

ENVELHECIMENTO E SAÚDE: A URGÊNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.

Cleide Marques Cunha Kabariti

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Ciências Médicas e Paramédicas Fluminense. Graduação em Letras pela Unilavras-Universidade de Lavras MG. Pós Graduada em Psicanálise. Pós Graduada em TCC Terapia Cognitivo Comportamental de Alta Performance. Especialização em PNLH(Programação Neurolinguística Hipnotica). É meditadora de Vipassana(Tecnica Indiana de Meditação). Diretora e Gestora de Congressos e Feiras Nacionais desde 2001. Participante do grupo Anima de Apoio Terapeutico no HC-Hospital das Clínicas. Participantes do grupo de Ouvidores de Vozes. Diretora de famtour da AVIRRP(Assoc Agencias de Viagens do inteior paulista)

Mislene Nunes Cardoso

Graduanda de Psicologia pela Faculdade Unime-Lauro de Freitas, Bahia
mislenencardoso@gmail.com

Laisa Cavalcanti Costa

Graduanda de Psicologia pela UNIFAMEC-Bahia
laisacavalcanti12@gmail.com

Este artigo analisa a importância do atendimento geriátrico especializado no período pós-cirúrgico, com foco nas características fisiológicas dos idosos e seu impacto na recuperação. A revisão integrativa da literatura destaca a relevância dos cuidados paliativos, suporte emocional, e a aplicação de tecnologias na promoção da saúde e bem-estar de pacientes idosos. A discussão enfatiza a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde e a expansão de políticas públicas que integrem esses cuidados, visando garantir uma assistência digna e eficaz, especialmente nos estágios finais da vida. Conclui-se que a abordagem multidisciplinar e integrada é essencial para melhorar a qualidade de vida dos idosos no contexto pós-operatório.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente, trazendo à tona desafios específicos na área da saúde. Entre eles, destaca-se o aumento da necessidade de procedimentos cirúrgicos em idosos uma vez que essa faixa etária é mais propensa a desenvolver condições que requerem intervenções médicas complexas. No entanto, o processo de recuperação pós-cirúrgica em pacientes geriátricos exige um cuidado especializado que vai além do tratamento convencional. A fragilidade física, a presença de comorbidades e a resposta diferenciada aos tratamentos tornam o atendimento geriátrico uma peça-chave para a recuperação efetiva e segura desses pacientes. Este artigo explora a importância da assistência geriátrica no contexto pós-cirúrgico, destacando os cuidados específicos como cuidados paliativos; manutenção da saúde física e mental; suporte emocional a familiares e cuidadores, e o uso de tecnologias para promover a saúde e o bem-estar dos pacientes idosos. Este trabalho apresenta uma revisão de literatura sobre cuidados paliativos, abordando aspectos histórico-conceituais e sua interface com as políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde. Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e

alívio do sofrimento. Os CP exigem identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de problemas físicos, psicossociais e espirituais. O objetivo deste estudo é incentivar uma reflexão sobre a temática dos CP, contribuindo para seu aprofundamento e disseminação nos âmbitos acadêmico, profissional e social. Os resultados evidenciam a necessidade urgente de debates e construções teóricas mais amplas sobre CP, revelam uma lacuna significativa na formação de profissionais de saúde para atuação nessa área e destacam a importância da ampliação de serviços dedicados aos CP. A disseminação desse tema contribui para o debate nas políticas públicas de saúde e auxilia no processo de capacitação de profissionais para atuarem com competência e respeito à dignidade humana até os últimos momentos de vida dos pacientes. Todo profissional de saúde precisa ter capacitação de Cuidados Paliativos. O Brasil irá envelhecer e para uma população envelhecida haverá necessidade de atenção especial e de profissionais capacitados. Há pessoas em sofrimento e correndo risco de vida e que precisam de programas de serviços multiprofissionais para atuar e salvar vidas de idosos. É imperativo promover uma revolução no estudo da longevidade, cujo impacto se estenderá por toda a sociedade. A saúde, nosso bem mais precioso, deve ser tratada com o cuidado que merece. Somos o reflexo de nossas escolhas diárias, desde a alimentação até nossos hábitos de descanso e as atividades que realiza

mos ao longo do dia. Cada aspecto da nossa rotina contribui para o nosso bem-estar e qualidade de vida. Segundo o médico Dr Sergio Rego (2006), a morte é um tema implícito tanto na prática em saúde como na formação dos profissionais de saúde. Há uma tendência dos profissionais de saúde em reduzir esta análise apenas aos aspectos técnicos. Este artigo analisa a importância da adoção de uma assistência de qualidade no final da vida como norteador da atenção à saúde pública. Destacamos aspectos relevantes para a formação dos profissionais de saúde para que respeitem as diferenças morais.

METODOLOGIA

Este estudo foi conduzido por meio de uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de reunir e analisar pesquisas já publicadas sobre o atendimento geriátrico especializado no contexto pós-cirúrgico. A busca por artigos científicos, teses, dissertações e documentos oficiais foi realizada em bases de dados como Scielo, e Google Scholar, utilizando descritores como “geriatria”, “pós-operatório”, “cuidados paliativos” e “tecnologia para os cuidados com idosos”. Foram incluídos estudos que abordassem as particularidades fisiológicas dos idosos, a resposta à anestesia e medicamentos, bem como a importância dos cuidados paliativos e do suporte emocional. A análise dos dados seguiu uma abordagem qualitativa, centrada na identificação dos principais desafios e práticas eficazes no cuidado pós-cirúrgico de pacientes geriátricos. Os resultados foram sintetizados de forma a oferecer uma visão abrangente das melhores práticas e da necessidade de formação continuada dos profissionais de saúde. Além disso, a interface entre políticas públicas e cuidados paliativos foi explorada para discutir a necessidade de expansão e capacitação dos serviços de saúde voltados para a população idosa.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno global que impõe desafios importantes aos sistemas de saúde, especialmente no atendimento pós-cirúrgico de idosos. Devido às alterações fisiológicas associadas à idade, essa faixa etária é mais suscetível a complicações após cirurgias, necessitando de cuidados especializados. resposta dos idosos à anestesia e aos medicamentos, aliada à alta incidência de comorbidades, exige abordagens específicas para assegurar uma recuperação segura e eficaz. Serão discutidas as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento e como estas influenciam a recuperação pós-operatória, bem como as diferenças na resposta à anestesia e às medicações em pacientes geriátricos. Neste contexto, o papel dos cuidados paliativos e do suporte emocional para pacientes e seus familiares emerge como um componente crucial do processo de recuperação, proporcionando não apenas alívio do sofrimento, mas também uma melhor qualidade de vida

A necessidade de integrar tecnologias modernas nos cuidados geriátricos, assim como de capacitar adequadamente os profissionais de saúde, reforça a urgência de uma abordagem multidisciplinar e integrada. Diante desse cenário, este estudo justifica-se pela lacuna existente na literatura e na prática clínica quanto à sistematização do conhecimento sobre o atendimento geriátrico pós-cirúrgico, particularmente no que tange à interação entre cuidados paliativos, suporte emocional e uso de tecnologias. Ao abordar esses aspectos, o presente artigo visa contribuir para o aprimoramento das práticas de saúde, incentivando a formação contínua dos profissionais, a implementação e investimentos da tecnologia nos cuidados e o desenvolvimento de políticas públicas que atendam de maneira eficaz às necessidades desta população em crescimento.

CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO PÓS-CIRÚRGICO: ABORDAGEM INTEGRAL AO PACIENTE IDOSO

Os cuidados paliativos no pós-operatório asseguram a qualidade de vida e o bem estar dos pacientes idosos que apresentam maior vulnerabilidade devido a comorbidades associadas ao envelhecimento. Nesse sentido, a abordagem integral vai além do controle de sintomas físicos, como a dor, incorporando suporte nutricional adequado, que é essencial para a recuperação e prevenção de complicações. O gerenciamento da dor é crucial para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar, enquanto a mobilização precoce auxilia na recuperação funcional, prevenindo a perda de massa muscular e o surgimento de úlceras de pressão. Além disso, a abordagem integral no cuidado do paciente idoso inclui a consideração dos aspectos psicossociais, garantindo suporte emocional e social, o que é vital para a adaptação do paciente às mudanças impostas pela cirurgia. Essa estratégia multidisciplinar não só promove uma recuperação mais eficiente, mas também respeita a dignidade e as preferências do paciente, resultando em um cuidado mais humanizado e centrado nas necessidades individuais.

AVALIAÇÃO E SUPORTE NUTRICIONAL

A avaliação e o suporte nutricional são componentes críticos na assistência geriátrica, especialmente para a recuperação pós-cirúrgica e o manejo de condições como a desnutrição e a sarcopenia. A nutrição adequada desempenha um papel fundamental na recuperação pós-cirúrgica, promovendo a cicatrização, reduzindo o risco de complicações e inflamações, acelerando o retorno à funcionalidade. Em pacientes geriátricos, a identificação precoce de desnutrição e sarcopenia é essencial, pois essas condições estão associadas ao aumento da morbidade, prolongamento do tempo de interna-

ção e piora da qualidade de vida. No livro "Sarcopenia: Diagnosis and Management of Sarcopenia and Frailty," escrito por John E. Morley, destaca-se que a desnutrição é um dos principais fatores que agravam a sarcopenia, com impactos negativos substanciais na funcionalidade e na mortalidade dos idosos. Esta relação é amplamente reconhecida na geriatria, reforçando a importância de intervenções nutricionais precoces para mitigar esses efeitos. O manejo eficaz inclui intervenções nutricionais personalizadas, como a suplementação proteica e calórica, além de um monitoramento contínuo para garantir que as necessidades energéticas e nutricionais sejam atendidas adequadamente. Este suporte nutricional é vital para promover a autonomia funcional e melhorar os desfechos clínicos em idosos.

CONTROLE DA DOR

O controle da dor é um fator importante dentro dos cuidados paliativos. Pois, a resposta a analgésicos pode ser complexa devido às alterações fisiológicas do envelhecimento e à presença de comorbidades. Uma abordagem eficaz deve ser individualizada, considerando tanto o alívio da dor quanto a minimização de efeitos colaterais que possam comprometer a recuperação. Métodos multimodais, combinando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, são recomendados para maximizar o conforto do paciente. Além disso, o monitoramento contínuo e a adaptação do plano terapêutico são cruciais para assegurar que a dor seja controlada de forma segura e eficaz, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida do paciente idoso. Além disso, a prevenção e o manejo do delírium, uma complicação comum em pacientes idosos, são fundamentais. Estratégias preventivas incluem a manutenção da orientação temporal e espacial, o controle eficaz da dor e a criação de um ambiente de recuperação tranquilo. O tratamento do delírium requer a identificação e o manejo das causas subjacentes, juntamente com suporte psicossocial.

A MOBILIZAÇÃO PRECOCE

A mobilização precoce é crucial para prevenir que ocorra complicações no pós-operatório, como trombose venosa profunda e pneumonia, que são particularmente preocupantes em pacientes idosos. Este processo envolve estimular o paciente a se movimentar o mais cedo possível após a cirurgia, promovendo a circulação sanguínea e a função pulmonar, o que ajuda a reduzir significativamente os riscos de formação de coágulos e infecções respiratórias. No entanto, para que essa mobilização seja eficaz, é essencial que os planos de reabilitação sejam individualizados, levando em consideração a condição física específica de cada paciente, bem como seu nível de fraqueza e limitações. Isso requer uma avaliação contínua da funcionalidade do paciente, com ajustes frequentes para assegurar que o programa de reabilitação esteja alinhado com suas capacidades e progresso. Diante desse retrato complexo e desafiador da realidade, os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil na última década. Diferencia-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentam doenças graves, ameaçadoras da vida. Esse conceito se aplica, de fato, ao paciente e seu entorno, que adoce e sofre junto - familiares, cuidadores e também a equipe de saúde (Matsumoto, 2012). Além da mobilização, a nutrição desempenha um papel crucial na recuperação pós-operatória. A alimentação adequada é fundamental para fornecer os nutrientes necessários para a cicatrização e para manter a força física do paciente, prevenindo a desidratação e deficiências nutricionais, que podem agravar o quadro clínico. A dieta deve ser cuidadosamente ajustada de acordo com as necessidades de cada indivíduo, considerando possíveis restrições alimentares e condições pré-existentes. Paralelamente, a prevenção de infecções para

e de complicações cardiovasculares e respiratórias, que são comuns em pacientes idosos, exige um monitoramento contínuo e minucioso. O acompanhamento constante permite a detecção precoce de sinais de complicações, possibilitando intervenções rápidas e eficazes, que são cruciais evitar a deterioração do estado de saúde do paciente. Em resumo, a recuperação pós-operatória bem-sucedida de idosos depende de uma abordagem multidisciplinar que integra mobilização precoce, nutrição adequada e prevenção rigorosa de complicações, adaptada às necessidades específicas de cada paciente.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Como o apoio familiar, desempenham um papel vital na recuperação do paciente idoso. A presença da família pode reduzir o estresse e a ansiedade, além de garantir a adesão ao tratamento e proporcionar conforto emocional, aspectos cruciais para uma recuperação bem-sucedida. O planejamento cuidadoso da alta hospitalar, incluindo o suporte domiciliar e a continuidade dos cuidados, é essencial para evitar reversão e garantir uma transição segura para o ambiente doméstico. Por fim, a comunicação eficaz entre a equipe multidisciplinar, o paciente e a família são fundamentais para garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de maneira integrada e personalizada.

A consideração das preferências e valores do paciente deve guiar as decisões de cuidado e tratamento, reforçando a importância de uma abordagem holística no contexto dos cuidados paliativos pós-cirúrgicos. Essa abordagem integral e humanizada visa não apenas à recuperação física do paciente idoso, mas também à manutenção de sua qualidade de vida, evidenciando a importância da avaliação como parte integrante do cuidado cirúrgico. Segundo Rego e Palácios (2006), a questão da morte está presente de maneira implícita na prática e na formação dos profissionais da saúde. Contudo, eles ressaltam que, frequentemente, a abordagem

desse tema entre os profissionais tende a se limitar a aspectos técnicos, tanto no atendimento direto quanto nas ações de saúde pública.

Além disso, os autores apontam que a maioria dos hospitais no Brasil carece de diretrizes claras sobre como lidar com pacientes em fase terminal. Também não há registros sistematizados que documentam de forma adequada como esses últimos momentos são vivenciados, tanto pelos pacientes quanto por seus familiares (Rego; Palacios, 2006, p. 1757-1759). No Brasil, a prática dos cuidados paliativos é emergente desde o final da década de 1990. Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados. Por estar bastante desatualizado, referimo-nos aqui a dois Encontros Brasileiros de Serviços de Cuidados Paliativos, organizados pelo Hospital Premier nos anos 2012 e 2014 e que geraram as primeiras publicações científicas sobre o perfil de serviços no Brasil. O primeiro estudo foi apresentado no 13º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Praga, República Checa, em 2013, e o segundo no 14º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Copenhague, Dinamarca, em 2015. No estudo publicado em 2015 por Othero et al., participaram 68 serviços brasileiros de cuidados paliativos. Consta desses registros que metade dos serviços localizados atua no estado de São Paulo (50%). Segundo a pesquisa, o modelo de atendimento mais prevalente é o do tipo ambulatorial (53%), a população típica é mista, isto é, oncológicos e não oncológicos (57%), prevalece a assistência a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (50%). Em 30 de abril de 2016, o Hospital Premier realizou o Fórum de Serviços Brasileiros de Cuidados Paliativos na cidade de São Paulo. Nele, firmou-se o compromisso de elaborar, para 2018, o Atlas Brasileiro de cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida

de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2007, p.3). Os serviços de Cuidados Paliativos podem ser providos em diferentes modelos: hospitais exclusivos (tradução em português para o termo hospice), Enfermarias em hospitais gerais, Equipe interconsultora, Ambulatório, Assistência Domiciliar, Hospedarias e Hospital-Dia. Galriça Neto (2010) recomenda que não há um modelo único e ideal para a prestação dos cuidados, devendo esse ser determinado com base nas necessidades e recursos locais. Entretanto, a existência de equipes de referência e de equipes de apoio ou suporte é fundamental, bem como a necessidade de formação de todos os profissionais de saúde para prestar medidas paliativas básicas, denominadas ações paliativas.

MUDANÇAS FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO E SEUS IMPACTOS NA RECUPERAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

O envelhecimento é um processo natural que acarreta diversas mudanças fisiológicas, as quais têm impacto direto na saúde e na capacidade de recuperação de indivíduos idosos após procedimentos cirúrgicos. Com o avançar da idade, ocorrem alterações significativas em sistemas corporais, como o cardiovascular, respiratório, renal e imunológico, que podem aumentar a vulnerabilidade a complicações pós-operatórias. A redução da reserva funcional desses sistemas, aliada à presença frequente de comorbidades, como diabetes e hipertensão, torna a recuperação pós-cirúrgica mais complexa e prolongada.

Além disso, a cicatrização de feridas tende a ser mais lenta, e a resposta ao estresse cirúrgico pode ser menos eficiente, exigindo cuidados específicos e uma abordagem multidisciplinar. Compreender essas mudanças é essencial para o

desenvolvimento de estratégias de cuidado que garantam uma recuperação mais segura e eficaz para a população idosa. Entretanto, o aumento do tempo de vida não tem implicado - necessariamente - melhoria da qualidade de vida na velhice ou após processos de adoecimento. Galriça Neto (2010) aponta que a intensidade da luta pela busca de cura das doenças e a sofisticação dos instrumentos da área da saúde levaram a uma cultura de negação da morte, relegando para um segundo plano as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno, sem a garantia da cura; a morte passou a ser negada e encarada como derrota ou fracasso pelos profissionais de saúde.

A TECNOLOGIA ALIADA AOS CUIDADOS GERIÁTRICOS

A tecnologia tem desempenhado um papel crucial na melhoria da qualidade de vida dos idosos, facilitando tanto os cuidados de saúde quanto as atividades cotidianas. Com o envelhecimento da população, surgem desafios relacionados à mobilidade, segurança, saúde e interação social. Ferramentas tecnológicas, como dispositivos de monitoramento de saúde, assistentes virtuais e aplicativos de telemedicina, permitem o acompanhamento remoto de condições médicas e a comunicação imediata com profissionais de saúde, proporcionando uma maior autonomia e segurança para os idosos. Além disso, a tecnologia auxilia na redução do isolamento social, um problema comum na terceira idade. Plataformas de comunicação online e redes sociais possibilitam que os idosos mantenham contato com amigos e familiares, promovendo o bem-estar emocional e criação de novos laços afetivos. Dispositivos domésticos inteligentes, como alarmes e sensores de movimento, também são aliados na prevenção de acidentes domésticos, oferecendo tranquilidade tanto para os idosos quanto para seus cuidadores e familiares. Em suma, a tecnologia se tornou essencial para garantir que os idosos possam viver de forma mais independente, segura e conectada.

O Comitê de Terapia Ocupacional da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) lançou a série “Ocupações Humanas e Cuidados Paliativos”, composta por seis publicações que abordam a perspectiva de atuação da Terapia Ocupacional em diferentes áreas ocupacionais. O material produzido tem como objetivo sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da dimensão ocupacional do cuidado em Cuidados Paliativos. A série compartilha definições importantes e destaca a relevância da presença dos terapeutas ocupacionais nas equipes de Cuidados Paliativos. Uma vez que a Terapia Ocupacional é uma área da saúde que tem como objetivo promover a independência e a qualidade de vida das pessoas por meio da realização de atividades ocupacionais significativas

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL ADAPTADA A IDOSOS

A aplicação de inteligência artificial (IA) no cuidado de idosos está transformando profundamente a assistência à terceira idade, oferecendo soluções inovadoras que atendem às necessidades específicas dessa população. Com o envelhecimento global da população, há uma crescente demanda por tecnologias que não apenas prolonguem a independência dos idosos, mas também melhorem sua qualidade de vida. Nesse contexto, o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas avançadas, como assistentes virtuais equipados com IA e sistemas de reconhecimento de voz, tem se mostrado promissor. Essas inovações são projetadas para serem intuitivas e acessíveis, facilitando o acesso a informações, o controle de dispositivos domésticos e a manutenção de vínculos sociais, mesmo para aqueles com pouca familiaridade com a tecnologia. A implementação dessas soluções reflete um avanço significativo na personalização do cuidado permitindo um envelhecimento mais saudável e autônomo.

Este artigo explora o impacto dessas tecnologias adaptadas, destacando suas contribuições e desafios na promoção de um cuidado mais eficien-

te e humanizado para a população idosa. Contudo, a IA pode ser utilizada para monitorar a saúde de forma contínua, identificando padrões de comportamento que possam indicar problemas de saúde, como mudanças nos hábitos alimentares ou na mobilidade. Esse monitoramento proativo permite intervenções precoces, evitando complicações e melhorando a gestão de doenças crônicas. A IA também pode ser empregada na personalização de planos de cuidados, adaptando recomendações de acordo com as preferências e condições individuais dos idosos. Com essas inovações, a inteligência artificial (IA) não apenas torna o cuidado com os idosos mais acessível, mas também contribui para um envelhecimento mais saudável e ativo. No dia a dia, a IA auxilia os idosos a manterem sua independência e autonomia. Dessa maneira, os idosos podem continuar vivendo de forma digna, com o suporte necessário para enfrentar os desafios do envelhecimento.

ROBÔS CUIDADORES

Os robôs cuidadores de idosos emergem como uma solução inovadora para o suporte no cuidado à saúde, com particular relevância em cenários pós-operatórios. Esses dispositivos, programados para realizar uma variedade de tarefas, são projetados para monitorar sinais vitais, administrar medicamentos e auxiliar na mobilidade, garantindo que os pacientes sigam as recomendações médicas. No ambiente pós-cirúrgico, onde a atenção constante é crucial, os robôs podem fornecer suporte 24 horas por dia, minimizando riscos e aliviando a carga dos profissionais de saúde e familiares. Equipados com sensores avançados, esses robôs conseguem detectar alterações no estado de saúde do idoso e, se necessário, alertar os cuidadores humanos ou profissionais médicos. Além disso, eles promovem a autonomia dos idosos, incentivando a recuperação ativa ao fornecer lembretes para exercícios de reabilitação e assistência em atividades diárias.

Essa tecnologia não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes, mas também contribui para a redução de complicações pós-operatórias e readmissões hospitalares, ao garantir que o processo de recuperação seja seguido com precisão e eficiência.

A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE PSICOLÓGICO PARA O IDOSO, CUIDADORES E FAMILIARES

O cuidado de idosos, especialmente daqueles com doenças crônicas ou em fase terminal, pode ser uma tarefa emocionalmente desgastante para cuidadores e familiares. A pressão constante, o isolamento social e o peso das responsabilidades podem levar ao esgotamento físico e mental, tornando essencial o suporte psicológico. Segundo a psicóloga Pauline Boss, a experiência de "luto ambíguo" é comum entre cuidadores, caracterizada pela presença física do idoso, mas com a perda gradual de suas capacidades. Esse fenômeno pode gerar sentimentos de tristeza, culpa e confusão, dificultando o processo de adaptação. Portanto, o suporte psicológico é fundamental para ajudar cuidadores e familiares a lidar com essas emoções, prevenindo o esgotamento e promovendo o bem-estar emocional durante o processo de cuidado. Ademais, dentro do contexto de cuidado ao idoso, especialmente no período pós-operatório, diversas diretrizes se mostram essenciais para a prática clínica segura e baseada em evidências.

A Diretriz de Avaliação Geriátrica Global é fundamental, pois promove uma avaliação multidimensional do idoso, abordando aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais, o que é crucial para um manejo eficaz após a cirurgia. O Protocolo de Prevenção de Quedas e Fraturas é outro recurso importante, fornecendo recomendações específicas para a mobilidade e segurança do idoso no período pós-operatório, minimizando o risco de complicações adicionais. Entretanto, o Guia de Cuidados Paliativos é indispensável para o manejo de pacientes em fase terminal, especialmente relevante no contexto pós

-operatório de idosos com condições graves. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) se destaca como uma referência essencial, oferecendo recursos abrangentes que orientam a prática clínica e garantem cuidados de alta qualidade para a população idosa.

O PAPEL DO PSICÓLOGO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS ATIVOS E EM CUIDADOS PALIATIVOS

No processo de envelhecimento, os idosos enfrentam uma série de desafios que podem impactar significativamente sua saúde mental e bem-estar. Tanto os idosos que ainda se mantêm ativos quanto aqueles que estão em cuidados paliativos requerem um olhar atento e uma abordagem especializada para garantir que suas necessidades emocionais e psicológicas sejam plenamente atendidas. Neste contexto, o papel do psicólogo se destaca como essencial, proporcionando suporte emocional, auxiliando na adaptação às mudanças inerentes ao envelhecimento e promovendo a qualidade de vida. Este artigo explora a importância da atuação do psicólogo na promoção da saúde mental dos idosos, tanto para aqueles que continuam a participar ativamente da vida social e cognitiva, quanto para os que se encontram em situações de cuidados paliativos, onde o foco está no alívio do sofrimento e na dignidade até o final da vida. A promoção de resiliência e aceitação é um dos focos do trabalho do psicólogo, auxiliando o idoso a lidar com as inevitáveis perdas e desafios da vida, além de fomentar um senso de propósito e pertencimento. A intervenção pode incluir o desenvolvimento de estratégias para manter a autoestima e a identidade do mesmo, prevenindo assim, o isolamento social e incentivar a participação em atividades que promovam o bem-estar físico e mental.

DESAFIOS MENTAIS ENFRENTADOS POR FAMILIARES E CUIDADORES

O cuidado de idosos, independentemente de sua condição, representa um desafio profundo para a saúde mental dos cuidadores. A tarefa de acompanhar indivíduos em processo de envelhecimento, seja mantendo a independência de idosos ainda ativos ou oferecendo suporte em cuidados paliativos, exige uma dedicação intensa, tanto emocional quanto física. Esses cuidadores frequentemente se deparam com a deterioração gradual das capacidades dos idosos, enfrentando o luto antecipado e a necessidade constante de tomar decisões difíceis, muitas vezes em condições de alta pressão. Tais responsabilidades podem levar ao esgotamento, afetando não apenas a qualidade do cuidado prestado, mas também o bem-estar psicológico do cuidador. Este artigo explora os impactos mentais que surgem nesse contexto, destacando a importância de reconhecer e abordar os desafios psicológicos enfrentados por aqueles que dedicam suas vidas ao cuidado dos idosos. Nesse cenário, um estudo da American Psychological Association (APA) revela que aproximadamente 40% dos cuidadores de idosos enfrentam altos níveis de estresse, e 30% apresentam sintomas de depressão. Portanto, o cuidado de idosos em cuidados paliativos representa um desafio emocional ainda mais intenso, exigindo dos cuidadores uma resiliência extraordinária diante da iminência da perda. Para os cuidadores de idosos ativos, o desafio reside em equilibrar o apoio necessário com o respeito à autonomia do idoso. Ambos os cenários demandam não apenas habilidades práticas, mas também um suporte emocional robusto. A falta desse suporte pode levar ao esgotamento, manifestando-se em fadiga crônica, irritabilidade e, em casos mais graves, transtornos de saúde mental. Esses dados ressaltam a importância de intervenções psicológicas direcionadas para sustentar os cuidadores, permitindo que eles gerenciem o estresse e mantenham a qualidade do cuidado oferecido aos idosos.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em cuidados paliativos, o papel do psicólogo assume uma importância ainda maior e exige uma abordagem especialmente sensível. A principal função do psicólogo nesse contexto é aliviar o sofrimento emocional do idoso e de seus familiares, garantindo que, mesmo diante de uma condição terminal, a qualidade de vida seja preservada. O apoio psicológico foca em ajudar tanto o paciente quanto seus entes queridos a se adaptarem à nova realidade, oferecendo conforto emocional e promovendo uma despedida digna e serena. O psicólogo trabalha para identificar e tratar sintomas como ansiedade, depressão e medo, que são comuns nessa fase da vida. Além disso, o apoio psicológico pode ajudar a pessoa idosa a encontrar sentido e serenidade, facilitando a elaboração do processo de luto antecipado e promovendo uma despedida digna e em paz. A relação com a família é um componente essencial do trabalho do psicólogo em cuidados paliativos. O apoio emocional aos familiares, auxiliando-os a lidar com a iminência da perda e o processo de luto, é fundamental para garantir que o idoso receba um cuidado integral e humanizado. Como destacado por Neri (2013) no livro: *Velhice e Sociedade*, “a família desempenha um papel crucial no suporte emocional e na manutenção da saúde mental dos idosos, especialmente em momentos de transição e fragilidade, oferecendo um sentido de pertencimento e continuidade que é vital para o bem-estar psicológico nessa fase da vida.” Esse suporte familiar, aliado à intervenção psicológica, contribui para um cuidado mais abrangente e compassivo, respeitando as necessidades emocionais tanto do idoso quanto de seus entes queridos. As intervenções cirúrgicas em pacientes de idade avançada foram muito tempo vistas com pessimismo. A velhice representava um obstáculo intransponível e desanimador à terapêutica cirúrgica.

Os fenômenos próprios da senilidade eram encarados como entidades mórbidas, para os quais a ciência era impotente. Com os progressos da geriatria, causa e consequência do aumento crescente da população idosa, sobretudo em países desenvolvidos, as pesquisas recentes para o prolongamento da vida útil do homem e a consciência da possibilidade da participação efetiva do homem idoso na vida comunitária, abrem uma dimensão nova para grande número de indivíduos, antes relegados à marginalidade, à dependência e à caridade familiar e comunitária. O enfoque se desloca da sensibilidade como doença para considerá-la desgaste fisiológico, não só possível de ser estacionado, mas regressivo e, sobretudo, prevenível. Diante destas novas aberturas, as entidades mórbidas do velho, que exigem tratamento cirúrgico perdem, pouco a pouco, suas características assustadoras. Paralelo a este processo, os avanços dos meios de diagnóstico, da cirurgia, da anestesia, dos recursos terapêuticos, assim como o surgimento de metodologias que permitem identificar as necessidades peculiares, não só aos indivíduos de certa faixa etária, mas sobretudo, às individualidades têm reduzido consideravelmente a mortalidade operatória em geriatria. Convém, entretanto, atentarmos para a nossa realidade. Nossa experiência cotidiana evidencia que a grande maioria de pacientes geriátricos admitidos em nossos serviços cirúrgicos é carente desde a infância. As subcondições de vida, evidentemente, repercutem através dos anos, determinando fenômenos degenerativos precoces. Por esta razão, de pouco valor é a idade cronológica de um paciente. Mais importante é atender para a sua idade fisiológica. Tentamos neste trabalho, levantar os principais problemas do paciente geriátrico face à cirurgia. Não tivemos em nenhum momento, a ingenuidade de tentar esgotar o assunto ou de fornecer soluções prontas. Desacreditamos, em princípio, de listas

de cuidados ou receitas que possam ser aplicadas à massa de indivíduos, pois entendemos que homens não são réplicas uns dos outros. A forma aqui usada para a abordagem do problema é a Instrução Programada. Acreditamos que ela se presta à apresentação do tema com a objetividade que desejamos. A fragmentação do assunto apresentado, num encadeamento lógico e gradativo facilita a apreensão dos conceitos. O leitor participa ativamente, daquilo que lê através do estímulo-resposta que cada quadro oferece. A leitura torna-se mais atrativa porque cria a tensão para dar a resposta certa e a verificação dos resultados é imediata. Como a leitura exige participação, você observará que após cada informação contida dentro de um quadro segue-se, logo abaixo, afirmativas incompletas. Para completá-las, basta preencher os espaços em branco, com a palavra ou palavras que faltam e que, via de regra, estão expressas no quadro. Você observará ainda, que após cada lacuna existe um número. Este número corresponde ao da resposta, que pode ser conferida na última página. Entretanto, é conveniente que você só confira as respostas ao terminar todo o programa. Feito isto, você deve procurar responder ao pequeno teste. Assim, você mesmo avaliará o quanto reteve do assunto. Procure trabalhar dentro do seu próprio ritmo. Não se apresse. Analise com atenção as suas respostas. Homens e mulheres de hoje já experimentam uma nova ventura - a longevidade. Condição essa que pode tornar-se desventura a depender de como a sociedade consiga responder ao enigma que se apresenta a todos, sobretudo pesquisadores e estudiosos não só da Medicina e da Saúde, mas das mais diversas áreas do conhecimento, gestores da área pública ou privada, intelectualidade e também artistas. Afora as diversas e variadas concepções filosóficas que cercam as discussões sobre a a condição humana, a vida e nosso tempo nela, o fato é que o ser humano está vivendo mais.

E se os avanços científicos e tecnológicos são parte responsável na redução da taxa de mortalidade no planeta, a maioria dos idosos acometidos por doenças de alta gravidade, como as crônico-degenerativas, ainda não consegue se beneficiar dos recursos mais modernos à disposição da medicina. Não se trata de mero paradoxo: profissionais da área da saúde, em especial a médica, têm ciência e consciência de que qualquer processo curativo aplicado a uma doença crônica em fase aguda tem resultado quase nulo (Brasil, 2008). Segundo registros da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. O Brasil assiste a um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, grande maioria em unidades de terapia intensiva. Eis um quadro bem comum na fase de grande madureza da vida (Pessini; Bertachini, 2006; ONU, 2012). Os avanços na área da medicina a partir de meados do século XX foram inúmeros. E, com isso, a esperança de vida vem aumentando desde então. Nos Estados Unidos, por exemplo, essa passou de 54 anos em 1920 para 77,3 anos em 2002; já no Reino Unido, entre 1981 e 2011, houve um aumento médio de 4,8 anos na expectativa de vida (Wilson; Cabe-Willians, 2009; Galriça Neto, 2010). De acordo com as estimativas oficiais brasileiras, a esperança de vida ao nascer da população brasileira experimentou um ganho de 2,6 anos, ao passar de 66,0 anos, em 1991, para 68,6 anos, em 2000 (IBGE, 2016). Há uma inversão da pirâmide populacional: o subgrupo de idade entre 80 e 89 anos é o que mais cresce na sociedade moderna (Wilson; Cabe-Willians, 2009). Entretanto, o aumento do tempo de vida não tem implicado - necessariamente - melhoria da qualidade de vida na velhice - ou após processos de adoecimento. Galriça Neto (2010) aponta que a intensidade da luta pela busca de cura das doenças e a satisfação dos instrumentos

da área da saúde levaram a uma cultura de negação da morte, relegando para um segundo plano as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno, sem a garantia da cura; a morte passou a ser negada e encarada como derrota ou fracasso pelos profissionais de saúde. A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter interprofissional, que conta com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente (Maciel, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos neste artigo que o processo de envelhecimento da população brasileira está cada vez mais acelerado e já impõe desafios profundos, urgentes e prioritários para a agenda das políticas públicas e sociais do país, especialmente na área da saúde. Tanto que dados recentes do IBGE mostram que o número de idosos no país aumentou mais de 50% na última década, o que faz que os maiores de 60 anos já representem cerca de 11% da população hoje estimada em 190 milhões de habitantes. Esse aumento é atribuído não só às melhorias nas condições gerais de vida da população nos últimos anos, mas, sobretudo, à queda da taxa de natalidade e à menor taxa de mortalidade em função dos avanços da medicina. Se o comportamento sociodemográfico continuar nesse ritmo, a projeção é que em 2050 o percentual de idosos no Brasil ultrapasse os 22% e a expectativa média de vida alcance os 82 anos (Brasil, 2008). Nesse quadro *sui generis*, os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência.

A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar. Vimos também que, no Brasil, a prática paliativista data do final da década de 1990. Dois encontros nacionais promovidos em São Paulo pelo Hospital Premier, em 2012 e 2014, com o intuito de inventariar os serviços de Cuidados Paliativos existentes no país, geraram as primeiras publicações científicas sobre o perfil desses serviços. Desses dados constam registros de 68 serviços no Brasil, metade deles é pública, localizados no estado de São Paulo, mantendo modelo de atendimento de tipo ambulatorial, onde prevalece a assistência a adultos e idosos. Nesse contexto ainda prospectivo, faz-se importante registrar que não há leis constitucionais sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. Entretanto, diversos avanços nesse sentido ocorreram na última década. O Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão que regulamenta e fiscaliza a prática médica, publicou diferentes resoluções diretamente relacionadas ao tema e que certamente promoverão reflexões e avanços importantes nessa área. Vale a pena destacar quatro delas: sobre a legitimidade da ortotanásia (Resolução CFM 1.805/06); sobre o novo Código de Ética Médica no qual os cuidados paliativos são diretamente mencionados (Resolução CFM 1.931/09); regra que define a Medicina Paliativa como área de atuação (Resolução CFM 1.973/12) e a Resolução CFM 1.995/12, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Tais reflexões nos remetem à importância de o cuidado ser algo a ser compartilhado - e não apenas por quem atua na saúde ou em outras áreas do conhecimento, mas por toda a sociedade. Daí o acento multi e transdisciplinar que a abordagem do tema reclama. Cuidados paliativos e o moderno movimento *hospice*: origens e conceitos.

CAPÍTULO 06

Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida, e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte (Saunders, 2004). Em princípio, o termo paliativo não esteve associado a cuidados dedicados às pessoas com doenças ameaçadoras da vida. Porém, a essência do termo revela sinais de cuidado e atenção; uma vez que, “paliativo” é derivado do latim “pallium”, que significa capa, manto e está relacionado ao casaco de lã que os pastores de ovelhas utilizam para enfrentar o frio e o clima inconstante (Kovács, 1999). O nascedouro dos CP tem suas raízes no pensamento filosófico do moderno movimento hospice, também conhecido como “assistência hospice” (Pessini, & Bertachini, 2006). Mais do que um “ato de caridade”, o moderno movimento hospice era regido por uma filosofia do cuidado, da acolhida e hospitalidade. Há indícios de que os hospices surgiram há muitos séculos na Europa como sendo lugares de acolhimento e cuidados especiais (Saunders, 2004). Já na antiguidade, algumas referências revelam indícios de lugares onde as pessoas buscavam proteção, acolhimento e alívio para o sofrimento muito mais do que o objetivo de cura. Durante as Cruzadas na Idade Média, esses lugares foram se ampliando de tal modo que se tornavam casas de acolhimento e de caridade para doentes e moribundos geralmente advindos das guerras (Carvalho, & Parsons, 2012).

Também durante a Idade Média, por volta do século IV, alguns estabelecimentos, dirigidos por religiosos, albergavam cristãos em peregrinação para que eles recuperassem suas forças e seguissem com sua jornada (Saunders, 2004). Com a expansão da filosofia do movimento hospice, esses lugares de acolhida e cuidados foram deixando o aspecto de caridade e assumindo uma caracterização hospitalar, originando os hospices.

Tal expansão contribuiu a que o moderno movimento hospice resplandecesse, incorporando a missão de acolher, cuidar e tratar os doentes e moribundos, resguardando-lhes a dignidade na vida e na morte. Na atualidade os hospices, de acordo com Maciel (2012), podem ser definidos como um local, uma instituição de média complexidade, onde a filosofia dos CP é praticada com protagonismo. A inglesa Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica, teve uma participação substancial para a ampliação do movimento hospice. E um dos pontos de partida para que Saunders assumisse o compromisso com essa nova forma de cuidar foi sua relação de cuidado com David Tasma, um judeu de 40 anos, morador do Gueto de Varsóvia, com diagnóstico de carcinoma retal inoperável. Ele havia passado por uma colostomia paliativa e era atendido por Saunders, que o visitou até a sua morte. Saunders tinha com ele longas conversas e cuidados para minimização de seu sofrimento, tratando-lhe com dignidade até os últimos dias de sua vida. Por sua vez, David Tasma, mesmo com poucas condições financeiras, deixou uma pequena herança e uma carta que dizia: “Eu serei uma janela na sua Casa”. Mais do que uma janela, David Tasma se tornou um símbolo de incentivo tanto para profissionais quanto pacientes que chegavam ao St. Christopher's Hospice, criado em 1967 por Saunders. Esse hospice foi o primeiro serviço que oferecia cuidado integral ao paciente, desde controle de sintomas, alívio da dor e até atenção psicológica. Esse cuidado se dirigia para os doentes incuráveis como uma forma de resposta ativa para sanar o sofrimento dessas pessoas em busca de qualidade de vida (Floriani, Schramm, 2008).

Desde então, o movimento hospice incorpora essa missão de acolher, cuidar e tratar a doença como uma jornada que será percorrida pelo doente e pela família/cuidador. O St. Christopher's Hospice tornou-se um grande centro de ensino e pesquisa que permitiu a disseminação dessa nova forma de cuidar e contribuiu à consolidação dos CP.

Prestava assistência integral não só aos doentes, mas também aos familiares e proporcionou um novo olhar sobre as doenças e a morte. O CP, no que se refere ao termo em si, foi uma criação de um médico cirurgião canadense chamado Balfour Mount, no início da década de 70 do século XX. Logo, o termo foi incorporado ao moderno movimento hospice, que antes disso utilizava a terminologia “cuidado hospice” para designar a filosofia em prática, ou seja, a clínica do cuidado propriamente dita, pautada em princípios éticos e humanos para garantir dignidade até o fim da vida (Floriani, 2009; Maciel, 2012). Com o passar dos anos e das práticas em CP, a OMS define, em 1990, CP como sendo o cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não responde de modo positivo ao tratamento de cura. Objetiva proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares, através do controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais (WHO, 1990). Em 2002 a OMS revisa essa definição, para incluir aspectos do diagnóstico precoce da doença: CP é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, com doenças ameaçadoras da continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação diagnóstica precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002). O processo de desenvolvimento dos CP, dos hospices à definição da OMS, vai oficializando a ideia de que mesmo diante da ameaça à continuidade de vida, a pessoa precisa ser tratada com dignidade, de modo a sentir-se aliviada dos seus sofrimentos, não só físicos, mas psíquicos e espirituais.

REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. (2017a). Onde existem. São Paulo, SP. Recuperado de <http://paliativo.org.br/ancp/onde-existem/>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. (2017b). ANCP e cuidados paliativos no Brasil. Recuperado de <http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>
- Alves, R. (2003, outubro 12). Sobre a morte e o morrer. Folha de São Paulo, Opinião. Recuperado de <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1210200309.htm>
- Alves, R. F., Melo, M., Andrade, S., & Sousa, V. (2014). Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 78-96. <https://doi.org/10.15309/14psd150108>
- Archanjo, J. V. L. (2010). Política nacional de humanização: Reafirmando os princípios do SUS (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Archanjo, J. V. L., & Barros, M. E. B. (2009). Política nacional de humanização: Desafios de se construir uma “política dispositivo”. Anais do Encontro Anual da ABRAPSO, 15. Recuperado de <http://docplayer.com.br/13257665-Politica-nacional-de-humanizacao-desafios-de-se-construir-uma-politica-dispositivo.html>
- **Barbi, M. Z.** (2011). A inserção dos cuidados paliativos no sistema único de saúde (SUS) (Trabalho de conclusão de curso). 4 Estações Instituto de Psicologia, São Paulo, SP, Brasil.
- **Baztan, J. J., Suárez-García, F. M., López-Arrieta, J., Rodríguez-Mañas, L., & Rodríguez-Artalejo, F.** (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*, 338, b50. <https://doi.org/10.1136/bmj.b50>
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: Um novo modismo? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília, DF: o autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). HumanizaSUS: Política nacional de humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: o autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portal da saúde: Melhor em casa, serviço de atenção domiciliar. Brasília, DF: o autor. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>
- Byock, I. (2009). Principles of Palliative Medicine. In D. Walsh et al. (Eds.), *Palliative Medicine* (pp. 33-41). Philadelphia, USA: Saunders Elsevier.
- Cafajeste, S. (2006). A finitude humana e a saúde pública. *Saúde Pública*, 22(8), 1755-1760. Fórum. Recuperado de https://www.academia.edu/119235594/A_finitude_humana_e_a_sa%C3%BADE_p%C3%BAblica?email_work_card=view-paper

REFERÊNCIAS

- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (Eds.). (2012). Manual de cuidados paliativos ANCP (2a ed. amp. atual.). São Paulo, SP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Recuperado de <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Cohen, C., & Gobbetti, G. J. (2001). Há autonomia para o paciente na UTI? Revista da Associação Médica Brasileira, 47(3), 169-197. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000300017>
- Comitê de Terapia Ocupacional da ANCP. (n.d.). Lança o 1º volume da série “Ocupações Humanas e Cuidados Paliativos”. Recuperado de <https://paliativo.org.br/comite-terapia-ocupacional-ancp-lanca-1volum-serie-ocupacoes-humanas-cuidados-paliativos/>
- Costa, A. P. P., & Othero, M. B. (2014). Conceitos, princípios e formação em Cuidados Paliativos. In Reabilitação em Cuidados Paliativos (pp. 23-36). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- **Crema, R.** (2001). Prefácio. In M. Hennezel & J. Y. Leloup, A arte de morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade (4a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- **D’Avila, R. L., & Ribeiro, D. C.** (2011). A terminalidade da vida: Uma análise contextualizada da resolução CFM nº 1.805/2006. In R. D. Moritz (Org.), Conflitos bioéticos do viver e do morrer (pp. 187-238). Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- **De Lima, M. M., & Da Silva, H. S.** (n.d.). Trajetórias de um constructo e novas fronteiras. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/gZJj8GhfrcVG4cPfgCWpTHM/?format=pdf&lang=pt>
- **Deslandes, S.** (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1), 7-14.
- Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O’Neill, D., & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 343, d6553. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6553>
- Floriani, C. A. (2009). Moderno movimento hospice: Fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2571>
- Floriani, C. A. (2011). Cuidados paliativos no Brasil: Desafios para sua inserção no sistema de saúde. In F. S. Santos (Ed.), Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas (pp. 101-106). São Paulo, SP: Atheneu.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2006). Cuidador do idoso com câncer avançado: Um ator vulnerado. Cadernos de Saúde Pública, 22(3), 527-534. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300007>
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2007). Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cadernos de Saúde Pública, 23(9), 2072-2080. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>

REFERÊNCIAS

- Galriça Neto, E. (2010). Psicologia da saúde: Aspectos clínicos e comunitários. Editora Artmed.
- Galriça Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. Galriça Neto (Orgs.), Manual de Cuidados Paliativos (2a ed., pp. 27-45). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Gupta, V. V. (2011). Ethical issues in palliative care in traditional developing societies, with special reference to India. *Journal of Medical Ethics*, 37(5), 303-307. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.040543>
- Ishi, E. M. S., & Urdan, A. J. M. (2016). Dificuldades do cuidador familiar no cuidado à pessoa idosa dependente no domicílio: Estudo qualitativo. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 73-80. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010229>
- Kimura, M. (2004). Cuidados paliativos. In K. L. Badzek & E. L. J. Johnson, Diretrizes para os cuidados com pacientes graves (pp. 63-75). São Paulo, SP: Editora Manole.
- Leal, F. M. B. (2012). As cores dos cuidados paliativos: Vivências e experiências do luto infantil (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Leal, L. (2011). O que é o "Cuidado Paliativo"? *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(4), 499-510. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2011v57n4.509>
- Lombardo, L. P., Moraes, G. L., França, L. M., & Manchola, E. B. (2011). Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes em cuidados paliativos. In M. Cavalcante (Ed.), *Psicologia hospitalar: Fundamentos e práticas em hospital geral* (2a ed., pp. 221-231). São Paulo, SP: Artmed.
- Menezes, R. A. (2004). Hospitalidade, cuidados e governança: A experiência brasileira na implantação dos Cuidados Paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 351-362. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200008>
- Minayo, M. C. S. (2008). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (11a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Moritz, R. D., & De Azevedo, R. M. (Orgs.). (2010). Cuidado paliativo e as políticas de saúde pública. In R. D. Moritz & R. M. De Azevedo (Orgs.), *Cuidados paliativos: Eutanásia e distanásia em questão* (pp. 67-84). São Paulo, SP: Atheneu.
- Nunes, J. A., & Menezes, R. A. (2005). Cultura, sociedade e práticas de saúde: Ensaio em antropologia da saúde. São Paulo, SP: Hucitec.
- Pessini, L. (2011). Distanásia: Até quando investir sem agredir? (8a ed.). São Paulo, SP: Loyola.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2004). Bioética e cuidados paliativos: Autonomia para decidir. São Paulo, SP: Loyola.
- Rodrigues, L. A. M. (2010). A espiritualidade no atendimento a pacientes terminais: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(1), 35-42. Recuperado de http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/revi_sao_literatura_espiritualidade_atendimento_pacientes_terminais.pdf
- Rodrigues, L. B. (2013). A terminalidade da vida e as decisões éticas: Reflexões sobre o direito de morrer com dignidade. *Saúde em Debate*, 37(98), 514-522. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300008>
- Rosa, W. (2004). O desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil. In I. M. Braga (Ed.), *Psicologia e terminalidade: Atendimento a pacientes em fase terminal* (pp. 17-28). São Paulo, SP: Summus.
- Santos, J. L. F., & Schneider, D. G. (Orgs.). (2010). O idoso hospitalizado: Diretrizes para cuidadores. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Siqueira, J. E. (Org.). (2006). Ética em cuidados paliativos: O paciente como sujeito de direito e não de dever. São Paulo, SP: Centro Universitário São Camilo.

REFERÊNCIAS

- Siqueira, J. E. (2007). Bioética e cuidados paliativos: Enfrentando a terminalidade da vida (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Lumen Juris.
- Teixeira, C. M. L., & Mendonça, R. A. S. (2011). Fundamentos da bioética no tratamento de pacientes terminais. *Revista Bioética*, 19(2), 415-429. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZTTcpLPMvv74RnXVTTzXB7M/?format=pdf&lang=pt>
- Worden, J. W. (2002). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
-