



**Universidade de Brasília – UnB**  
**Núcleo de Estudo e Pesquisa da Terceira Idade- NEPTI**  
**Curso de Pós-Graduação em Saúde da Pessoa Idosa**

**Thais Delmonte de Baère**

**A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE DE  
SAÚDE NOS CUIDADOS PALIATIVOS NO ATENDIMENTO  
À PESSOA IDOSA**

**Brasília - DF**

**2017**

## **A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos no atendimento à pessoa idosa**

The importance of interdisciplinary health team practice in palliative care in the elderly person

Thais Delmonte de Baère <sup>1</sup>

Alexandre Franco Miranda <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga; Especialista em Terapia Clínica Cognitivo-Comportamental – Facibra; Especialista em Saúde do Idoso - UnB

<sup>2</sup> Cirurgião dentista; Doutor e Mestre em Ciências da Saúde – UnB; Especialista em Gerontologia – Gerontólogo titulado – SBGG; Coordenador das disciplinas de Odontogeriatría, Pacientes Especiais e Odontologia Hospitalar - UCB

### **Endereço para correspondência**

Thais Delmonte de Baère

SHIS QI 13, Conjunto 04 Casa 09 - 71635-040

(61) 98161-9780

Thaisbaerepsi@gmail.com

### **Resumo**

A proposta deste estudo bibliográfico foi identificar, através de periódicos nacionais, a importância da interdisciplinaridade da equipe de saúde no tratamento de pacientes que se encontram em cuidados paliativos, principalmente à idosos. Foram utilizadas bases de dados *online* LILACS, SciELO, revistas eletrônicas de saúde e teses de mestrado e doutorado, sendo selecionados 75 periódicos, publicados no período de 2006 a 2016. O

crescimento do número de idosos no país e a ascensão do modelo biopsicossocial, aumenta a importância de perceber o paciente de forma integral e individualizada, debatendo em equipe a melhor forma de promover sua qualidade de vida mesmo no processo que antecede sua morte. A prática interdisciplinar torna o trabalho da equipe completo, beneficiando o paciente e seus familiares que passam pelo processo de luto.

**Palavras chave:** Cuidados Paliativos, Saúde do idoso, Envelhecimento, Gerontologia, Humanização da assistência, Interdisciplinaridade, Equipe.

### **Abstract**

This literature review study aimed to identify, through Brazilian journals, the importance of the interdisciplinary health team in treating patients who are in palliative care, especially to the elderly. The databases LILACS, SciELO, online health journals and master's and doctoral theses were used. In total, 75 journals were selected, published from 2006 to 2016. The growth in the number of elderly in Brazil and the rise of the biopsychosocial model, increases the importance of realizing the integral form and patient individualized, debating in team the best way to promote your quality of life even in the process before your death. Interdisciplinary practice makes the full team work, benefiting the patient and their families that go through the grieving process.

### **Keywords**

Hospice care, Aging health, Elderly, Humane assistance, Gerontology, Interdisciplinarity, Staffs.

### **Introdução**

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

O aumento do número de idosos e da expectativa de vida no país, é um fator determinante para crescimento da quantidade de pessoas com doenças neurodegenerativas, incapacidades funcionais, e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, consideradas mais comuns, e o câncer, em menor proporção (Alves, Leimann, Vasconcelos, Carvalho, Vasconcelos, Fonseca, Lebrão, Laurenti, 2007) (Nasri, 2008) (Barreto, Carreira, Marcon, 2015).

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

A Gerontologia atua, de forma prática, na prevenção de patologias mais comuns aos idosos como as doenças cardiovasculares, derrames, hipertensão e câncer, na orientação e criação de ambientes que proporcionem uma boa qualidade de vida e na reabilitação de danos. Realiza, também, intervenções em casos de doenças consideradas irreversíveis, ou seja, quando o paciente é encaminhado para o tratamento de cuidados paliativos (Ministério da Saúde, Brasil, 2006) (Nasri, 2008) (Geib, 2012).

O recebimento do diagnóstico de uma doença incurável não é fácil, por isso, o paciente e seus familiares devem buscar uma resignificação da vida, ou seja, a procura de um novo sentido e visão de mundo (Selli, Junges, Meneghel e Vial, 2008) (Silveira e Mahfoud, 2009) (Silva, 2015).

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

A equipe de saúde que atua de forma integrada ajuda no planejamento e nas condutas que orientam os pacientes e seus familiares sobre os cuidados, minimizando o sofrimento através do controle e alívio da dor e demais sintomas. É importante ressaltar que o tratamento em cuidados paliativos não se restringe ao paciente, o cuidado com a família é um dos critérios relevantes para que a terapêutica se realize com eficácia e a interdisciplinaridade assume um papel fundamental nesse tratamento (Amorim e Gattás, 2007) (Silva e Sudigursk, 2008)(Oliveira, Fiorin, Lopes, Gomes, Coelho, Morra, 2011).

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

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

Uma das maiores dificuldades enfrentadas no âmbito da saúde é que a maioria das instituições ainda se pautam no modelo biomédico tradicional, reduzindo o paciente à patologia que ele apresenta e esquivando-se do ser humano de forma absoluta e integral, excluindo assim, o cuidado biopsicossocial (Marco, 2006) (Motta e Aguiar, 2007) (Amorim e Gatás, 2007).

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

Trata-se de um estudo bibliográfico em quem foram utilizadas as bases de dados *online* LILACS, SciELO, revistas eletrônicas de saúde e teses de mestrado e doutorado dentre o período de 2006 e 2016. Tem como objetivo abordar a importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos, sobretudo no atendimento à pessoa idosa.

## **Revisão de Literatura e Discussão**

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

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

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

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

Uma dúvida recorrente entre os poucos entendidos no assunto é a origem do termo Cuidados Paliativos. A palavra “paliativo” deriva do latim *pallium* que era o

manto usado pelos peregrinos em suas viagens, o que leva a uma ideia de proteção e acolhimento. Diferente do que pensam, o paciente que está em Cuidados Paliativos não foi abandonado pela equipe, ao contrário disso, está recebendo cuidado e tratamento do seu sofrimento evitável, tendo suas vontades realizadas e dignidade até o fim da vida (Silva e Sudigursk, 2008) (Floriani, 2009) (Silva, 2015).

Atualmente o foco da equipe de saúde e dos hospitais é a cura da doença, isso faz com que a ideia de morte seja vista como um fracasso que deve ser prolongado a qualquer custo. Portanto, o cuidar fica ocultado pela obstinação de curar (Hohendorff e Melo, 2009) (Kovacs, 2010) (Marreiro, 2013).

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

Segundo o Departamento de Atenção Básica, “envelhecer é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente.” (Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006). Podemos compreender então, que o envelhecimento é um processo natural que começa assim que o indivíduo nasce.

Apesar de o envelhecimento ser uma fase natural, é preciso pontuar que há uma grande heterogeneidade dos processos de envelhecimento. A forma saudável de atingir a terceira idade, na qual o atraso das funções são graduais, é chamada de senescência. É aquele envelhecimento no qual o idoso tem uma boa qualidade de vida de acordo com as limitações já esperadas da sua idade. Por outro lado, há a forma patológica de se envelhecer, chamada senilidade e como o indivíduo irá adoecer depende dos determinantes sociais de saúde, incluindo a forma como ele enfrenta as adversidades ao longo de sua vida (Lebrão, 2007) (Silva, Gallo, Santos, Barão, Freitas Júnior, 2007) (Ciosak, Braz, Costa, Nakano, Rodrigues, Alencar e Rocha, 2011).

Segundo a Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) regida pela World Health Organization (WHO), a capacidade funcional do idoso é definida pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de atividades da vida cotidiana. O comprometimento da independência do indivíduo consiste na alteração das estruturas ou funções psicológicas e/ou fisiológicas. Ou seja, a incapacidade funcional é a limitação de alguma habilidade que resulta no impedimento de realizar atividades comuns do dia a dia (Camara, Gerez, Miranda e Velardi, 2008) (Nogueira, Ribeiro, Rosado, Franceschini, Ribeiro e Pereira, 2010) (Lourenço, Nelanrdt, Kletemberg, Seima, Tallmann e Neu, 2012).

O idoso que sofre de alguma incapacidade funcional, perde sua independência necessitando do auxílio de um cuidador para realizar atividades básicas como se alimentar ou tomar banho. É importante ressaltar que mesmo com a perda da independência, é válido que se mantenha a autonomia de ação, discurso e pensamento do indivíduo, permitindo com que ele tome decisões e consiga ser protagonista de sua vida (Santos, Ros, Crepaldi e Ramos, 2006) (Camara, Gerez, Miranda e Velardi, 2008) (Prochet e Silva, 2011).

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

O papel exclusivo do médico que atua com pacientes em cuidados paliativos está no diagnóstico clínico. É o médico que define o prognóstico. Ele é possuidor do saber sobre a evolução esperada da doença e do melhor tratamento para tal, deve ter como foco o alívio dos sintomas físicos que causam desconforto ao paciente. Devido a imposições históricas e culturais, os médicos vem desempenhando um cargo de comando da equipe, porém, em diversas ocasiões a participação, responsabilidade e a

liderança deve ser determinada pelo tipo de problema a ser solucionado (Pinho, 2006) (Machado, Pessini e Hossne, 2007) (Oliveira e Silva, 2010).

As informações sobre o estado de saúde do enfermo aos seus familiares provém do médico, portanto, ele coordena a comunicação entre equipe de saúde, familiares e paciente. É de extrema importância que as informações passadas aos familiares, também sejam repassadas para o resto da equipe, para que o trabalho interdisciplinar seja realizado em consonância. O médico tem papel ativo e facilitador na minimização do sofrimento do paciente e seus familiares (Pinho, 2006) (Filho, Costa, Gutierrez, Mesquita, 2008) (Consolim, 2009).

Assim como a formação em medicina, muitas escolas de enfermagem pregam o modelo biomédico/cartesiano com foco na cura. Ao tratar um paciente que se encontra na fase final da vida, o foco do enfermeiro passa a ser o cuidado, mantendo seu trabalho centrado na pessoa e não nas tarefas práticas (Marco, 2006) (Firmino, 2009) (Silma e Moreira, 2010)

Uma das funções mais importantes do enfermeiro que cuida de um paciente em cuidados paliativos é a identificação das necessidades dos cuidados que os pacientes e familiares solicitam. O trabalho do enfermeiro demanda não só uma aproximação física, mas também afetiva tanto com o paciente quanto com os familiares que o acompanham. As tarefas práticas consistem no controle da dor, hipodermóclise, curativos, manutenção do asseio, cuidados com a higiene do paciente, além de proporcionar conforto e facilitar a comunicação com familiares e equipe interdisciplinar de saúde (Firmino, 2009) (Silma e Moreira, 2010) (Monteiro, Oliveira e Vall, 2010) (Oliveira e Silva, 2010).

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

Assim como todos os profissionais de saúde envolvidos com pacientes paliativos, o foco do dentista é promover a qualidade de vida da pessoa que está doente. Essa promoção pode ser realizada através de prevenção de doenças bucais, manutenção,

diagnósticos ou tratamentos. Vale ressaltar que o adoecimento bucal pode ocorrer por diversas razões como fatores sociais, culturais, psicológicas e físicas, portanto, o bom profissional deve ter uma visão integral do paciente e não tratar a patologia bucal de forma isolada (Oliveira, Lima Junior, Soares e Maia, 2008) (Jales e Siqueira, 2009) (Godoi, Franceso, Duarte, Kemp e Silva-Lovato, 2009).

Além do impacto social e funções rotineiras que a boca exerce (fala, mastigação, deglutição, respiração), ela pode ser fonte de prazer ou de agonia no final na vida. A falta de tratamento e cuidado pode causar dores e prejuízos nutricionais, agravando o quadro de saúde do paciente (Ferreira, Pivezam, Werner e Alves, 2006) (Siqueira, Jales e Vilarim, 2013) (Oliva e Miranda 2015)

A condição que afeta com maior frequência as funções bucais é o câncer de cabeça e pescoço. No entanto, partindo do pressuposto que o foco do tratamento em cuidados paliativos é o cuidado, é de grande estima que o manejo da dor e a autoimagem do paciente seja preservadas, tornando assim o papel do dentista fundamental para manter a dignidade da pessoa até o fim de sua vida (Ferreira, Pivezam, Werner e Alves, 2006) (Jales e Siqueira, 2009) (Oliva e Miranda, 2015).

O papel do fonoaudiólogo na equipe de saúde especializada em cuidados paliativos está em ascensão após a percepção de que para que um trabalho humanizado aconteça, é necessário estimular o paciente a se comunicar, sentir-se seguro e aumentar seu conforto através do alívio de sintomas (Bilton, Suzuki, Soares e Venites, 2006) (Pinto, 2009) (Calheiros e Albuquerque, 2012).

A qualidade de vida do paciente é colocada a prova quando ele perde sua autonomia e satisfação. Para prevenir essas perdas, o profissional da fonoaudiologia, juntamente com outros profissionais da equipe, o paciente e seus familiares buscam identificar o potencial da pessoa dentro das restrições causadas pela doença (Oliveira e Silva, 2010) (Calheiros e Albuquerque, 2012) (Wittmann-Vieira e Goldim, 2012).

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

Juntamente com o fonoaudiólogo e toda a equipe interdisciplinar que presta assistência ao idoso em tratamento de cuidados paliativos, está o profissional da nutrição. Segundo estudiosos, a alimentação é percebida pelo paciente além das necessidades energéticas de seu corpo, ela envolve afeto, carinho, conforto e prazer (Nascimento, 2009) (Silva, Oliveira, Santos e Mendes, 2009) (Carvalho, Luz e Prado, 2011).

O tipo de nutrimento ministrado é de acordo com as características singulares de cada paciente como seus aspectos éticos, psicológicos, sociais, religiosos e seus hábitos e preferências. A terapia nutricional em cuidados paliativos tem como foco a promoção da qualidade de vida possibilitando meios e vias de alimentação, minimizando os efeitos adversos dos medicamentos, evitando possíveis transtornos como anorexia-caquexia, ajudando no controle de sintomas, preservando o peso e composição corporal e ressignificando o alimento impedindo a perda de autonomia (Corrêa e Shibuya, 2007) (Nascimento, 2009) (Benarroz, Faillace, Barbosa, 2009).

Segundo estudos, a preferência pela terapia nutricional em pacientes que enfrentam doenças sem possibilidade de cura é de se alimentar por via oral, para que o paciente possa ter o prazer de se alimentar e sentir o sabor dos alimentos. No entanto, nem sempre isso é possível e pode trazer algumas complicações. Por isso, para determinar a melhor opção é preciso verificar 8 pontos: o quadro clínico que o paciente se encontra, os sintomas da doença que está enfrentando, a expectativa de vida, o estado nutricional, a condição e aceitação da alimentação por via oral, o quadro psicológico, a integridade do trato intestinal e a necessidade de serviços especiais para o oferecimento

da dieta. No cuidado com o paciente idoso, também é necessário perceber as transformações fisiológicas e morfológicas decorrentes do próprio envelhecimento (Corrêa e Shibuya, 2007) (Nascimento, 2009) (Silva, Lopes, Trindade e Yamanouchi, 2010).

O fisioterapeuta que trabalha com pacientes em cuidados paliativos não pode ser visto apenas como um executor de técnicas, ele se torna parte fundamental na ascensão da autonomia e autocuidado do paciente. Tendo em vista que há uma diminuição progressiva da funcionalidade ao longo do curso da doença, o profissional da fisioterapia tem como foco manter a dignidade e qualidade de vida dentro das limitações impostas pela doença (Andrade, Sera e Yasukawa, 2009) (Wittmann-Vieira e Goldim, 2012) (Alves e Girão, 2013).

O trabalho do fisioterapeuta é baseado no grau de funcionalidade que o paciente se encontra e consiste na promoção, prevenção, intervenção e habilitação em busca de um bem estar não só físico, mas também psicológico, emocional e social, para isso, busca-se o alívio do sofrimento e de sintomas estressantes, além de estimular, através de técnicas, o paciente a ser protagonista de sua própria vida. O fisioterapeuta auxilia e educa os familiares na assistência de posturas favoráveis que facilitem a respiração e funções fisiológicas, também como higienização e técnicas para evitar intercorrências como úlceras de pressão, edemas e dores (Andrade, Sera e Yasukawa, 2009) (Florentino, Sousa, Maiworn, Carvalho e Silva 2012) (Alves e Girão, 2013).

O terapeuta ocupacional (TO) é outro profissional de extrema importância dentro da equipe de cuidados paliativos, ele busca auxiliar na criação de possibilidades para empoderar o paciente desenvolvendo sua autonomia, fortalece a vida ativa do paciente até a morte, além de acolher e proporcionar conforto social e emocional (Cavalcanti, Lopes e Galheigo, 2007) (Othero, 2009) (Bigatão, Matropietro e De Carlo, 2009).

Através da arte, expressões, atividades manuais, lazer, autocuidado e estímulos culturais e sociais, o TO procura minimizar o sofrimento gerado pela doença e pelo período de internação, focando nas experiências positivas e reforçando os pequenos ganhos. Promove a elaboração de questões psicológicas, sociais e espirituais, além de buscar o resgate das habilidades de cada paciente para estimulá-las. Cumpre a função de orientar os cuidadores no estímulo ao paciente de modo que ele seja um facilitador da autonomia, independência e AVDs do próprio, como também auxiliar na comunicação entre a pirâmide paciente, familiar e equipe de saúde. (Othero, 2009) (Ovando e Couto, 2010) (Garcia-Schinzari, Sposito e Pfeifer, 2013).

O psicólogo é um profissional indispensável na equipe de cuidados paliativos, ele tem como função principal proporcionar estratégias de enfrentamento para maior aceitação do tratamento, elaboração da experiência de adoecimento, processo de morte e luto, além de auxiliar na busca de um novo significado para vida visando a dignidade e bem estar nos momentos que antecedem a morte (Nunes, 2009) (Porto e Lustosa, 2010) (Silva, 2015).

O psicólogo busca o resgate do tratamento à pessoa de forma integral e particularizada, desviando o foco da cura e do cuidado apenas físico e biológico. A dor total relatada por Cicely Saunders favorece a necessidade de cuidar do paciente no seu total, visando o psicológico, o social e o espiritual, validando o sentimento do paciente e de seus familiares, minimizando dúvidas, angústias e anseios, como também facilitando a comunicação entre paciente, familiares e equipe (Sapeta, 2007) (Nunes, 2009) (Porto e Lustosa, 2010).

No tratamento em cuidados paliativos não é apenas o paciente que está doente que é assistido, toda a família e rede de apoio que o cerca faz parte da terapêutica. O familiar que vivencia o processo de morte de um ente querido, passa pelo processo de luto e coloca à prova suas crenças e sua capacidade de cuidado. O vínculo com a família é essencial para uma boa morte, que além de sofrer com o diagnóstico, muitas vezes cumpre o papel de cuidador principal (Inocenti, Rodrigues e Miasso, 2009) (Sanchez, Ferreira, Dupas e Costa, 2010) (Ferreira, Souza e Stuchi, 2012)

O papel do psicólogo é permitir que o paciente tenha dignidade e qualidade de vida nos últimos momentos de sua vida e que ele esteja preparado para sua morte. É mostrar para esse indivíduo que valeu a pena ter vivido e que, mesmo sem expectativa de cura física, ele pode ter cura psicológica, social e espiritual (Kruse, Wittmann-Vieira, Ambrosini, Niemeyer e Silva, 2007) (Nunes, 2009) (Wittmann-Vieira e Goldim, 2012).

### **Considerações finais**

Com base nos estudos selecionados observou-se que todas as áreas da saúde que tratam pacientes em cuidados paliativos têm como foco a promoção da qualidade de vida, buscado manter a autonomia do paciente de forma que ele tenha papel ativo em seu tratamento.

Notou-se que, apesar de cada profissional da equipe ter sua especialidade, a sintonia e comunicação clara e objetiva entre os profissionais, o paciente e os familiares é benéfica para todas as partes envolvidas no tratamento

Por fim, foi possível verificar que, com o aumento da expectativa de vida e o crescimento da população idosa no país, se faz necessária a discussão sobre a importância da prática interdisciplinar e o cuidado de forma integral e individualizado a pacientes que estão fora de possibilidade de cura terapêutica e são encaminhados para tratamento em cuidados paliativos.

### **Referências bibliográficas**

Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1): 77-93.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-554.

Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1): 123-133.

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8): 1924-1930.

Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008; 6 (Supl 1): S4-S6.

Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*. 2015; 18(1): 325-339.

Maciel MGS. "Organização de serviços de Cuidados Paliativos." *Manual de Cuidados Paliativos*. ANCP. 2009: 77-78.

Matsumoto DY e ABCP-Academia Nacional de Cuidados Paliativos. "Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios." En ANCP, *Manual de Cuidados*. 2009: 14-19.

Silva GF. *Cuidados Paliativos e subjetividade: ações educativas sobre a vida e o morrer*. Tese [Doutorado]. Universidade de Brasília, 2015.

Silveira, Mahfoud. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estud. psicol.* 2008; 25(4).

Selli L, Meneghel S, Junges JR, Vial EA. O cuidado na ressignificação da vida diante da doença. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2008; 31(1): 85-90.

Amorim S, Gattás ML. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2007; 40(1): 82-84.

Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(3): 504-508.

Oliveira ER, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011.

Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12 (2): 363-372.

Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*. 2007; 5(8): 107-124.

Ministério da Saúde. Brasil. 2006.

Saar CRC e Trevisan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(1): 106-112.

Marco MA. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006; 30(1): 60-72.

Floriani CA. *Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte*. [Doutorado]: s.n., 2009.

Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2010; 17(1): 165-180.

Kovacs MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*. 2010; 34(4): 420-429.

Marreiro, CL. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. Rev. Bioét. 2013; 21(2): 308-317.

Hohendorff JV, Melo WV. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. Estud. pesqui. Psicol. 2009; 9(2): 0-0.

Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006.

Ciosak SI, Braz E, Costa MFB, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, Rocha AC. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2): 1763-1768.

Lebrão, ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007; 4(17): 135-140.

Silva EMM, Gallo AKG, Santos DM, Barão VAR, Freitas Júnior AC. Enfermidades do Paciente Idoso. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2007; 7(1): 83-88.

Camara FM, Gerez AG, Miranda MLJ e Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. ACTA FISIATR. 2008; 15(4): 249-262.

Lourenço TM, Nelanrdt MH, Kletemberg DE, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. Gaúcha Enferm. 2012; 33(2): 176-185.

Nogueira S, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ e Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Rev Bras Fisioter. 2010; 14(4): 322-329.

Prochet TC e Silva MJP. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. Rev Rene. 2011; 12(4).

Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA e Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública. 2006; 40(2): 346-352.

Matos E, Pires DEP e Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. 2009.

Silva AAN e Arrais AR. O luto complicado diante da finitude de idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde. Rev. Kairós. 2015; 18(2): 247-264.

Pinho MSG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciênc. Cogn. 2006; 8: 068-087.

Machado KDG, Pessini L e Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. Centro Universitário São Camilo. 2007; 1(1): 034-042.

Oliveira AC e Silva MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2): 212-217.

Filho RCC, Costa JLF, Gutierrez FLBR e Mesquita AF. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2008; 20(1): 088-092.

Consolim L. O papel do médico na equipe. *Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 2009; 214-215.

Firmino F. Papel do enfermeiro. *Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 2009; 216-217.

Silma MM e Moreira MC. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(3): 483-490.

Monteiro FF, Oliveira M e Vall J.A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. *Rev Dor*. 2010; 11(3): 242-248.

Oliveira ET, Lima Junior JFL, Soares FNS e Maia ER. A odontologia social no contexto da promoção da saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2008; 21(1): 075-079.

Jales SMC e Siqueira JTT. Papel do dentista na equipe de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. 2009; 241.

Godoi APT, Franceso AR, Duarte A, Kemp APT e Silva-Lovato CH. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2009; 38(2): 105-109.

Ferreira AAA, Pivezam G, Werner CWA e Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 211-218.

Siqueira JT, Jales S e Vilarim RCB. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em pacientes com câncer. 2009; 2: 12-33.

Oliva A e Miranda AF. Cuidados Paliativos e odontogeriatria: Breve comunicação. *REVISTA PORTAL de Divulgação*. 2015; 44.

Pinto AC. Papel do fonoaudiólogo na equipe. *Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 2009; 234-236.

Bilton TL, Suzuki H, Soares LT e Venites JP. Fonoaudiologia em gerontologia. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2006: 118-179.

Calheiros A e Albuquerque CCL. A vivência da Fonoaudiologia na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012; 11(2).

Wittmann-Vieira R e Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta paul enferm*. 2012; 25(3): 334-339.

Padovani AR et al. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) Dysphagia Risk Evaluation Protocol. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; 12(3):199-205.

Nascimento AG. Papel da nutricionista na equipe. Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009: 227-229.

Silva DA, Santos EA, Oliveira JR. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. Mundo da Saúde. 2009; 33(3): 358-364.

Carvalho MCVS, Luz MT, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(1): 155-163.

Corrêa PH; Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. Rev bras cancerol. 2007; 53(3): 317-323.

Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25(9): 1875-1882.

Silva PB, Lopes M, Trindade LCT e Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Revista Dor. 2010; 11(4): 282-288.

Andrade BA, Sera CTN e Yasukawa SA. Papel do fisioterapeuta na equipe. Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009: 230-233.

Girão M, Alves S. Fisioterapia nos cuidados paliativos. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP. 2013; 5: 34-41.

Florentino DM, Sousa FRA, Maiworn AI, Carvalho ACA e Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012; 11(2).

Cavalcanti A, Lopes RE e Galheigo SM. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2007; 15(1).

Othero MB. Papel do terapeuta ocupacional na equipe de Cuidados Paliativos. anual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009: 237.

Bigatão MR, Mastropietro AP, De Carlo MMRP. Terapia ocupacional em oncologia—a experiência do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Otheroff B. Terapia ocupacional práticas em oncologia. 2010: 302-322.

Ovando LMK e Couto TV. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. Mundo Saúde. 2010; 34(2): 176-182.

Garcia-Schinzari NR, Sposito AMP e Pfeifer LI. Cuidados paliativos junto a crianças e adolescentes hospitalizados com câncer: o papel da terapia ocupacional. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(2): 239-247.

Nunes LV. O papel do psicólogo na equipe. anual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009: 218-220.

Porto G e Lustosa MA. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. Revista da SBPH. 2010; 13(1): 76-93.

Sapeta P. Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. Revista Dor. 2007; 1: 17-21.

Inocenti A, Rodrigues IG e Miasso AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009; 11(4): 858-865.

Sanches KOL, Ferreira NMLA, Dupas G e Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(2): 290-299.

Ferreira NMLA, De Souza CLB e Stuchi Z. Cuidados paliativos e família. Revista de Ciências Médicas-ISSN. 2012; 17(1).

Kruse MHL, Wittmann-Vieira R, Ambrosini L, Niemeyer F e Silva FP. Cuidados paliativos: uma experiência. Revista HCPA. 2007; 27(2): 69-73.