

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcf.v14.10095

CUIDADOS PALIATIVOS APLICADOS EM IDOSOS NO DOMICÍLIO

*Palliative care applied to the elderly at home**Cuidados paliativos aplicados a ancianos en el hogar*Adrielle Alves Santos¹ Arianna Oliveira Santana Lopes² Nildete Pereira Gomes³ Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira⁴ 

RESUMO

Objetivo: analisar evidências científicas sobre a utilização de cuidados paliativos aplicados em idosos no domicílio. **Métodos:** trata-se de uma revisão sistemática de literatura, realizada em janeiro de 2020, utilizando os descritores: “cuidados paliativos/Palliative care” AND “saúde do idoso/heal thof the elderly” AND “assistência domiciliar/home care”. **Resultados:** foram selecionados sete artigos, que emergiram as categorias: Assistência domiciliar adaptada as necessidades dos pacientes de acordo com seus recursos disponíveis; Ampliação dos resultados através do empoderamento e autonomia na participação do cuidado familiar no domicílio; Os cuidados paliativos contribuem para a melhoria dos fatores psicológicos e emocionais, enfrentamento positivo e aceitação do tratamento. **Conclusão:** a literatura traz uma aplicabilidade geral sem estudos que tratem de forma específica a situação do idoso. Demonstra também um aumento deliberado da necessidade de assistência permanente a estas pessoas com doenças incuráveis, necessitando de apoio holístico.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Saúde do idoso; Assistência domiciliar.

¹Central de Marcação de Exames da Secretaria Municipal de Saúde, Tremedal, BA, Brasil.

²Faculdade Independente do Nordeste, Vitória da Conquista, BA, Brasil.

³Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

⁴Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro de Referência Estadual em Atenção à Saúde do Idoso, Salvador, BA, Brasil.

Recebido em: 03/06/2020; Aceito em: 24/09/2021; Publicado em: 03/02/2022

Autor correspondente: Arianna Oliveira Santana Lopes, E-mail: ariannasantana02@gmail.com

Como citar este artigo: Santos AA, Lopes AOS, Gomes NP, Oliveira LMS. Cuidados paliativos aplicados em idosos no domicílio. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2022 [acesso ano mês dia];14:e10095. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.10095>



ABSTRACT

Objective: to analyze scientific evidence on the use of palliative care applied to elderly people at home. **Methods:** this is a systematic literature review, conducted in January 2020, using the descriptors: “palliative care / Palliative care” AND “health of the elderly / health of the elderly” AND “home care / home care”. **Results:** seven articles were selected, which emerged in the categories: Home care adapted to the needs of patients according to their available resources; Expansion of results through empowerment and autonomy in the participation of family care at home; Palliative care contributes to the improvement of psychological and emotional factors, positive coping and treatment acceptance. **Conclusion:** the literature has a general applicability without studies that specifically address the situation of the elderly. It also demonstrates a deliberate increase in the need for permanent assistance to these people with incurable diseases, requiring holistic support.

DESCRIPTORS: Palliative care; Health of the elderly; Home care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia científica sobre el uso de cuidados paliativos aplicados a personas mayores en el hogar.

Métodos: esta es una revisión sistemática de la literatura, realizada en enero de 2020, utilizando los descriptores: “cuidados paliativos / cuidados paliativos” Y “salud de los ancianos / curar a los ancianos” Y “cuidado en el hogar / cuidado en el hogar”.

Resultados: se seleccionaron siete artículos, que surgieron en las categorías: Atención domiciliar adaptada a las necesidades de los pacientes de acuerdo con sus recursos disponibles; Expansión de resultados a través del empoderamiento y la autonomía en la participación del cuidado familiar en el hogar; Los cuidados paliativos contribuyen a la mejora de los factores psicológicos y emocionales, el afrontamiento positivo y la aceptación del tratamiento. **Conclusión:** la literatura tiene una aplicabilidad general sin estudios que aborden específicamente la situación de las personas mayores. También demuestra un aumento deliberado en la necesidad de asistencia permanente a estas personas con enfermedades incurables, que requieren un apoyo integral.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Salud de los ancianos; Atención domiciliar.

INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento populacional no Brasil tem revelado inúmeros desafios, tanto para os idosos quanto para quem cuida¹. Limitações, doenças crônico-degenerativas, incapacidades e situações complexas decorrentes do declínio funcional são situações que exigem cuidado nesta fase².

Todos esses fatores resultam consequentemente numa maior demanda e procura por serviços de saúde que atuem nas intervenções de forma mais sensível e eficaz, capazes de intervir e melhorar a qualidade de vida (QV) dos idosos, integralmente, a fim de suprir suas necessidades de maneira holística, intensificando os investimentos para uma velhice saudável². Alguns idosos podem ser acometidos por condições patológicas, tais como câncer, doenças osteomusculares e neurológicas crônicas, acarretando dependência funcional para a realização de atividades básicas, que, junto ao declínio da condição de saúde, passam a necessitar de cuidados paliativos (CP)³.

Ao longo dos anos o prolongamento da vida é cada vez mais constante e a morte se torna cada vez menos aceitável diante dos inúmeros recursos que podem ser utilizados para evitá-la. Quando a possibilidade de prorrogação deste período não é mais possível é preciso investir nos CP⁴. Neste contexto, surge a necessidade de discutir cuidados para o fim da vida ou para uma qualidade nos últimos dias de vida.

Os CP iniciaram na antiguidade desde a idade média, durante as Cruzadas e eram ações, realizadas em abrigos, direcionadas aos órfãos, pobres, doentes, moribundos, leprosos, mulheres

em trabalho de parto, abrigando não apenas os pacientes, mas também os seus familiares, tendo em vista a hospitalidade, acolhimento, proteção e cuidado⁵. Nessas abordagens, ressalta-se a importância da valorização a vida frente as doenças e dificuldades enfrentadas, em uma linha de cuidados e princípios terapêuticos, onde se fornece suporte e apoio familiar de maneira integral, junto ao paciente, na atuação de uma equipe multidisciplinar⁶.

Essa prática iniciou atrelada aos cuidados oferecidos na assistência de enfermagem. Os primeiros relatos de CP surgiram na Inglaterra em 1918, através da enfermeira *Cicely Saunder*, que desde esta época já estava convencida da importância dessa prática a ser dedicada nos cuidados de excelência com apoio holístico, reconhecendo ainda suas reais necessidades nas práticas emocionais, sociais e espirituais deixando a sua marca na frase “ainda há muito a fazer”⁵.

Apesar das práticas dos CP já serem bem antigas e aplicadas pioneiramente por profissionais de enfermagem, nunca foi tão necessário discutir o processo de finitude e os cuidados que envolvem esta fase associada ao processo de envelhecimento de forma multidisciplinar e nos mais diversos espaços, inclusive fora do ambiente hospitalar. Garantindo-os uma vida autônoma, com dignidade e reconhecimento enquanto sujeitos de direito⁵.

Sendo assim, investigar os tipos de CP ofertados, os profissionais envolvidos, os pontos positivos e as limitações de aplicação, bem como a participação familiar em todas as fases e cuidados terapêuticos da doença independentemente de sua evolução, se torna um assunto de grande relevância para o meio social, de saúde e acadêmico.

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo analisar evidências científicas sobre a utilização de cuidados paliativos aplicados em idosos no domicílio.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão sistemática de literatura, realizada em janeiro de 2020, com finalidade de pesquisar de forma criteriosa e sistematizada os estudos anteriores, colocando o pesquisador em contato direto com tudo o que já foi publicado⁷. Obedecendo os seguintes passos:

1ª FASE – Definição do tema e questão norteadora:

O que a literatura traz sobre a utilização dos CP para o atendimento domiciliar ao idoso? Quais os recursos utilizados e que permitem essas práticas na comunidade?

Utilizou-se os descritores em saúde (DECS) e o operador booleano AND: cuidados paliativos (paliative care) AND saúde do idoso (health of the elderly) AND assistência domiciliar (home care).

2ª FASE – Amostragem ou busca na literatura:

Os dados foram obtidos por meio de pesquisa eletrônica de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados: Biblioteca Cochrane, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECs), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

A amostra foi selecionada através de artigos publicados nos cinco últimos anos (2015 a 2019), nos idiomas português, inglês e espanhol, com textos completos e que possuíam relação com o objetivo do estudo, excluindo teses e dissertações.

3ª FASE – categorização dos estudos:

Os artigos foram selecionados após leitura do título, resumo e palavras-chaves e em seguida, avaliados se respondiam as questões norteadoras do estudo.

Realizou-se a leitura na íntegra dos estudos que atenderam aos critérios e foram organizados em uma tabela reunindo os seguintes aspectos: bases de dados; artigos localizados; artigos elegíveis; artigos duplicados e artigos selecionados. Representado aqui por uma tabela.

4ª FASE – Avaliação dos estudos incluídos na revisão sistemática:

Para validação foi realizada uma avaliação crítica do impacto dos arquivos selecionados, com vistas a considerar a força da evidência, explorar se os efeitos observados são consistentes entre os estudos e investigar possíveis razões para quaisquer inconsistências.

5ª FASE – Interpretação dos resultados:

Os dados foram organizados em quadros sinópticos específicos e analisados à luz da Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorial, proposta por Bardin⁸. Quadros sinópticos intitulados: Quadro 1: Características dos artigos incluídos na revisão, quanto ao título, ano, país, autor, periódico e objetivo do estudo e resultados; Quadro 2: Características dos tipos de cuidados paliativos, profissionais envolvidos, pontos positivos e as limitações da aplicação nos cuidados paliativos no domicílio.

6ª FASE – Síntese do conhecimento encontrados nos artigos: Os dados encontrados foram apresentados após a definição de cada categoria de forma descritiva permitindo ao leitor o acesso a um conhecimento relevante que se propôs.

RESULTADOS

Foram encontrados 143 estudos nas bases investigadas, sendo que 60 foram excluídos por se tratar de teses e dissertações, 76 por não ter relação com a questão norteadora e objetivos do estudo.

Após a leitura dos títulos e resumos dos sete artigos que abrangiam o tema proposto, todos foram lidos na íntegra e selecionados para compor a amostra deste estudo, o que pode ser observado na tabela 1.

Após a seleção, os sete artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram inseridos nos quadros (1 e 2) sinópticos a seguir.

DISCUSSÃO

CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Observa-se, de forma unânime, que quando se aborda CP no domicílio aparecem relacionados a grupos gerais que não idosos, são realizados por uma equipe multidisciplinar com objetivo de alcance em uma escuta ativa, manutenção da consciência, esperança e encorajamento da religiosidade / espiritualidade/ psicoemocional e necessidades ambientais.

A assistência em CP previne e alivia o sofrimento do paciente, por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento ade-

Tabela 1 – Seleção dos estudos selecionados. Vitória da Conquista, BA, Brasil 2020

Base de dados	Artigos localizados	Artigos Elegíveis	Artigos excluídos	Artigos selecionados
SCIELO	10	5	0	0
PUBMED	15	10	5	0
LILACS	32	10	21	4
MEDLINE	85	30	49	3
COCHRANE	1	1	1	0

Quadro 1 – Características dos artigos incluídos na revisão, quanto ao título, ano, país, autor, periódico e objetivo do estudo e resultados. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 2020

Título	Ano E cód	Autor/periódico	Objetivos do estudo	Resultados
Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar	2017 (01)	Patrícia Pilattia et al. Rev Bras Med Fam Comunidade	Identificar o perfil dos pacientes com câncer e em cuidados paliativos e suas demandas referentes ao atendimento multidisciplinar existente em um Serviço de Atenção Domiciliar (AD).	Observa-se na prática deste serviço que a maioria dos pacientes apresentou necessidade de cuidados complexos, mas possíveis de serem realizados no domicílio pela equipe de saúde e/ou cuidador capacitado.
Corporeality of oncological patients in palliative home care: the experience of family caregivers	2018 (02)	Raisa Silva Martins ¹ et al. J. res.: fundam. Care	Descrever a vivência de cuidadores no que concerne aos cuidados às dimensões do corpo de adoecidos em cuidados paliativos domiciliares.	Suas vivências manifestam a ciência de que a cura não será alcançada e que o estado físico agravado pode ser apenas contornado, entretanto, frequentemente manifestam como desejo (im)perceptível a aspiração de um provável reestabelecimento físico.
Factors predicting a home death among home palliative care recipients	2017 (03)	Ming-Chung Ko, et al. Medicine	Avaliar os fatores que predizem a morte domiciliar entre os pacientes em cuidados paliativos	A taxa geral de óbito domiciliar para os pacientes em CP foi de 43,6%. As visitas domiciliares dos médicos aumentaram a probabilidade de morte em casa. Quanto maior o número de consultas maior a probabilidade de morte em casa. Comparado com indivíduos hospitalizados quanto maior o número de hospitalizações menor a probabilidade de morte em casa.
Family Caregiver Participation in Palliative Care Research: Challenging the Myth	2017 (04)	Samar Aoun, PhD, et al. J Pain Symptom Manage.	Analisar as experiências e o impacto do envolvimento da pesquisa nos cuidadores familiares (FCs) de pessoas em estado terminal, concentrando-se nos CP domiciliares.	Noventa e sete por cento dos grupos controle e intervenção perceberam aspectos positivos e benéficos, enquanto quase todos não relataram nenhum aspecto negativo de estar envolvido nesta pesquisa;
Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care	2016 (05)	Marcucci, et al. BMC Palliative Care	Fornecer informações sobre pacientes com necessidades de CP em serviços de atenção primária brasileiros.	Pacientes com necessidades de CP estão acessando o programa ESF, independentemente de não haver suporte específico ao CP. Dos 238 pacientes identificados, 73 (43 mulheres, 30 homens) foram identificados como necessitados de CP, e a idade média foi de 77,18 anos, com condições neurológicas não malignas, como demência e doenças cerebrovasculares, sendo as mais comuns (53% de todos os pacientes). Condições crônicas (2 ou mais anos) foram encontradas em 70% desses pacientes, com 71% marcando 50 ou menos pontos no KPS.
Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio	2018 (06)	Martínez Ríos, et al. An. Sist. Sanit. Navar	Comparar, globalmente e por sexo, o tipo de doença dos pacientes com SCP e os identificados como histórias.	Como resultado da morte no domicílio, SCP, apenas 66,4% das histórias foram identificadas. O câncer, geralmente em homens, foi o mais frequente e frequentemente identificado, embora 80% da população demencial, frequente em mulheres, não tenha sido identificada como paliativa.
Las interfaces entre apoyo social, calidad de vida y depresión en usuarios elegibles para cuidados paliativos	2017 (07)	Cissa Azevedo al. Rev. esc. enfer. USP	Analisar a relação entre suporte social, QV e depressão em pacientes elegíveis para CP atendidos na Atenção Básica em um município do interior de Minas Gerais, Brasil.	Quanto maior o apoio social, melhor qualidade geral e QV funcional; o maior nível de sintomas físicos, o menor nível de apoio social e o maior nível de depressão; como sintomas de depressão maior, menor QV geral, funcional e menores níveis de apoio social.

Quadro 2 – Características dos tipos de cuidados paliativos, profissionais envolvidos, pontos positivos e as limitações da aplicação nos cuidados paliativos no domicílio. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 2020

Cód	Tipos de cuidados paliativos	Profissionais envolvidos	Pontos positivos	Dificuldades e limitações na aplicação
01	<ul style="list-style-type: none"> - Controle da dor; - Curativos em feridas operatórias oncológicas ou lesão por pressão; - Controle glicêmico; - Administração de medicamentos; - Alimentação pelas mais diversas vias - Manejo de oxigênio, traqueostomia e aspiração; - Manejo das ostomias; - Manejo de cateteres 	Equipes multiprofissionais de AD e, também, pelas equipes multiprofissionais de apoio.	Identificação das principais demandas dos pacientes em CP oncológicos atendidos por um serviço de AD.	Existem desafios no que diz respeito a uma atenção com vistas à integralidade do cuidado, tanto em relação ao suporte dos serviços quanto à preparação dos profissionais de saúde para promover o cuidado junto às famílias.

Quadro 2 – Cont.

Cód	Tipos de cuidados paliativos	Profissionais envolvidos	Pontos positivos	Dificuldades e limitações na aplicação
02	Procedimentos relacionados ao cuidado como alimentação, medicamentos, evacuações e curativos; * Faculdades refletidas na corporalidade, como: Amor, afeição, escuta ativa, manutenção da consciência, esperança e encorajamento da religiosidade /espiritualidade/psicoemocional e necessidades ambientais .	Equipe de oncologia com mais 17 outras especialidades médicas.	A suavização de transições inesperadas e o vislumbre do progresso na qualidade de vida, na coordenação de enfermagem, também foi descrita em um serviço que ofereceu uma abordagem paliativa para doenças crônicas através de soluções inovadoras, fontes de suporte, treinamento e educação ao longo da vida.	Os comportamentos de enfermagem precisam fornecer meios que começam tratamento eficaz da doença, incentivando-os a não negligenciar aspectos inerentes às faculdades subjetivas de estar doente. Nas visitas, a equipe deve investir na área biopsicossocial e apoio emocional de maneira uniforme, preparando todos os pelo desenlace.
03	Procedimento de inserção de sonda nasogástrica, cateterismo urinário de demora e inserção de sonda endotraqueal sendo utilizados para identificar sua utilização.	Médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.	A conscientização dos fatores que predizem uma morte em casa entre os pacientes que recebem CP em casa pode melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes e suas famílias sobre as preferências dos pacientes e a viabilidade de morrer no local preferido.	Características importantes, incluindo status socioeconômico, preferência dos receptores de CP em casa, bem como a preferência dos prestadores de cuidados do local da morte e status e papéis dos cuidadores familiares devem ser considerados. Caracterização e perfil dos pacientes em CP em casa.
04	Investimento na escuta qualificada e de apoio ao cuidador	Consultores de enfermagem da Clínica da Silver Chain Hospice Care Service, em Perth, Austrália Ocidental.	Proporcionou a eles a oportunidade de compartilhar suas experiências, estimulando a reflexão, aumentado a percepção das preocupações emocionais e um senso de validação em seu papel como cuidador. dos participantes na enfermeiro pesquisador que promoveu respeito, confiança e preocupação	O envolvimento do cuidador nas ações de CP podem ser influenciados pela carga de trabalho da enfermeira no dia e com a pressão o tempo que ela sentiu-se adequado em vários pacientes que precisavam ser visitados.
05	Fornecimento de medicamento, a orientação técnica de ambos os profissionais, o fornecimento de material para curativo ou EPI'S e o atendimento profissional.	ACS, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas	O método de triagem utilizado demonstrou ser viável para uma identificação de paciente com indicação de recebimento CP, mas outros estudos são necessários para investigar como essas condições impactadas nas demandas do APS e para identificar formas mais oferecidas ou cuidados aos pacientes com doenças em fase avançada ou sem possibilidade de cura, bem como integrar o CP na rede de serviços de saúde.	Escassez de pesquisas nesse tema para conhecer essa realidade e oferecer suporte adequado a esses pacientes; Sendo necessário desenvolver políticas públicas que estimulam a inserção de ações no CP de forma planejada para atender às complexidades dessas condições e incentivar o treinamento de profissionais de saúde nessa área, incluindo uma difusão do tema na formação acadêmica.
06	Conjunto de atividades de nível biopsicossocial e comunitário que são realizadas no domicílio da pessoa, a fim de detectar, avaliar, apoiar e monitorar os problemas sociais e de saúde do indivíduo e de sua família, para aumentar a autonomia e melhorar sua qualidade de vida.	Histórico de saúde do Sistema Público de Saúde da Andaluzia (SSPA).	A identificação desses pacientes que morrem em casa que são suscetíveis aos CP e sua subsequente inclusão no PAI-CP, apresenta uma oportunidade notável taxa de melhora, especialmente em pacientes com doenças não oncológicas, se existem diferenças por sexo na referida identidade ficção.	Obter assistência médica central e experiência na resolução de problemas sintomáticos, fornecendo o conforto e ajuda obter uma morte em paz, pela qual é essencial identificar.
07	A assistência em CP previne e alivia o sofrimento do paciente, por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento adequado da dor, bem como de problemas físicos, psicossociais e espirituais, sendo essencial para garantir a integralidade do cuidado.	Unidades da APS (UAPS) de um município do interior de Minas Gerais, Brasil.	A disponibilidade de apoio social influencia positivamente aos sistemas biológicos, o estado de saúde em geral e o bem-estar psicológico dos pacientes.	É preciso preparar as unidades de saúde para lidarem com este novo cenário da atenção. Um importante desafio para a implementação dos CP na APS é uma adequada avaliação do doente, incluindo a identificação de parâmetros de apoio ao diagnóstico, com a incorporação de meios e o preparo da equipe para aumentar a capacidade resolutive das UAPS.

quando da dor, bem como de problemas físicos, psicossociais e espirituais, sendo essencial para garantir a integralidade do cuidado. Através de um conjunto de atividades de nível biopsicossocial e comunitário que são realizadas no domicílio da pessoa, a fim de detectar, avaliar, apoiar e monitorar os problemas sociais e de saúde do indivíduo e de sua família, para aumentar a autonomia e melhorar sua QV.

Essas necessidades vão desde adaptações no ambiente até as demandas espirituais, emocionais e religiosas; devem ser adaptados aos recursos disponíveis e que permitem essas práticas na comunidade com a ajuda profissional de Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas. Diante de equipes multiprofissionais de AD, para um cuidado contínuo integral, promovendo a saúde e bem-estar, numa QV respeitando as suas devidas particularidades e referências pessoais.

CATEGORIA 1: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR ADAPTADA AS NECESSIDADES DOS PACIENTES DE ACORDO COM SEUS RECURSOS DISPONÍVEIS

Os artigos A1, A2, A3 e A6 destacam a importância do desenvolvimento dos CP numa assistência domiciliar adaptada às necessidades dos indivíduos e com os recursos disponíveis.

No que se refere à atenção à saúde dos indivíduos em CP, esta exige uma abordagem multiprofissional que antecede e prepara para fase de luto e envolve questões de saúde, bem-estar físico, espiritual e emocional⁶. Nesse sentido, a abordagem multiprofissional se dimensiona em um plano prático, se reconhece no planejamento e na coordenação de ações eficientes para atender de forma integral às necessidades dos pacientes e familiares em articulação com os serviços que compõem a Rede de Atenção a Saúde(RAS)⁹.

David Le Breton ao descrever a situação de morte e morrer considera a existência de ligações caracterizadas como corporais e traz a aversão e resistência do indivíduo a um processo fisiológico esperado e temido. Quando há crise na identidade de legitimidade das ações corporais, a correspondência disso com o mundo é abalado, afetado nessas oscilações, o sujeito hesita em confirmarem ao encarceramento físico do qual é objeto. O corpo não deve ser um lugar de destaque, mas de inclusão que supera a existência individual, ainda conecta simultaneamente o sujeito para os outros¹⁰.

As demandas em estágio final são distintas e alguns locais de morte podem ser mais adequados para certos pacientes do que outros. O local da morte, e particularmente a morte no domicílio, às vezes são vistos como um importante indicador da qualidade dos cuidados no final da vida, no entanto, certos fatores do local da morte podem ser mais modificáveis que outros. A compreensão dos fatores que afetam o local da morte pode não apenas melhorar as comunicações entre os prestadores de cuidados de saúde e os pacientes e suas famílias com relação às preferências dos pacientes e a viabilidade de morrer no local preferido, mas também informar decisões políticas que visam melhorar a probabilidade dos pacientes morrerem¹¹.

Dentro dos diferentes modelos organizacionais de atendimento terminal, está o atendimento domiciliar, definido como o conjunto de atividades biopsicossociais e comunitárias realizadas no domicílio da pessoa, a fim de detectar, avaliar, apoiar e monitorar os problemas sociais e de saúde do indivíduo e de sua família, para aumentar a autonomia e melhorar sua QV^{11,12}. Esse modelo de atendimento é muito importante, pois a maioria dos pacientes terminais quer ser atendida e morrer em casa, desde que tenha atendimento adequado e esteja bem informada. Nesse mesmo sentido, o desafio de cuidar do paciente terminal em casa é obter cuidados de saúde voltados para a resolução de problemas sintomáticos, proporcionando conforto e ajudando a alcançar a morte em paz, para a qual é essencial identificar corretamente essa população¹².

Observa-se nos artigos selecionados que a prática dos CP na atenção básica se resume a AD no formato home care. Mas pouco se discute sobre CP no domicílio.

A assistência domiciliar é um dos fatores primordiais para alcançar um elevado grau de humanização, de maneira completa onde envolve a família nos seus devidos cuidados, o amparo e acolhimento necessário, efetivando benefícios, diminuindo complicações e longas internações hospitalares, os custos tecnológicos são reduzidos, materiais e todos os possíveis gastos que se exigem¹³.

Mas essa assistência domiciliar exige adaptações dos serviços de saúde que serão oferecidos no domicílio. Observa-se que como há uma transformação rápida do envelhecimento populacional as práticas de saúde também são afetadas, é necessário adaptar o cuidado as novas tecnologias, atendendo assim as demandas.

Verifica-se que são necessárias algumas condições para que o cuidado ao paciente seja eficaz, como o plano terapêutico previamente estabelecido, obedecendo todos os fatores impostos; possuir o acompanhamento contínuo e adequado da equipe de CP; residir em domicílio que ofereça as condições necessárias mínimas para higiene e alimentação; ter um ou mais cuidadores responsáveis, para não só compreender, mas executar todas as intervenções propostas de forma sucinta e objetiva, seguindo as devidas orientações, no desejo e permissão do paciente para permanecer no domicílio¹³.

Por meio destes conceitos observa-se que a dedicação de zelo e atenção entre cuidador e ser cuidado, são dedicações impostas juntas, onde necessitam ser levados em conta fatores físicos, financeiros, emocionais, sociais e existenciais. Em uma equipe multiprofissional, impondo saúde integral, e acompanhamento diário¹⁴.

CATEGORIA 2: EMPODERAMENTO E AUTONOMIA NA PARTICIPAÇÃO DO CUIDADO FAMILIAR NO DOMICÍLIO

O empoderamento e a autonomia foram aspectos apontados como relevantes na aplicação dos CP em domicílio. Opinar sobre o tratamento a ser seguido e decidir sobre o processo de finitude foram os fatores em destaque nos artigos A1, A2 e A7. Nos artigos A1, A4, A5, A6, A7 a ampliação dos resultados e adesão

ao tratamento estavam associadas as intervenções possíveis e adequadas através dos CP no domicílio.

Um outro grande desafio a ser enfrentado no atendimento aos pacientes em CP no domicílio, diz respeito ao preparo profissional para lidar e abordar o luto com a família. Entende-se que esse é um tema que precisa ser trabalhado em espaços de discussão e suporte para as próprias equipes. Autores como Pereira¹⁵, destacam a importância da capacitação dos profissionais envolvidos em CP e relacionam o trabalho como “experimentar juntos a dor, o sofrimento, as disputas e tensões entre usuário e familiares, os desejos de cada um, negociar diante dos conflitos, para que se garanta a defesa da vida na iminência da morte”⁹.

Assim, o cuidado de enfermagem no domicílio deve integrar a família como uma estratégia efetiva do cuidado, no entanto, esse enquadramento não deve ser uma ferramenta de otimismo irrealista sobre a cura, mas uma estratégia para que o cuidado seja compartilhado e as dificuldades minimizadas e adaptadas.

Embora já existam diversos serviços especializados em CP, os pacientes com doenças crônicas não cancerosas são assistidos paralelamente no ambiente da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, considerando-se o fato de que a maioria das pessoas prefere morrer em casa e não em hospitais, o papel da APS nos CP torna-se cada vez mais importante e significativo¹⁶.

Os estudos selecionados demonstraram que os CP são cuidados dispensados por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de otimizar a QV de pacientes e suas famílias, mediante uma doença grave, independentemente do prognóstico. Os CP podem, então, ser iniciados em qualquer fase de uma enfermidade crônica, e em conjunto com tratamentos curativos ou de prolongamento da vida¹⁶.

Para que os CP sejam aplicados de forma efetiva na APS é preciso investir em orientações e conhecimentos prévios para os envolvidos, inclusive entre usuários e em grupos.

Diante dos processos de transição epidemiológica e demográfica que aponta um envelhecimento populacional, cerca de 40 milhões de pessoas necessitam destes cuidados, 78% vivem em país de baixa e média renda e apenas 14% tem acesso a assistência. Diante destes números alarmantes, é necessário obter uma atenção integral, frente a essas evidências, com mudanças para esses quadros relatados¹⁷.

O Brasil oferece cobertura universal de saúde em todos os níveis de atenção por uma rede descentralizada de serviços de saúde, que inclui unidades comunitárias de saúde, ambulatórios e atendimento hospitalar, gratuitamente no ponto de entrega para toda a população. No entanto, recursos limitados podem afetar a qualidade dos serviços de saúde e, embora as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tenham um alto impacto na população brasileira e representem a maioria das mortes, existem poucas políticas específicas para o apoio à CP no sistema público de saúde. Como consequência, o Brasil tem uma baixa taxa de óbitos em casa ou em asilos, e altas ocorrências em ambientes hospitalares, quando comparados com outros países¹⁸.

A incapacidade funcional, a vulnerabilidade e a limitação ocasionadas pelas DCNTs requer olhares interdisciplinares para

novas práticas na saúde pública, uma vez que a necessidade de prevenção, cuidado e reabilitação pode refletir diretamente nos gastos públicos¹⁹. No modelo brasileiro de saúde atual objetiva-se alcançar a desospitalização cada vez mais precoce diminuindo o risco para infecções de idosos estáveis e os custos hospitalares com internação. Desta maneira, o cuidado domiciliar reduz as consultas periódicas, permitindo uma assistência completa e centrada nos indivíduos¹⁷.

A identificação de pacientes suscetíveis à CP em casa é essencial para seu manejo clínico, uma vez que na situação terminal há deterioração física, aumento da fraqueza, diminuição do estado de alerta e até dificuldades na administração de medicamentos orais pode causar sofrimento adicional ao paciente e à família. Portanto, é necessário conhecer as características e o tipo de doença da população suscetível à CP que morre em casa, de acordo com o sexo, para reforçar sua aceitação e melhorar seus cuidados¹².

Diante as condições com proximidade do óbito ou que limitem a sobrevivência de pacientes, os CP apresentam uma abordagem que busca nortear as ações para favorecer o aumento da QV dos idosos, reduzindo os sintomas e as aflições desse momento, além de favorecer a autonomia e ampliar o suporte aos familiares e cuidadores. No entanto, sua inserção nos serviços de saúde ainda é limitada no Brasil, por isso é necessário difundir suas potencialidades para os profissionais de saúde e estruturar políticas para ampliar sua aplicação²⁰.

Frente a isso, observa-se que o processo de formação profissional ainda se encontra incipiente quanto ao tema CP, sendo o maior problema entre profissionais a falta de informação. O tema é pouco abordado na graduação de enfermagem e entre profissionais da área de saúde, que apresentam-se pouco capacitados para lidarem com os idosos no enfrentamento da terminalidade, através dos CP, sendo raras em algumas instituições de ensino a abordagem sobre o tema mesmo a situação de morte sendo frequente inclusive no domicílio e, portanto, se torna um dever de todo profissional em saber como lidar²¹.

Surge então a proposta de maior QV através dos CP, no processo de morte e morrer, recuperando seus princípios que foram interrompidos diante do atual diagnóstico, através de um plano terapêutico, nos ideais da bioética, tendo autonomia e discernimento necessário para estabelecer e/ou manter sua essência⁴.

A enfermagem, portanto, mesmo na atenção primária, tem um papel fundamental nesse tipo de assistência, sua principal atribuição é firmar um plano de cuidados, ampliando sua discussão em relação aos temas inerentes a vida humana e ao processo de morte e morrer, compreendendo que são momentos de adaptações e mudanças, em que o indivíduo se depara com a finitude, onde ocorre a não aceitação, e que se faz necessário o apoio familiar e profissional, de todos que estão a sua volta⁴.

Sendo assim cumpridas as exigências mínimas, atingirá uma assistência integral, garantindo a autonomia e participação do usuário no processo de cuidar, numa educação continuada, associado a segurança e conforto domiciliar, de acordo com o suporte necessário da família e demais¹³.

CATEGORIA 3: OS CUIDADOS PALIATIVOS E A MELHORIA DOS FATORES PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS, ENFRENTAMENTO POSITIVO E ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO

Os artigos A1, A4, A5 e A7 apontam melhoria dos fatores psicológicos e emocionais dos envolvidos o que consequentemente contribui para a o enfrentamento positivo do diagnóstico e aceitação do tratamento.

Em um estudo, cujo objetivo foi investigar se o humor exercia influência nas medidas de apoio social e QV em pacientes idosos, encontrou-se que aqueles que possuem melhores níveis de apoio social apresentam menor número de sintomas depressivos, e, portanto, considera-se que o apoio social seja um importante fator capaz de proteger ou predispor uma pessoa ao humor depressivo, afetando consequentemente a sua QV. Resultados como este sugerem a importância de novas pesquisas acerca dos benefícios da avaliação psicossocial de pacientes em CP, de forma a garantir a ampliação dos cuidados e assim melhorar a QV destes¹⁶.

A integração da CP no sistema de saúde é considerada um aspecto importante para um atendimento de qualidade no final da vida. De acordo com o Atlas Global de CP no Fim da Vida, os países com alto padrão de apoio ao CP são caracterizados pelo desenvolvimento do ativismo social; ampla oferta por vários provedores de serviços; ampla conscientização sobre CP por parte dos profissionais de saúde e da sociedade em geral; acesso irrestrito a opioides e medicamentos fortes para aliviar a dor; políticas específicas nesta área, em particular em saúde pública; estrutura educacional e acadêmica associada ao desenvolvimento de CP; e a existência de uma associação nacional relacionada¹⁸.

Conforme Mendes e Vasconcellos²², é necessária uma efetiva mudança do modelo fragmentado de assistência em CP, em que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam garantidos e haja apoio social e psicológico aos pacientes e familiares nesse momento tão delicado em que se encontram, bem como, a interlocução entre essas várias áreas do cuidado. A AD pode potencializar novas formas de produção do cuidado e de atuação atrelada às Redes de Assistência à Saúde (RAS), com foco nas necessidades de saúde dos pacientes

A aplicabilidade aos CP, pois não são práticas exclusivas de doenças crônicas ou degenerativas, mas amplia-se em diversos aspectos e condutas²³.

Esses aspectos emocionais repercutem também em quem cuida. É de suma importância propiciar apoio aos cuidadores também, pois permanecem muitas vezes fragilizados frente a todos os desafios enfrentados, surgindo assim a necessidade de suporte emocional e físico, para que consigam desenvolver sua assistência subsequentemente ao ser cuidado²⁴.

Este é portanto, um grande desafio a ser enfrentado nos CP, o preparo dos profissionais, para lidar e abordar corretamente os indivíduos, pois envolve o luto na família, sendo necessário as informações corretas e firmes para manter, designar e intervir com cautela, fornecendo os devidos espaços e discussões, preparando-os. Diante disso, surge a necessidade de capacitá-los, vivenciando juntos garantindo a defesa da vida diante da morte⁹.

Fornecer assistência aos familiares e pessoas próximas ao paciente, é indispensável, permite a participação familiar em todas as fases e cuidados terapêuticos, no vínculo e incluindo-os na sua vivência, fazendo com que ele perceba a sua realidade, e enfrente com harmonia, de maneira segura e responsável, tendo papel ativo, para preestabelecer e fazer escolhas livres em todas as suas decisões propostas de forma clara e transparente⁴.

CONCLUSÕES

Conclui-se que sobre a utilização dos CP para o atendimento domiciliar ao idoso, a literatura traz uma aplicabilidade geral sem estudos que tratem de forma específica a situação do idoso. Demonstra um aumento deliberado da necessidade de assistência permanente a estas pessoas com doenças incuráveis, necessitando de apoio holístico.

Os CP no domicílio são executados por equipe multidisciplinar e devem estar adequados as necessidades e realidade dos indivíduos. Aspectos como autonomia e participação nos processos de cuidado e valorizados nas condutas paliativistas são apontados como ampliadores dos resultados e aceitação dos tratamentos e diagnósticos. Influências positivas nos aspectos psicológicos e emocionais do doente também foram apontadas como benefícios e precisam ser intensificados junto aos familiares envolvidos.

O estudo aponta como limitação e dificuldades de aplicabilidade dos CP no domicílio, a falta de preparo dos profissionais, os ambientes inadequados e a necessidade de orientações e cuidados destinados também aos cuidadores.

De maneira clara e sucinta os estudos afirmam sobre a importância da prestação destes cuidados, incentivando a adaptação dos mesmos através de avanços terapêuticos e multidisciplinares, na conquista para uma melhoria na QV, agindo indispensavelmente na prevenção e alívio do sofrimento em recursos que são utilizados permitindo práticas na comunidade onde os membros da comunidade também podem estar envolvidos no controle dos sintomas básicos, nas habilidades de comunicação, valorização e resgate dos princípios éticos, sociais, ambientais, espirituais e psicoemocionais determinando suas decisões autônomas e respeitando os seus devidos espaços, como sujeitos de direitos.

Diante deste conjunto de ferramentas a serem utilizadas, verifica-se ainda que há uma necessidade de conscientização da população sendo essencial para que o sistema de saúde brasileiro mude sua abordagem aos pacientes que tem ameaças a continuidade de suas vidas. Sendo uma necessidade de saúde pública, uma necessidade humanitária.

REFERÊNCIAS

1. Mendes JLV, Silva SC, Silva GR, Santos NAR. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. *Rev. Educ. Meio amb. Saú.* 2018; 8(1):13-26.

2. Pedro WJA, Mena-Chalco JP. O envelhecimento na Sociologia brasileira contemporânea: notas preliminares. *Rev. Kairós*. 2015; 18(N.esp 19):31-47.
3. Costa RS da et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde em Debate* [online]. 2016; 40: (108): 170-7.
4. Franco HCP, et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *Rev. Gest. Saúde*. 2017;17(2): 48-61.
5. ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>
6. Markus LA, Bettioli SE, Souza SJP, Marques FR, Migoto MT. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. *Rev. Gest. Saúde*. 2017; 17 (Supl 1): 71-81.
7. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(1):183-4.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
9. Pilatti P, Lagni VB, Picasso MC, Puma K, Mestriner RJS, Machado DO, et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2017;12(39):1-10.
10. Martins RS, Correa Júnior AJS, Santana ME, Santos LMS. Corporeidade de adoecidos oncológicos em cuidados paliativos domiciliares: a vivência de familiares cuidadores. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2018; 10(2): 423-31.
11. Ko MC, Huang SJ, Chen CC, et al. Factors that predict death at home among patients receiving palliative care. *Medicina (Baltimore)*. 2017; 96 (41): e8210.
12. Martínez RI, López ASR, Martín CS, Morales IL, Soriano RSI, Martínez GAI. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2018. 41(3): 321-8.
13. Faller JW, Brusnicki PH, Zilly A, Brofman MCBFS, Cavalhieri L. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. *Rev. Kairós*. 2016 19(22,n. esp): 29-43.
14. Muniz EA, Aguiar MFS, Brito MCC, Freitas CASL, Moreira ACA, Araújo CRC. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Kairós*. 2016; 19(2): 133-46.
15. Pereira PBA. *Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais*. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Universidade Federal de São Paulo; 2014.
16. Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF da, Zoboli ELCP, Pereira MG. Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos. *Rev. esc. enferm. USP*. 2017; 51: e03245.
17. Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Prospects for palliative care in primary healthcare: a descriptive study. *Online braz j nurs*. 2016 Dec; 15 (4):683-93.
18. Marcucci FCI, Cabrera MAS, Perilla AB et al. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Palliative Care*. 2016; 15:51.
19. Marcucci FCI et al. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24: (2): 145-52.
20. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2007;23(9):2072-80.
21. Gonçalves RG, Silveira BRD, Pereira WC, Ferreira LB, Queiroz AAR, Menezes RM. Ensino dos cuidados paliativos na graduação de enfermagem. *Rev Rene*. 2019; 20:e39554.
22. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde debate* [online]. 2015; 39(106):881-92.
23. Alves RF et al. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. *Fractal, Rev. Psicol*. 2015; 27: (2):165-76.
24. Santos CKC, Andrade CG de, Costa ICP, Lopes MEL, Silva CEG da, Santos KFO dos. Comunicação em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2014; 18(1): 63-72.