho, e de condição financeira necessária para pagar supervisão fora do trabalho. Os participantes descreveram estratégias pessoais para o autocuidado, como ioga, massagem, passeios a cavalo, e concentração em coisas “mais felizes”. Além disso, expôs-se o engajamento em sua própria psicoterapia como essencial. Na pesquisa, sobressaiu-se a importância da entrega do profissional ao suporte aos enlutados não ser atingida às custas de seu bem-estar. Destacou-se a necessidade de estratégias para otimizar a saúde tanto dos pacientes e famílias, quanto dos pro-

fissionais. A investigação demonstrou que o trauma secundário ao trabalho pode trazer repercussões graves para o bem-estar dos profissionais e comprometer os cuidados oferecidos. Os resultados salientaram a importância de identificar estratégias que aumentem o bem-estar e a resiliência psicológica dos profissionais de saúde ao trauma secundário e Burnout, que possam ser inseridas em sua prática clínica.

A Figura 2 apresenta as estratégias de manejo institucionais clínicas indicadas nos trabalhos identificados na presente revisão como preventivas e de manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional na área dos Cuidados Paliativos.

Reuniões de equipe e passagens de turno regulares
Supervisão clínica com profissionais qualificados
Rituais após a morte de um paciente
Prática reflexiva
Construção de significado para o trabalho
A, B, C e D de Chochinov do cuidado de conservação da dignidade
Espiritualidade
Atuação do psicólogo na capacitação dos profissionais na gestão dos próprios sentimentos (aconselhamento emocional), no reconhecimento de condições geradoras de estresse e no aprimoramento da comunicação da equipe

Figura 2. Estratégias institucionais clínicas de prevenção e manejo do Burnout

A revisão sistemática sobre Burnout e Cuidados Paliativos de Pereira e colegas ressalta a importância da educação continuada, do estímulo ao trabalho em equipe, supervisão e espiritualidade para auxiliar os profissionais dos Cuidados Paliativos no desenvolvimento de seu trabalho.²⁵

Kamau e colegas²⁴ assinalam a eficácia de intervenções com equipes de Cuidados Paliativos na redução da demanda psicológica, do desequilíbrio esforço-recompensa, do cansaço e angústia a longo prazo. Sugeriu-se a implementação de intervenção como um programa de orientação padrão, o qual inclui a formação dos profissionais em estratégias de apoio psicossocial baseadas na equipe e de enfrentamento pessoal, além de contratação de supervisores e/ou preceptores, discriminação das responsabilidades do trabalho para evitar papéis ambíguos, incorporação da variedade clínica na sistematização do trabalho para evitar sobrecarga e a criação de uma rede de apoio profissional em pares. As estratégias institucionais organizacionais mencionadas nos trabalhos estudados nesta revisão foram sintetizadas e apresentadas na Figura 3.

O acompanhamento do sofrimento de enlutados constitui um desafio à habilidade dos profissionais de serem úteis. Além disso, lidar com perdas e mortes impacta o profissional de saúde, a partir da consciência das próprias perdas, da própria morte e desencadeamento de ansiedade existencial. Perdas mal resolvidas dos profissionais e alto nível de apreensão e temor de perdas pode interferir na eficácia da relação com pacientes e familiares e prejudicar intervenções relevantes e úteis aos enlutados. A exploração das próprias histórias de perdas pelos profissionais dos Cuidados Paliativos pode aprimorar a compreensão do processo de luto e aumentar a eficiência das condutas.⁴⁵

Implementação de redes de comunicação eficazes intra e interequipes
Destaque da satisfação no trabalho
Ensino focado na formação em estratégias de apoio psicossocial e enfrentamento pessoal, educação sobre Burnout e em conhecimentos, habilidades e atitudes específicas aos cuidados paliativos, com destaque para a comunicação
Espaço para reconhecimento de sentimentos e necessidades dos profissionais (grupos de suporte emocional, grupos Balint)
Incorporação da variedade clínica na sistematização do trabalho para evitar sobrecarga
Discriminação das responsabilidades do trabalho para evitar papéis ambíguos
Criação de redes de apoio profissional em pares
Estímulo e conscientização da importância do autocuidado
Arteterapia
Técnicas de abordagem corporal

Figura 3. Estratégias institucionais organizacionais de prevenção e manejo do Burnout

Maslach e equipe¹⁶ sugerem intervenções em ambientes laborais com foco maior no desenvolvimento de engajamento no trabalho do que na prevenção do Burnout. Aprender a ter uma boa comunicação com pacientes e familiares, permitir o envolvimento pessoal sem destruir-se no processo e ser modificado pelas interações com o outro são provavelmente as melhores formas de manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional no contexto dos Cuidados Paliativos. Meditação mindfulness, prática reflexiva, construção de significado e o A, B, C e D de Chochinov do cuidado de conservação da dignidade são de interesses particulares. Além disso, programas educacionais com objetivo de mudar e melhorar a prática clínica e habilidades de comunicação e reconhecer as variações das necessidades dos profissionais demons-

traram ser eficazes. Por fim, reitera-se importância da prática do autocuidado pelo profissional da área dos Cuidados Paliativos, admitindo-se não ser possível derramar um recipiente vazio.¹⁹

4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa sistemática da literatura latino-americana em bases de dados eletrônicas com a temática “Burnout” e “Cuidados Paliativos”, após seleção segundo critérios de inclusão e exclusão, resultou em 11 artigos (Figura 4). Cinco artigos selecionados foram excluídos por impossibilidade de acesso à pesquisadora. Dos artigos incluídos, dois (18,2%) foram realizados no Brasil. A maior parte dos estudos foi realizada na Europa (n=8 (72,7%), sete na Espanha e um em Portugal). Do total, três (27,3%) foram publicados na língua portuguesa. A exclusão da língua inglesa reduziu significativamente a amostra, o que reforça a barreira de acesso ao conhecimento dos profissionais de saúde brasileiros, dada a baixa proficiência nesse idioma no país^{31,32}. O detalhamento dos resultados e sua categorização são apresentados nas Tabelas 1 e 2.

O Inventário de Burnout de Maslach, originalmente denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI), foi o instrumento utilizado na maioria dos trabalhos de metodologia quantitativa descritiva transversal e quase-experimentais para identificação da Síndrome do Esgotamento Profissional.^{3,4,21,35,42} Por outro lado, pesquisas futuras para construção de instrumento com particularidades do trabalho em Cuidados Paliativos foram recomendadas.³

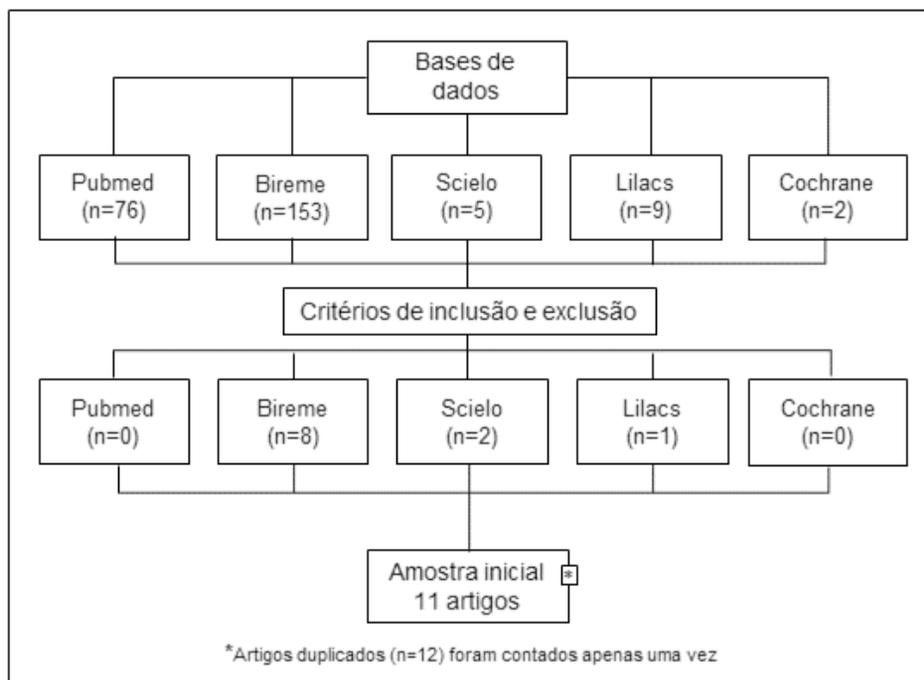


Figura 4. Resultado da busca em bases de dados

Da amostra total (n=354) de profissionais dos Cuidados Paliativos dos estudos que discriminaram as profissões dos trabalhadores avaliados, a enfermagem foi a categoria profissional mais avaliada (n=249), com descrição na literatura das funções dessa profissão associarem-se a maior risco de desgaste emocional, deterioração pessoal e consequente Burnout.^{3,8,13,21}

Os fatores de risco ou predisponentes para o desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento Profissional mais prevalentes foram falta de formação adequada^{3,8,26,34}, conflitos com outros profissionais^{3,4,21,34}, pacientes e familiares^{21,34} e falta de suporte emocional^{13,8,26,43}, em acordo com a literatura adicional pesquisada^{13,22,25}. A literatura aponta outros fatores de risco para o Burnout, como papéis conflitantes, sobrecarga de trabalho, escassez de tempo e problemas organizacionais.^{13,17,24}

Fatores de proteção para a Síndrome do Esgotamento Profissional com maior prevalência identificados na pesquisa corresponderam a trabalho em equipe^{3,21,24}, formação adequada em Cuidados Paliativos^{3,4,8} e o reconhecimento, expressão e elaboração dos próprios sentimentos^{8,26,44}, resultados consistentes com a literatura científica internacional^{13,22,37}. Porém, ressaltou-se a necessidade de mais pesquisas sistemáticas sobre os fatores protetores de Burnout⁴ e programas de formação em Cuidados Paliativos^{3,43}, os quais devem contemplar a autogestão emocional, Burnout e necessidade de autocuidado⁴.

Faz-se mister que os profissionais dos Cuidados Paliativos tenham consciência de que seu trabalho pode facilitar a passagem dos enfermos no processo de morte, para amenizar o esgotamento emocional decorrente da impotência e incapacidade dos profissionais diante da morte.² Diante da experiência de luto, dificilmente o profissional de saúde consegue ser ou sentir-se útil para o enlutado, o que pode ocasionar frustração e raiva. O profissional de saúde pode apresentar desconforto ao acompanhar o sofrimento do enlutado, o qual raramente percebe ou se sente ajudado.⁴⁵ Serviços de Cuidados Paliativos devem proporcionar um clima organizacional favorável para o luto profissional ser autorizado e espaços para reconhecimento e elaboração adequados.

Tabela 1. Resultados de estudos com metodologia não sistematizada

Autor (ano) / País	Metodologia	Fatores de proteção	Fatores de risco	Intervenções	Recomendações
Neudörfer ³³ (2005) Chile	Opinião de especialista	Trabalho em equipe	Personalidade prévia, formação universitária insuficiente, más condições de trabalho, desconfiança dos pacientes, alta mortalidade dos pacientes, comunicação de más notícias	-	Medidas preventivas e vias de canalização para evitar o burnout
Ruiz ³⁶ (2005) Espanha	Revisão	-	- Contatos constantes com situações de grande impacto emocional	Atuação do psicólogo com equipe de CP	Cuidar do cuidador Estudos sobre programas de formação em CP; intervenções para manejo do estresse no trabalho
Kovács ⁸ (2010) Brasil	Relato de experiência	Reconhecimento e elaboração do luto; espaço para expressão de sentimentos	Morte tratada como tabu, não compartilhar emoções, luto não autorizado, percepção de não reconhecimento do trabalho, manifestações de sofrimento de pacientes e familiares, falta de tempo	Dinâmicas de grupo, atendimento individual, plantão psicológico, atividades de lazer, psicoterapia, cursos, workshops, supervisão, Grupos Balint	Espaço para o cuidado do profissional: reflexão e discussão do clima emocional no trabalho
Colletis ³⁹ (2011) Espanha	Revisão narrativa	Expressão de emoções, estratégias de autoconhecimento e autocuidado, reconhecimento de dificuldades no trabalho	-	Arteterapia	Pesquisas multicêntricas com amostras randomizadas e acompanhamento a longo prazo em busca de associações mais consistentes

Legenda: CP=Cuidados Paliativos.

Tabela 2. Resultados de estudos com metodologia sistematizada

Autor (ano) / País	Metodologia	Amostra	Estruturas dos serviços	Resultados	Fatores de proteção	Fatores de risco	Conclusões	Recomendações
Moraçón ²⁸ (2005) Espanha	Estudo descritivo transversal	Várias profissões n=126 (UCP n=27 UCI=29 SU=70)	UCP, UCI e SU hospitalares	Níveis de burnout (médias): UCP=38,7 UCI=46,7 SU=49,3 (p < 0,05) UCP: Menores níveis de DP (6,5) vs UCI (8,1) e vs SU (9,2)	-	-	-	-
García ³ (2009) Espanha	Estudo descritivo transversal multicêntrico	Enfermagem n=106 (CP n=64 NCP n=41)	Unidades Hospitalares	Burnout: CP=33% NCP=41% sem diferença estatística 1/3 no limite do Burnout; 1/3 em Burnout, 1/3 "muito queimado"	Experiência; trabalho em equipe; reuniões; satisfação profissional; formação adequada	Formação inadequada; pouco suporte emocional; conflitos; problemas organizacionais	Enfermagem: alto risco de desgaste de trabalho e situação laboral	Estudos de instrumento com especificidades para CP e dos processos de seleção e formação em CP
Cantorna ²¹ (2012) Espanha	Estudo descritivo transversal multicêntrico	Enfermagem n= 84	UCP, hospital dia e internação domiciliar	↑ EE=28% ↑ DP =25% ↓ RP=22% ↑ RP=59%	Trabalho em equipe; estabilidade laboral; menos conflitos; ambiente físico adequado	Conflitos; menor idade; repressão de supervisores; emprego instável; ↑EE; mais membros na equipe; turnos noturnos	EE é influenciada pelo ambiente de trabalho e situação laboral	Promover melhor ambiente de trabalho para evitar situações estressantes
Martínez ³⁷ (2012) Espanha	Estudo qualitativo multicêntrico	Várias profissões n=60	ESAD, ESH, UICP, ACPH, UMLE	Pouca demanda de autocuidado Atenção psicológica para os profissionais necessária e insuficientemente coberta	Autocuidado Satisfação profissional	Frustração por falta de recursos, desinteresse institucional pelas condições de trabalho	Necessária atenção psicológica e autocuidado	Auto cuidado preventivo do Burnout é uma lacuna nos CP
Pereira ⁴ (2014) Portugal	Estudo quantitativo e descritivo transversal multicêntrico	80% enfermeiros e 20% médicos n=88	-	3%=Burnout 13%= alto risco 30%=risco moderado 55%=risco reduzido de desenvolver Burnout	Religião (p=0,006) Pós-graduação em CP (p=0,011)	Conflitos com outros profissionais (p=0,012)	Necessária prevenção do Burnout; 1DP pode prejudicar a qualidade dos cuidados	Estudos sobre religiosidade, espiritualidade e fatores protetores do Burnout Ensino de CP deve incluir Burnout, gestão emocional e autocuidado
Freitas ³⁴ (2014) Brasil	Quase-experimental Intervenção: PAFI	91% AE/TE e 9% enfermeiros n=21	UCP	Pré-PAFI: ↑EE=33,3% ↑DP=47,6% RP=14,3% Pós-PAFI: Sem diferença nas dimensões do Burnout.	-	-	PAFI não mostrou efeitos significativos sobre Burnout	Novos estudos utilizando o PAFI devem ser realizados
Fernández-Alcántara ³⁵ (2014) Espanha	Revisão sistemática da literatura	-	-	Intervenções do psicólogo nos CP dirigidas a paciente e família, aconselhamento emocional da equipe e intervenções no Burnout	Consentização das próprias atitudes e crenças sobre a morte	Falta de estratégias para lidar com a morte; comunicar más notícias; problemas organizacionais	-	Estudos qualitativos sobre problemáticas dos psicólogos nos CP e identificação das necessidades de intervenção

Legenda: UCP=Unidade de Cuidados Palliativos; UCI=Unidade de Cuidados Intensivos; SU=Serviço de Urgência; CP=Cuidados Palliativos; NCP=Não Cuidados Palliativos; ↑=alto(a); ↓=baixo(a); EE=Exaustão emocional; DP=Despersonalização; RP=Realização pessoal; EGAD=Equipes de suporte de atenção domiciliar; ESH=Equipes de suporte hospitalar; UICP=Unidade Infantil de Cuidado Palliativo; UMLE=Unidades de média e longo permanência; AE/TE=auxiliares e técnicos de enfermagem; PAFI=Programa de atividade física no local de trabalho.

Em relação às intervenções, um estudo com desenho experimental foi encontrado.⁴² Correspondeu a um programa de atividade física no local de trabalho (PAFT), realizado cinco dias por semana, com duração de dez minutos cada sessão, durante três meses consecutivos, sem diferença estatisticamente significativa nas dimensões da Síndrome do Esgotamento Profissional antes e após o PAFT. Ademais, 85,7% dos profissionais relataram melhora na qualidade de vida em geral, 71,4% afirmaram aumento da vontade de trabalhar, 57,1% notaram aumento na disposição para realizar atividades não relacionadas ao trabalho, 62,5% informaram melhora da fadiga e 95,2% da dor presentes no início do estudo. Limitações da pesquisa corresponderam ao pequeno tamanho da amostra (n=21), a qual não foi randomizada nem comparada com um grupo controle, assim como falta de instrumentos padronizados para avaliação da fadiga, dor e qualidade de vida. Técnicas de abordagem corporal foram citadas como importante ferramenta para alívio do sofrimento do profissional, prevenção e manejo do Burnout.¹¹

Com objetivo semelhante, associado ao intuito de facilitar a expressão de sentimentos, Kovács realizou um projeto de cuidado ao profissional de enfermagem em um hospital público na cidade de São Paulo⁸, através de atividades em grupo intercaladas com atendimentos individuais, utilizando-se técnicas facilitadoras da emergência das demandas, como desconexão, introspecção, relatos verbais e atividades expressivas. Sugeriu-se outras modalidades de intervenção visando o suporte emocional dos profissionais, como o plantão psicológico, atividades de lazer para estreitar relações, psicoterapia, cursos, workshops e vivências favorecedoras do contato e manejo dos próprios sentimentos e do aprendizado, supervisão individual e em grupo para casos difíceis, assim como Grupos Balint.⁸ Esta última recomendação é reforçada pela literatura científica, constituindo um espaço de escuta para a equipe expressar emoções relacionadas à prática assistencial.¹⁰

O papel do psicólogo nas equipes de Cuidados Paliativos foi ressaltado nos resultados encontrados, atuando como facilitador da conscientização dos profissionais em relação às suas atitudes e crenças sobre a morte²⁶ e na capacitação da equipe na gestão dos próprios sentimentos (aconselhamento emocional), assim como no reconhecimento de condições do trabalho geradoras de estresse e aprimoramento da comunicação interequipe⁴³. A atenção psicológica para os paliativistas foi reconhecida como necessária por profissionais espanhóis de Cuidados Paliativos, porém insuficientemente coberta, especialmente na assistência domiciliar.³⁶

De forma análoga, a arteterapia foi identificada como prática direcionada à expressão de emoções, autoconhecimento e autocuidado dos profissionais no contexto dos Cuidados Paliativos e citada como estratégia eficaz no manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional. No entanto, a metodologia do estudo sem identificação de fontes e seleção sugere um viés potencial e baixo nível de evidência. Dessa forma, indicou-se a necessidade de pesquisas multicêntricas com amostras randomizadas e acompanhamento longitudinal em busca de associações mais consistentes.⁴⁴

A presente revisão sistemática da literatura sobre Síndrome do Esgotamento

Profissional no contexto dos Cuidados Paliativos encontrou recomendações para a implementação de medidas preventivas do Burnout^{3,4,21,26,34,36}, através de estratégias de cuidado ao cuidador profissional^{8,43,44}. Dentre elas, proporcionar um espaço para expressão, reflexão e discussão dos sentimentos relacionados ao ato profissional^{8,26,43,44}, correlacionando-se com sugestões apontadas em fontes secundárias da literatura científica mundial^{11,22,46}. Estudos qualitativos para avaliação das problemáticas e da prática dos psicólogos nos Cuidados Paliativos e da organização das equipes²⁶, assim como análise dos processos de seleção de profissionais para a área dos Cuidados Paliativos³ foram sugeridos como focos preventivos da Síndrome do Esgotamento Profissional. Por outro lado, a falta de profissionais especializados e de formação adequada^{24,43} são obstáculos para restrições nos processos de seleção de profissionais.

A implementação de redes de comunicação e articulação eficazes intra e interequipes foi citada como intervenção destinada a minimizar o fator de risco para Burnout consequente a conflito com outros profissionais.⁴ Ressaltou-se a necessidade de identificação das áreas com maior necessidade de intervenção²⁶, assim como de estratégias ativas eficazes para manejo do Burnout⁴³.

Religiosidade e espiritualidade foram apontadas como promissores objetos de novos estudos e reflexões, potenciais instrumentos preventivos da Síndrome do Esgotamento Profissional. A luta contra a morte entendida como finitude, ignoradas as contribuições recentes da ciência sobre a dimensão espiritual, pode ser um dos principais desencadeadores do Burnout. É consenso que a religiosidade e espiritualidade permeiam o processo do morrer e, portanto, a atividade dos Cuidados Paliativos, assim como afetam positivamente a saúde e qualidade de vida dos profissionais de saúde e atribuem sentido ao trabalho.^{2,4}

Pouca demanda para o autocuidado foi constatada em uma pesquisa qualitativa com profissionais da área dos Cuidados Paliativos na Espanha.³⁶ O mesmo trabalho identifica uma lacuna na prevenção do Burnout na prática das equipes de Cuidados Paliativos na população estudada, ao constatar estratégias de autocuidado como medida de higiene mental preventiva da Síndrome do Esgotamento Profissional. Os benefícios de estratégias pessoais de autocuidado são bem estabelecido na literatura científica internacional.^{19,22,47}

A realização profissional no contexto dos Cuidados Paliativos está no sentido que o profissional de saúde atribui a seu trabalho. Dessa forma, a formação do profissional deve abarcar reflexões sobre o significado da vida, da morte e de suas atividades como cuidador e acompanhante da passagem de muitos doentes.²

As publicações adicionais sobre a Síndrome do Esgotamento Profissional no contexto dos Cuidados Paliativos revelam a necessidade de implementação de estratégias individuais e institucionais para gestão do estresse relacionado a situações de alta demanda emocional e prevenção ativa do Burnout.^{2,11,13,19,22,24,37,47}

5. CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura ressalta a escassez de estudos indicativos de estratégias eficazes de prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional nos Cuidados Paliativos, em acordo com a literatura mundial^{24,36}.

O Inventário de Burnout de Maslach utilizado na grande maioria das pesquisas sobre o tema mostrou ser adequado como estratégia de identificação da Síndrome do Esgotamento Profissional nas diversas estruturas de serviços de Cuidados Paliativos.

Apesar da ausência de diferença estatisticamente significativa nas dimensões do Burnout pré e pós Programa de Atividade Física no Trabalho (PAFT), a melhora percebida na dor e fadiga após esta estratégia de manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional, assim como na capacidade de trabalho e qualidade de vida em geral, apontam para a presença de benefícios potenciais do PAFT⁴². Sugeriu-se a realização de novas pesquisas clínicas longitudinais, com amostras maiores randomizadas e grupos-controle, visando resultados mais consistentes acerca do impacto dessa intervenção na prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional.

Parte majoritária dos estudos analisados na presente revisão apontam para a necessidade de intervenções ativas para identificação, prevenção e manejo do Burnout em contextos de saúde de contato constante com situações de grande impacto emocional, como os Cuidados Paliativos.^{3,4,8,21,26,34,36,42,43,44} Todavia, a presença de apenas um estudo quase-experimental e ausência de pesquisas com desenhos experimentais verdadeiros reforça a escassez² na literatura de trabalhos consistentes indicadores de estratégias validadas para prevenção e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional.

Bianco e Benevides-Pereira^{11,20} ressaltam a importância da conscientização dos profissionais de saúde em relação aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos, sugerindo a relevância da temática do Burnout na área dos Cuidados Paliativos. O profissional dos Cuidados Paliativos deve ter em mente a importância do autocuidado para a manutenção da boa prática profissional. O melhor cuidado só pode ser dado se os cuidadores estão cientes de que possuem suas próprias necessidades.⁴⁵

Peres² expõe a falta de padronização da Síndrome do Esgotamento Profissional como entidade clínica (nomenclaturas heterogêneas) e de procedimento unânime como categoria diagnóstica, o que se traduz por uma limitação potencial à generalização dos resultados de revisões bibliográficas sobre o tema. Pesquisas direcionadas ao agrupamento e unificação das diferentes nomenclaturas do Burnout são sugeridas como ponto norteador a novos levantamentos de literatura. Como consequência, a falta de informação dos profissionais de saúde mental sobre o Burnout pode levar a tratamentos errôneos^{2,20} e consequentes prejuízos para a saúde do trabalhador e qualidade dos serviços prestados.

Conclui-se que há evidência limitada para orientar a implementação de estratégias específicas eficazes para prevenção e manejo do Burnout, assim como na identificação de fatores protetores e de risco. A Síndrome do Esgotamento Profissional pode

levar à deterioração da qualidade do atendimento prestado pela equipe.^{11,16} Portanto, novas pesquisas são necessárias para identificação da Síndrome do Esgotamento Profissional e determinar estratégias ativas para prevenção e manejo a serem inseridas na prática clínica.

Ademais, a presente revisão conduziu à inúmeras indicações de caminhos a serem trilhados no combate ao Burnout da equipe de saúde na área dos Cuidados Paliativos, o que culminou com a formulação do projeto “Cuidando de quem cuida” (ANEXO 1), a ser proposto para a instituição de saúde de trabalho da autora, visando a implementação de estratégias de identificação e manejo da Síndrome do Esgotamento Profissional.

Cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, assim como programas de educação continuada, devem incluir nos conteúdos programáticos disciplinas que contemplem a morte, os Cuidados Paliativos, a dimensão espiritual e os riscos associados ao trabalho, configurando-se uma estratégia preventiva ao capacitar o profissional de saúde sobre as dificuldades inerentes à atuação profissional e os aspectos da Síndrome do Esgotamento Profissional.

O trabalho pode ser um dos veículos para efetivação da dignidade e do propósito de vida.² Instituições e profissionais no contexto dos Cuidados Paliativos devem abarcar o foco em “cuidar de quem cuida”, com o potencial de desenvolver e aprimorar ferramentas pessoais dos paliativistas na gestão do estresse relacionado a situações de alta demanda emocional, assim como fortalecer o apoio psicossocial e serviços disponíveis.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Definição de Cuidados Paliativos, 2002.
2. Peres J. Cuidados Paliativos e Síndrome de *Burnout*: um olhar profilático. In: Santos FS (ed). Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
3. García MM, Cortés CC, Sanz-Rubiales A, del Valle ML. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. Rev Med Univ Navarra 2009; 53(1): 3-8.
4. Pereira SM, Teixeira CM, Ribeiro O, Hernández-Marrero P, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de Cuidados Paliativos em Portugal. Rev. Enf. Ref. 2014; série IV(3): 55-64.
5. Lown B. A arte perdida de curar. 3ª ed. São Paulo: JSN, 1997.
6. Carvalho VA. Cuidados com o cuidador. In: Pessini L, Bertachini L (org.). Humanização e Cuidados Paliativos. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.
7. Birolini D, Helito AS. (org.) Análise crítica da prática médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
8. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O Mundo da Saúde 2010; 34(4):420-429.
9. Saunders C, Sakes N. (ed). The Management of Terminal Malignant Disease. London: CRC Press, 3ª ed, 2003.
10. Nunes LV. O papel do psicólogo na equipe. In: Carvalho RT, Parsons HA (org.). Manual de Cuidados Paliativos – ANCP. 2ª ed. ampl. e atual. Porto Alegre: Sulina, 2012.

11. Bianco MA. O curador está ferido! A síndrome de Burnout na perspectiva da psicologia analítica e da integração fisiopsíquica. Monografia apresentada como trabalho de conclusão do curso de especialização em Psicoterapia analítica e abordagem corporal "Jung e Corpo", Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo, 2012.
12. Pereda-Torales L, Celedonio FGM, Vásquez MTH, Zamora MIY. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 2009; 32:399-404.
13. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *Int J Palliat Nurs* 2012 Aug; 18(8):373-81.
14. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín* 2007; 34(5): 223-233.
15. Kovalski DF, Bressan A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. *Sau. &Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, 2012; (3)2:107-113.
16. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2:99-113.
17. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Elizabeth Costa Dias (org), Idelberto Muniz Almeida et al. (colab). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).
18. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10. Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3ª ed. São Paulo: EDUSP, 1996.
19. Vachon MLS, Müller M. Bournout and symptoms of stress in staff working in palliative care. Em: Chochinov HM e Breitbart W. (ed). *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. 2ª ed. Oxford University Press, New York, 2009:236-266.
20. Benevides-Pereira AMT. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy* – Ano 1, Ago 2003; 1:4-11.
21. Cantorna CG, Martínez AP, Santos JMM, Crego MG. Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de Cuidados Paliativos. *Gerokomos* 2012; 23 (2): 59-62.
22. Breen L, O'Connor M, Hewitt LY, Lobb E. The "specter" of cancer: exploring secondary trauma for health professionals providing cancer support and counseling. *Psychological Services*, 2014; 11(1), 60-67.
23. Gallagher R. Compassion fatigue. *Can Fam Physician* 2013 Mar; 59(3):265-8.
24. Kamau C, Medisauskaite A, Lopes B. Orientations can avert psychosocial risks to palliative staff. *Psycho-Oncology* 2014; 23(6):716-718. ISSN 1099-1611. In: <http://eprints.bbk.ac.uk/12877/>.
25. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing Ethics* 2011; 18(3): 317-326.
26. Fernández-Alcántara M, Ortega-Valdivieso A, Pérez-Marfil, MN, García-Caro MP, Cruz-Quintana F. Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos em Cuidados Paliativos. *Psicooncología* 2014; 11(1):163-172.
27. Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia* 2006, 11(2), 209-216 *apud* Benevides-Pereira, A. M. (2002a). As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao Burnout. In: Benevides-Pereira AM. (org). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
28. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 2011; 11(5), 121-136.
29. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008; (17)4:758-764. ISSN 1980-265X.
30. Souza MT, Silva MD, Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
31. Jucá RWQ. A língua inglesa no ensino secundário brasileiro: 1838-1930. Tese de Mestrado em Educação da Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2010. Disponível em: http://tede.utp.br/tde_arquivos/1/TDE-2013-02-28T110533Z-359/Publico/A%20LINGUA%20INGLESA%20NO%20ENSINO%20SECUNDARIO%20BRASILEIRO.pdf.

32. Pinto R. Brasileiros falam inglês de 'qualidade muito baixa', diz pesquisa. Reportagem BBC Brasil (online), 24/10/2012. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/10/121024_ingles_brasil_rp.shtml.
33. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 dez;27(4):491-8.
34. Neudörfer CF. Medicina paliativa, mención al alivio del dolor. ARS Medica (online) 2005; 11(11). Disponível em: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars2.html>.
35. Moragón AC, Durán GM, González NO, Asenjo AC. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. Med.clin (Barc) 2005; 124(14): 554-555.
36. Martínez JCD, De Miguel C, Morillo E, Noguera A, Portela BN, López DR. Discurso de los profesionales de Cuidados Paliativos de la comunidade de Madrid sobre la atención psicológica. Psicooncologia 2012; 9(2-3):467-481.
37. Mougalian SS, Lessen DS, Levine RL, Panagopoulos G, Von Roenn JH, Arnold RM, Block SD, Buss MK. Palliative care training and associations with Burnout in oncology fellows. J Support Oncol 2013 Jun; 11(2):95-102.
38. Guimarães AC. A saúde mental está doente! A Síndrome de *Burnout* em psicólogos que trabalham em unidades básicas de saúde. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da USP. São Paulo, SP, 2008. *apud* Bianco MA. O curador está ferido! A síndrome de Burnout na perspectiva da psicologia analítica e da integração fisiopsíquica. Monografia apresentada como trabalho de conclusão do curso de especialização em Psicoterapia analítica e abordagem corporal "Jung e Corpo", Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo, 2012.
39. Müller M, Pfister D, Markett S, Jaspers B. Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. *Zeitschrift Palliativmedizin* 2010; 11(5): 227-33. *apud* Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. Int J Palliat Nurs 2012 Aug; 18(8):373-81.
40. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996. *apud* Mougalian SS, Lessen DS, Levine RL, Panagopoulos G, Von Roenn JH, Arnold RM, Block SD, Buss MK. Palliative care training and associations with Burnout in oncology fellows. J Support Oncol 2013 Jun; 11(2):95-102.
41. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005; 62: 105-112.
42. Freitas AR, Carneseca EC, Paiva CE, Paiva BSR. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014; 22(2):332-6.
43. Ruiz CO, Ríos FL. Intervención psicológica en Cuidados Paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud* 2005; 16(2): 143-160.
44. Collette N. Arteterapia y cáncer. *Psicooncologia* 2011; 8(1):81-99.
45. Worden JW. Terapia no luto e na perda: um manual para profissionais da saúde mental. [tradução: Zilberman A, Bertuzzi L, Smidt S]. São Paulo: Roca, 2013.
46. Ordem dos Enfermeiros (OE) Parecer CJ/20, 2001. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. *apud* Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. Int J Palliat Nurs 2012 Aug; 18(8):373-81.
47. Tedeschi R, Calhoun L, editors. Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995. p. 43-57. *apud* Gallagher R. Compassion fatigue. *Can Fam Physician* 2013 Mar; 59(3):265-8.

Ações e sentimentos dos enfermeiros do Hospital Premier frente ao paciente com dispnéia terminal

Rosane Lima dos Santos Kümpel

RESUMO

A dispneia é um dos sintomas mais frequentes nos doentes em cuidados paliativos, podendo se manifestar em diferentes etapas da doença. É também o que mais afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus familiares, pela sensação angustiante que transmite não apenas a quem sente, mas também aqueles que a presenciam e lidam com estes pacientes. **Objetivo:** Compreender como os enfermeiros lidam com paciente com dispneia terminal e identificar quais são as ações e sentimentos existentes no cotidiano da assistência de um paciente com dispneia terminal. **Métodos:** A amostra foi de nove enfermeiros atuantes a mais de seis meses em um hospital privado de serviço de Cuidados Paliativos da zona sul de São Paulo, a coleta dos dados foi através de entrevista semiestruturada. **Resultados:** Notou-se que ações priorizam por um cuidado mais humanizado, promovendo o conforto e bem estar destes pacientes, entretanto em seu aspecto mais físico. Destacaram-se sentimentos positivos e negativos nos relatos dos enfermeiros que prestam assistência na dispneia terminal. Foi possível verificar que ainda há dificuldade frente a esta vivência. **Conclusão:** A interação entre enfermeiros, paciente e familiar é fundamental na atenção voltada ao paciente terminal. É importante que estes profissionais estejam preparados tecnicamente e tenham sensibilidade para assistir estes pacientes minimizando o sofrimento.

PALAVRAS CHAVE: Dispneia, Cuidados Paliativos, Enfermagem de Cuidados Paliativos na terminalidade de Vida, Cuidados Paliativos na Terminalidade de Vida, Pesquisa Qualitativa.

1. INTRODUÇÃO

A dispneia é um dos sintomas que mais afeta a qualidade de vida do doente e de seus familiares, pela sensação angustiante que transmite não apenas a quem sente, mas também aqueles que a presenciam. É um dos sintomas mais frequentes nos doentes em cuidados paliativos, podendo se manifestar em diferentes etapas da doença; entretanto costuma ser mais frequente na terminalidade de vida.¹

Respirar sempre foi associado ao conceito de estar vivo. Quando o paciente apresenta dificuldade para respirar, muitas pessoas remetem seus pensamentos para a morte, e geralmente associam à diminuição da sobrevivência do paciente.²

Segundo Carvalho³, a dispneia trata-se de uma sensação eminentemente subjetiva de desconforto respiratório. Pode ser constituído por sensações qualitativamente distintas como: percepção desconfortável da respiração, ou receio de não conseguir respirar, ou ainda “sensação de avidez por ar” que variam de intensidade. Solano⁴ ressalta ainda que este sintoma pode levar á fadiga, dificuldade de concentração, perda de apetite, insônia, dificuldade em falar, dificuldade em desempenhar atividades de vida diária, ansiedade e medo.

Nos doentes com câncer a prevalência da dispneia é de 21 a 90%; a frequência e a

gravidade da dispnéia aumentam com a progressão da doença e sua presença nesses pacientes funciona como importante fator prognóstico, indicando menor sobrevida.⁵

Apesar dos avanços tecnológicos do desenvolvimento da terapêutica, a morte continua sendo uma certeza que ameaça a preservação da vida e o ideal de cura. A equipe de profissionais de saúde tem por objetivo o alívio do sofrimento destes pacientes.⁶

De acordo com Sera e Meireles⁷ a dor, a fadiga, a dispneia, a náusea, a emêse, a constipação, a confusão mental, a inquietação e a anorexia são os principais sintomas que estes pacientes apresentam na fase de terminalidade. Todos são extremamente desagradáveis, e devem ser controlados com medidas farmacológicas e não farmacológicas, possibilitando maior conforto e dignidade ao paciente.

1.1. ETIOLOGIA, AVALIAÇÃO E MANEJO DA DISPNEIA TERMINAL

A sua etiologia é multifatorial, não necessariamente está ligada aos níveis de gases na corrente sanguínea, saturação de oxigênio, frequência respiratória.⁸ Pode estar relacionada com fatores de ordem física, psíquica, social e espiritual; decorrente de várias alterações fisiopatológicas como: ansiedade e pânico, infecção pulmonar, câncer e metástases pulmonares, derrame pericárdico com tamponamento, acidose metabólica com falência múltipla de órgãos, derrame pleural, atmosfera muito seca e anemia.⁸

A avaliação da história e exame físico do paciente é muito importante, porque o tratamento vai depender da(s) causa(s). A dispneia tem caráter multidimensional e com frequência os sinais objetivos, como a taquipnéia ou uso de musculatura respiratória acessória não concorda com a percepção do doente da dispnéia e com o grau de piora funcional que este sintoma causa.

Assim, o tratamento deve ser dirigido exclusivamente para o controle do sintoma, corrigindo aquilo que é possível e fazendo-se medidas para alívio do paciente.

Gonçalves² relata que muitas vezes o doente pode ter uma alteração na respiração que é considerado normal, apresentando sinais como cianose, e sentir-se confortável, não referir dispnéia e ter uma boa qualidade de vida. Por outro lado, o doente pode não apresentar sinais objetivos de dispneia, ter uma boa função respiratória, mas referi-la.

Uma vez que a dispneia é um sintoma subjetivo com múltiplas etiologias, achados objetivos como a taquipnéia ou queda dos níveis de saturação de oxigênio, podem não refletir adequadamente o desconforto sentido pelos doentes com dispneia.²

Segundo Machado⁶, existem 33 escalas diferentes para avaliação de dispneia, mas não existe ainda uma escala universal de avaliação da dispneia em todos seus aspectos: físico, emocional, comportamental e circunstancial, que ajude na avaliação dos pacientes sob cuidados paliativos e que sirva para acompanhar a eficácia das intervenções. Desta forma a avaliação e conduta a ser tomada dependem de uma percepção muito acurada de toda equipe.

A escala de avaliação numérica para a intensidade da falta de ar, enquanto unidimensional, é a medida mais válida para os cuidados paliativos devido sua simplicidade.⁹

Quando se faz uma avaliação da dispneia, é importante avaliar não só a intensidade, mas também fatores desencadeantes, ritmo de evolução, fatores de melhora e piora, além da doença que causa este sintoma. Havendo causas corrigíveis é possível controlar a dispneia e intervir para tentar conter a evolução da dispneia.²

A oxigenioterapia é bastante utilizada quando o paciente apresenta hipoxemia em ar ambiente, porém é muito importante medir efeitos na melhora do sintoma, muitas vezes o efeito do oxigênio é um efeito emocional, que muitas vezes se teria o efeito positivo arejando o ambiente, abrindo janelas, portas, ou até mesmo com um ventilador, isto pode ser explicado porque existem receptores de estímulos mecânicos na região da face que são estimulados com fluxo aéreo diminuindo a sensação subjetiva de dispneia.³

A abordagem na dispneia diferencia-se de acordo com a evolução da doença, na fase de terminalidade a funcionalidade do paciente é bem diminuída, em geral é restrito ao leito, existe pequena chance de resposta a medidas específicas para a doença de base e fatores reversíveis.³

O tratamento farmacológico da dispneia de acordo com as diretrizes sob o ponto de vista paliativo envolve o uso de opióides, ansiolíticos, também deve ser realizado o tratamento não farmacológico: apoio psíquico, social e espiritual, exercícios respiratórios, planejamento de atividades, planejamento de contenção de energia, técnicas de relaxamento, posicionamento no leito, decúbito elevado, atenção e escuta ativa, acupuntura, existe pouca comprovação a respeito do uso de ventilação não invasiva e aspiração relacionando entre benefício real e desconforto ocasionado, a indicação é precisa em subgrupos e situações especiais.³

1.2. A EQUIPE FRENTE AO PACIENTE COM DISPNEIA TERMINAL

A impotência frente ao paciente com dispnéia e a descrença nas medidas terapêuticas disponíveis, refletem num comportamento de angústia pela equipe, pois há a percepção de que a doença levará à morte, independente dos esforços. Essa percepção gera dificuldades de enfrentamento que podem repercutir nas atividades específicas dos profissionais.¹⁰

A vivência diária com esses pacientes terminais e as dificuldades encontradas para assisti-los, assim como seus familiares, possibilita a reflexão sobre as estratégias que podem melhorar a atuação dos profissionais e consequentemente qualidade assistencial. Assim, os profissionais devem observar e ter todo o cuidado com este paciente para que eles possam viver os seus últimos dias dentro do máximo conforto possível, com objetivo de diminuir a ansiedade, e a dor preservando sua identidade e seu sentimento de valor pessoal.⁴

O Enfermeiro desde a sua formação, sente-se comprometido com a preservação da vida, sua formação acadêmica está fundamentada na cura, isto é sua maior gratificação. Quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a termina-

lidade em geral sente-se despreparado. ¹¹ Araujo ¹² ressalta o aspecto emocional dos profissionais que estão em contato com estes pacientes: quando se inicia o processo de terminalidade surgem sentimentos de impotência, frustração, tristeza, estresse e culpa, e o profissional pode se afastar da situação como um mecanismo de defesa.

Ou seja, a sociedade impõe aos profissionais de enfermagem a responsabilidade de manutenção da vida, e quando essa missão não pode ser alcançada nos pacientes em situação de terminalidade, surgem diferentes sentimentos como: frustração, tristeza, angústia, impotência, medo, apreensão, preocupação e ansiedade.¹³

De todos os sintomas a dispnéia desperta um maior interesse, por ser um dos sintomas mais angustiantes e presentes em cuidados paliativos e a equipe que lida na linha de frente com os pacientes devem estar preparados para avaliar e saber o que fazer na dispnéia, prestando um cuidado paliativo adequado.

Portanto, justifica-se este trabalho, no intuito identificar e descrever como se sentem os enfermeiros ao vivenciarem um paciente com dispnéia terminal, e compreender como eles lidam no dia a dia com um doente nesta condição.

2. OBJETIVO

Compreender como os enfermeiros lidam com o paciente com dispneia terminal

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- - Verificar quais ações existe no cotidiano da assistência de um paciente com dispneia terminal
- - Identificar quais são os sentimentos existentes nos enfermeiros diante de uma paciente com dispneia terminal.

3. MÉTODOS

Para este estudo, adotou-se a metodologia qualitativa, que tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre teoria e dados, entre contexto e ação. ¹⁴

Este tipo de pesquisa atua sobre as pessoas, que agem de acordo com seus valores, sentimentos e experiências, que estabelecem relações internas próprias e que estão inseridas em um ambiente mutável, no qual os aspectos culturais, econômicos, sociais e históricos não são passíveis de controle e sim de difícil interpretação, generalização e reprodução. ¹⁵

A investigação realizada sob este método não peca por descon siderar as causas e interrelações sutis que possa permear a análise e as conclusões. ¹⁵

Justifica-se a escolha da metodologia qualitativa por ser uma forma adequada para descrever a opinião de um ser humano, compreender a perspectiva dos profissionais sobre o tema de estudo o que estes pensam ou fazem, comportamentos individuais ou de grupos, opiniões sobre indivíduos ou processos.

Dentro da pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada foi adotada para coleta de dados. A vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata da informação desejada. Ela oferece também maior oportunidade para avaliar atitudes naquilo que é dito e como é dito: registro de reações, gestos etc. A entrevista oferece maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, como garantia de estar sendo compreendido.¹⁵

Para Leite, a entrevista tem como objetivo a averiguação de fatos, determinação das opiniões sobre os fatos, determinação de sentimentos, descoberta de planos de ação atual ou passado, levando a detenção de informações do entrevistado sobre determinado assunto.¹⁵

3.1. ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada de Janeiro a Novembro de 2015.

Inicialmente a pesquisa voltou-se aos dados já publicados sobre dispnéia em cuidados paliativos, sendo feito levantamento bibliográfico em banco de dados (SciElo, BIREME), foi dada preferência às publicações dos últimos dez anos sobre os temas em questão. Foram incluídas as palavras chaves: avaliação de dispneia, cuidados da enfermagem na dispneia, dispneia em cuidados paliativos, sentimentos de profissionais de enfermagem na terminalidade.

Em uma segunda etapa, foram produzidos os dados primários da pesquisa e a técnica escolhida foi entrevista semi-estruturada e elaborado um roteiro de entrevista com perguntas abertas que esta em anexo.

3.2. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população alvo do estudo foram os enfermeiros responsáveis pelas enfermarias e semi-intensiva em um hospital privado de Serviço de Cuidados Paliativos, na Zona Sul de São Paulo. A população foi escolhida de forma a facilitar a execução do estudo.

Foram incluídos neste estudo 9 enfermeiros que trabalham nesta instituição há mais de 6 meses e que já vivenciaram um paciente com dispnéia terminal.

Foram excluídos da pesquisa aqueles participantes que não quiseram/ puderam participar, e aqueles que não contemplem os critérios estipulados (trabalhar menos de 6 meses nesta instituição, nunca ter vivenciado um paciente com dispnéia terminal). Foram excluídos também aqueles que não aceitaram gravar o áudio da entrevista.

3.3. COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas mediante livre interesse após contato pessoal com cada enfermeiro e estendido o convite para participar da pesquisa, com esclarecimento da pesquisa e obtenção do termo de consentimento.

A entrevista foi realizada no mês de setembro de 2015 após ser agendada previamente com o sujeito da pesquisa, adequando aos horários disponíveis de cada um. Os dados foram coletados individualmente, estando presentes no momento apenas o

pesquisador e o sujeito da pesquisa.

A entrevista teve um roteiro com 08 perguntas construído a partir das referências teóricas que nortearam a pesquisa, e sua presença é fundamental para garantir que as questões da pesquisa apareçam no relato do entrevistado, a entrevista foi gravada o áudio com aparelho celular.

Após a realização das entrevistas, o passo seguinte foi à transcrição completa das mesmas. É importante considerar a impossibilidade de transcrições objetivamente literais do material gravado, uma vez que a linguagem oral e a linguagem escrita são sistemas paralelos de linguagem, com autonomia relativa e com estruturas específicas.¹⁶

Baena e Borrego indicam a necessidade de se estabelecer critérios para a transcrição, em busca de qualidade e fidelidade nos modos de transcrever a linguagem oral para a linguagem escrita. Expressões, o uso de linguagem popular, os silêncios, as risadas, as palavras cortadas, os sons, os ruídos são informações importantes, que também são indicativos da dinâmica da conversação.¹⁶

Além das entrevistas, também foi realizado um diário de campo com anotações detalhadas sobre a entrevista, comportamentos do entrevistado durante a entrevista, descrição do local da entrevista, impressões do entrevistador, reflexões, dúvidas, etc. Este diário de campo está anexado a este trabalho.

No diário de campo devem estar contidas as informações sobre as maneiras como se estabeleceram os vínculos com os entrevistados, como se dá a entrevista, as impressões e os dados gerais mais importantes, devem também estar registrados o desenrolar das entrevistas e os discursos que não podem ser gravados (como o ambiente, gestos, olhares, linguagens não verbais); sua relação com o entrevistado, temas que surgem durante a conversa interessante para a análise.¹⁶

Schraiber¹⁷ ressalta que no diário de campo há possibilidade de registrar as informações obtidas fora do momento da entrevista pré e pós gravação, que muitas vezes não são relatadas durante a entrevista gravada.

As entrevistas e diário de campo foram feitos apenas para esse estudo e não interferiram no trabalho do enfermeiro que esteja participando, nem causaram problemas, a não ser dispor de tempo para a realização da entrevista.

Os dados coletados nas entrevistas ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, não sendo permitido que outras pessoas além da orientadora tenham acesso.

O plano de amostragem foi através da saturação. O critério de saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. É um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações.¹⁸

3.4. ANÁLISE DE DADOS

Para o processo de análise propriamente dito, foi realizada uma “imersão” para análise, ou seja, foram feitas muitas leituras do material e, a cada uma delas, foram escritos comentários e identificados os trechos significativos. O estudo deste material foi feito em três níveis, buscando as palavras-chave, os temas emergentes e as tendên-

cias gerais, conforme proposto por Houltz ¹⁹ (*apud* Othero).

3.5. QUESTÕES ÉTICAS

Atendendo ao disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o presente estudo foi remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Anhembi Morumbi de São Paulo, sendo aprovado e cadastrado sob o número CAAE: 51342115.1.0000.5492 (em anexo)

Após a apresentação da monografia, será dada uma devolutiva a instituição dos resultados obtidos e entrega de uma cópia do trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a seleção dos dados coletados foi realizada a análise de imersão de cada entrevista. E a análise foi agrupada em 4 temas: Diferenciações da dispneia terminal e o desconforto respiratório, intervenções dos enfermeiros diante da dispneia terminal, sentimentos despertados diante da situação de dispneia, relações do enfermeiro com familiar do paciente com dispneia terminal.

A seguir, na análise dos resultados serão reproduzidos trechos dos discursos dos enfermeiros participantes, identificados pela letra (E) e o número dos depoimentos.

4.1. DIFERENCIAÇÃO DA DISPNEIA TERMINAL E DESCONFORTO RESPIRATÓRIO

Na descrição sobre a diferenciação do desconforto respiratório e dispneia terminal, os enfermeiros participantes do estudo relatam que é notável a presença da alteração da frequência respiratória, alteração do padrão respiratório, cianose periférica e batimento de asa de nariz e gasper. Para tanto podemos ver aqui relato dos enfermeiros entrevistados.

“Na questão do desconforto respiratório a frequência respiratória fica elevada, o paciente fica bem dispneico e na dispneia terminal a frequência cai e geralmente gaspeia ...” (E 2)

“... Desconforto respiratório é quando têm os sinais de abrição de asa de nariz, alteração do padrão respiratório.” (E 5)

“O desconforto respiratório é a falta de ar, a dispneia é a falta de ar que vem com alterações de sinais...” (E 8)

Enfermeiros relatam também que não é só falta de oxigênio:

“Dispneia terminal é a respiração que o paciente apresenta você percebe que não é só falta de oxigênio, o que isto significa se você colocar o oxigênio ele vai continuar desconfortável porque é o desconforto que significa que ele está morrendo então tem que fazer alguma medida de conforto, pode ser alguma medicação.” (E 6)

“... Dispneia terminal mesmo fazendo todas as mudanças de decúbito e medicação não resolve.” (E 5)

“... saber que algo esta incomodando ele, nunca parei para imaginar isto mas ele esta ficando sem respirar, muito ruim ficar sem ar, acho que eu nunca parei pra imaginar isto, mas é isto que acontece né?” (E 4)

“... a dispneia terminal é algo esperado que é bem comum em pacientes que estão nos últimos dias de vida. E pra se morrer tem que ter o desconforto.” (E 8)

Todos os enfermeiros entrevistados já tinham vivenciado várias experiências com paciente em desconforto respiratório.

“... foi algo desesperador principalmente para o paciente, porque ele não conseguia respirar ai começava a ter, apresentar a agitação, queria levantar, querendo arrancar a mascara, querendo andar, querendo estar bom, mas ele não conseguia né? E o paciente ficou um pouco com confuso também, e assim foi algo que ele teve esta dispneia desde o inicio ate a constatação do óbito.” (E 7)

4.2. INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DIANTE DA DISPNEIA TERMINAL

Como o Hospital Premier é uma instituição de referência em Cuidados Paliativos na cidade de São Paulo, nas primeiras semanas de internação de cada paciente é realizada uma reunião de equipe sobre planejamento do plano terapêutico e no decorrer da internação uma reunião familiar para tomadas de decisões de diretrizes avançadas e discussão juntamente com a família sobre os cuidados paliativos.

Ao avaliar e observar um paciente com desconforto respiratório ou dispnéia terminal a equipe deve sempre priorizar o conforto dos pacientes.

O dicionário português Michaelis²⁰ defini a palavra conforto: origina-se de regressiva de confortar. 1. Ato ou efeito de confortar. 2. Bem-estar. 3. Comodidade material; cômodo, aconchego. 4. Consolação ou auxílio nas aflições. O conforto pode assumir o significado de ato de confortar a si e de confortar o outro.²⁰ Quando questionados os entrevistados sobre quais eram as intervenções dos enfermeiros frente a um paciente com dispnéia terminal, foi possível reconhecer que a palavra conforto foi citada de forma significativa.

De acordo com os depoimentos, nota-se que para os enfermeiros as ações de enfermagem em cuidados paliativos devem priorizar a promoção do conforto.

“Tentar dar o máximo de conforto tanto para o paciente como para os familiares que estão ali no momento. Você dar o conforto máximo no caso, você vai colocar um cateter de oxigênio, fazer as vontades dele, as últimas vontades, quer tomar um banho no chuveiro, ele quer porque ele já sabe que vai morrer, comer uma feijoada, não vai acontecer isto aqui né, mas isto o que dá pra estarmos fazendo estaremos ali ajudando.” (E1)

“... o ponto chave daqui do hospital, é fazer com que o paciente chegue ao óbito tranquilo, sem dor, sem sofrimento, sem desconforto, e ficar atento para sinais que podem te direcionar ao desconforto, a própria dor, é mais ou menos isto os cuidados. Diminuir a dor, diminuir o desconforto.” (E 2)

“As intervenções é proporcionar o conforto. Eu não vejo outra, porque o objetivo daquele paciente que está terminal é que ele tenha conforto até a hora do óbito.” (E 3)

“... proporcionar o conforto, oferecer o melhor posicionamento, acolher o paciente e a família...” (E 6)

MORAES²¹ relata que o enfermeiro tem papel ativo no controle deste sintoma: oferecer oxigenioterapia de acordo com a necessidade do paciente; manter o paciente em decúbito elevado e em posição confortável; realizar mudança de decúbito proporcionando maior oxigenação e perfusão pulmonar, a administração de medicamentos conforme orientação médica, proporcionar um ambiente tranquilo e o apoio e orientação dos familiares.

Segundo o relato dos entrevistados a promoção do conforto refere-se aos procedimentos técnicos realizados, com o conforto físico e não se referem ao conforto psicossocial e ou espiritual. O conforto tem uma relação com a ausência de condições físicas, como percepção da dor e dispneia.

“... nós sempre tentamos dar o conforto, primeiro chamamos o médico, o fisioterapeuta para avaliarem e tomarem as condutas...” (E 1)

“... minimizar a dor, fazer com que o paciente chegue ao óbito tranquilo, sem sofrimento, sem desconforto, as condutas são direcionadas a parte medicamentosa.” (E 2)

“... colocamos cateter de oxigênio, é feita a morfina seguindo a prescrição médica.” (E 3)

“... demonstrar-se disponível, proporcionar conforto, oferecer o melhor posicionamento, acolher a família, comunicar equipe multiprofissional principalmente médicos e fisioterapeutas, porque sabemos que este sintoma dificilmente será melhorado somente com oxigênio...” (E 6)

“... mudança de decúbito, medicação que esteja na prescrição, geralmente já tem, senão perguntamos ao médico, estas são as primeiras medidas que enfermagem faz.” (E 5)

“... prestar cuidados conforme o protocolo da instituição, sempre nos colocando no lugar de como nos gostaríamos que fosse que isto já foge do profissional passa também pra humanização...” (E 3)

“... coloquei o cateter de oxigênio, fiz morfina, na prescrição tinha morfina subcutânea, ate a chegada do médico e do fisioterapeuta.” (E 3)

“... os cuidados de enfermagem, as medicações, se necessário aspiração, se necessário chamar o médico, comunicar o médico, se for o caso um fisioterapeuta, chamar a equipe inteira. Se unir a equipe e atender este cliente até o ultimo momento...” (E 3)

“A primeira coisa posiciona o paciente, e ver se de fato persiste aquele desconforto respiratório, ver se tem necessidade de ser aspirado, olha os sinais vitais, as alterações, chama um fisioterapeuta, dependendo se precisa ser medicado falamos com o médico.” (E8)

“... começamos a intervir com mascara de Hudson, mas o desespero do paciente era tão grande que a gente tinha dificuldade para manter ele na mascara de Hudson e depois retornar ele para o cateter de O2, ai precisou entrar com intervenções de sedação, mas mesmo sedado ele tinha dificuldade com o padrão...” (E 7)

“... com um paciente super educado conosco então ficava o máximo perto dele, segurava na mão, tentava confortá-lo.” (E 7)

Os profissionais envolvidos no cuidar de pacientes terminais devem estabelecer uma relação que ultrapasse o cuidado físico, por meio de ações humanizadas. Essa

relação está diretamente relacionada à disponibilidade, ao interesse, à sensibilidade, ao respeito, à aceitação, à compreensão e à afetividade.

A equipe de enfermagem desenvolve muitas atividades administrativas, executam muitos procedimentos e técnicas que devem ser realizados com excelência, a falta de tempo, o acúmulo de funções são fatores que influenciam diretamente na intervenção da dispneia, notou-se que pouco foi falado sobre a avaliação em si destes pacientes, à intervenção muitas vezes estão focados em chamar outro profissional para ação, porque o tempo não permite a fazerem, ou a angústia de ver o paciente em desconforto o impede a intervenção?

Alguns autores apontam que a escassez de recursos materiais e humanos, como fonte de sobrecarga do profissional, traz prejuízo à qualidade do cuidar.

Estudos demonstram que a falta de preparo dos profissionais em cuidados paliativos pode ter vários motivos, como falhas durante a formação acadêmica, o desconhecimento da filosofia dos cuidados paliativos e a dificuldade em encarar uma situação de morte.²²

De acordo com Durante:

“O conforto deve estar contido no ambiente (objetivo e subjetivo), no corpo (de quem cuida e é cuidado) e no cuidado de enfermagem como facilitador ou agente efetor do “bem-estar”²³.

Prestar assistência ao paciente fora de possibilidades de cura é ter convicção de que sempre é possível oferecer conforto à pessoa independente da evolução da sua doença.

4.3. SENTIMENTOS DESPERTADOS DIANTE DA SITUAÇÃO DE DISPNEIA

Por herança cultural e formação pessoal, cada ser humano carrega dentro de si uma representação individual da morte.

Sousa²⁴ afirma que todo profissional de enfermagem sente-se compromissado com a vida, e que desde a sua formação ele é preparado e deve se sentir-se capacitado para preservação da vida. A formação acadêmica é fundamentada na cura, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a terminalidade, em geral, sente-se despreparado.

“... nós estudamos pra poder ajudar, só que de certa forma nos ajudamos de outra maneira como é cuidados paliativos, nós vamos diminuir a dor, a sensação de mal estar, de desconforto. É estranho, eu trabalho com isto, mas é estranho, você se sente impotente, é uma dor porque você se coloca no lugar dos familiares.” (E1)

“... incomoda-me, mas medo e impotência não. Eu não quero ver o paciente desconfortável. O sentimento que me desperta é preocupação, porque não quero ver o paciente desconfortável, quero vê-lo melhor.” (E 4)

“... mas querendo ou não nós nos abalamos um pouco porque a gente se apega. Emotivos: mas tristeza mesmo.” (E 7)

“Quando não consigo melhorar, eu vejo que faço as coisas que eu posso fazer e o paciente continua no mesmo estado, eu fico um pouco frustrada, poxa que eu fiz tudo que podia e não resolveu a vontade de querer resolver e não conseguir tem sim uma frustração, uma certa tristeza.” (E 9)

Assim, vale ressaltar a necessidade de construir alternativas para que esses enfermeiros sejam estimulados a pensar, a agir, discutir e compreender melhor a dispneia terminal e o processo de morrer.

Este tema deve ser mais debatido nas reuniões de equipe e palestras de educação continuada, dando ênfase em avaliação e intervenção, e questões ligadas à emoção, diminuindo o sofrimento quando deparar-se com tal situação e para que não tenha dificuldade em falar do assunto, pois é importante que os enfermeiros revejam seus conceitos sobre cuidados paliativos senão permanecerão encarando a dispnéia terminal e o processo de morrer dos pacientes como impotência e frustração.

Sabe-se que os enfermeiros são os profissionais mais próximos dos pacientes e estão em contato permanentemente. Segundo Araújo¹², em vários estudos os enfermeiros relataram que a proximidade da morte de um paciente, ao qual dedicou horas de trabalho, pode despertar sentimentos como impotência, tristeza, medo e sofrimento.

“Hoje eu vejo como uma situação normal aqui no hospital, assim que eu entrei aqui era bem complicado, aqui foi minha primeira experiência com dispnéia terminal, nossa foi bem ruim, porque eu queria fazer algo, fiquei um pouco impotente, foi minha primeira vez que lidei com caso de morte, você quer salvar, quer ser um herói (...)” (E 2)

“O que me faz agir rápido é uma angústia, porque você ver a pessoa ali com falta de ar tentando respirar e não consegue, é difícil, é se colocar no lugar do outro.” (E 8)

Os enfermeiros são os profissionais que se mantêm sempre presente ao lado do paciente, prestando-lhe cuidados diretos, o que leva um envolvimento afetivo. São considerados como uma base de segurança e quando esta relação começa a ser estremecida por algum motivo como o que acontece com a dispnéia terminal, gera sofrimento e sentimento de perda, ou seja, provoca o luto que é uma resposta esperada frente à separação.²⁴

É possível verificar que o envolvimento na dispneia terminal e morrer estão intimamente relacionados com o tempo de permanência do paciente durante a internação, o que contribui para que o sofrimento dos enfermeiros torne-se mais intenso com a morte dos pacientes que permanecem mais tempo hospitalizados, com os quais consequentemente forma-se um maior vínculo.

“... tem pacientes que você se apegue, se apegue bastante, ainda mais quando o paciente fica muito tempo internado aqui, e aparentemente esta bem e de repente fica ruim e morre rápido, é o sentimento de dor, perda, é como se fosse da nossa família, eu sinto muito isto, é bem triste.” (E 2)

“... nós que estamos com o paciente a todo o momento, diferente dos fisios, dos médicos, você cria uma relação de afetividade, é um sentimento ruim como se estivesse perdendo alguém

da família mesmo (...) (E 2)

“... é um incômodo para o profissional de saúde ver o sintoma e não conseguir resolver, não conseguir melhorar, então isto acaba desconfortando toda a equipe, sem contar que quando você tem um vínculo isto piora, e piora muito.” (E 6)

“... tristeza, dor, é dor assim no momento que acontece o óbito, é mais tristeza mesmo quando se apegar a família...” (E 2)

“... querendo ou não nós acabamos nos apegando com os pacientes, e mesmo porque o tempo de convivência e bem prolongado, então eu me sentia da parte profissional um pouco mais segura, mas na parte pessoal e emocional fiquei um pouco abalada porque é um quadro que você acompanha triste...” (E 7)

“Ansiedade acho que eu fico um pouco, porque é horrível você ver alguém não conseguindo respirar direito, é uma sensação de tentar resolver o mais rápido possível, porque acho que afogar e ficar sem respiração são coisas bem ruins” (E 9)

Araújo¹² destaca que a falta de preparo dos profissionais em cuidados paliativos pode ter vários motivos: o desconhecimento da filosofia dos cuidados paliativos, falhas durante a formação acadêmica e a dificuldade em encarar uma situação de morte. Muitas vezes, isto é percebido na fragilidade do cuidar prestado pelo enfermeiro diante de pacientes no estágio de terminalidade da vida.

A prática da enfermagem implica não só prestar a outro ser humano o cuidado técnico, mas também ajudá-lo em algum momento particular da sua vida em que o psicossocial e o espiritual também são importantes pois o cuidado paliativo, é ter compaixão da dor que vai além da dor física; é garantir o direito a uma morte digna.²⁵

Segundo Garcia²⁶, o aspecto emocional dos profissionais que estão em contato com pacientes em terminalidade de vida é de extrema relevância, devido as constantes variações emocionais sofridas o que podem ocasionar desgaste emocional, sobrecarga a equipe e prejuízo à qualidade do cuidar.

Ao estar presente junto ao paciente em seu processo de morte, são vivenciadas situações permeadas por sofrimento, angústia, medo, dor e revolta por parte do paciente e de seus familiares, e como o ser humano é dotado de emoções e sentimentos os profissionais manifestam em alguns momentos estas mesmas reações diante deste processo.²⁷

“Eu tenho medo que aconteça comigo, eu me imagino muito nesta situação, talvez porque eu tenha bronquite, mas eu tenho a sensação que mesmo fazendo medicação, mudança de decúbito, a sensação é que aquilo não vai passar pra quem vê é horrível e sofrido, imagina pra quem esta passando por aquela dispnéia, então eu me coloco no lugar do paciente que esta passando por aquele sofrimento.” (E 5)

“... angústia, sensação de impotência, tentativa para fazer o melhor para que ele não sofra...” (E 6)

Peterson e Carvalho²⁸ (*apud* Moraes) classificaram em sentimentos negativos e sentimentos positivos, aqueles que foram mais relatados pelos profissionais em um estudo com enfermeiros que prestavam assistência a pacientes oncológicos idosos

em fase terminal. Destacou-se como sentimentos negativos: a impotência, fracasso, tristeza e ansiedade. Os sentimentos positivos: sentimento de utilidade, de dever cumprido, emoção positiva pela importância de sua presença e reconhecimento do papel da enfermagem, algo que também está presente nos relatos dos profissionais entrevistados.

“... o sentimento que eu tenho é que eu fiz aquilo que era certo, que eu aprendi. Eu fico triste, mas ao mesmo tempo eu fico feliz porque eu pude estar junto ali naquele momento fazendo o meu papel como enfermeira e como pessoa, como ser humano.” (E 3)

“É bem triste ver o sofrimento do familiar e a parte boa é que os familiares estão sempre nos agradecendo e elogiando mesmo após o óbito, eles vem aqui no hospital e agradece tudo o que a gente faz, esta é a parte boa porque a sensação que a gente tem é que o paciente faleceu, mas ele foi bem cuidado, bem tratado, a família reconhece tudo o que a gente fez.” (E 2)

Sousa.²⁴ ressalta que a morte de um paciente reflete nos cuidados do profissional. O profissional destinado a cuidar de pacientes em fase terminal deve ser preparado para enfrentar situações de sofrimento e de morte.

Porém, apesar dos enfermeiros conviverem diariamente com situações de sofrimento diante do processo de terminalidade de seus pacientes, foi possível verificar que ainda há dificuldade frente a esta vivência:

“Não tenho dificuldade não, já tive! No começo eu tinha, mas hoje não, pra mim é uma situação rotineira, cotidiana aqui ate porque já foram vários e vários, e também o que a gente ouve falar que vários vem aqui pra morrer, não que todos né? Tem vários pacientes que reabilitam, tem alta e tudo, mas a gente já se conscientizou que o lugar que a gente trabalha é assim, tem que lidar com isto e lidar todos os dias mesmo.” (E2)

“... é uma coisa comum, que a gente guarda, chega uma hora que você acaba se sentindo frio.” (E 6)

“... quando entrei aqui presenciei vários casos, no inicio foi difícil, hoje lido bem melhor, estou me fortalecendo...” (E 1)

“... então nós dividimos nossos sentimentos entre os profissionais, pra sermos fortes e tentar confortar a família. (E7)

“Não, eu guardo pra mim, não troco com ninguém, isto não me faz bem, mas um dia quando tiver oportunidade quem sabe eu solte, converse com alguém. Ver o paciente ali com olhos de lágrimas, de piedade, pedindo ajuda, mexe muito com a gente querendo ou não querendo mexe.” (E 8)

A morte faz parte do decurso normal da vida, mas os profissionais de saúde geralmente não estão preparados emocionalmente para enfrentar a morte e nem lidar com seus próprios sentimentos, como também sentem dificuldades na assistência aos pacientes que evoluirão para morte.

A morte do paciente não deve ser entendida como uma falha da equipe, e sim, como algo inevitável. Assim se faz necessário o profissional de saúde refletir sobre sua atuação, no sentido de melhorar o cuidado e oferecer uma assistência digna ao paciente na terminalidade da vida.

A dificuldade em lidar com a terminalidade pode ser amenizada formando grupos de reflexões, momento em que os profissionais podem expressar suas angústias, pois no dia-a-dia pouco se discutem as questões relacionadas à terminalidade e à morte.

4.4. RELAÇÃO DO ENFERMEIRO COM FAMILIAR DO PACIENTE COM DISPNEIA TERMINAL

Souza¹¹ ressalta que outra preocupação maior dos enfermeiros é com a família. O enfrentamento da morte é difícil e angustiante para quem a vivencia, podendo ser mais ainda para quem a observa, pois provoca rupturas profundas entre quem morreu e o outro que continua vivendo.

Muitos estudos destacam que o cuidado ao paciente terminal é cercado de dificuldade, como em trabalhar com o processo de morrer, a impotência do profissional de saúde perante a morte juntamente com o desejo pela cura do paciente, a dificuldade de lidar com o desgaste da família.²²

A interação entre os enfermeiros, paciente e familiar pode resultar em um trabalho efetivo de fundamental importância na atenção voltada ao paciente terminal, visto que em qualquer situação é necessário o envolvimento de todos. A enfermagem não deve excluir a família do processo do cuidar do paciente, deve buscar ouvir atentamente a suas dúvidas e aceitar opiniões, promovendo assim um trabalho de qualidade junto à família criando um vínculo de confiança dessa maneira acolhendo todos no processo do cuidar.²⁶

Segundo Garcia²⁹ (apud Vasconcelos) a enfermagem pode atuar no sentido de apoiar o doente e o familiar, possibilitando minimizar os medos e ansiedades e colaborando com a adequada participação de ambos no processo. Para isso é importante que esse profissional esteja preparado tecnicamente e tenha sensibilidade para assistir o doente e sua família, que precisa de amparo e encontra na enfermagem o elo de confiança para lhe proporcionar conforto nesse momento difícil.

Os entrevistados relatam algo semelhante:

“... é o momento que eles precisam muito de nós, é um momento difícil e quanto mais pessoas estiverem ao lado compartilhando e tentando ajudar, eu acho que minimiza o sofrimento.” (E2)

“... eles trazem muitas dúvidas, perguntam muito, questionam se o paciente não está desconfortável...” (E 5)

“... mesmo que a gente sinta tristeza, mesmo que se apegue isto na parte pessoal, profissional, mas a gente também procura manter nosso lado profissional mais forte, porque a gente precisa dar de uma certa forma dar apoio a família e confortar o paciente...” (E 7)

Para Souza¹¹, a família é parte integrante da assistência e não pode ser esquecida. Ressalta que neste momento é de grande importância o apoio espiritual de acordo com a religiosidade de cada um e o auxílio dos profissionais de saúde no que se refere a fornecer as informações necessárias e estar disponível para ouvir estes familiares.

Ninguém adoece sozinho e os profissionais da saúde necessitam estar preparados para oferecer uma assistência adequada a estas famílias.

Para a família, a fase terminal de um paciente é um momento de dor e, frequentemente, a aceitação dessa situação é difícil e dolorosa, principalmente, no processo de luto. Porquanto, os enfermeiros devem promover os cuidados paliativos a essa família tanto no processo de finitude como no luto.³⁰

“... a questão familiar é muito delicada, é um momento de muita dor pra esta família, nós temos que nos sensibilizar frente a isto, proporcionar conforto, acolher esta família, não nos esquecendo de que é extremamente importante o doente estar com seu ente querido, a minha principal dificuldade é lidar com a família.” (E 3)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem diferentes ações nos cuidados da enfermagem, mas todas são voltadas a promoção do conforto e melhor qualidade de vida na terminalidade. Notou-se que o preparo dos enfermeiros para lidar com pessoas em situações de dispnéia terminal e morte advém com o tempo, através de vivências consecutivas que conduzem o profissional à experiência.

Observou-se que os cuidados prestados pelos enfermeiros neste estudo são voltados ao cuidado mais humanizado, priorizando o conforto e bem estar destes pacientes, entretanto em seu aspecto mais físico. Houve uma preocupação com a promoção do conforto físico e com o controle da dor e dispnéia, porém, observou-se que há uma lacuna na atenção ao conforto psicossocial e ou espiritual.

Notou-se que pouco foi falado sobre a avaliação em si destes pacientes, à intervenção muitas vezes é executada de forma quase automática, estão envolvidos no cuidar, mas alguns são condicionados a fazer o que o outro profissional médico ou fisioterapeuta solicita, ou o que esta na prescrição médica.

Identificou-se uma grande diversidade de sentimentos ora positivos e ora negativos. Destacou-se como sentimentos negativos: angústia, medo, impotência, frustração, tristeza e ansiedade. Os sentimentos positivos: sentimento de utilidade, de dever cumprido, emoção positiva pela importância de sua presença e reconhecimento do papel da enfermagem.

É fundamental evidenciar que neste estudo não houve muita diferença de ação e sentimentos entre as entrevistas devido à amostragem pequena, e os resultados podem ter sido limitados devido a ansiedade e o medo dos entrevistados em responder as questões corretamente e estarem sendo analisados profissionalmente.

O presente estudo aponta para a necessidade de incorporar discussões nas instituições sobre a temática dispnéia terminal e morte, no intuito de preparar os profissionais para lidar com o humano no seu processo de terminalidade, muitos profissionais nunca tinham vivenciado uma dispnéia terminal antes de trabalhar neste Hospital, ou seja, que a morte seja vista como parte do processo de trabalho em saúde.

Sendo a dispneia um dos sintomas mais prevalentes e incidentes em doentes em cuidados paliativos, este estudo pode servir para o desenho de outros estudos, fazendo assim o controle da correta avaliação e intervenção no controle do sintoma, a análise da relação sintoma e intervenção, dentre outros.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonçalves F, Monteiro C. Sintomas respiratórios no cancro avançado. *Medicina Interna*. Vol. 7, N. 4, 2000.
2. Gonçalves, A, Nunes L, Sapeta P. Controlo da dispneia: estratégias farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de cuidados paliativos. [Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos]. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Castelo Branco, Setembro 2012.
3. Carvalho, RT, Parsons, HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. Ampliado e Atualizado 2ª ed. Ago/2012. p.151-162.
4. Solano, JPC, Scazufca M, Menezes, PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 75-85.
5. Campbell ML. Dyspnea prevalence, trajectories, and measurement in critical care and at life's end. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012 Jun;6(2):168-71.
6. Machado, PM. Dispneia no doente paliativo: Incidência, abordagens e sua efetividade. [Dissertação de mestrado em Cuidados paliativos]. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, 2012.
7. Sera CTN, Meireles MHC. Dispneia em Cuidados Paliativos. In: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, 410-416.
8. Othero, MB. Controlo de sintomas em Cuidados Paliativos [Aula ministrada no curso de Especialização em Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos]. Coimbra. Portugal: 2015.
9. Velloso M, Costa CP, Ozeki CM. Métodos de mensuração da dispnéia: uma revisão da literatura. *Conscientiae Saúde. Rev. Cient., UNINOVE - São Paulo*. V. 1 : 35-39
10. Silva, C.CB.; Guerra, G.M.; Segre, M. Análise da percepção do enfermeiro sobre a assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos. *24Revista Nursing*, v.146, n.13, jun 2010, p. 411-416.
11. Souza, LPS et al. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Rev. eletrônica trimestral de Enfermeria global*. ; oct 2013, Vol. n. 32, p230.
12. Araújo DF, Barbosa MH, Zuffi FB, Lemos RCA. Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do hospital das clínicas de Uberaba-MG. *Cienc. Cuid. Saúde* 2010 Out/Dez; 9(4): 690-696
13. Faria, D.A.P.; Maia, E.M.C. Ansiedades e sentimentos de profissionais nas situações de terminalidade em oncologia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.15, n.6, p.1131-1137, nov/dez 2007.
14. Chehuem Neto, JÁ. Metodologia da pesquisa científica: da graduação a pós-graduação. Curitiba, PR:CRV, 2012.
15. Leite, FT. Metodologia Científica e técnicas pesquisa. 3ª ed. SP. Ideias e Letras, 2008.
16. Baena, V.C.; Borrego, I.G. La transcripción en historia oral: para un modelo "vivo" del paso de lo oral a lo escrito. *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, v.2, n.18, 1997. p.41-62.
17. Schraiber, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, 29(1): 63-74, 1995.
18. Guerra IC, Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso. 1ªed. Estoril: Príncipia, Jun 2006, p.42.
19. Othero, MB. Necessidades de saúde das pessoas com deficiência: a perspectiva dos sujeitos [Dissertação de Mestrado] SP: Universidade de São Paulo, 2010.
20. Dicionário Michaelis On Line. Disponível no site: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=conforto> Acesso 29/10/2015.
21. Moraes TM. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. *O Mundo da Saúde São Paulo*: 2009; 33(2): 231-238.

22. Jardim, DMB et al. O cuidar de pacientes terminais: experiência de acadêmicos de enfermagem durante estágio curricular. Rev Baiana de Saúde Publica Miolo. V 34 _ n 4.indd 807 v.34, n.4, p.796-809 out./dez. 2010.
23. Durante ALTC, Tonini T, Armini LR.; Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(3):530-6, mar., 2014.
24. Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer... Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 41-7.
25. Santana, JCB; Campos, ACV; et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. BioEthikos -Centro Universitário São Camilo - 2009;3(1):77-86.
26. Garcia, GO; Percepção e sentimentos dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. Revista de Divulgação Científica Sena Aires 2014; Janeiro-Junho (1): 19-28.
27. Moraes, I.C.P.S. et al. Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura R. Interd. V.6, n.1, p.96-104, jan.fev.mar. 2013.
28. Peterson, A. A.; Carvalho, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 4, p. 692-697, jul./ago. 2011. *apud* Moraes, I.C.P.S. et al. Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura R. Interd. v.6, n.1, p.96-104, jan.fev.mar. 2013.
29. Vasconcelos EV, Santana ME, Silva SED. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. Enfermagem em Foco 2012; 3(3): 127-130. *Apud* GARCIA, GO; Percepção e sentimentos dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. Revista de Divulgação Científica Sena Aires 2014; Janeiro-Junho (1): 19-28.
30. Fernandes MEN, Fernandes AFC, Albuquerque ALP, Mota MLS. A morte em unidade de Terapia Intensiva: Percepções dos enfermeiros. Rev RENE. 2006; 7(1): 43-51.

Alimentação enteral em pacientes com demência avançada: o descompasso entre a teoria e a prática

Suellen Meireles Damasco

INTRODUÇÃO

Este trabalho irá abordar a questão da alimentação enteral em pacientes com demência avançada e listar alguns motivos pelos quais a escolha por essa via de alimentação é feita. Escolhi estudar este tema pois percebi que a literatura científica tem mostrado cada vez mais que, em alguns casos, a nutrição enteral não reduz o risco de pneumonia de aspiração, não previne ou auxilia na cicatrização de úlceras de pressão, não melhora o estado nutricional, qualidade de vida ou sobrevida dos pacientes. Porém, é algo ainda muito observado na prática cotidiana da assistência ao paciente dementado.

Como os resultados ainda são inconsistentes acerca dos benefícios da nutrição enteral em pacientes com demência, este conhecimento pode contribuir para melhores cuidados de saúde aos pacientes e suas famílias e fornecendo expectativas mais realistas sobre como eles devem lidar com a progressão da doença.

1. OBJETIVO

Elencar os motivos mais recorrentes para a inicialização do uso da alimentação enteral e verificar qual a opinião dos profissionais diante da decisão de iniciar ou não o seu uso.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O aumento na expectativa de vida da população mundial tem direcionado cada vez mais os profissionais da saúde a olhar as causas e consequência do comprometimento cognitivo e dos processos demenciais,¹ incluindo desde avaliações clínicas diárias, estudos básicos até o desenvolvimento de técnicas diagnósticas, de tratamento e prevenção das demências.²

Entre as nações desenvolvidas, esse processo de envelhecimento ocorreu de maneira lenta. Porém, no Brasil, isso vem acontecendo de maneira acelerada. Segundo o IBGE, em 2010, 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq superior a 60anos), correspondendo a 10% da população brasileira. Essa grande aceleração deve-se ao fato das baixas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, ocasionando um aumento na expectativa de vida, estimada em 2025 para cerca de 32 milhões de idosos.⁴ Em 2050 esses valores podem alcançar 22,71% da população total.⁵

Assim, o Brasil caminha para um perfil demográfico mais envelhecido, onde as doenças-crônicas degenerativas e incapacidades funcionais ocupam lugar de desta-

que.⁶ A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica,⁷ resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde.⁸

Dentro do contexto das doenças-crônicas degenerativas que culminam em limitações funcionais, encontramos os quadros de Demência, os quais tem tipos e causas variadas. Algumas são reversíveis como: toxicidade de medicamentos, depressão, infecção do sistema nervoso, hematomas subdurais, tumores cerebrais primários, hidrocefalia de pressão normal, envenenamento orgânico e metálico, disfunções da tireoide e paratireoide, e deficiências nutricionais como B12, B6, tiamina e ácido fólico.⁹

Outras são irreversíveis, como a demência vascular, demências dos corpos de Lewy, as demências frontotemporais e a doença de Alzheimer, sendo esta última considerada o tipo de demência mais frequente (de 50 a 65% dos casos) entre os idosos. As demências irreversíveis acabam levando à necessidade de cuidados contínuos,^{9,7,2} os quais tornam-se mais intensos nos estágios avançados da demência, incluindo os hábitos alimentares.

Sanches et al, em seu estudo sobre alimentação e deglutição de idosos, referem que as alterações dos hábitos alimentares podem estar presentes já no estágio inicial da demência,¹⁰ sendo que no estágio avançado todos os idosos apresentam algum tipo de alteração alimentar, havendo, em alguns casos, necessidade de uma alimentação e hidratação artificial.¹¹

Vale ressaltar que a alimentação tem um simbolismo profundo em todas as sociedades: desde que o ser humano nasce, é alimentado para se desenvolver, manter o seu equilíbrio, conviver, enfim...viver. Para Sandstead, “*alimentar alguém é dar-lhe vida*”.¹²

Quando se fala em alimentação enteral, um certo desconforto é gerado não só por parte dos familiares, mas também pelos profissionais da saúde. O uso da nutrição enteral, frequentemente, não é desejado, provoca uma carga de representação afetiva de desvinculação social e transforma-se, muitas vezes, num fator gerador de stress e sofrimento para o doente e para sua família.

Muitas vezes, a pessoa doente e em fase terminal é submetida a tratamentos fúteis, que pouco ou nada prolongam a vida e só lhe causam mais sofrimento. Ainda há bastante relutância em se passar de um tratamento curativo para um tratamento paliativo, o que por vezes leva os profissionais e a família a tomarem atitudes questionáveis, baseadas em questões familiares, culturais e religiosas, com o intuito de “salvar a pessoa”.¹⁴

Como afirma Gaines et al, apesar dos resultados inconsistentes acerca do benefício da nutrição artificial em pacientes com demência, a dependência da família ou enfermagem na alimentação oral devido a perda de peso e desidratação, além de questões culturais e religiosas, são uma das principais razões para se continuar utilizando essa terapêutica.¹⁵

3. METODOLOGIA

A partir dos objetivos da investigação, optou-se pela elaboração de uma pesquisa qualitativa, que busca explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantifica os valores e as trocas simbólicas nem se submete à prova de fatos e se vale de diferentes abordagens.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.¹⁶

Em uma primeira etapa, foi realizada revisão bibliográfica não sistemática dos últimos 10 anos sobre a alimentação em final de vida e toda problemática que esta envolve nas bases de dados Capes, Bireme, Dedalus e Scielo, com os seguintes descritores: demência, alimentação artificial, nutrição enteral, envelhecimento, cuidados paliativos.

Segundo Marconi e Lakatos, a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica,¹⁷ como foi neste nosso estudo. “Desta maneira, será possível obter informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.¹⁷

Após a pesquisa bibliográfica, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os seguintes profissionais:

Médico: Por ser o profissional que alinha não só o diagnóstico, mas principalmente o prognóstico do curso da doença, auxiliando assim para a decisão no tratamento paliativo do prolongamento artificial ou não da vida.

Enfermeiro: Por ser o elo da equipe mais próximo do doente e de seus familiares, e também por ser um profissional que se debate muitas vezes com essa questão tendo muitas vezes que esclarecer a família e/ou doente sobre o que está acontecendo.

Auxiliar de enfermagem: Por ser o elo mais perto da família e do paciente, a maior parte das visitas nos quartos são realizadas por esses profissionais, e o maior foco de angústia acaba surgindo deles, que acompanham a evolução do paciente.

Fonoaudiólogo: Pois consegue avaliar prejuízos do funcionamento do processo de deglutição e dificuldades na coordenação dos movimentos dos órgãos fonoarticulatórios.

Fisioterapeuta: Por ser o profissional que acompanha juntamente com a fono as dificuldades do paciente durante a alimentação, as vezes precisando aspira-lo e muitas vezes o acompanha nos momentos finais da vida.

Psicólogo: Por ser um profissional que acaba recebendo/acolhendo as famílias no processo de enfrentamento da doença.

Triviños relata que:

A entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. (...) A entrevista semi-estruturada (...) favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade (...) além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.¹⁸

Para Manzini, a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.¹⁹

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa por meio de convite verbal da pesquisadora. A aplicação da entrevista foi realizada no local de trabalho dos profissionais ou em locais de preferência dos entrevistados. Foi feita uma orientação quanto aos objetivos da pesquisa, sua importância e sigilo das informações, assim como o caráter voluntário da sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas também foram gravadas para auxílio na posterior análise, e o número de entrevistados foi definido seguindo o critério da saturação.

Para análise, realizou-se imersão nos dados e posterior reflexão a partir das palavras-chave, temas emergentes e tendências gerais, dialogando-se com as temáticas principais encontradas na revisão bibliográfica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta das entrevistas foi uma parte desafiadora do trabalho. Dentre os desafios estão a inexperiência do pesquisador no ramo de investigação, descompasso na disponibilidade de tempo do investigador X investigado, local muitas vezes inapropriado, medo dos entrevistados de falarem algo que destoasse da realidade diária, dificuldade de expressar suas opiniões, entrevistados que estudaram para responder as perguntas, entrevistados que perguntavam as opiniões já expressas em entrevistas anteriores, além da própria entrevista que por ser apenas com tópicos aumenta a possibilidade de vícios nas respostas apresentadas. Porém, a intenção do trabalho foi apenas mostrar os relatos e levantar reflexões sobre o tema a fim de que possa ajudar os profissionais a tomarem melhores decisões no descompasso existente entre a teoria e a prática quanto ao uso da alimentação enteral.

Sendo assim, os resultados são a fase mais importante num trabalho de investigação pois são discutidos e comparados a trabalhos já desenvolvidos e publicados.

4.1. TEMAS DIFICÍLIS

A fase final da vida desperta inúmeras questões que envolvem desde de convicção pessoal até dilemas éticos. A alimentação, sem dúvida, é um fator gerador de angústia visto que quanto mais a doença progride, a falta de alimentação passa a ser mais importante do que alimentar o paciente. Berger et al relata que “os esforços para alimentar e travar a morte difundem-se numa diversidade de estratégias que nem sempre são as mais benéficas”.²¹ Isso pode ser comprovado pela opinião deixada pelo profissional 11:

“E tem a coisa de morrer de fome. O paciente demenciado acaba assim - a doença vai indo e ele vai diminuindo a ingesta. Isso angustia a família demais”.

E pelo profissional 7:

“Acho que para a família também é angustiante deixar o paciente sem dieta, sem nada”.

Em torno dessa angústia, é possível que exista uma expectativa de que se o paciente for alimentado, poderá viver um pouco mais, ainda que seja pelo uso de uma sonda, como relatado pelos profissionais 8 e 1:

“Às vezes a família deixa sondar o paciente na expectativa de prolongar a vida”.

“...eles acham que a quantidade de comida via oral não está sendo suficiente...”.

É difícil aceitar a baixa ingestão alimentar do paciente que muitas vezes representa “quase nada” na visão do familiar:

“Mas tem muitas famílias que não conseguem ver o seu familiar querido comendo um pingadinho de comida, acha que ta fazendo mal, ou que ele ta ficando com fome e aí essas famílias não conseguem entender que a dieta de conforto seria uma coisa boa...”. (Profissional 2)

A declaração deste profissional em relação ao benefício da dieta de conforto ou alimentação por prazer liga-se a declaração do profissional 4:

“Em casos de pacientes com demência avançada acho que deve ser incentivado a alimentação por prazer”.

E, isso também é referido pela literatura:

“ A história da humanidade atesta que o ser humano utiliza o alimento como forma de socialização, de expressão cultural dos seus valores e crenças sobre o mundo e finalmente, como simples forma de prazer”.²²

A falta de conhecimento da família diante da nova situação pode explicar essa angústia. É possível perceber isso no relato da profissional 4:

“Alguns não aceitam por falta de conhecimento, de saber como realmente funciona”.

Porém, não se pode esquecer do valor que a alimentação tem para o brasileiro de maneira geral, como relatado pelo profissional 10:

“... o significado afetivo da alimentação, muito maior do que nutricional e por conta de serem pacientes na sua grande maioria (ainda que não esteja em processo ativo de morte) que estejam em cuidados paliativos, acho que tem um peso adicional que é o fato de ser de repente uma das únicas coisas que a família considera que pode fazer. A história familiar muitas vezes com relação a comida é muito forte, daquele cuidador familiar que está presente”.

E podemos extrapolar esse valor ao ponto alto do cuidar de alguém doente que é dar comida:

“Para nossa cultura isso é muito forte, então como você cuida de alguém sem alimentar? É algo que a gente não sabe como, é uma coisa que é muito nova e assim é meio que ante, é contra o senso comum, todo cuidando daquela pessoa, mas eu não to dando orientações sobre a comida”. (Profissional 6).

A importância do valor cultural é reforçada no relato dos profissionais 10 e 2, que dizem:

“A família que vem do contexto histórico, latino, brasileiro, onde a comida tem um peso muito grande importante então vai ser uma dificuldade muito grande e você tem que considerar...”.

“Porque na nossa cultura para a pessoa estar bem, ela precisa estar comendo. Se não está comendo meu Deus do céu, é por que não está bem, tem que comer de qualquer jeito. A comida é muito símbolo de vida”.

Aliado à questão cultural, temos a religiosidade:

“Acho que tem sim uma influência sim que faz parte dessa cultura brasileira que fica em torno sim do alimento e que é bastante apoiado na religiosidade”.

E outro profissional completa que:

“Muitas vezes tem familiar que é mais religioso e acredita em milagres e acredita que a qualquer momento seu ente querido pode voltar a falar, voltar a andar é a força da fé dele que faz isso”. (Profissional 4)

A alimentação, para além de um processo nutritivo, traz consigo diversos signi-

ficados e implicações na vida das pessoas. Deste modo, não se pode pensar que os alimentos apenas contêm os elementos indispensáveis à nutrição. A alimentação é, pois, um ato social, carregado de representações sociais e emocionais que são construídas. A comida significa muito mais do que a nutrição, ela desempenha um papel importante na manutenção da esperança.²³

4.2. ASPECTOS TÉCNICOS

Com o avanço das novas tecnologias, como ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica e nutrição e hidratação artificiais, as chances de prolongamento da vida só tendem a aumentar, criando falsas esperanças até mesmo nos profissionais, que muitas vezes se ligam apenas à parte técnica, quando ela já nem faz sentido. Assim, a decisão de usar a hidratação e nutrição artificial em alguém com demência é muitas vezes emocional e complexo.²⁴ Entretanto, como relata Goldstein & Fuller, 1994 (apud Namara)²⁵ a alimentação por sonda é uma decisão médica e como tal está sujeita as mesmas considerações de risco/ benefícios que residem em decisões médicas.

Nas entrevistas, os profissionais apontaram vários aspectos ligados à técnica, que influenciam o ponto de decisão. Um desses tópicos é a manutenção do estado nutricional:

“Eu acredito que se o paciente para de comer via oral ele deve receber a alimentação artificial, já que isso pode sarar feridas, vai manter o peso e os nutrientes, os carboidratos e tudo que ela precisa para se manter e reverter o quadro dela e amanhã ou depois poder ir para casa dela, é importante”. (Entrevistado 4)

“ O que a gente vê é que você passando uma sonda, o paciente fica mais tempo sim, você tem a capacidade de nutrir melhor esse paciente, então esse paciente vai ter uma sobrevida maior” (entrevistado 9).

Potack e Chokhavatia, relatam que vários estudos têm avaliado a mortalidade a curto e longo prazo, e que os dados encontrados não sugerem que a nutrição enteral melhore a sobrevida desses pacientes.²⁶ Mas, há profissionais afirmando que a dieta aumenta sim a sobrevida dos pacientes, e alguns deles chegam a citar grandes estudos.

“ Tem um trabalho que fala da questão da sobrevida, que não aumenta a sobrevida, não está provado que a sonda não aumenta a sobrevida em pacientes com demência, não é bem assim não”. (Entrevistado 6)

“Tem um trabalho clássico que fala que não aumenta a sobrevida, que na verdade não melhora quase nada da vida do paciente, essa não é a realidade que a gente vê! ”. (Entrevistado 9)

“ Eu sei que tem estudos que fala que a sonda não aumenta sobrevida, não diminui risco de aspiração, tem todos esses trabalhos que mostram essas coisas, mas quando você vê pontualmente cada paciente da impressão que aumenta um pouco sim, que aumenta sim a vida dele”. (Entrevistado 11)

Porém, essas afirmações diferem dos achados literários como no estudo de Meier, onde a conclusão é que a nutrição enteral não foi associada com a sobrevida e pacientes com ou sem nutrição enteral têm 50% de chance de morrer em seis meses.²⁷

Diante da falta de evidências sugerindo melhora nos pacientes com demência, pesquisadores têm recomendado que estratégias pouco invasivas, como aumentar assistência à alimentação, modificar a consistência ou alterações ambientais, devem ser implementadas.²⁸ Porém, ao longo da pesquisa foi possível perceber que muitos profissionais enxergam a dieta muitas vezes como a única possibilidade de ajudar o paciente com dificuldades na alimentação.

“ Então eu acho que sim é necessário porque mesmo ele estando com demência e sem possibilidade de deglutir ele vai tá tendo a alimentação, a dieta que é rica em proteínas, que tem uma quantidade de teor calórico adequado pro paciente, e ele vai estar se alimentando, ele não vai estar desidratando, ele não vai estar emagrecendo, ele não vai estar sem estar tendo essa alimentação até mesmo para o próprio intestino dele está funcionando de acordo com que tem que funcionar. (Entrevistado 12).

“ A dieta artificial ajuda a nutrir mais rápido o paciente que não consegue se alimentar via oral, porque se o paciente estiver desnutrido ele acaba nutrindo mais rápido e se ele for acamado a dieta ajuda porque ela tem todas as vitaminas que o corpo precisa. (Entrevistado 1).

A literatura desponta em sentido diferente, deixando claro que os indivíduos que alcançam uma fase avançada da demência têm uma taxa metabólica baixa devido à perda de massa muscular e à atrofia progressiva da massa corporal magra e cérebro. O seu metabolismo basal é baixo porque são fisicamente inativos.²⁹

Por diversas vezes, os profissionais encontram-se tão envolvidos com o quadro do paciente que não percebem a pouca relevância de determinados assuntos:

“ Porque paciente que para de comer ele pode abaixar o nível de peso muito rápido, sódio, potássio, tudo isso entra, então paciente a gente deveria comunicar o médico, conversar com o enfermeiro pra entrar com uma alimentação artificial sim, eu acho isso certo”.

E é possível ainda extrapolar, pois há falta de conhecimento correto sobre o tema, como no caso do entrevistado 4:

“ Se o paciente está vivo recebendo medicação e só porque ele não está consciente deixar ele sem receber dieta, no meu ponto de vista eu acho isso uma eutanásia, eu discordo, eu acho que enquanto o organismo dele tiver funcionando ele tem que receber, porque ali ele não vai estar definhando sem alimento nenhum”.

Esquível e Silva relatam que estes doentes podem ingerir menos alimentos do que parece adequado, mas, na maioria dos casos, “ não está passando fome”.²⁹

É fundamental aqui definir de maneira correta o que é a eutanásia – provocar ativamente a morte de um paciente através de um procedimento mesmo que com

intuito de lhe aliviar o sofrimento. Portanto, a suspensão da dieta está ligada a diminuir malefícios ao próprio paciente e não a uma interrupção desmedida. Como já bem colocado, “ a supressão da nutrição não é o que vai originar a morte do paciente e sim a enfermidade de base que atua como fator determinante”.³⁰ Há possibilidade de introdução da sonda nasoenteral para administração de medicamentos específicos:

“A SNE por exemplo facilita muito na administração de medicamentos, porque ali ele recebe a medicação certinha, a quantidade certinha, porque o paciente que broncoaspira com frequência ele não recebe a medicação certinha, a gente tem muita dificuldade de medicar esse paciente, então tem essas dificuldades todas. Então nesse ponto ajuda muito, acho que a SNE deveria ser mesmo mais para a medicação, e incentivar que ele coma por boca, se o paciente tem o mínimo de condição. (Entrevistado 4)

“ É mais fácil de eu dar o remédio”. (Entrevistado 9)

Entretanto, todos esses procedimentos precisam estar bem definidos e terem começo meio e fim. Depois de introduzir, é difícil retirar ainda que essa seja uma decisão técnica. Fernández-Roldán relata isso em seu artigo afirmando que o tratamento médico é obrigatório na medida que proporcione mais benefícios que problemas ao doente.³⁰ Aqui cabe determinar quando a nutrição pode ser uma medida desproporcional e, portanto, susceptível de retirada ou de não colocação. Essa dificuldade de decisão talvez responda tantos depoimentos a favor do uso da alimentação artificial.

Entretanto, dois entrevistados relataram que a via oral deve ser incentivada.

“Eu manteria dieta via oral, o que eles vão comer eu acho que a família acredita que não é suficiente e aí é onde a gente entra, acaba sondando esses pacientes”. (Entrevistado 7)

“Eu acho que deve sempre incentivar a via oral, mesmo que seja pouca quantidade e a sonda deve ser por um pequeno período, apenas para uma reabilitação. Deve se incentivar sempre a via oral se você vê possibilidade” (Entrevistado 4).

Diversos estudo têm mostrado que é possível manter a alimentação por via oral por um longo período mesmo que o paciente tenha um quadro de demência, visto que a deglutição tem sido apontada como uma das últimas perdas do paciente e, que junto com ela, vem outras comorbidades que levam o paciente à terminalidade.

Quatro relatos foram bem alinhados nesse sentido:

“Os pacientes com Alzheimer, que a última coisa que eles perdem que é a parte da deglutição, será que vale a pena? Será que a gente não podia tentar fracionar a dieta, tentar manter a dieta via oral e deixar ele comendo por boca”. (Entrevistado 7)

“Só colocar a sonda quando ele não tiver mais condições de deglutir, mas quando os órgãos param eu acho que não tem que colocar mais nada. Não se deve fazer um procedimento tão invasivo, que é um desgaste para eles e não tem resultados”. (Entrevistado 4)

“Se você pega um paciente que não está num contexto de alta gravidade e que você consegue alimentar ele aos pouquinhos e ele vai levando a uma desnutrição leve juntamente

com o apagar da consciência é um tipo de morte de fechamento\encerramento de uma história”. (Entrevistado 6)

“Uma das últimas coisas que ele perde é a capacidade de ingestão e ai eu tenho um quadro de disfagia grave”. (entrevistado 9)

Sendo assim, oferecer alimentos familiares e fluidos em pequenas quantidades será, provavelmente, o mais adequado, pois pacientes com demência avançada frequentemente perdem a sensibilidade à sede e à fome, pelo que o consumo forçado de alimentos\fluidos pode causar incômodos.^{31,24} Acredita-se que a alimentação manual permite ao indivíduo disfrutar da componente social de comer e assim aumentar a qualidade de vida.³²

Em suma, a alimentação manual cuidadosa deve ser privilegiada: de acordo com a American Geriatrics Society, a alimentação por tubo não apresenta melhores resultados/desfechos no que diz respeito a sobrevida, pneumonia de aspiração, *status* funcional e desconforto.³³

4.3. TOMADA DE DECISÃO

O processo de tomada de decisão está amplamente relacionado com o sujeito e suas inseguranças:

“ No contexto do conflito que existe entre você tem um modelo aí fora de medicina que infelizmente seguem o artigo, segue o medo e não reflete sobre as questões existenciais das pessoas e, portanto, é reativo. [...] o modelo que muitas vezes se aprende quando não se reflete é isso, não consegue comer ta indicada sonda. As pessoas negligenciam a parte da reflexão sobre aquela coisa. A discussão parece que não faz parte do seu arsenal, mas tem que fazer as pessoas que veem o sofrimento dos outros por usar uma sonda”. (Entrevistado 6)

Essa reflexão também remete ao medo de perder o paciente porque os profissionais não foram educados para a morte. O Brasil é um país que, por sua própria cultura, ninguém fala de morrer, como bem relatado pelo entrevistado 11:

“ O principal é a cultura do brasileiro que ninguém fala de morrer, ninguém fala de ficar doente, ninguém fala na disso, acho que todo mundo, a gente vive achando que ninguém vai morrer, eu acho que é por aí, eu acho que é por isso que não se fala”.

Um entrevistado chega a relatar que se sente obrigado a passar uma sonda para não perder o paciente:

“ Eu vou ser obrigada a passar uma sonda nele, porque eu também tenho que ver a questão da real situação que ele está, ele está perdendo peso muito rápido, ele ta emagrecido, ele ta caquético, ele ta com úlcera, então eu vou ver todo esse contexto, senão eu vou acabar perdendo esse paciente”. (Entrevistado 12)

E será que o fato de não emagrecer, não ter úlceras, distancie a morte? Isso é algo

a se pensar. Como diz entrevistado 6, “falta preparo técnico primeiro, que isso é real”.

E não podemos realmente fugir desse ponto inicial. A falta de preparo tem levado a decisões aprendidas nos livros e nas salas de aulas. Dois entrevistados acreditam que estão fazendo um bem para o paciente ao sondá-lo. Isso é ensinado nas salas de aulas, em decisões sem reflexões, como cita acima o entrevistado 6.

“Eu acho que a gente coloca sonda para um conforto maior do paciente, e para não debilitar tanto o quadro clínico dele, para não antecipar a questão de morte, mas para que ele possa ter um conforto melhor e ele morrer de acordo com seu tempo. (Entrevistado 12)

“Eu colocaria a sonda nem que ele não aceitasse, mais eu colocaria porque eu queria ver o bem dele”. (Entrevistado 5)

Essas declarações reforçam o quanto é preciso progredir no sentido “educacional”, como bem relatado por três entrevistados:

“Acho que falta educação em cuidados paliativos para a maioria dos lugares, e aí acabam se fazendo muitas iatrogênias né”. (Entrevistado 2)

“Eu acho que a educação nos países desenvolvidos tem um peso maior no momento das tomadas de decisões. E não está atrelado a juízo de valor, se ama ou se não ama. (Entrevistado 10)

“Eu acho que a nossa educação é falha em relação a isso” (Entrevistado 11)

Nesse contexto educacional, falta de preparo, medo da morte, sensação de impotência por “respingar nas famílias”, como bem colocado pelo entrevistado 3:

“ A gente ainda faz porque não estamos preparados, para dizer um não, a gente não tem ferramentas necessárias para chegar numa situação dessas que a gente tem várias, a gente não tem fundamento para chegar para essa família e falar. A família está batendo o pé que eu quero, eu quero, e a gente ainda não tem essa preparação para chegar e falar: olha o paciente não vai receber por isso, por isso e por isso”.

Outro entrevistado chega a confessar que, em determinadas situações, sente-se sem argumentos para tomar algumas decisões. Diante do sofrimento da família, acaba por fazer a vontade dela. O ideal seria que essas assistências comessem cedo e englobassem o paciente e sua família, crenças, valores e desejos, inclusive os desejos relativos aos tipos de cuidados que deverão ser prestados, assim como proposto pelo conceito de cuidados paliativos.

“Eu peso um pouco o sofrimento naquele momento, eu não tenho tantos argumentos entendeu, quando o paciente quer, eu acho que a autonomia, a diretiva pesa demais, mas quando eu não tenho isso na mão, eu fico meio retraída para impor, eu não consigo não, eu me preocupo muito com a empatia de estar cuidando do paciente assim como cuidando da família. Se aquilo causar um sofrimento absurdo na família, eu acho que eu sou mais mole”. (Entrevistado11).

Claro que toda essa situação gera muita angústia na família, como bem relatado pelo entrevistado 7: “Eu acho que é uma angústia total para a família”.

Em um estudo com 228 pacientes, familiares e cuidadores, todos foram questionados sobre as expectativas em relação a nutrição enteral. 79% acreditavam que o paciente teria mais conforto após a nutrição enteral, 56% esperavam mais independência, 87% esperavam maior qualidade de vida, 66% tinham expectativa de diminuir pneumonia e 93% de melhor saúde.³⁴ A crença da família ou do cuidador em melhorar o paciente acaba refletindo na decisão do profissional, como relatado pelo entrevistado 2: “Então para o conforto da família a gente instala a dieta artificial”.

Mas não é por isso que as decisões técnicas deveriam ser deixadas a margem do caminho. Esse é o quadro que encontramos muitas vezes, famílias perdidas, despreparadas e equipes “cambaleantes”. Como bem relata os entrevistados 10 e 2:

“Ainda é um grande desafio (falar e tratar sobre questões relacionadas a alimentação artificial), as famílias ainda não estão preparadas para isso”.

“E aí a gente percebe que a família não está preparada para o paciente não comer, então nesse caso para ajudar a família a gente indica a via alternativa, porque daí é um jeito da família pelo menos um dos pontos de cuidar do paciente fica mais calmo, eles instalam a dieta e ficam sossegados achando que o paciente está comendo, está se alimentando e está bem”.

Um motivo para resistência e despreparo da família em relação ao quadro do paciente está ligado ao acompanhamento ou a falta dele na evolução da doença. Os entrevistados foram unânimes em dizer que quando a situação é bem explicada e a família acompanha o quadro do paciente, essas situações se tornam mais fáceis, como relatado pelo entrevistado 9:

“Se eles têm a vivência e acompanham o processo, se torna uma coisa mais natural, se a família não acompanha e é pega de surpresa de uma hora para outra fala que não vai dar alimento aí é mais difícil, aí para você contornar essa situação é difícil e você não consegue”.

As situações nas quais a família é pega de surpresa pode ser exemplificada por momentos nos quais quem atende o paciente tem pouco ou nenhum contato prévio com ele. Podemos até extrapolar essas situações para pacientes que chegam para atendimentos em Pronto-Socorros: o médico não sabe nada sobre o paciente, não terá tempo para isso e acabam sondando. O entrevistado 2 descreveu uma visão muito real sobre essa situação em dois depoimentos:

“Eu acho que o principal é que a maioria das famílias com pacientes com demência avançada em casa não faz acompanhamento com uma equipe que vá conscientizando a família do que vai acontecer mais pra frente e daí na hora que acontecesse, o paciente parou de comer, vai pro hospital naquele momento assim agudo da correria a família não

tem contato com o médico que está lá, o médico também não conhece as convicções, o pensamento da família, e não consegue se estabelecer uma relação de confiança para poder falar: não, essa é evolução da doença dele, vamos aceitar, ficar quietinho, é mais fácil passar a sonda, do que ter essa conversa.[...] eu acho que muitas sondas são colocadas, quando o paciente tem uma intercorrência aguda, quando vai para algum hospital, que ele está com uma infecção, aí é colocada a sonda, e aí muitas vezes a família acredita que a sonda é melhor para o paciente do que a alimentação pela boca, ou nesses hospitais não é tentado tirar a sonda, eles mandam o paciente com sonda embora. (Entrevistado 2).

Em casos como esse, nos quais a equipe está totalmente despreparada para lidar com a situação, creio que pode surgir um outro medo muito maior do que reconhecer uma limitação terapêutica: como não ocorreu vínculo com a família, o que fica é o medo de um futuro processo, como relatado por dois entrevistados:

“ [...] a família pode me processar. Porque eu não to querendo realizar um procedimento na qual o parente está precisando, então aí eu acho que eu vou passar a informação que eu tenho para a família, mas quem vai decidir são eles”. (Entrevistado 12)

“ [...] porque perante a justiça a gente tem que respeitar a opinião da pessoa né, e se ela não está mais, tem que respeitar a do familiar”. (Entrevistado 2).

O tubo de alimentação se tornou largamente utilizado como o tratamento para a perda de peso que ocorre com o envelhecimento e demência devido à sua simplicidade e conveniência, e ao medo de acusações de negligência, se a alimentação por sonda não é empregada.³⁵ Apesar desses relatos amedrontados pelo fantasma do “processo judicial”, dois entrevistados parecem não se intimidar diante dessas situações. Eles relatam que a alimentação por sonda pode até ter sido benéfica em algum momento, mas que ela pode ser tirada quando não se vê mais benefícios:

“ Mas eu quanto médico não sou obrigado a fazer aquilo que eu não concorde”. (Entrevistado 9)

“ Mas você está autorizado a tirar isso, quando você vê futilidade naquilo”. (Entrevistado 6).

Fernández –Roldán, afirma que quando existe alguma dúvida sobre os benefícios a obter com um determinado tratamento, devemos aplicá-lo, porém, sendo capazes de retirá-lo em caso de futilidade.³⁰

Mas, quando um tratamento pode ser considerado fútil? Ainda na afirmação de Fernández –Roldán encontramos que:

“ Um tratamento é fútil quando se mostra claramente inútil para obter o resultado fisiológico que se pretende conseguir. Existe um critério de futilidade objetivo, em relação com a não maleficência, que deve ser estabelecido pela equipe médica quando este considera que o tratamento não produz benefício ao paciente, em cujo caso pode ser maleficiente instaura-lo ou mantê-lo”.

Na construção desse caminho, vários entrevistados relataram, por exemplo, que a alimentação artificial não muda o curso da doença:

“Usar alimentação artificial em pacientes com demência avançada não muda muito o contexto da história do paciente”. (Entrevistado 7)

Portanto, se não muda, não é recomendado começar ou manter a terapia nutricional nos últimos momentos de vida por se constituir uma medida fútil e não oferecer conforto.³⁶

A relação entre o momento de se instituir ou suspender a terapia nutricional geram muitas dúvidas na equipe que está cuidando. Ela chega a se questionar: se o paciente não recebe alimento via oral, por que então ele broncoaspira?

“Sondar não previne risco de broncoaspiração[...]”. (Entrevistado 8) e (Entrevistado 1)

“Eu acho que tem pacientes que estão internados aqui a anos com dieta enteral e tem pneumonia com frequência, virá e mexe broncoaspira sem ter uma gota de água na boca. Como ele broncoaspira? Entendeu! (Entrevistado 4)

“As broncoaspirações com uso de sonda nasoesférica ainda mantém uma frequência elevada, não diminui risco de broncoaspiração não. Não é por conta disso que eu vou passar uma sonda para diminuir muito o risco de broncoaspirar”. (Entrevistado 9)

“Eu acho que colocar sonda para prevenir broncoaspiração é furada. O fato é que quando o paciente come por boca a gente vê que ele engasga, a gente vê que ele broncoaspira na nossa cara, só que a sonda é uma coisa que a gente não tem essa percepção tão grande, pode até existir, eu acho, numa super broncoaspiração, mas quando ele ta com a sonda ele está broncoaspirando algumas vezes, pode estar, e a gente não enxerga isso não é verdade?” (Entrevistado 11)

Alinhado ao pensamento dos entrevistados, Martins relata que as evidências baseadas em estudos observacionais sugerem que a alimentação enteral não reduz o risco de pneumonia de aspiração, não previne ou auxilia na cicatrização de úlceras de pressão, não melhora o estado nutricional e qualidade de vida ou sobrevida dos pacientes que fazem uso dessa terapêutica.³⁷ Outro fator muito importante que envolve a questão da futilidade tem a ver com as alterações nutricionais: é pouco provável que se consiga grandes ganhos nutricionais num paciente com demência, como bem citado pelo entrevistado 6:

“Porque que sentido faz eu manter o corpo da pessoa um pouquinho melhor nutrido, porque a intenção de pôr a sonda que é controverso, é para nutrir uma pessoa que está num estágio de deterioração geral por conta da demência”.

Dentro desse contexto, vale pensar o quanto isso é fútil quando refletimos que muitas vezes, para manter o paciente com a sonda, será necessário mantê-lo contido.

“Você tem que manter o paciente contido, o que você ganha com isso?”. (Entrevistado 7)

“Nariz não foi feito para se enfiar tubo. Simplificando é um corpo estranho que incomoda, então muitos pacientes tem o reflexo natural de rancar fora, de tirar, isso leva a outros riscos, aí é necessário que ele fique contido seja através de medicamento, seja através de contenção física, quando essas coisas são necessárias você tem que pensar muito bem se está trazendo um benefício. (Entrevistado 6)

“Não adianta nada eu ter passado a sonda no meu paciente e esse ter que ficar contido no leito porque se eu tirar a contenção ele vai arrancar a sonda, por isso que cada caso é um caso; se o paciente tolera a sonda é uma coisa, se ele não tolera a sonda e mesmo assim eu passo, eu posso falar em iatrogênia; (Entrevistado 9).

O entrevistado 11 chega a relatar que a sonda pode levar ao prolongamento do sofrimento. E na visão dele, isso também é iatrogênico:

“Na minha opinião, o fato do paciente ter a demência é uma doença progressiva, incurável e a disfagia é consequência dessa doença e a gente entra com a sonda, como qualquer outro meio de alimentação alternativa e a gente prolonga essa vida, para mim isso é um pouco iatrogênico”.

Portanto, vale a pena repensar as decisões - a começar por melhores preparos técnicos para que possamos ajudar as famílias nessa caminhada e sermos a mão firme que os guia, pois muitas vezes traçamos para o paciente uma rota onde ele ganha uma sonda, mas perde a qualidade de vida, como relatado pelo entrevistado 9:

“Se eu colocar uma sonda que seja eu vou aumentar um pouquinho aí a sobrevida dele e muitas das vezes uma sobrevida sem qualidade de vida”.

Nessa caminhada, se ganhamos “fantasmas: morte, medo, processos judiciais” e perdemos a capacidade de tomar decisões, ainda que difíceis e doloridas para a família que está vivendo um momento de angústia, mas são decisões que aliviarão o sofrimento do ator principal que é o paciente, proporcionando vida com qualidade enquanto ela existir. Unido a esse pensamento, temos o relato de Sanders et al: apesar das evidências sugerindo que a nutrição enteral não apresenta benefícios para pacientes com demência ou comprometimento cognitivo, fatores como envolvimento emocional, convicções religiosas ou morais, falta de conhecimento sobre prognóstico e medo da morte por desnutrição, levam as famílias e profissionais de saúde a continuar usando a nutrição enteral.³⁸ Por fim, parece que a tomada de decisão é um processo difícil para os médicos e para os demais envolvidos.

4.4. DILEMAS ÉTICOS

Quando pensamos em Cuidados Paliativos a palavra que logo o precede é a ética. No ramo da saúde, a ética regulamenta e orienta o comportamento dos profissionais de saúde e esse conjunto de princípios morais podem ser resumidos em: autonomia (respeito pela capacidade do doente determinar e exercer as suas escolhas pessoais); não maleficiência (a obrigação de não infligir um dano intencionalmente); benefi-

cência (oferecer benefício, que é o ato de promover algo para o bem-estar do doente); justiça (razoável, equilibrada e apropriada distribuição dos recursos de saúde na sociedade)³⁸. Apesar desses princípios não serem imutáveis, eles acabam por oferecer uma base para decisões dos profissionais. Nas entrevistas surgiram alguns dilemas éticos importantes, entre eles o que se refere a colocação de sondas para evitar conflitos familiares. Até onde os profissionais têm permitido que suas decisões técnicas sejam influenciadas por outras questões? Algumas declarações nas entrevistas podem nos fazer pensar: Afinal, de quem é a decisão?

“ A gente vai dar a nossa opinião e o familiar vai vim com a opinião dele. Se as duas opiniões se acertarem dá certo, se não se acertarem muitas vezes a gente vai ter que fazer o que aquele familiar quer, a maioria das colocações vai ser por conflitos com a família” (Entrevistado 2)

Esquivel et al diz que a decisão da inserção de um tubo de alimentação num paciente com demência avançada está frequentemente associada a pressão por parte dos familiares.²⁹ Algumas vezes, parece que é jogado para a família a decisão. Entrevistados relatam que se fosse para um familiar dele ou para ele eles não fariam. Mas se a família quer, ou às vezes o paciente quer ...

“ Eu não ia querer, mas tem gente que quer viver a qualquer custo. Eu explico que não é recomendado, que por mim eu não faria, se fosse em mim, na minha mãe, o u no meu pai eu não faria” (entrevistado 11)

Em Correa e Shibuya, a opinião dos familiares deve ser considerada e a equipe deve discutir e definir junto a família toda conduta. Ou seja, a família pode participar da decisão, mas não deve ser apenas dela a decisão. Afinal, essa decisão envolve uma conduta médica, não são cuidados básicos de saúde como levemente pensam alguns.³⁹ Chama-se esse processo de decisão compartilhada. Quando se trata de decisões, cabe citar a vontade do paciente dentro desse contexto, o que ele deixou expresso - seja verbalmente ou por diretivas. Até que ponto esses desejos expressos são respeitados? Ou até que ponto podemos validar a decisão de um paciente com demência? O entrevistado 9 deu um relato que pode sugerir uma possível resposta para essa questão.

“ Em casos de decisão prevalece sempre o desejo do paciente, você pode até falar que o paciente tem demência e não tem o poder de decidir, a autonomia ela é relativa, mesmo o paciente com demência ele tem uma certa autonomia pra pequenas coisas, ele não tem autonomia pra decidir coisas muito elaboradas, não isso ele não tem, mas ele tem autonomia pra falar pequenas coisas, as vezes não de falar sim ou não porque as vezes ele não vai conseguir, mas da forma dele se expressar, a questão de colocar a sonda e ele arrancar, colocar a sonda de novo e ele arrancar, ele já tá expressando que ele não quer aquilo e você tem que respeitar a autonomia do paciente”.

Gjerdingen et al pesquisou 84 americanos cognitivamente normais homens e mulheres com mais de 65 anos e descobriu que a maioria dos indivíduos não deseja

tratamento de suporte de vida se eles sofressem algum grau de demência.⁴⁰ Evidências mais robustas sobre a forma como estas intervenções impactam na qualidade de vida daria mais contexto para as considerações éticas.²⁴ Existe um despreparo do sistema de saúde para prestar cuidados a esses pacientes - tanto os que desejam viver a qualquer custo, colocando sondas e outras medidas invasivas, quanto os que recusam esses procedimentos. Porque quem deseja viver a qualquer custo precisa ter alguém que banque isso. O entrevistado 6 traz um relato em relação a esse assunto:

“ A nossa realidade é, seus impostos vão pagar a alimentação artificial ou então seu convênio, uma parcela do que você paga, paga esse tipo de coisa para outra pessoa”.

E os que recusam esse procedimento precisam ter alguém que tenha paciência para lhe ofertar o alimento. Pois o paciente com demência demanda um tempo muito maior para se alimentar. É aí que existe outro dilema: se por um lado não há equipe preparada para dar assistência, então sonda-se o paciente. Por outro lado, deixá-lo sem sonda, sem alguém preparado para ofertar, também é complicado. Afinal, seria correto sondar um paciente por não termos equipe para cuidar dele? Ou seria correto também não sondar o paciente porque os guidelines de geriatria dizem que sondar está errado? É possível deixar o paciente sem assistência correta? Sobre essas questões alguns entrevistados deram as seguintes opiniões:

“ Se eu não tenho equipe para fazer reabilitação via oral ou se eu não tenho equipe para manter, uma fono que possa passar frequentemente para ver se o paciente melhorou a deglutição, se ele consegue, senão é muito mais fácil você passar uma sonda e pronto”. (Entrevistado 9)

“Porque é muito fácil definir não vamos por sonda e aí? A família lá se virá, o paciente fica 3 horas com a comida na boca, engasga e daí dane-se? Assim não funciona”. (Entrevistado 11)

A questão do tubo de alimentação para pacientes com demência tem se tornado cada vez mais importante, e o momento atual está propício para debates que nos ajudem a desenvolver orientações sobre essas questões. A alimentação artificial só deve ser iniciada quando todos os esforços para alimentação via oral se esgotarem. É necessário fazer uma consideração cuidadosa antes de iniciar alimentação artificial, pois uma vez iniciada, pode ser difícil de retirar.

4.5. COMO ESTÁ A EQUIPE?

Unindo todas as entrevistas, é possível perceber uma foto de como está a equipe. Uma palavra que se repetiu muito nas entrevistas foi angústia; é possível afirmar que muitos dos entrevistados se sentem angustiados diante da decisão da passagem de sonda.

“ Eu acho que em relação a esses pacientes, a equipe eu vejo essa angústia não só aqui no outro hospital que eu trabalho, mas que para eles tem que sondar. Por exemplo paciente

que fica 2 dias sem comer para eles (principalmente auxiliares) tem que sondar. Eu acho que eles têm angústia muito grande ainda em relação a isso” (Entrevistado 7).

Provavelmente essa angústia deve-se pela falta de orientação, uma discussão mais profunda, quando situações angustiantes acontecem. Como relatado pelo entrevistado 6:

“ Eu acho que quando a questão a discussão e afina no conflito a gente peca quanto equipe porque a discussão ainda é rasa demais, porque as pessoas esquecem o fundamental e se prendem a esses conceitos a essas dicotomias rasas, por exemplo: sondar o paciente com demência avançada está errado, ou está certo, ou então é custo de mais e quem paga a conta, ou então deixar morrer, ou não sondar é deixar morrer, como se pudesse impedir que alguém morresse”.

E essa falta de orientação é refletida no despreparo dos profissionais ao realizarem suas tarefas diárias. Dos 12 entrevistados 7 deles fizeram menções claras à questão do despreparo da equipe:

“A gente precisa caminha muito ainda para chegar nessa conclusão definida e clara. A equipe está se relacionando, se entendo dentro da particularidade de cada um, porque hoje o que acontece muitas vezes a coisa vai fluindo, ela vai...e muitas vezes aquele que não era para ter está tendo e não era, aí só depois que é discutido, depois que a coisa já aconteceu, então por isso que a gente não está preparado”. (Entrevistado 3)

“ Olha eu acho que eu não conheço nenhum lugar que está totalmente preparado para lidar com paciente com demência avançada, que come só dieta de conforto, na maioria dos lugares onde, vai ter alguém da equipe que se sente desconfortável em ver que o paciente está comendo pouco e pensando por que a gente não põe uma sonda nele”.

Fernández-Roldán traz uma importante contribuição para esse assunto ao relatar que em todas as culturas o ato de compartilhar o alimento está revestido de um profundo valor social. Além do mais, dar de comer ao faminto e dar de beber ao sedento são obras de grande peso moral em nossa sociedade. Suprimir estas medidas pode provocar sentimento de culpa, tanto na família como na equipe.³⁰

Se existe dentro de um ambiente pessoas que se sentem muito desconfortáveis em relação a essas situações, podemos minimamente concluir que falta um outro ponto muito importante, a comunicação.

“ Eu acho que precisamos afinar muito mais a comunicação, o momento de chegar até essa família, a forma de fazer, porque não acho que dá para noite para o dia você chegar e determinar: a partir de agora não tem mais nada pronto e acabou. Isso é arbitrário”. (entrevistado 10)

E a comunicação não é só entre a equipe, como bem relatado pelo entrevistado 10. Nos falta uma melhor comunicação com a família, pois nesse nosso despreparo acabamos nos perdendo muitas vezes no ponto certo da decisão. Como relata Span (2011), mesmo entre profissionais de saúde existe uma grande heterogeneidade de

prática clínica e muitas vezes não existe diálogo suficiente entre a equipe de saúde e os familiares do paciente. O entrevistado 10 continua sua afirmação com a seguinte citação:

“ É um desafio para a gente saber tecnicamente o momento de suspender essa alimentação artificial, se apoderar dessa posição, e aí esclarecer, construir o esclarecimento com essa família, eu acho que são dois pontos: família e equipe a serem ainda muito bem aprimorados”.

Reiriz et al, 2008 em concordância com essa declaração, afirma que escolher entre instituir ou não, continuar ou retirar o suporte nutricional, é difícil e conflitante inclusive para o profissional que está acompanhando o paciente. E todas essas questões acabaram por se refletir no momento das entrevistas ou antes delas... Vários participantes estudaram o assunto para poderem participar da entrevista. Outros ficaram em cima do muro, tentavam fugir talvez para não terem que dizer e o que pensam sobre o assunto, ou talvez por que não sabem como suas respostas poderiam ser interpretadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível perceber o quanto as decisões relacionadas ao uso da alimentação artificial são influenciadas por fatores sociais, religiosos e familiares, tão fortemente ligadas à cultura brasileira, e pouco por motivos técnicos. São necessários mais estudos dentro do contexto brasileiro que possam oferecer pontos de partida mais consistentes sobre o assunto para médicos e outros profissionais da saúde, diante de decisões tão importantes como a alimentação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA ACK, RIBEIRO CCP, LOURENÇO AR. Epidemiologia das demências. *Envelhecimento Humano*, v. 7, n. 1, Jan,Jun,2008.
2. CARAMELLI P, BARBOSA MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev. Bras. de Psiquiatr.* 2002,24(supl. I):7-10
3. BAUX, JP. O trabalho na Terceira Idade na França: necessidades e desafios. In: *Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade*. 1. ed. São Paulo: Editora Edicon, 2009. P. 247-268.
4. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo; 2010. [Relatório na Internet]. Brasília, DF; 2010 [acesso em 07 jul. 2014]. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1.
5. OPAS. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.
6. MENDES, E. M. As redes de atenção à saúde. *Ciê. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção básica no 19. Brasília, 2006. p. 192.
8. VERAS RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúd Pública* 2009; 43(3)

9. CALDEIRA APS, RIBEIRO RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq Ciênc Saúde* 2004 abr-jun;11(2):100548-54
10. SANCHES EP, BILTON T, SUZUKI H, RAMOS LR. Estudo da alimentação e deglutição de idosos com doença de alzheimer leve e moderada. *Distúrbios da Comunicação*, v. 15, n. 1, p. 9-37,2003.
11. EGGENBERGER SK; NELMS TP. Artificial hydration and nutrition in advanced Alzheimer's disease: facilitating family decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, v. 13, p. 661-667, 2004.
12. SANDSTEAD, H. (1990). A point of view: nutrition and care of terminally ill patients. *Am J Clin Nutr*, 52, 767-769.
13. BERGER, A. M., SHUSTER, J. L & VON ROENN, J.H. (2006). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*: Lippincott Williams & Wilkins.
14. BARBOSA, A & NETO, I. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2 ed.). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
15. GAINES, DI. et al. Dementia and cognitive impairment are not associated with earlier mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, Sidney, v. 33, n.1, p. 62-65, Jan\ Feb. 2009
16. MINAYO, Maria. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria. C. S (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p.09-29
17. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4ª ed. p.43 e 44
18. TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987 p (146-152)
19. MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. *Didática*, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1999.
20. Waitzberg, D. L. (2004). *Dieta, nutrição e câncer*. Atheneu apud PINTO, C.J.F. *Alimentação em final de vida: A opinião dos enfermeiros*. 2012.
21. Berger, A. M., Shuster, J.L. & Von Roenn, J. H. (2006). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*: Lippincott Williams & Wilkins.
22. Santos, F. S. (2011). *Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*: Atheneu Editora.
23. PINTO, C.J.F. *Alimentação em final de vida: A opinião dos enfermeiros*. 2012.
24. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev*,(2): CD0007209, 2009.
25. Goldstein M & Fuller JD. Intensity of treatment in malnutrition: the ethical considerations. *Primary Care* 21: 191–206, 1994 *apud* NamaraMC PE, Kennedy PN. *Proceedings of the Nutrition Society*, 60: 179–185, 2001.
26. Potack JZ, Chokhavatia S. Complications of and controversies associated with percutaneous endoscopic gastrostomy: Report of a case and literature review. *The Medscape Journal of Medicine*, 21:553-561, 2008.
27. Meier, D. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: Lack of benefit of tube feeding. *Archives of Internal Medicine*, 161: 594-599, 2001.
28. Keithley J, Swanson B. Enteral nutrition: Na update on practice recommendations. *Medsurg Nursing*, 13 (2): 131-134, 2004.
29. Esquivel S, Sampaio FJ, Silva TC. Alimentar a vida ou sustentar a morte? Uma reflexão em equipa partindo de um caso clínico. *Rev Port Med Geral Fam*, 30: 44-9, 2014
30. Fernández-Roldán CA. Nutrición em el paciente terminal. *Punto de vista ético. Nutr. Hosp*, 2: 88-92,2005.
31. McIntyre L, et al. End Stage dementia and palliative care, *BCMJ* 55 (6): 287-291, 2013.
32. Li I. Feeding tubes in patients with severe dementia. *American Family Physician*, 65 (8): 1836-1838, 2002.
33. American Geriatrics Society. Feeding tubes in advanced dementia position statement. Disponível em: <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/feedingtubes.advanced.dementia.pdf> [acessado em : 08/10/2015]
34. Carey TS et al. Expectations and outcomes of gastric feeding tubes. *The American Journal of Medicine*, 119 (6): 527, 2006.
35. Sheiman SL & Pomerantz JD. Tube feeding in dementia: a controversial practice. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2: 184–189, 1998

36. Pessini L, Bertachini. Humanização e cuidados paliativos: São Paulo: Loyola; 2004.
37. Martins AS. Avaliação de desfechos clínicos em pacientes idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. 2011
38. Waitzberg DL. Dieta, Nutrição e Câncer. Atheneu, 2004.
39. Corrêa PH, Shibuya E. Administração de terapia nutricional em cuidados paliativos, Revista Brasileira de Cancerologia, 53 (3), 317-323, 2007.
40. Gjerdingen DK, Neff JA, Wang M & Chaloner K (1999) Older persons' opinions about life-sustaining procedures in the face of dementia. Archives of Family Medicine 5, 421–425.

Dor espiritual do paciente em cuidados paliativos: relato de caso

Vanessa da Costa Santana

RESUMO

O trabalho aqui apresentado trata-se de um relato de caso de intervenção de alívio da Dor Espiritual. Conceituou-se Dor Espiritual como “o medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus”, além de “sofrimento espiritual que se alicerça na violação da essência do eu, no que se caracteriza frequentemente pela perda de sentido e identidade”. Foram apresentados questionários para avaliação da espiritualidade do paciente na anamnese, mas não houve uma escala específica para avaliação da dor espiritual, podendo esta ser mensurada a partir de discursos e comportamentos de desvalia, irritabilidade, labilidade emocional, recusa à realização de procedimentos técnicos do paciente perante a equipe de saúde. O caso descrito se refere a um senhor de 60 anos, em cuidados paliativos, diagnosticado com a Síndrome do Encarceramento (Locked-in) em quem houve a tentativa de avaliar a Dor Espiritual e tratá-la com o auxílio de voluntários religiosos e a capacitação da própria equipe multiprofissional assistente. Concluiu-se que o apoio espiritual possibilitou ao paciente um amadurecimento, uma resignificação de sua Dor Espiritual. E também que é fundamental que os profissionais ampliem seus conceitos de assistência em saúde, a partir de um novo paradigma que inclua a espiritualidade. Futuras pesquisas na área são necessárias para se definir o exato papel da religiosidade e/ou espiritualidade na prevalência, impacto e tratamento de pacientes com dor espiritual.

PALAVRAS-CHAVE: espiritualidade e cuidados paliativos; dor espiritual.

1. INTRODUÇÃO

Nos Serviços de Cuidados Paliativos, pacientes, seus familiares e equipe de saúde apresentam sofrimentos que nenhuma medicação padrão consegue aliviar ou tratar. Muitas são as dúvidas e os questionamentos quanto ao porquê de tanto sofrimento: “Seria Deus injusto, cruel e mau?” “Por que permite a dor?” “Faz sentido o prolongamento do sofrimento?” “Qual o sentido da vida e da morte?” “Por que a existência de doenças tão graves e tristes?”

Eric Cassel define o sofrimento como um estado de estresse grave associado aos eventos que ameaçam a integridade de cada pessoa. Por conta dessa natureza, “sofrimento é uma experiência humana” e ocorre assim que o processo de destruição da pessoa seja percebido, enquanto a ameaça da desintegração persistir ou até que a integridade da pessoa possa ser restaurada de alguma maneira. O sofrimento afeta as pessoas em toda a sua complexidade, podendo ocorrer nas dimensões social, familiar, física, emocional e espiritual (Cassel, 1982).

O processo de adoecimento e a morte são uma condição intrínseca aos seres humanos e demais seres vivos. “Sistemas vivos situados no mundo e no tempo estão submetidos a um processo irreversível que inclui o nascer, o crescer, o decair e o

morrer”. (Schramm, 2002).

Desde que o ser humano se reconhece por ser pensante, ele se preocupa em entender o significado da vida e da morte, o por quê da sua presença no mundo, procurando estratégias para lidar com as dificuldades. Tais estratégias são geralmente associadas ao tema da espiritualidade e religiosidade e vêm se fazendo presente no cotidiano das pessoas, principalmente quando se encontram em situações de fragilidade devido à doença. Espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas.

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, revista e atualizada em 2002, “Cuidados Paliativos são o conjunto de medidas destinadas a promover qualidade de vida para pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce, controle e tratamento impecáveis de dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais” (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Segundo Matsumoto (2009), “O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a idéia de ‘não ter mais nada a fazer’. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano”.

Diante do mundo atual, com tantas imprevisibilidades e desafios o cuidar engloba o cuidar de si, cuidar do outro e cuidar da Terra. Para Boff (2007), o momento que vivemos, pede urgência e isto envolve cuidado, sustentabilidade e espiritualidade. “O cuidado e a sustentabilidade caminham juntos e amparam-se mutuamente”, mas somente acompanhadas de uma revolução espiritual é que a consolidação acontece. (...) “A espiritualidade nos faz descobrir que as coisas não estão jogadas de qualquer jeito por aí, mas que há um elo misterioso que as une e re-úne, liga e re-liga, fazendo que o cosmos predomine sobre o caos e que do caos sempre se podem elaborar ordens novas”. Neurobiólogos e estudiosos do cérebro identificaram a base biológica da espiritualidade. Ela se situa no lobo frontal do cérebro. Verificaram empiricamente que sempre que se captam os contextos mais globais ou ocorre uma experiência significativa de totalidade ou também quando que se abordam de forma existencial (não como objeto de estudo) realidades últimas, carregadas de sentido e que produzem atitudes de veneração, de devoção e de respeito, se verifica uma aceleração das vibrações em hertz dos neurônios aí localizados. Chamaram a este fenômeno de “ponto-Deus” no cérebro ou da emergência da “mente mística” (Zohar, 2004). Trata-se de uma espécie de órgão interior pelo qual se capta a presença do Inefável dentro da realidade. (Boff, 2007).

“Desde o início da década de 1980, a medicina vem se direcionando a uma visão mais abrangente do modelo de atendimento na área da saúde, enfatizando a importância de fatores ambientais e psicossociais (Engel, 1980). A medicina moderna

encontra-se em fase de transição e está à procura de novas fronteiras e caminhos para a evolução do conhecimento. O direcionamento científico da medicina aponta as áreas da biologia molecular, genética, farmacoterapia e acupuntura, mas também há reconhecida tendência para o estudo da espiritualidade.” (Peres, 2007).

Dame Cicely Saunders formulou em 1967 o conceito de Dor Total que inclui o sofrimento físico, psíquico, social, espiritual, mental e financeiro do paciente, abrangendo também o sofrimento dos familiares e da equipe médico-hospitalar.

Acrescenta-se, ainda, ao conceito de Dor Espiritual como “o medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.” (Elias, 1999).

O sofrimento espiritual se alicerça na violação da essência do eu, o que se caracteriza frequentemente pela perda de sentido e identidade, assim como do prazer de viver seguido então pelo desejo de abreviar a vida. Diferenciando do sofrimento religioso, este se caracteriza pela dor moral conduzida pela quebra de dogmas e preceitos de determinada religião. Embora alguns autores vejam a distinção entre religiosidade e espiritualidade como desnecessária, a espiritualidade move-se para além da ciência e da religião instituída. Ela é considerada mais primordial, mais pura e mais diretamente relacionada com a alma em sua relação com o divino. Já a religião é uma forma (...) dogmática e frequentemente distorcida por forças socioeconômicas, culturais e políticas.” (Steinhauser, 2006).

Em um estudo com doze sobreviventes de câncer hematológico, a Dor Espiritual foi entendida como uma ameaça à vida do doente pela ruptura com o cotidiano normal, com os relacionamentos previstos, com a satisfação com a vida e com a perda de identidade, frente a um tratamento invasivo e agressivo; quando a desconexão é aguda e dolorosa, esta é experimentada, então, como “Dor Espiritual”, criando um vácuo que desafia a habilidade do indivíduo em manter um significado para sua existência. Observou-se que tanto neste estudo com pacientes que sobreviveram a uma doença grave, como na pesquisa com pacientes terminais, o processo para aceitação da nova situação gerada pela doença, ocasiona sofrimento existencial, e requer atenção e cuidados importantes por parte dos profissionais de saúde. O medo da morte representado tanto pela negação, como pela percepção da gravidade do quadro clínico, e que se mostrou o aspecto prevalente da Dor Espiritual, manifesta-se na relação direta do paciente com a equipe de saúde, através da forma como o doente lida com os seus próprios sintomas, e reage aos cuidados que lhe são ministrados. Consideramos que entender as representações da Dor Espiritual é muito importante, pois muitas vezes os profissionais relacionam as atitudes dos pacientes que expressam esta Dor, à esfera pessoal, o que gera estresse profissional desnecessário, além do atendimento insatisfatório às necessidades destes doentes. (Elias, 2008).

A espiritualidade e a religiosidade são componentes que trazem sentido e propósito, auxiliando na interpretação que as pessoas fazem sobre suas vidas e experiências pessoais. Isso auxilia demasiadamente no enfrentamento de doenças e no processo de finitude da vida. (Johnson, 2005).

Entre as dificuldades para abordar a questão espiritual no final da vida estão o próprio desconhecimento da equipe a respeito da sua espiritualidade/religiosidade e a ignorância do paciente com relação a sua finitude. (Turner, 1995).

2. OBJETIVOS

Revisão de literatura e relato de caso de intervenção de alívio da dor espiritual.

3. METODOLOGIA

3.1. CUIDADOS ÉTICOS

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá, parecer: 1.444.419, conforme normas de pesquisa com seres humanos e obedecendo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil - 1996). A pesquisa está devidamente registrada no Sistema Nacional de Ética e Pesquisa (SISNEP) podendo ser identificada através do CAAE: 52888816.2.0000.5559.

Não houve necessidade de agendamento prévio com o sujeito da pesquisa em um horário que fosse conveniente a ele já que este estava internado no hospital; as entrevistas eram feitas em horários e dias variados;

Foi solicitado o consentimento do sujeito, após o devido esclarecimento da justificativa, dos objetivos, dos benefícios, dos riscos e desconfortos, das medidas para abolir ou minimizá-los, da garantia de sigilo e confidencialidade e da liberdade do sujeito em não consentir ou desistir do consentimento em qualquer momento.

3.2. SUJEITO DA PESQUISA

Um paciente em Cuidados Paliativos; especificamente um senhor de 60 anos internado em Hospital de Cuidados Paliativos na cidade de São Paulo, diagnosticado com a Síndrome do Encarceramento (Síndrome 'Locked-in').

3.3. PROCEDIMENTOS

O trabalho teve início com levantamento bibliográfico sobre os tais “sintomas espirituais” e as possíveis formas de avaliá-los. Usou-se como descritores: spirituality and palliative care/espiritualidade e cuidados paliativos; spiritual pain/dor espiritual. As bases de dados pesquisadas foram SCIELO, MEDLINE, PUBMED, Banco de teses da USP e Google Acadêmico.

Em seguida, foi feito um estudo e relato de caso. “O relato de caso só se justifica quando apresenta algo de particular relevância ou de novo, como exibir caráter excepcional ou evolução insólita, introduzir sugestões para o diagnóstico ou a terapêutica ou aventar um possível esclarecimento sobre a etiologia ou a fisiopatologia. Ou quando, se referindo a doença muito rara, contribuir para aumentar uma casuística impossível de ser estabelecida de outra forma. Trata-se, portanto, de publicação

muito útil do aspecto epidemiológico, etiológico, terapêutico e de descrição de síndromes raras. O estudo de um caso clínico de caráter excepcional ou de evolução insólita pode trazer importantes contribuições para o diagnóstico, indicar novas opções terapêuticas ou ajudar a esclarecer a fisiopatologia de uma doença.” (Grieger, 2004). No caso relatado, foram identificados alguns destes referidos ‘sintomas espirituais’ (Dor Espiritual), através da observação clínica e entrevistas abertas dirigidas ao paciente, diálogos com profissionais da equipe multiprofissional assistente (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, outros médicos) e aplicado um questionário formalmente reconhecido para avaliação da espiritualidade do paciente, o questionário HOPE. Na sequência, a pesquisadora, com apoio institucional, propiciou a visita de voluntários religiosos ao paciente. Participando conjuntamente de algumas destas visitas, a pesquisadora pôde tecer observações sobre o discurso e o comportamento do paciente estudado e analisar os resultados das iniciativas tomadas.

A pesquisadora apoiou-se em sua percepção objetiva e subjetiva da sua atividade profissional cotidiana.

3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A seleção do sujeito foi feita com base na necessidade de ser um paciente em cuidados paliativos. O paciente foi selecionado para estudo da Dor Espiritual, com base na observação de que ele estava vivenciando sofrimento importante no processo de seu grave adoecimento.

3.5. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Ao se avaliar a história religiosa/espiritual, deve-se identificar sua importância na vida do paciente e de sua família, assim como isso pode ser incluído nos cuidados com o paciente.

Segundo Koenig (2005), já há recursos para ajudar os profissionais de saúde a abordarem assuntos espirituais em sua prática clínica. Este pesquisador sugere a necessidade de cinco qualidades na ferramenta utilizada: brevidade, conteúdo, centrada no paciente, credibilidade e fácil de memorizar. Seguem alguns modelos de questionários para abordagem da história espiritual dos pacientes

1. Lista espiritual de Kuhn – Clifford Kuhn, um dos professores responsáveis pelo departamento de psiquiatria da Universidade de Louisville, nos proporciona uma das primeiras listas espirituais que nos dá ideias para sete áreas: significado e propósito, crença e fé, amor, perdão, oração, meditação e devoção. Cada área é explorada com cinco questões, resultando um total de trinta e cinco questões. Este modo leva aproximadamente meia hora para ser administrado, sendo por consequência, muito demorado. No entanto, se considerarmos apenas as cinco questões sobre crença e fé, torna-se mais fácil para administrá-las.
 - Quais as coisas em que você acredita ou tem fé?

- Esta doença influenciou sua fé?
 - Como você exercita a fé em sua vida?
 - Como a fé influenciou seu comportamento durante esta doença?
 - Que papel a sua fé tem em restabelecer a sua saúde?
2. História Espiritual de Matthews – Dale Matthews, professor de Medicina na Universidade de Georgetown, sugere que os médicos perguntem a seus pacientes três questões fundamentais como parte de sua avaliação inicial:
- A religião ou espiritualidade é importante para você?
 - A sua religião ou crença espiritual influencia o modo pelo qual você enxerga seus problemas de saúde e a forma como você pensa sobre sua saúde?
 - Você gostaria que eu comentasse sobre sua religião ou práticas e crenças religiosas com você?
3. Método de Avaliação Espiritual FIIA. – Christina Puchalski, professora assistente de Medicina no Centro Médico da Universidade George Washington e diretora do Instituto de Espiritualidade e Saúde George Washington, desenvolveu as seguintes cinco questões que são facilmente lembradas usando as iniciais FIIA:
- F – fé
Qual é a sua fé?
- I – importância
Quão importante é a fé para você?
- I – igreja
Qual é a sua igreja ou comunidade de fé?
- A – aplicação
Como a sua religião ou crença espiritual se aplica em sua saúde?
- A – apontar
Como podemos apontar, comentar suas necessidades espirituais? (Puchalski, 2000).
4. O questionário HOPE - Gowri Anandarajah e Ellen Hught, professores assistentes no departamento de Medicina de Família na Universidade Brown, sugerem que a avaliação espiritual cubra quatro áreas que possam ser lembradas pela sigla HOPE. Abaixo está uma descrição de cada uma destas áreas e algumas questões exemplificando cada categoria.
- H – Fontes de Esperança, significância, conforto, força, paz, amor e conexão.
Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz? Ao que você se apegua em tempos difíceis? O que lhe sustenta mantendo que você siga adiante?
- O - Religião organizada
Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela lhe ajuda? Como? Em quais aspectos a religião lhe ajuda e quais não ajuda?

P – Espiritualidade pessoal e prática

Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião? Quais aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que é mais prestativa à sua personalidade?

E – Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais

Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente? Como médico, há alguma coisa que eu possa fazer para ajudar você acessar os recursos que geralmente o ajudam? Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?

5. História Espiritual ACP - Um consenso no painel da Faculdade Americana de Médicos e Sociedade Americana de Medicina Interna sugeriu que as simples quatro questões sejam feitas para pacientes com sérias doenças.

- A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nesta doença?
- A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida?
- Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos?
- Você gostaria de explorar assuntos religiosos com alguém?

Este método foi publicado no *Annals of Internal Medicine* em um artigo escrito por um trio de grandes acadêmicos (Bernard Lo, um ético médico da Universidade da Califórnia em São Francisco; Timothy Quill, um respeitado e famoso médico autor de livros; e James Tulsky, um proeminente médico em Duke).

Caso o paciente não seja religioso, o (...)“médico deve perguntar como o paciente lida com a doença, o que dá um significado e propósito à sua vida, quais crenças culturais podem ter impacto no tratamento da doença, e quais recursos sociais estão disponíveis para apoiá-lo em casa. Desta forma, informações vitais são colhidas sem ofender o paciente ou fazendo com que o mesmo se sinta pressionado ou desconfortável”. (Koenig, 2005).

3.6. A PESQUISA QUALITATIVA

No presente trabalho foi utilizada a metodologia qualitativa, em que “os estudos são caracterizados pelo aprofundamento e abrangência da compreensão sobre determinada situação ou problema. A mera generalização e o número de pessoas que são convidadas a participar de um estudo qualitativo são menos importantes que os vários pontos de vista e as muitas perspectivas que um determinado grupo de pessoas possa ter sobre tal situação ou problema. (Minayo, 2004).

Foi realizado um relato de caso. “No relato do caso, a doença é descrita de forma qualitativa, fenomenológica. Pode descrever um paciente, uma família ou uma pequena amostra de pacientes”. (Grieger, 2004).

4. APRESENTAÇÃO DO PACIENTE

Homem, 60 anos, católico (não praticante), casado, uma filha de 22 anos.

Escolaridade: nível superior incompleto. Não concluiu faculdade de Administração por conta de seu trabalho. Nasceu no Brasil, mãe era Italiana e pai era Inglês. Foi alfabetizado em português e inglês, e também fala espanhol, francês e italiano. Residia em um condomínio na divisa de Cotia e Alphaville, no estado de SP. Trabalhava em empresa para promoção de esportes, inicialmente na TV Bandeirantes onde viajava muito a trabalho, pois organizava o programa Show do Esporte. Depois foi trabalhar na Coch Tavares (prestação de serviços), onde trabalhou até desenvolver a doença atual, em março de 2014. Último evento que organizou foi o 'Brasil Open Tennis'. Segundo a esposa, o paciente "voltou a trabalhar com tudo neste evento e foi muito estressante, voltando para casa sempre muito nervoso", sic. O encerramento do evento foi num domingo, voltou para casa e no dia seguinte, sentiu mal-estar, foi para um grande hospital geral em São Paulo, onde permaneceu até a transferência para o hospital atual, de Cuidados Paliativos, em 18/06/2014. Sempre foi "muito hiperativo", segundo sua esposa. Era hipertenso e "nunca fazia dieta para controlar hipertensão" (segundo informações da esposa). Fumava muito, parou em 1996 quando apresentou um infarto. Devido a este infarto parou de jogar futebol e passou a fazer caminhadas eventualmente. Voltou a fumar em 2010, até apresentar arritmia cardíaca, quando então parou novamente de fumar, voltando logo depois, porém eventualmente.

Gosta de assistir televisão, vídeos de rock e esportes, preferencialmente jogos de tênis. Não lê muito, somente jornal e revista Veja.

História da Moléstia Atual: Internou em grande hospital geral de São Paulo em 04/03/2014 devido a Acidente Vascular Encefálico (AVE) Isquêmico Pontino-Cerebelar extenso, com hemiparesia à direita e disartria (apresentou 2 episódios isquêmicos: 02/03/14 e 13/03/14); último episódio isquêmico resultando em Tetraplegia/ Síndrome do Encarceramento/Cativeiro/'Locked-in'. Naquela internação ocorreram: Broncopneumonia, Septicemia, Ceratite Grave no olho esquerdo (que culminou com a perda da visão neste olho), fez uso de antimicrobianos de amplo espectro; submetido a gastrostomia e traqueostomia (março/2014).

Totalmente dependente para as Atividades Básicas da Vida Diária. Antes do AVE era totalmente independente para as atividades básicas da vida diária.

Comunica-se por tabela de letras e números, por piscar de olhos, aperto da mão esquerda e lateralização cervical.

Alguns exames:

-23/04/14: Ecocardiograma transtorácico: AE 48mm FE 33% Comprometimento segmentar e difuso importante de VE-13/03/14: Angiografia Cerebral: desvio para a D da junção vértebrobasilar, às custas de aneurisma fusiforme parcialmente trombosado e com múltiplas irregularidades parietais e ulcerações na luz da artéria basilar;

a artéria basilar está pérvia; a artéria comunicante posterior direita é hipoplásica e a esquerda de pequeno calibre; discreta redução de calibre da artéria carótida interna; -Janeiro/2015: RX quadril ESQ: subluxação acetábulo-femoral.

Família: Esposa visita-o cinco dias/semana e fica sempre no quarto com o paciente, durante o dia. Filha visita-o frequentemente, pelo uma vez na semana. Amigo de infância frequentemente faz visita e fica horas conversando com o paciente. Não tem mais nenhum familiar no Brasil segundo a esposa. Tem três irmãs na Inglaterra, do primeiro casamento de seu pai antes de mudar-se para o Brasil.

Exame Físico de Julho de 2015:

Regular estado geral, consciente, ora triste/chooso/irritadiço, ora tranquilo/sereno/sorrindo a brincadeiras da equipe, com abertura ocular direita (D), não contactuante por verbalização, mas por aperto da mão esquerda (E)/alfabeto escrito, movimento do olho D e pescoço; eupneico sob suporte ventilatório – BIPAP (em desmame), óstio de orifício de traqueostomia com granuloma grande; FC 52; sialorreia 1+/4. Olho E com oclusão parcial, paralisia da pálpebra E; Bulhas cardíacas normais, sem sopros, ausculta pulmonar livre.

Abdome globoso, normotenso, sem ruídos patológicos, óstio de gastrostomia com granuloma. Membro superior D plégico, membro superior E parético, com movimentos finos em dedos, contração voluntária dos dedos do pé, mão E, abdução do olho D. Membros inferiores plégicos com hiperreflexia, com tatuagem na perna D*, fazendo abdução do membro inferior E sem dor. Orofaringe: ausência de vários dentes, na região antero-inferior, sem sinais flogísticos.

(*Tatuagem em MID com o nome de seu cachorro, em homenagem, pois o mesmo já morreu – Billy; esposa e filha têm a mesma tatuagem).

Interações mais importantes da pesquisadora com a família e paciente:

27/06/14: Conversado com a esposa (ainda muito sensibilizada com aquela nova condição de total dependência do marido, com grande tristeza) e a filha. Ambas referiram que não queriam que o paciente sofresse mais do que já estava sofrendo. Referiram ainda que ele afirmava que iria falecer jovem, e de uma hora para outra. Concordaram com proposta de cuidados humanizados e início de tentativa de reabilitação. Sem indicação de medidas mais invasivas como acesso venoso central. Sem indicação de reanimação cardiopulmonar ou transferência para UTI. 20/10/14: Paciente bastante desanimado/triste/irritadiço: médica assistente questionou-lhe se ele quer ser cuidado pela equipe, ser examinado, fazer fisioterapia (já que vinha recusando alguns atendimentos); fazer exames quando necessários, paciente referiu que sim, com a cabeça.

Junho/15: Aplicação do questionário HOPE, padronizado, de avaliação da espiritualidade. Paciente respondeu negativamente a todas as questões, ou seja, ele não era religioso ou não tinha sua espiritualidade cultivada. Não foi possível avaliar a Dor

Espiritual do paciente por este método, apenas o seu grau de espiritualidade. Sua Dor Espiritual foi avaliada ao longo da assistência prestada, a partir das visitas médicas diárias, observação do comportamento do paciente com sua esposa, forma de tratamento (muitas vezes hostil) com a equipe multiprofissional assistente (especialmente técnicos de enfermagem e fisioterapeutas); grande labilidade emocional e irritabilidade, até a expressão literal do paciente em pedir uma arma para se matar, que já não aguentava mais (paciente fez gestos e descreveu este pedido).

Antes da aplicação do questionário HOPE, o paciente havia solicitado a uma enfermeira com a qual havia feito bom vínculo assistencial, que lhe ensinasse a rezar; também sua esposa estava fazendo leituras de textos religiosos (“O Evangelho segundo o Espiritismo”, de Allan Kardec) ao seu pedido.

Após a aplicação do questionário HOPE, e a constatação do baixo nível de espiritualidade do paciente, e diante da Dor Espiritual elevada, a entrevista seguiu-se aberta, não padronizada. O paciente foi interrogado se sentia falta de uma crença superior, no que respondeu afirmativamente; bem como se ele gostaria que viesse algum representante religioso para lhe auxiliar. O paciente referiu que gostaria que viesse um religioso espírita, que pudesse aprofundar o que sua esposa estava tentando lhe transmitir; na impossibilidade deste vir de imediato (foi tentado por vários meios trazer um voluntário espírita na instituição onde ele está internado, mas como ainda não havia um fluxo sistematizado para esta assistência espiritual, não foi possível atender à solicitação do paciente), foi oferecido ao paciente a possibilidade da visita de um voluntário de outra religião/filosofia, o budismo. Ao ser indagado se gostaria de receber a visita de um monge budista, o paciente prontamente aceitou. Na semana que se sucedeu à primeira visita do monge budista ao paciente, houve relatos da equipe multiprofissional assistente, da esposa, bem como observação da médica assistente (pesquisadora) de uma melhora no discurso do paciente (não falou mais que queria morrer), ficou menos irritado com procedimentos rotineiros como troca de fraldas, mudanças de decúbito, aspiração traqueal e com menor labilidade emocional.

Na segunda semana após a visita do monge budista, novamente a Dor Espiritual recidivou, com menor gravidade, mas manifestando-se com recusa e maltratos à equipe técnica assistente aos procedimentos de cuidados rotineiros.

Logo após nova visita do monge budista, 2 semanas após a primeira visita, notou-se relativa melhora do discurso e comportamento.

Foi possível, neste momento, atendendo à solicitação prévia do paciente, trazer uma voluntária espírita (“kardecista”, como sua esposa); esta, além de conversar com o paciente, fez oração por ele e aplicou-lhe um passe (terapia fluídica, um dos recursos do tratamento espiritual da doutrina espírita); nos dias seguintes às visitas dos religiosos, o paciente ficava mais tranquilo, com melhora do discurso e comportamento; porém, voltando a manifestar queixas de desvalia, tristeza (recidiva da Dor Psíquica/Espiritual/Social), menos intensamente que antes da abordagem religiosa/espiritual.

Após 10 dias da última visita (suas visitas eram semanais) da voluntária espírita, durante uma entrevista aberta de conteúdo mais profundo, no próprio ato médico assistencial, o paciente, fazendo uma análise, uma retrospectiva de tudo que estava passando, relatou que teve “um passado muito louco” (sua esposa havia relatado em outro momento que ele nunca se preocupou em cuidar da própria saúde, em alguns momentos fazia uso exagerado de bebidas alcoólicas, chegou a usar drogas ilícitas; após IAM, não tomava medicações prescritas, nem fazia acompanhamento médico adequado); médica assistente, após escuta ativa, tenta desfazer idéia de culpa (em momentos anteriores já expressa pelo paciente e esposa de relação direta causa/efeito: estar com Sd Locked-in por não ter cuidado adequadamente da própria saúde), explicando o estado de inconsciência em que a maioria de nós, seres humanos, vivemos, no tocante aos cuidados com a própria saúde, momento em que o paciente chora, como se tivesse sido “retirado um grande peso de suas costas”. O paciente conclui este diálogo com a seguinte frase, bastante emotivo: “(...) sinto que estou evoluindo; já penso diferente”. E sorri.

O paciente em questão continua internado, sem previsão de alta hospitalar, mantendo “tratamento para alívio da dor espiritual”.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não há na literatura científica atual uma escala específica para avaliação da Dor Espiritual. Em um trabalho já citado, Elias e cols.(2008) escolheram (...) “a Escala Visual Analógica (EVA) com expressões faciais coloridas porque, como estavam sendo medidas questões subjetivas relacionadas à Dor Espiritual, talvez o modelo numérico fosse “frio” para avaliar estes propósitos. Faces com cor e expressões poderiam permitir melhor identificação para o doente expressar intensidade de medo, idéias, culpas, sentimentos e emoções.(...). A escala utilizada tinha seis faces coloridas que expressavam desde a ausência de sofrimento até o sofrimento insuportável. A face azul (10) expressava nenhum sofrimento; a face azul esverdeado (8) expressava sofrimento leve; a face verde (6) expressava sofrimento moderado; a face amarela (4) expressava sofrimento incômodo; a face laranja (2) expressava sofrimento intenso; a face vermelha (0) expressava sofrimento insuportável.

“Espiritualidade não se refere a uma determinada profissão de fé religiosa, e sim à relação transcendental da alma com a divindade e à mudança que daí resulta; ou seja, espiritualidade está relacionada a uma atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento, amadurecimento, que este contato pode resultar para a personalidade.” (Jung, 1986).

O paciente em estudo, está buscando o desenvolvimento de sua espiritualidade, buscando este ‘fortalecimento, amadurecimento, ressignificação da própria dor’.

O medo da morte representado tanto pela negação, como pela percepção da gravidade do quadro clínico, e que se mostrou um aspecto prevalente da Dor Espiritual,

manifesta-se na relação direta do paciente com a equipe de saúde, através da forma como o doente lida com os seus próprios sintomas, e reage aos cuidados que lhe são ministrados. Consideramos que entender as representações da Dor Espiritual é muito importante, pois muitas vezes os profissionais relacionam as atitudes dos pacientes que expressam esta Dor, à esfera pessoal, o que gera estresse profissional desnecessário, além do atendimento insatisfatório às necessidades destes doentes. (Elias, 2008)

Várias reuniões com a equipe multiprofissional para acolhimento e orientação foram necessárias, devido, dentre outros motivos, à grande dificuldade em lidar com comportamentos do paciente considerados agressivos.

Profissionais de saúde não podem mais ignorar as práticas espirituais. Em uma pesquisa qualitativa foi estudado como a espiritualidade permeia o processo de cuidar de si e do outro, no mundo da terapia intensiva, sob o olhar das profissionais de enfermagem. Um dos temas emergidos na pesquisa foi a espiritualidade no cuidado de si, que foi evidenciada nas práticas cotidianas que aconteciam por meio da oração, do contato íntimo com a natureza, assim como do senso de conexão com uma Força Superior, que propiciava tranquilidade, bem-estar e fortalecimento à vida e ao trabalho destas cuidadoras no CTI. O autoconhecimento revelou-se como prática essencial no cuidado de si para também melhor cuidar do outro. (Dezorzi, 2008).

“(…)espiritualidade se refere à busca de significado e propósito na vida e nos remete para uma dimensão transcendental; para melhorar a Qualidade de Vida de pacientes agonizantes, os profissionais da saúde devem cuidar das necessidades espirituais destes, assim como de suas necessidades físicas e psicológicas; (...) prover cuidados espirituais é uma responsabilidade de profissionais de saúde para que seja melhorada a Qualidade de Vida dos pacientes terminais.” (Elias, 2008).

Já há “evidências sugerindo que a crença e as práticas religiosas ajudam o paciente a lidar melhor com sua doença, associadas com menor depressão, podendo afetar o curso da doença. O médico pode até apontar que há evidências de pesquisas científicas sugerindo que crenças religiosas realmente ajudam as pessoas a lidar com a doença e que isto pode afetar o resultado. Mostrar este fato para os pacientes não religiosos não é sábio. Lembre-se que o médico está apoiando e encorajando crenças e práticas que já estão direcionadas pelo paciente, não introduzindo novas crenças ou encorajando práticas estranhas. Manter o apoio centrado no paciente é absolutamente crucial. O médico estará nutrindo e encorajando a fé do paciente, qualquer que ela seja e o quanto ele tem – o tempo todo sendo guiado pelas diretrizes do paciente.” (Koenig, 2005).

O paciente em estudo solicitou à enfermeira assistente que o ensinasse a rezar, demonstrou interesse na visita de um voluntário religioso.

Ainda segundo Koenig (2005), o aspecto mais controverso de se comentar sobre assuntos espirituais no tratamento do paciente é se o médico deveria ele mesmo participar destas atividades com o paciente, ou se isto vai além do papel e das responsabilidades profissionais do médico. A atividade espiritual mais provável que

surja aos médicos é se eles devem ou não orar com os pacientes. Não há controvérsia se o médico reza silenciosamente sem o conhecimento do paciente. Qualquer ação além desta pode acarretar algum risco – risco este que alguns médicos possam achar que vale a pena correr e outros não. Por um lado, quando um médico ora com um paciente, esta atividade pode propiciar um enorme conforto e apoio, além de fortalecer a relação médico-paciente. Por outro lado, ao médico conduzir a oração, o paciente pode sentir-se pressionado e desconfortável. Alguns acreditam que esta atividade nunca deve acontecer entre médico e paciente, e há casos que os familiares dos pacientes processam e ganham casos contra médicos quando esta atividade é feita inadequadamente.

E acrescenta: (...) “a oração deve ser curta, apoiadora e confortante e seu conteúdo consistente dentro das crenças do paciente. A oração deve durar menos que um minuto. Rezas longas e complicadas ditas por um médico a seu paciente não são recomendadas” (...).

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. Em cuidados paliativos, perguntamos ao paciente o que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida e trabalhamos com o controle dos sintomas. Buscamos conferir ao paciente todas as condições necessárias para as suas realizações nesse momento singular. E a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte (Wachholtz, 2006).

Acolher esse movimento de transcendência neste momento da existência humana é um dos alicerces dos cuidados paliativos. Transcender é buscar significado, e a espiritualidade é o caminho.

Cassel (1982) completa ainda: “O sofrimento não identificado não poderá ser aliviado”. Entretanto, é preciso compreender que antes de o paciente em fase final de vida se ajustar às suas necessidades espirituais, ele precisa ter seus desconfortos físicos bem aliviados e controlados. Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo. Experimentar um processo de morte serena é, antes de tudo, ter a oportunidade de viver em plenitude seu último momento. Proporcionar o alcance dessa plenitude é o objetivo primordial dos cuidados paliativos (Byock, 2006).

Abaixo, comentários úteis que podem acrescentar vivências à prática médica em espiritualidade:

“Os médicos podem considerar apoiar e até mesmo encorajar as crenças religiosas relacionadas à saúde e atividades que os pacientes achem úteis. (...) Talvez até mais importante, as linhas de comunicação devem ser abertas entre os médicos e as comunidades religiosas para mobilizar recursos que ajudem os pacientes assim que sejam liberados de hospitais ou clínicas. Trabalhar com enfermeiras paroquiais e voluntariar parte do tempo para ajudar programas de saúde são outros caminhos que os médicos podem encontrar para as necessidades espirituais, psicológicas e médicas dos pacientes dentro e fora dos sistemas de saúde.” (Koenig, 2005).

“se o médico decide iniciar atividades espirituais como orações com seus pacientes, eles devem proceder com cuidado e apenas se certas condições aparecem: • o médico tem o mesmo conhecimento religioso que o paciente (Cristianismo, Judaísmo, Budismo, Islamismo, Hinduísmo, etc.); • uma completa história espiritual foi obtida de modo que o médico está certo de que o paciente irá apreciar e receber bem tal ação. • há uma necessidade espiritual presente e a situação pede por uma oração? (...) Fazer questões para ajudar o paciente a clarear seus pensamentos sobre problemas espirituais é melhor do que aconselhar”. (Koenig, 2005).

6. LIMITAÇÕES E BARREIRAS

Para Koenig (2005), os médicos são limitados em seu nível de conhecimento. Os médicos não são membros religiosos, tampouco capelães treinados para ajudar pacientes a resolver problemas espirituais complexos relacionados a doenças físicas ou emocionais. Os médicos variam amplamente em conhecimento religioso e em conhecimento de crenças e práticas religiosas de seus pacientes, e muitos não estão familiarizados com explicações religiosas para as doenças, até mesmos em suas próprias tradições religiosas. Então, enquanto muitos médicos podem tomar a história espiritual de forma respeitosa, aprendendo sobre as crenças religiosas dos pacientes, recursos religiosos e lutas religiosas perante a doença (como parte de tarefa para acessar a saúde do paciente integralmente), a maioria dos médicos não pode providenciar explicações teológicas que vão adequadamente ao encontro às necessidades espirituais dos pacientes. Similarmente, qualquer médico pode apoiar e encorajar as crenças que o paciente identifique como prestativa e confortante, mas poucos médicos têm experiência para dar conselhos sobre quais práticas ou crenças são mais adequadas para um paciente, com uma dada doença, em um dado sistema religioso. Os médicos podem até escolher se realiza o pedido para orar com um paciente, e se condições específicas aparecem, até iniciar uma simples oração em casos cuidadosamente selecionados. No entanto, a maioria dos médicos não tem treinamento para aconselhar pacientes a para que rezar, como rezar, ou quando e em qual frequência, mesmo se pedido pelos pacientes.

Muitos médicos não estão conscientes da importância das práticas e crenças religiosas para os pacientes doentes, nem sabem sobre as pesquisas que ligam praticas religiosas a melhor entendimento e melhor saúde. Devido a muitos médicos serem menos religiosos que seus pacientes, eles geralmente não percebem que os pacien-

tes – particularmente os religiosos – queiram que comentem assuntos espirituais ou que tenham crenças religiosas que possam afetar as decisões médicas. Finalmente, a maioria dos médicos não estão conscientes dos potenciais benefícios de comentar assuntos espirituais (...). Embora quase 80 das 126 escolas médicas nos Estados Unidos tenham cursos eletivos ou obrigatórios em religião/espiritualidade e medicina, a maioria dos médicos já formados não tem treinamento nesta área. Mais, a maioria dos estudantes que estão se formando nas escolas médicas também não tem este conhecimento, já que a maioria dos cursos são eletivos e têm pouca frequência. Muitos médicos não sabem como levantar uma história espiritual, nem quando fazer isto e nem o que fazer se as necessidades espirituais aparecem durante uma avaliação. Infelizmente, muitos estão contentes praticando a medicina do modo que fazem e não querem adicionar um fardo adicional fazendo este tipo de avaliação. No final dos anos 90, um estudo entre 170 médicos de família mostrou que 71% apontava falta de tempo como barreira para comentar assuntos espirituais. A falta de tempo apareceu em primeiro lugar no ranking de catorze barreiras apresentadas; a falta de treinamento ou experiência em tomar uma história espiritual foi a segunda colocada (quase 60%). De acordo com uma recente pesquisa na mesma localização geográfica, a falta de tempo não era um fator determinante. Apenas 26% indicaram que eles não tinham tempo para discutir assuntos religiosos com pacientes. Embora o tempo seja curto em um encontro de médico e paciente, perguntar algumas questões sobre como paciente está indo espiritualmente não leva muito tempo (menos que cinco minutos e mais provavelmente dois ou três minutos). Se as necessidades espirituais são identificadas, uma consulta a um capelão ou conselheiro pastoral é facilmente feita. Estudos mostram que as pessoas com problemas emocionais preferem ver um religioso do que um conselheiro, psicólogo ou psiquiatra (Chalfant, 1990). Uma das razões mais comuns pela qual os médicos não perguntam sobre assuntos espirituais é o desconforto interpessoal. Em uma pesquisa 11 investigadores concluíram que o desconforto interpessoal (i.e., responder sim a frase “eu me sinto desconfortável ao comentar assuntos religiosos com os pacientes”) foi o ponto chave desta pesquisa. Outros significantes fatores na análise - (especialidade médica, não relevante a saúde nem a descrição da carreira) - todas perdiam a significância quando desconforto interpessoal era adicionada ao modelo. A falta de conforto não é uma boa razão para evitar perguntar sobre uma área importante na vida do paciente e é intimamente ligada a saúde física e decisões sobre o tratamento médico. Como esperado neste estudo, os médicos de família e médicos de primeiros cuidados estão mais propensos do que neurologistas e cirurgiões a perguntar sobre a história espiritual. Na metade de 1980, a maioria dos médicos não acreditava que práticas ou crenças religiosas dos pacientes tinham um impacto na saúde física ou resultados médicos. Esse ponto de vista está mudando. No estudo de Chibnall and Brooks conduzido em 2001, 63% dos médicos indicaram que a religiosidade do paciente afeta a saúde. No mesmo estudo, 64% dos médicos concordaram com a frase “O conhecimento do médico e o apoio aos valores religiosos do paciente podem melhorar o processo e o resultado

do tratamento de saúde”; apenas 8% discordaram desta frase. Um estudo realizado com 160 médicos de Illinois mostrou que 69% discordaram com uma frase que indicava que apenas o clero poderia comentar assuntos religiosos. Em um estudo feito com 115 membros ativos da Academia de Médicos de Família de Vermont, a maioria acredita que os médicos têm o direito (89%) e a responsabilidade (52%) de perguntar sobre fatores religiosos no tratamento do paciente. O estudo de Chibnall and Brooks também reportou que a maioria dos médicos rejeitou a idéia de que comentar sobre assuntos religiosos não fazia parte de seu trabalho.

O fato de questões como “Por que eu?” ser tão comum e poder afetar os resultados faz com que seja essencial que estas preocupações sejam levantadas e comentadas, justificando as perguntas dos médicos. Uma pesquisa recente mostrou que pacientes que se sentiam abandonados ou punidos por Deus, ou que questionavam o amor ou o poder de Deus, tinham aumentado as expectativas de que morreriam mais cedo do que pacientes sem este tipo de sentimento. Enquanto os médicos possam não ser a melhor pessoa para comentar complexos assuntos espirituais, alguém precisa fazê-lo. Como indicado antes, os capelães e os pastores são treinados para falar sobre tais questões, mas precisam ser alertados para o problema. Muitos pacientes com estas crenças são alienados da religião devido a sentimentos negativos em relação a religião e não querem falar com membros religiosos deixando ao médico como o último recurso. Também há o risco de induzir o paciente à culpa quando os médicos perguntam sobre assuntos religiosos ou espirituais. Os médicos arriscam-se o tempo todo quando perguntam sobre qualquer coisa relacionada ao estado de saúde – se está fumando, fazendo exercícios, dietas ou até apoio social. Se um paciente tem câncer de pulmão, o médico é obrigado a perguntar sobre o fumo mesmo que o paciente sinta-se culpado por ter fumado. O médico não deveria perguntar sobre exercícios e dietas em um paciente obeso com doenças nas artérias coronárias, tendo o risco do paciente sentir-se culpado por levar uma vida sedentária e não seguir uma dieta de baixas calorias? De fato, todo aconselhamento em relação a manutenção de saúde ou prevenção de doenças corre o risco de fazer com que os pacientes se sintam culpados se não seguem as recomendações e terminem doentes. (...) O medo de induzir uma pessoa à culpa faz com que os médicos evitem comentar estes assuntos ou fazer perguntas? Não, não faz, nem deve levá-los a parar de fazer as avaliações espirituais.” (Koenig, 2005).

7. CONCLUSÃO

A cura da doença e o alívio do sofrimento, desde o nascedouro da medicina hipocrática, são aceitos como sendo os objetivos da Medicina. A doença destrói a integridade do corpo, e a dor e o sofrimento podem ser fatores de desintegração da unidade da pessoa. Enquanto hoje a medicina está até que bem aparelhada para combater a dor, no que tange ao lidar com o sofrimento encontra-se ainda num estágio bastante rudimentar(...). Por vezes, existe um momento na doença crítica

em que os sentimentos de desesperança e impotência se tornam mais intoleráveis que a própria dor.

Um dos primeiros objetivos da medicina ao cuidar dos pacientes terminais deveria ser o de aliviar a dor e o sofrimento causados pela doença. Embora a dor física seja a fonte mais comum de sofrimento, a dor no processo do morrer vai além do físico, tendo conotações culturais, subjetivas, sociais, psíquicas e éticas. Portanto, lidar efetivamente com a dor em todas as suas formas é algo crítico e de suma importância para um cuidado digno dos que estão morrendo.

As súplicas dos doentes muito graves que, por vezes, pedem a morte não devem ser compreendidas como expressão de uma verdadeira vontade de eutanásia; nestes casos são quase sempre pedidos angustiados para aliviar a dor, por um cuidado médico melhor, por amor. Se o suicídio assistido fosse prática permitida no Brasil, certamente o paciente em questão solicitaria que este direito lhe fosse concedido, antes mesmo de ser propiciado a ele um tratamento adequado e amplo, que lhe permitisse um “amadurecimento” de sua Dor.

O paciente em estudo, no auge do seu desespero, pediu uma arma para se matar, pediu que fosse feita eutanásia, suicídio assistido ou foi um ‘grito de socorro’?

“O sofrimento humano suscita compaixão, inspira também respeito e, a seu modo, intimida. Nele, efetivamente, está contida a grandeza de um mistério específico” (Lepargneur, 1985). (...) “a solidariedade marcada pela competência técnico-científica e humana é a chave do cuidado e sentido do ‘mistério’ do sofrimento humano”.

É fundamental que os profissionais ampliem seus conceitos de assistência em saúde, a partir de um novo paradigma que inclua a espiritualidade. Futuras pesquisas na área são necessárias para se definir o exato papel da religiosidade e/ou espiritualidade na prevalência, impacto e tratamento de pacientes com dor espiritual. Novos avanços devem decorrer do aprofundamento dessas investigações clínico-científicas e da aplicação da espiritualidade na prática médica, em especial na anamnese rotineira e nas abordagens terapêuticas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boff, L.; Leloup, J.Y. e outros, *Espírito e Saúde*, Vozes 2007.
2. Byock, I. Where do we go from here? A palliative care perspective. *Crit Care Med* 34(11): 416-420, 2006.
3. Cassel, E.J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *N Engl J Med* 1982; 306:639-645.
4. Chalfant, HP; Heller, PL; Roberts, A; Briones, D; Acuirre-Hochbaum, S, Farr, W (1990) The clergy as a resource for those encountering psychological distress. *Review of Religious Research*, 31, 305-313.
5. Dezorzi LW, Crossetti MGO. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2008 march-april; 16(2):212-7.
6. Elias, ACA; GIGLIO, JS. Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 novembro-dezembro; 16(6).
7. Grieger, MCA et al *Manual de Metodologia Científica – Orientações para a Realização de Projetos, Monografias e Artigos Científicos*. 3 ed. Itajubá: FMIT, 2004

8. Johnson K.S., Elbert-Avila, K.I., Tulska J.A. The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African American: a review of the literature. *J AM Geriatric Soc.* 2005; 53 (4): 711.
9. Jung CG. *Obras completas*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1986.
10. Koenig, HG. *Espiritualidade no Cuidado com o Paciente – Por que, como, quando e o quê*, SP, 2005, FE Editora Jornalística Ltda.
11. Lépagneur H. *Antropologia do sofrimento*. Aparecida: Santuário, 1985.
12. Matsumoto, D.Y. *Manual de Cuidados Paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 2009:
13. Minayo, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Peres, M.F.P. et al. / *Rev. Psiqu. Clín.* 34, supl 1; 82-87, 2007.
15. Pessini, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini, L.; Bertachini, L. (orgs.) *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.)
16. Puchalski, C., Romer, A.L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*, v. 3, p. 129-3, 2000.
17. Saunders, C. "Hospice and palliative care." *An interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold (1991).
18. Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002;48:17-20.
19. Steinhilber, K. E. et al. Are you at peace? One item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med*, v. 166, p. 101-5, 2006.
20. Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 1995 July; 183(7):435-44.
21. Wachholtz, A.B.; Keefe, F.J. - What physicians should know about spirituality and chronic pain. *South Med J* 99(10):1174-1175, 2006.
22. World Health Organization - WHO. Definition of Palliative Care; 2012. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. [Links]
23. Zohar, D.; Marshall I. - *Inteligência Espiritual*, 2004.

Sobre os autores

André Cerqueira Comune

Médico do Hospital Premier. Especialista em Clínica Médica pelo Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos (2011-2012). Especialização em Cuidados Paliativos pelo Núcleo de Cuidados Paliativos HC/FMUSP (2013). Pós-graduado em Medicina Paliativa pelo Centro Universitário São Camilo/Instituto Paliar (2013). Pós-graduado em Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá/Hospital Premier (2013-2015).

Arnaldo Pinheiro da Costa

Graduação em enfermagem; Pós-Graduação em Docência na Área da Saúde; Pós-Graduação em Cuidados Paliativos. Enfermeiro do Serviço de Estomatoterapia e da Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Premier; Enfermeiro Responsável Técnico de Unidade Básica de Saúde – UBS - Pinheirinho – Prefeitura Municipal de Embu das Artes.

Audevânia Lopes de Miranda

Pós-graduada pelo curso de Cuidados Paliativos num modelo de Atenção Integral à Saúde- Faculdade de Medicina Itajubá. Graduada em Enfermagem pela Universidade Nove de junho e Enfermeira no hospital Premier. Cursando Pós-graduanda em Terapia Intensiva Adulto- Faculdade XV de Agosto-FAQ.

Debora Genezini Costa

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar e Mestre em Gerontologia. Professora convidada da Pós-graduação Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá / Hospital Premier (2013-2015).

Edvaldo Souza dos Santos

Fisioterapeuta formado em 2005 pela Universidade Bandeirantes de São Paulo – Uniban com formação em cuidados paliativos pelo Instituto Paliar, pós-graduado pela Universidade Gama Filho em terapia manipulativa, aprimoramento em Quiropraxia, Seitai e Pilates. Fisioterapeuta do Hospital Premier e São Paulo Internações Domiciliares / Grupo MAIS.

Flávia da Trindade

Fisioterapeuta do Hospital Premier. Formada pela FUNEC-FISA- (Santa Fé do Sul, SP) em 2001. Aprimoramento no Hospital de Base de São José do Rio Preto-FAMERP (2001-2003). Especialização em Fisioterapia Gerontológica e Geriátrica pela UNICID, em 2013. Pós-Graduada em Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá-MG/Hospital Premier (2015).

Isabel Cristina Cardoso

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN). Pós-Graduada em Fisioterapia Hospitalar (FMUSP) e em Cuidados Paliativos Num Modelo de Atenção Integral à Saúde (Faculdade de Medicina de Itajubá). Especialista em Acupuntura (CBA/ÁBACO), formação em RPG e Instrutora de Pilates. Fisioterapeuta no Premier Residence Hospital.

Jeferson Ambrozio Oliveira Alves

Fisioterapeuta formado pela Universidade Bandeirantes de São Paulo, em 1994. Pós-graduado em Fisioterapia Neurofuncional pela Universidade Gama Filho (2007) e pós-graduado em Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá / Hospital Premier (2015). De 2005 a 2013, atuou na São Paulo Internações Domiciliares atendendo pacientes com dependência neurológica, cardio-respiratória e ortopédica. Atua no Hospital Premier desde 2013, realizando atendimentos a pacientes em longa permanência e cuidados paliativos.

Manuela Samir Maciel Salman

Médica psiquiatra do Hospital Premier – Grupo MAIS (2013-até o momento). Pós-graduanda em Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá e Hospital Premier (2013-15). Pós-graduanda em Medicina Paliativa pelo Centro Universitário São Camilo / Instituto Paliar (2013-14). Estágio voluntário em Psiquiatria Geriátrica pelo PROTER – Programa Terceira Idade – IPq FMUSP (2013). Especializada em Psiquiatria pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2010-12).

Rosane Lima dos Santos Kümpel

formada em Fisioterapia. Pós- graduada em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva pela UNASP; Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral a Saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá. Fisioterapeuta no Hospital Premier desde 2008.

Suellen Meireles Damasco

Nutricionista formada pela Universidade Paulista (UNIP).

Pós Graduada em Nutrição Clínica e Ambulatorial pelo Centro Universitário Adventista (UNASP). Pós Graduada em Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá. Nutricionista do Hospital Premier e Membro da equipe multiprofissional da Home Care São Paulo Internações Domiciliares.

Vanessa da Costa Santana

Médica Paliativista do Hospital Premier, Médica de Família e Acupunturista formada pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Pós-Graduada em Cuidados Paliativos num Modelo de Atenção Integral à Saúde pela Faculdade de Medicina de Itajubá-MG/Hospital Premier (2015).



Av. Jurubatuba, 481
Vila Cordeiro, São Paulo
CEP 05565-085

www.premierhospital.com.br

Telefone + 55 11 5090.5000





PREMIER
HOSPITAL

IM/MS Modelo de Atenção Integral à Saúde

Av. Jurubatuba, 481
Vila Cordeiro, São Paulo-SP
CEP 05565-085
www.premierhospital.com.br