



THICIANNE DA SILVA ROQUE

INTERVENÇÕES PRESTADAS A PESSOAS IDOSAS EM CUIDADOS

PALIATIVOS: proposta de um protocolo clínico

RIO GRANDE – RS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

INTERVENÇÕES PRESTADAS A PESSOAS IDOSAS EM CUIDADOS
PALIATIVOS: proposta de um protocolo clínico

THICIANNE DA SILVA ROQUE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem/Saúde – Área de Concentração: Enfermagem. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde à indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Bárbara Tarouco da Silva

RIO GRANDE – RS

2021

Ficha Catalográfica

R786i Roque, Thicianne da Silva.
Intervenções prestadas a pessoas idosas em cuidados paliativos:
proposta de um protocolo clínico / Thicianne da Silva Roque. – 2021.
106 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio
Grande/RS, 2021.

Orientadora: Dra. Bárbara Tarouco da Silva.

1. Idoso 2. Cuidados Paliativos 3. Equipe de Assistência ao
Paciente 4. Protocolos 5. Enfermagem I. Silva, Bárbara Tarouco da
II. Título.

CDU 616-083-053.9

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

THICIANNE DA SILVA ROQUE

INTERVENÇÕES PRESTADAS A PESSOAS IDOSAS EM CUIDADOS

PALIATIVOS: proposta de um protocolo clínico

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em 08 de janeiro de 2021, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - FURG

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Bárbara Tarouca da Silva – Presidente (FURG)



Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - (Membro Efetivo do PPGEnf/FURG)



Dra. Paula Pereira de Figueiredo - (Membro Efetivo Externo ao PPGEnf/FURG)



Dra. Cenir Goncalves Tier - (Membro Efetivo Externo à FURG – UNIPAMPA)

Dr. Luciano Garcia Lourenção - (Membro Suplente do PPGEnf/FURG)



Dr. Silomar Ilha - (Membro Suplente Externo à FURG – UFN)

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por sempre colocar pessoas maravilhosas em meu caminho, obrigada por nunca soltar a minha mão e me guiar em todos os momentos.

A meus pais, Afonso e Luciene, por me fornecerem todo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

A meu companheiro, José Freitas, pelo apoio incondicional, ajuda e incentivo fornecido nos momentos de medo e insegurança.

A meus colegas e amigos de turma, por toda a parceria, risadas, descobertas e aprendizado compartilhado ao longo desses anos. Em especial a Carol, Ariane, Sabrina, Romário, Ismar e Laís, vocês tornaram essa etapa leve.

A prof^a Dr^a Paula Figueiredo, por ter me guiado até minha orientadora.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Barbara Tarouco, gratidão por todos os ensinamentos e dedicação ofertada. Obrigada por ter me acolhido com tanto carinho, empatia, confiança e paciência. Você é condutora do meu processo de crescimento e amadurecimento na vida acadêmica.

A minha dupla de pesquisa, Laura Telles, obrigada pela colaboração no desenvolvimento deste estudo.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo 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.”

Cicely Saunders

RESUMO

ROQUE, Thicianne da Silva. **Intervenções prestadas a pessoas idosas em cuidados paliativos:** proposta de um protocolo clínico. 2021. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2021.

O perfil de necessidades que a população idosa apresenta, requer atuação ampla de equipes de saúde multiprofissionais que, a partir de seu processo de trabalho, devem ser organizadas para prestar assistência de forma contínua, possibilitando o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados para a promoção da saúde e do bem-estar. Cuidados paliativos são prestados a pacientes com doenças irreversíveis, quando se reconhece que não há possibilidades terapêuticas de cura, buscando atuar no controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida. Os cuidados paliativos devem ser desenvolvidos por uma equipe multiprofissional, de forma integrada, compartilhando seus conhecimentos para apoiar e assistir o paciente e sua família. Salienta-se que ainda são poucos os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. A maioria dos serviços ainda requer a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade. O estudo tem como objetivo elaborar o conteúdo de um protocolo assistencial com foco nos cuidados paliativos para as pessoas idosas hospitalizadas, em situação de terminalidade, a partir de uma revisão sistemática. A revisão sistemática buscou, nas evidências científicas, intervenções que pudessem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada. Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa, que teve como finalidade a elaboração do conteúdo de um protocolo assistencial. Para a elaboração do conteúdo de um protocolo assistencial foi adotado as seguintes etapas: refinamento de tópicos e questões; revisão sistemática e estabelecimento de recomendações para diversos cenários. Na revisão sistemática, a busca foi realizada nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *Excerpta Medica Database*; *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*. A estratégia de busca consistiu na combinação dos descritores controlados *palliative care*/cuidados paliativos; *Aged*/idoso e *patient care team*/equipe de assistência ao paciente. Foram utilizados descritores qualificadores como: *end of life care*/cuidados em fim de vida/, *competence*/competência ou *professional competence*/competência profissional/, *hospitalization*/hospitalização. Foi realizada a elaboração do conteúdo do protocolo em forma de texto com ações da equipe multiprofissional, para subsidiar a prestação de cuidados a pessoa idosa em cuidados paliativos. Por meio das

estratégias de buscas foram selecionados seis estudos. As intervenções identificadas mostram que a melhoria da qualidade de vida exige uma abordagem interdisciplinar de modo a atender as demandas do paciente e família. Essas devem ser aplicadas em conjunto e adaptadas aos desejos do paciente para que a qualidade de vida, em fim de vida, possa ser o objetivo do cuidado. O uso de protocolos assistenciais na atenção aos pacientes sob as condições finais de vida é importante para qualificar o cuidado prestado ao paciente e a família. O protocolo assistencial proposto foi estruturado respeitando as necessidades de assistência do paciente idoso em cuidados paliativos. A primeira versão é composta de intervenções interdisciplinares, envolvendo as necessidades físicas, psicológicas, social, espiritual e da família. Este estudo nos fornece evidências que apoiam a implementação dos cuidados paliativos interdisciplinares na melhoria do quadro clínico dos pacientes, sendo um desafio emergente otimizar recursos para implementar esse serviço de forma eficaz. Deste modo, o protocolo elaborado apresenta-se como um instrumento relevante para a prática clínica da equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar, facilitando a prestação de assistência à pessoa idosa, no que tange a promoção da qualidade de vida e conforto.

Descritores: Idoso. Cuidados Paliativos. Equipe de Assistência ao Paciente. Protocolos. Enfermagem.

ABSTRACT

ROQUE, Thicianne da Silva. **INTERVENTION PROVIDED TO ELDERLY PEOPLE UNDER PALLIATIVE CARE:** a clinical protocol proposal. 2021. 106f. Dissertation (Master's degree in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The profile of needs that the elderly population presents requires the ample performance of multiprofessional health teams that, based on their work process, must be organized to provide assistance in a continuous manner, enabling the development of actions and health services aimed at the promotion of health and well-being. Palliative care is provided to patients with irreversible diseases, when it is recognized that there is no therapeutic possibility of cure, seeking to act to control symptoms and improve quality of life. Palliative care must be developed by a multi-professional team, in an integrated way, sharing their knowledge to support and assist the patient and his family. It is emphasized that there are still few palliative care services in Brazil. The majority of services still require the implantation of standardized models of care that guarantee efficiency and quality. The study aims to elaborate the content of an assistance protocol with focus on palliative care for hospitalized elderly people, in a situation of terminality, from a systematic review. The systematic review sought, in scientific evidence, interventions that could be developed by the multiprofessional team for the palliative care of hospitalized elderly people. This is a methodological study with a quantitative approach, which aimed to elaborate the content of a care protocol. For the elaboration of the contents of a care protocol the following steps were adopted: refinement of topics and questions; systematic review and establishment of recommendations for various scenarios. In the systematic review, the search was performed in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Excerpta Medica Database, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature databases. The search strategy consisted of combining the controlled descriptors palliative care; Aged; and patient care team. Qualifying descriptors were used such as: end of life care, competence or professional competence, and hospitalization. The content of the protocol was elaborated in text form with actions of the multiprofessional team, to support the provision of care to the elderly person in palliative care. Six studies were selected through the search strategies. The interventions identified show that improving quality of life requires an interdisciplinary approach in order to meet the demands of the patient and family. These should be applied jointly and adapted to the patient's wishes so that quality of life, at the end of life, can be the objective of care. The use of assistance protocols

in the care of patients under end-of-life conditions is important to qualify the care provided to the patient and the family. The proposed assistance protocol was structured respecting the assistance needs of the elderly patient under palliative care. The first version is composed of interdisciplinary interventions, involving the physical, psychological, social, spiritual, and family needs. This study provides us with evidence that supports the implementation of interdisciplinary palliative care in improving the clinical picture of patients, being an emerging challenge to optimize resources to implement this service effectively. Thus, the protocol elaborated presents itself as a relevant instrument for the clinical practice of the multidisciplinary team in the hospital environment, facilitating the provision of assistance to the elderly person, with regard to promoting quality of life and comfort.

Descriptors: Elderly. Palliative Care. Patient Care Team. Protocols. Nursing.

RESUMEN

ROQUE, Thicianne da Silva. **INTERVENCIONES A PERSONAS MAYORES EN CUIDADOS PALIATIVOS:** propuesta de un protocolo clínico. 2021. 106f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Post Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

El perfil de necesidades que presenta la población anciana, requiere la actuación amplia de equipos de salud multiprofesionales que, a partir de su proceso de trabajo, deben ser organizados para prestar asistencia de forma continua, posibilitando el desarrollo de acciones y servicios de salud orientados a la promoción de la salud y del bienestar. Cuidados paliativos son prestados a pacientes con enfermedades irreversibles, cuando se reconoce que no hay posibilidades terapéuticas de curación, buscando actuar en el control de los síntomas y en la mejora de la calidad de vida. Los cuidados paliativos deben ser desarrollados por un equipo multiprofesional, de forma integrada, compartiendo sus conocimientos para apoyar y asistir al paciente y a su familia. Se observa que todavía son pocos los servicios de Cuidados Paliativos en Brasil. La mayoría de los servicios aún requiere la implantación de modelos estandarizados de atención que garanticen la eficacia y la calidad. El estudio tiene como objetivo elaborar el contenido de un protocolo asistencial con foco en los cuidados paliativos para las personas mayores hospitalizadas, en situación de terminación, a partir de una revisión sistemática. La revisión sistemática buscó, en las evidencias científicas, intervenciones que pudieran ser desarrolladas por el equipo multiprofesional para el cuidado paliativo a la persona anciana hospitalizada. Se trata de un estudio metodológico con enfoque cuantitativo, que tuvo como finalidad la elaboración del contenido de un protocolo asistencial. Para la elaboración del contenido de un protocolo asistencial se adoptaron las siguientes etapas: refinamiento de tópicos y cuestiones; revisión sistemática y establecimiento de recomendaciones para diversos escenarios. En la revisión sistemática, la búsqueda fue realizada en las bases de datos Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Excerpta Medica Database; Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. La estrategia de búsqueda consistió en la combinación de los descriptores controlados Palliative care/cuidados paliativos; Aged/anciano y Patient care team/equipo de asistencia al paciente. Se utilizaron descriptores calificadores como: end of life care/cuidados al final de vida/, Competence/competencia o professional Competence/competencia profesional/, Hospitalization/hospitalización. Se realizó la elaboración del contenido del protocolo en forma de texto con acciones del equipo multiprofesional, para subvencionar la

prestación de cuidados a la persona mayor en cuidados paliativos. Por medio de las estrategias de búsqueda se seleccionaron seis estudios. Las intervenciones identificadas muestran que la mejora de la calidad de vida requiere un enfoque interdisciplinario para atender a las demandas del paciente y de la familia. Estas deben ser aplicadas en conjunto y adaptadas a los deseos del paciente para que la calidad de vida, en fin de vida, pueda ser el objetivo del cuidado. El uso de protocolos asistenciales en la atención a los pacientes bajo las condiciones finales de vida es importante para calificar el cuidado prestado al paciente y a la familia. El protocolo asistencial propuesto fue estructurado respetando las necesidades de asistencia del paciente anciano en cuidados paliativos. La primera versión está compuesta de intervenciones interdisciplinarias, involucrando las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales y familiares. Este estudio nos proporciona evidencias que apoyan la implementación de los cuidados paliativos interdisciplinarios en la mejora del cuadro clínico de los pacientes, siendo un desafío emergente optimizar recursos para implementar ese servicio de forma eficaz. De este modo, el protocolo elaborado se presenta como un instrumento relevante para la práctica clínica del equipo multidisciplinario en el ambiente hospitalario, facilitando la prestación de asistencia a la persona mayor, en lo que se refiere a la promoción de la calidad de vida y del confort.

Descriptores: Anciano. Cuidados Paliativos. Equipo de Atención al Paciente. Protocolos. Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégias final de busca realizada nas bases de dados eletrônicas.....45

4.1 Artigo 1 – Intervenções de saúde para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática

Quadro 1 – Estratégias de buscas empregadas em suas respectivas bases de dados..53

Quadro 2 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão, segundo autor, ano, código atribuído em sequência alfanumérica, objetivo do estudo, participantes da pesquisa e randomização.....57

Quadro 3 – Descrição dos instrumentos e das análises utilizadas nos estudos.....58

Quadro 4 – Intervenções apresentadas nos estudos e suas respectivas qualidades de evidência e graus de recomendação, conforme GRADE.....59

LISTA DE FIGURAS E APÊNDICES

Figura 1 – Fluxograma de busca e seleção dos estudos.	56
Apêndice A – Protocolo de condução da revisão sistemática.....	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 Envelhecimento populacional.....	19
2.2 Aspectos históricos e conceituais dos cuidados paliativos.....	23
2.3 Papel da equipe multiprofissional na prestação de cuidado a pessoa idosa em cuidados paliativos.....	29
2.4 Protocolos assistenciais na prestação de cuidado	35
3 METODOLOGIA.....	42
3.1 Tipo de estudo	42
3.1.1 Refinar tópicos e questões	42
3.1.2 Revisão sistemática	42
3.1.3 Terceira etapa: estabelecimento de recomendações para diversos cenários.....	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 Artigo 1 – Intervenções de saúde para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática	50
4.2 Artigo 2 – Proposta de um protocolo assistencial para pessoas idosas em cuidados paliativos: intervenções da equipe multiprofissional	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE	99

1 INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea vive um processo de envelhecimento significativo da sua população, como consequência de melhorias das condições de vida em geral, do avanço da tecnologia médica e do acesso mais amplo a serviços de saúde. Nesse cenário, surgem novas condições clínicas, específicas de pessoas idosas, e, por consequência, novas maneiras de morrer (BURLÁ; AZEVEDO; PY, 2017).

O envelhecimento populacional representa um importante episódio demográfico da era contemporânea que se intensificará durante esse século. Esse fenômeno vem afetando países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo decorrência de uma transição demográfica, um processo pelo qual reduções na mortalidade são seguidas por reduções na fertilidade (KUMAR, 2019).

Evidencia-se que o fenômeno do envelhecimento ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais marcante. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões ainda em 2020 (KUMAR, 2019; VERAS; OLIVEIRA, 2018). Ter conhecimento desses números é fundamental para se compreender que existe a necessidade de preocupação com o sistema de saúde e atendimento desses idosos, de modo que eles possam ter mais qualidade de vida e chances de viver com menos complicações.

As mudanças no perfil demográfico trazem importantes consequências sociais e econômicas para toda a população, pois pessoas idosas representam atualmente o maior grupo de pessoas que necessitam de cuidados na terminalidade, isso se deve à presença de pluripatologias nos diversos sistemas que não respondem a tratamentos curativos e de reabilitação (AMARAL *et al.*, 2019). Ressalta-se, nesse cenário, que o envelhecimento pode favorecer o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT BRASIL, 2011a).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e doenças neurodegenerativas que acometem principalmente as pessoas idosas estão as doenças cardiopulmonares, renais e hepáticas, demências, doença de Parkinson, sequelas de acidentes vasculares encefálico e síndrome da fragilidade (VIEIRA *et al.*, 2018). Frente a essa realidade, impõem-se os desafios do cuidado em aliar ações, atitudes e terapêuticas buscando oferecer uma melhor qualidade de vida a pacientes idosos em cuidados paliativos.

Salienta-se, que há um contingente cada vez maior de pessoas morrendo em virtude de doenças crônicas ou de natureza progressiva, aumentando o percentual de doentes em estado terminal nos hospitais ou em seus domicílios. Por essa razão, os cuidados paliativos têm se mostrado uma modalidade de cuidado a ser ofertada pelos sistemas de saúde (VIEIRA *et al.*, 2018).

Cuidados paliativos são prestados a pacientes com doenças irreversíveis quando se reconhece que esses encontram-se fora de possibilidades terapêuticas de cura. Seu enfoque é colocado no controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida sendo de fundamental importância, tanto para o paciente como para sua família no enfrentamento desse momento com mais dignidade (VIEIRA *et al.*, 2018).

Atualmente, os cuidados paliativos assumem o papel de um componente essencial para o sistema de saúde diante da mudança do perfil demográfico da população mundial. Conforme dados do Atlas Global de Cuidados Paliativos (ALLIANCE–WPCA, WORLDWIDE PALLIATIVE CARE, 2014) estima-se que a cada ano, 40 milhões de pessoas precisam dessa modalidade de cuidados. Contudo, apenas 14% das pessoas que precisam de cuidados paliativos no final da vida o recebem. No entanto, sua disponibilidade é muito mais comum em países de alta renda (75%) se comparado aos países de baixa renda (10%) (OMS, 2018).

De maneira prática, o cuidado é estabelecido por meio de uma relação que envolve boa comunicação, vínculo, responsabilização, respeito e empatia com o paciente e com a família e rede de apoio. Nessa prática, os profissionais trabalham em conjunto, integrando conhecimentos técnicos e, particularmente, pessoais com foco na prevenção de limitações e cuidado do sofrimento humano (CARVALHO, 2018).

Assim sendo, para atender às necessidades de pacientes com doenças irreversíveis é indicada a formação de uma equipe multiprofissional com dinâmica de atuação interdisciplinar. Os integrantes da equipe podem ser: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, musicoterapeuta, assistente espiritual, farmacêutico e odontólogo. Todos precisam trabalhar em sintonia e desenvolver uma linguagem comum, para se atingir objetivos de cuidado e proteção (BURLÁ; AZEVEDO; PY, 2017).

Deve-se compreender que os cuidados paliativos oferecidos a pacientes idosos não devem se limitar à retirada de tratamentos agressivos; mas, sim oferecer medidas para melhorar sua qualidade de vida como controle dos sinais e sintomas físicos e emocionais, manutenção da funcionalidade e autonomia do paciente, planejamento de cuidados, continuidade dos cuidados

por profissionais capacitados para responder às múltiplas necessidades físicas e emocionais do paciente e de seus familiares (AMARAL *et al.*, 2019).

O modelo proposto pelos cuidados paliativos busca resgatar a humanização do cuidado focando na pessoa doente, e não na doença; trabalha com a promoção da qualidade de vida, respeitando a autonomia do paciente e oferecendo suporte ao familiar (FRANCO *et al.*, 2017)

A integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde é considerada um aspecto importante para o atendimento de qualidade no final da vida. Marcucci *et al.* (2016) afirmam que apesar do apoio disponível e de algumas iniciativas limitadas no desenvolvimento dessa modalidade de cuidado, são necessárias melhorias no acesso a serviços de cuidados paliativos para pacientes com condições limitantes da vida e suas famílias no sistema brasileiro de saúde.

Para alcançar essas melhorias, políticas específicas de saúde pública devem estimular a implementação dos cuidados paliativos e definir seu papel no atendimento às doenças crônico não transmissíveis. Cabe ressaltar que a estrutura de treinamento profissional precisa ser ampliada e a consciência social e o envolvimento da comunidade com os problemas dos cuidados paliativos devem ser debatidos (MARCUCCI *et al.*, 2016).

Assim, Veras e Oliveira (2018) destacam que os membros da equipe multiprofissional tratam, de modo independente, vários problemas que um paciente pode ter, concentrando-se nos problemas em que se especializam. As atividades da equipe são reunidas usando um plano de cuidados que coordena seus serviços e faz com que a equipe trabalhe em conjunto para alcançar um objetivo específico em relação às metas, que no caso dos cuidados paliativos em idosos, seria amenizar a dor e possibilitar uma melhor qualidade de vida a esses pacientes, mesmo em fases terminais.

O cuidado, objeto de estudo e de trabalho da Enfermagem, é o foco da assistência paliativa em que os atos e ações se configuram como um saber de enfermagem, cujos cuidados de saúde são especializados para pessoas que vivem com uma doença grave e todo atendimento está focado em proporcionar alívio dos sintomas tendo como objetivo principal melhorar a qualidade de vida do paciente e da família.

Conforme Kumar (2019), o objetivo da assistência paliativa é aliviar o sofrimento. Os sintomas vivenciados pelos pacientes podem incluir dor, depressão, falta de ar, fadiga, constipação, náusea, perda de apetite, dificuldade para dormir e ansiedade. A equipe multiprofissional ajudará o paciente e sua família a enfrentar situações cotidianas.

Estudos recentes mostram que pacientes com uma doença grave em cuidados paliativos viveram mais do que aqueles que não receberam esse tipo de cuidado. Assim, a possibilidade de maior qualidade de vida surge da proposta que os cuidados paliativos apresentam em relação

ao processo de adoecimento e o processo de morte e morrer, tendo como objetivo resgatar a dignidade humana do paciente que tem diagnóstico de morte eminente, por meio de um plano terapêutico embasado nos princípios da bioética, promovendo a autonomia do paciente e familiares (FRANCO *et al.*, 2017; MARCUCCI *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, sabe-se que a abordagem paliativista é construída a partir de uma assistência integral ao paciente e seus familiares por meio de ações desenvolvidas por uma equipe multiprofissional ancorada em uma comunicação efetiva a fim de controlar sintomas que causam sofrimento (MATOS; BORGES, 2018). Dessa forma, emerge a importância de se trabalhar um protocolo assistencial multiprofissional voltado para o paciente idoso em cuidados paliativos.

Protocolos são instrumentos de trabalho caracterizados como uma tecnologia leve de trabalho, sendo dispositivos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências. Estes são desenvolvidos com método sistemático para fornecer auxílio às tomadas de decisão dos profissionais com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que pacientes se beneficiem do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis (KRAUZER *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2015).

Outrossim, é inegável a valorização dos cuidados paliativos como abordagem essencial à pessoa idosa em decorrências das alterações sistêmicas que ocorrem durante o processo de uma patologia sem possibilidade de cura (DUARTE *et al.*, 2015).

Neste contexto, diante das experiências vivenciadas em uma Unidade de Clínica Médica, surgiu o interesse em se trabalhar com a referida temática, visto que, durante a minha atuação como enfermeira assistencial deparei-me diariamente com paciente idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis e/ou com diagnósticos de patologias oncológicas. Tal fato demonstra a necessidade de pesquisar sobre a atuação da equipe multiprofissional frente à pessoa idosa em cuidados paliativos.

Assim, diante da relevância dos cuidados paliativos voltados à pessoa idosa no âmbito hospitalar, este estudo tem como questão norteadora: quais as intervenções que a equipe multiprofissional pode desenvolver para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada?

O estudo tem como objetivo elaborar o conteúdo de um protocolo assistencial com foco nos cuidados paliativos para as pessoas idosas hospitalizadas em cuidados paliativos a partir de uma revisão sistemática. A revisão sistemática buscará nas evidências científicas intervenções que possam ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura estrutura-se em quatro subcapítulos. No **primeiro** é abordado o envelhecimento populacional, destacando dados epidemiológicos, aspectos do processo de envelhecimento, doenças crônicas que acometem a população idosa e que levam à necessidade de cuidados paliativos. No **segundo** subcapítulo destacam-se o contexto histórico dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil e os aspectos conceituais e princípios relacionados a essa modalidade de cuidado. No **terceiro** subcapítulo é apresentado o papel da equipe multiprofissional na prestação de cuidado à pessoa idosa em cuidados paliativos. E no **quarto** subcapítulo refere-se aos protocolos assistenciais na prestação de cuidado.

Para a construção dos capítulos um, dois e quatro recorreu-se à uma busca livre, em meio físico e digital, com vistas a atingir o objetivo proposto. Já para o terceiro capítulo foi realizada uma busca livre nas bases de dados (MEDLINE, SCIELO, CINAHL, LILACS), utilizando-se os seguintes descritores: cuidados paliativos, equipe de assistência ao paciente e idoso.

2.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional ganhou notoriedade no século anterior, e desde então vem ocorrendo de forma acelerada em distintas regiões do planeta, avançando tanto em países desenvolvidos como naqueles de menor desenvolvimento econômico, passando a constituir-se neste século como um dos fenômenos mais desafiadores, em decorrência de suas múltiplas consequências na vida em sociedade. Com uma taxa de crescimento de 3% ao ano, o segmento demográfico na faixa etária de 60 anos ou mais, representa na atualidade 12,3% da população mundial. Estima-se que esse percentual se elevará a 21,3%, em 2050 (BARROS; GOLDBAUM, 2018; ONU, 2019).

No Brasil, para esse mesmo ano, acredita-se que a população desse grupo etário representará 29,6% da população total (BARROS; GOLDBAUM, 2018). A população brasileira deverá crescer até 2047, quando chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes deverá cair gradualmente, chegando a 228,3 milhões de indivíduos, em 2060. No entanto, o quantitativo da população idosa deverá crescer, estimando-se cerca de 58,2 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, neste mesmo ano, o que representa 25,5% da população total. Comparado com o ano de 2018, que teve uma proporção de 9,2% (19,2 milhões de pessoas), representa um significativo aumento (IBGE, 2018).

De acordo com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, em 2030, a região sul deverá ter um total de 2.802.027 pessoas idosas, o que corresponde a aproximadamente 36% da população da região. No Estado do Rio Grande do Sul, local de estudo, a população idosa também apresentou um crescimento significativo. A expectativa de vida também aumentou, passando de 52,74 anos em 1903 para 66,7 anos em 1972, 68,8 anos em 1980, para 75 anos em 2007 e, em 2018 para 78 anos. Esses dados são provenientes da Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE.

Observa-se que no Brasil, o processo de transição demográfica é reflexo da redução das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade infantil e também do aumento da esperança de vida ao nascer. Esses eventos resultaram então na diminuição de indivíduos com menos de 15 anos e no crescimento significativo do número de pessoas idosas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Assim, considera-se que o envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica, que vem apontando para a necessidade de mudanças nas políticas públicas para atender às necessidades da população envelhecida. Essa transição demográfica representou também uma mudança no perfil epidemiológico do Brasil, que passou a ter um aumento na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, as DCNT (BRASIL, 2018; PINHEIRO; SOUZA, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), as DCNT congregam a maior carga de morbidade e mortalidade no mundo, sendo a causa de cerca de 63% das mortes globais, alcançando um número de 36 milhões de mortes. As DCNT incluem doenças do aparelho circulatório, diabetes, neoplasias e doença respiratória crônica. Essas doenças afetam a qualidade de vida, acarretando limitações e incapacidades para os indivíduos. Cabe destacar que os países em desenvolvimento são os que mais sofrem com as DCNT, pois a taxa de mortalidade por estas doenças é maior.

No contexto brasileiro, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) para o decênio 2011-2022 marca uma iniciativa do governo para combater essa problemática de saúde. Destaca-se que 72% das causas de morte estão relacionadas às DCNT, sendo que 31,3% é relativo aos óbitos por doenças do aparelho circulatório, 16,3% ao câncer, 5,2% ao diabetes, e 5,8% à doença respiratória crônica, as maiores causas de mortalidade dentro do grupo das DCNT. Não obstante, o plano relata que atinge indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, contudo, atinge de uma forma mais intensa, os indivíduos de grupos vulneráveis, como as pessoas idosas (BRASIL, 2011b).

O aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e a demanda crescente de pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais de etiologias variadas ou com graves

sequelas neurológicas que procuram as instituições de saúde e são encaminhados para o ambiente de terapia intensiva, tem levado a uma maior necessidade de serviços que prestem assistência paliativa, considerando que essa faixa etária é a que mais se beneficia e que está mais suscetível às intervenções paliativas (LUIZ *et al.*, 2018).

Silva (2016) revela que esse cenário de transição demográfica e epidemiológica pode criar expectativas positivas se tivermos alicerçados em um sistema de saúde que colocasse em evidência a doença e a morte como partes integrantes de um todo, chamado ciclo vital. No entanto, essas transformações atingem também a assistência prestada pelos serviços de saúde, uma vez que os hospitais passam a atender, de uma forma mais frequente, uma clientela que necessita de cuidados de conforto, devido estar em um momento de terminalidade da vida ou em decorrência de ser portadora de alguma doença sem expectativa de cura e que limite a vida (NICKEL *et al.*, 2016).

Posto isso, evidencia-se que o enfrentamento do desafio do envelhecimento não é tão somente necessário, como urgente. O Brasil apresenta um importante contingente populacional de pessoas idosas, que tende a crescer ainda mais, o que gera demandas aos serviços de saúde, em especial aos especializados. Ainda, se torna evidente a necessidade de que as políticas públicas estejam voltadas para a realização de intervenções integradas, assegurando o cuidado às doenças crônicas e fortalecendo a promoção do envelhecimento saudável (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Verifica-se, portanto, que o processo de envelhecimento é e continua sendo uma das preocupações da humanidade, caracterizando-se como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar perda progressiva de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (PAPALÉO NETO, 2016).

Trata-se de um processo natural do organismo que acaba modificando sua fisiologia devido à perda da homeostase, levando a um comprometimento do sistema imunológico. Quando um indivíduo envelhece, a proteção do organismo contra agentes exógenos e endógenos fica comprometida, levando a pessoa idosa ao risco de desencadeamento de condições patológicas como doenças infecciosas, autoimunes e neoplasias, esse processo é denominado de imunossenescência. Entretanto, não é somente o sistema imune que é prejudicado, há o comprometimento também de outros sistemas do organismo humano, dentre eles, os sistemas endócrino e neurológico, tendo em vista que eles trabalham em conjunto para manter a homeostase (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Nesse sentido, salienta-se que o envelhecimento é caracterizado por diversas alterações previsíveis, progressivas, estando associadas ao aumento da suscetibilidade para aparecimento de muitas doenças. Esse processo não é uniforme entre as pessoas, sendo acompanhado pelo comprometimento das funções orgânicas levando a maior probabilidade do surgimento de doenças crônicas e incapacitantes (FARIA *et al.*, 2015; TAFFET, 2020).

A população idosa é mais suscetível à ocorrência de várias morbidades associadas, como por exemplo, câncer, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, sendo que muitas dessas doenças estão em estágio muito avançado de evolução (SILVA, 2019). Alcântara (2016) destaca que o processo de envelhecimento se associa com o comprometimento das funções orgânicas, contribuindo para que surjam DCNT, que geram incapacitações e limitações, o que torna a pessoa idosa perfil para receber os Cuidados Paliativos.

Estudo realizado em 2015, com objetivo de avaliar o perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos, identificou que 41% dos pacientes tinham indicação de cuidados paliativos, destes, 32,3% tiveram as doenças cardiovasculares como principal causa. Foram incluídos neste estudo pacientes com idade entre 18 e 100 anos. A média de idade dos pacientes foi de 62 anos (FARIA *et al.*, 2015).

Em 2016, em um estudo com finalidade de descrever as doenças crônicas e incapacitantes com indicações de cuidados paliativos na pessoa idosa, destacou-se com maior prevalência o Diabetes Mellitus, em decorrência de complicações que causam nefropatia, retinopatia, neuropatia, infarto agudo do miocárdio, câncer em geral, doenças cardiovasculares como acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca congestiva, doenças neurológicas como Alzheimer e doenças reumáticas (AZEVEDO *et al.*, 2016).

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, evidencia a necessidade de transformação dos sistemas de saúde até então baseada em formas curativas focadas na doença, para implantação de cuidados integrais centrados na pessoa idosa. Neste sentido, é evidente a necessidade de identificar idosos que se beneficiariam com cuidados paliativos.

Com o crescimento da população idosa e o aumento da expectativa de vida, associado à ascensão de DCNT, observa-se um cenário em que a morbimortalidade se faz cada vez presente, e por consequência, trabalhar com os cuidados paliativos se faz necessário, a fim de assegurar uma melhor qualidade de vida para pacientes com doenças em fase avançada.

No entanto, observa-se que diferentes capacidades e necessidades da pessoa idosa são decorrentes do percurso de vida de cada uma, por isso, não existe um “padrão de idoso” (OMS, 2015). Assim, apesar da população idosa estar mais suscetível ao adoecimento e a aquisição de

incapacidades e limitações, existem pessoas idosas que continuam completamente capazes de desenvolver suas atividades cotidianas, outras dependem de algum apoio para realização de atividades, enquanto há aquelas que ficam completamente dependentes de cuidados contínuos (BRASIL, 2018).

Desse modo, crê-se que as necessidades do idoso são decorrentes de demandas relacionadas à saúde, fatores sociais, familiares, condições de moradia, transporte, entre outros (SANTOS *et al.*, 2016). Quando estas não são atendidas, contribui-se para a perda da funcionalidade da pessoa idosa. Todavia, essa perda pode ser prevenida, evitada ou adiada, por meio de um envelhecimento saudável, entendido “como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015, p. 13).

Destaca-se que para o atendimento à demanda da população idosa, é preciso empreender mecanismos de fortalecimento do modelo de atenção à saúde da pessoa idosa, investindo no que concerne inclusive à força de trabalho e formação de profissionais de saúde, para que estes tenham habilidades para desenvolver ações de prevenção, cuidado e atenção integral à saúde das pessoas idosas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Em síntese, o envelhecimento é um processo único que cada pessoa vivencia de um modo distinto, sendo que por vezes vem acompanhado de doenças e agravos que comprometem a qualidade de vida e trazem limitações à vida da pessoa idosa. Tal processo representa um grande desafio na conformação atual da sociedade brasileira, exigindo do Estado e da sociedade uma resposta imediata às consequências geradas pelo aumento acelerado do envelhecimento populacional.

As repercussões no setor da saúde são grandes, pois com a transição demográfica e epidemiológica, fez-se necessário uma reorganização dos serviços de assistência à saúde e social, bem como a formação e capacitação de recursos humanos, visando dar resolutividade às problemáticas de saúde advindas das consequências do envelhecimento populacional.

Dentre algumas das novas situações com as quais o sistema de saúde tem que enfrentar, está a necessidade da inclusão dos cuidados paliativos nas agendas de saúde, em decorrência da morbimortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis, das incapacidades e limitações por elas geradas e do aumento da expectativa de vida.

2.2 Aspectos históricos e conceituais dos cuidados paliativos

Os primeiros movimentos para o cuidado paliativo foram vistos nos primórdios da Medicina, quando Hipócrates ensinava que o médico devia “curar quando possível, aliviar quando a cura não for possível e consolar quando não houver mais nada a fazer” (MOREIRA, 2019, p. 291). A tentativa de minimizar a dor durante o processo de morte permeia textos clássicos, como a *Ilíada* e a *Odisseia*. Com a evolução do pensamento ocidental, floresceu a discussão filosófica sobre o tema. Pensadores como Montaigne, Spinoza, Heidegger e Hegel – cada um com diferentes percepções a respeito do “refletir sobre a morte” – divergem e complementam a discussão sobre a morte, compondo a multifacetada complexidade da existência humana (MOREIRA, 2019).

Oficialmente, de acordo com Gomes e Othero (2016), o cuidado paliativo surgiu na década de 1960, no Reino Unido, como uma prática distinta na área de atenção à saúde. Cicely Saunders, médica, assistente social e enfermeira foi apontada como iniciadora dos movimentos modernos de cuidados paliativos, incluindo o ensino, a assistência e a pesquisa. Em 1967 fundou o “St. Christopher’s Hospice”, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (MATSUMOTO, 2012; PESSINI, 2005).

O termo *hospice* foi usado primariamente para definir espécies de abrigos destinados ao conforto e a cuidados com peregrinos e viajantes. Define-se *Hospice* como uma filosofia e modelo de cuidado, bem como uma forma organizada de proporcionar cuidados de saúde. A filosofia do *Hospice* expandiu seu âmbito de atuação no decorrer do tempo, ao incluir pessoas que estão morrendo não somente de câncer, mas de outras doenças com prognósticos de menos de seis meses de vida, além daquelas que passam pelo processo do morrer longo, crônico e imprevisível (MATSUMOTO, 2012).

O movimento *Hospice*, idealizado por Cicely Saunders, surge como protesto às formas de tratamento que eram disponibilizadas aos doentes em final de vida. A base do sofrimento enfrentado por esses doentes era a dor, sendo uma preocupação a elaboração de formas de controle desse sintoma. Esse novo modelo de cuidado foi se disseminando, tornando Saunders a precursora dos cuidados paliativos no mundo. O nascimento desse movimento ocorreu na Grã-Bretanha, sendo difundido, posteriormente para os Estados Unidos, França e outros países (MATSUMOTO, 2012).

No início da década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Kubler-Ross, nos Estados Unidos, fez crescer também lá o movimento *Hospice*. Elisabeth Kubler-Ross com seus formatos peculiares de cuidado, também teve grande influência no desenvolvimento dos cuidados paliativos em todo mundo, sendo ela a responsável

por introduzir os cuidados paliativos nos Estados Unidos. O primeiro *Hospice* norte-americano foi fundado em Connecticut em 1975 e, em 1982, uma lei norte-americana permitiu seu estabelecimento, que passou a ser chamado de *Hospice Care*. O *Hospice Care* promoveu ações de cuidado domiciliar por meio de um sistema de reembolso (FOLEY, 2005; KLUBER-ROSS, 1998).

Em 1982, o comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas que visassem o alívio da dor e os outros cuidados para doentes com câncer e que fossem recomendáveis a todos os países. O termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela OMS, em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo *Hospice*, para alguns idiomas (FOLEY, 2005).

Em 1986, a OMS definiu os princípios filosóficos em cuidados paliativos. São eles: 1) proporcionar o alívio da dor e outros sintomas angustiantes; 2) afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; 3) não acelerar nem adiar a morte; 4) integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5) oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; 6) oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; 7) ter uma abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e; 9) iniciar o mais precocemente possível e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. Esses princípios são pilares norteadores da prática multiprofissional em cuidados paliativos (MATSUMOTO, 2012).

A OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990, a qual descreve como:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do cuidado paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (OMS, 1990, p. 11).

Contudo, em 2002 este conceito foi reformulado, excluindo a palavra cura e frisando a importância da identificação precoce, a prevenção e o alívio do sofrimento.

Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem 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, 2002, p. 15).

Os cuidados paliativos não dizem respeito primordialmente a cuidados institucionais. Constituem fundamentalmente uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições. No domicílio da pessoa portadora de doença crônica degenerativa ou em fase terminal, na instituição de saúde onde está internada ou no *hospice*, uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente para esta finalidade (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Ainda em 2002, dois documentos importantes foram publicados pela OMS - *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Ambos recomendaram os Cuidados Paliativos como estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde. Os Cuidados Paliativos saíram da esfera do câncer para outras áreas do conhecimento, como Pediatria, Geriatria, HIV/AIDS, doenças crônicas, entre outras (DAVIES; HIGGINSON, 2004; OMS, 2004).

Muitos países programaram suas ações ou iniciaram suas atividades, em cuidados paliativos, no período compreendido entre 1999 e 2001. No Brasil, observou-se igualmente o surgimento de vários serviços nesta mesma época. Atribuiu-se este crescimento à publicação do estudo Support, em 1995, nos Estados Unidos. Tratou-se de um estudo multicêntrico, realizado em cinco grandes hospitais norte-americanos, entre 1989 e 1994, envolvendo cerca de dez mil pacientes portadores de doenças intratáveis e prognóstico de vida estimado em seis meses. O estudo apontou questões fundamentais no final da vida como, por exemplo, a comunicação pouco efetiva entre pacientes e familiares com a equipe de saúde sobre o final da vida; o elevado custo da atenção no final da vida e; o fato de metade dos pacientes morrerem com dor moderada ou severa, sem nenhuma prescrição analgésica (CONNORS *et al.*, 1995).

De acordo com Rodrigues (2004), os cuidados paliativos se consolidaram no Brasil durante os anos de 1980, período que coincide com o fim do regime da ditadura militar. Em tal contexto predominava o modelo hospitalocêntrico e curativo, a formação de profissionais de saúde estava voltada aos aspectos biológicos e a assistência à saúde era, predominantemente, individual e fragmentada. Os pacientes, por sua vez, tinham morte solitária, sem a presença de seus familiares e, muitas vezes, morriam sem o conhecimento de sua situação clínica (ANCP, 2009; PEIXOTO, 2009).

A década de 1980 testemunhou os primeiros avanços com a criação dos serviços voltados aos cuidados paliativos no Brasil, como o do Rio Grande do Sul (1983), São Paulo (1986) e Santa Catarina (1989). Na década de 1990, prosseguiram os avanços com a abertura

dos cursos na Escola Paulista de Medicina, pensados a partir da filosofia dos cuidados paliativos. Destaca-se, ainda, a criação do Instituto Nacional do Câncer, projeto pioneiro do Ministério da Saúde, que em 1998 inaugurou o hospital do Câncer unidade IV, no Rio de Janeiro, dedicado exclusivamente aos cuidados paliativos. Em 2004, aconteceu a inauguração da hospedaria no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, voltada a modalidade de cuidados paliativos (ANCP, 2009; PEIXOTO, 2009).

O Rio Grande do Sul foi o Estado brasileiro pioneiro em cuidados paliativos, com o então denominado “Serviço da Dor”, em 1983, anexo ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob coordenação da Dra. Miriam Marteleite. Em 1986, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo abriu o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos e, em 1989, foi a vez de Florianópolis (SC) e Rio de Janeiro (RJ) inaugurarem suas unidades de cuidados paliativos. Importante mencionar que a difusão no país nessas localidades não tinha qualquer ligação e foram surgindo sem vínculos entre si (MACHADO, 2009).

O movimento chegou ao Brasil no final do século XX, porém sua ascensão se deu por volta do século XXI. Os cuidados paliativos se lançaram com uma proposta diferenciada de assistência na saúde e avançam gradativamente no Brasil. Concentra-se no enfoque ao cuidado integrado tendo como principais norteadores da assistência: 1) prevenção e controle de sintomas; 2) intervenção psicossocial e espiritual; 3) paciente e família como unidade de cuidados; 4) autonomia e independência e; 5) comunicação e trabalho em equipe multiprofissional (GOMES; OTHERO, 2016).

Com a expansão cada vez mais avassaladora das doenças crônico-degenerativas e das incapacidades associadas, aumento do número de pessoas idosas e demências nos mais diversos níveis e gravidades, tem-se percebido uma ampliação de locais que oferecem assistência paliativa, visto que essa população vem se beneficiando progressivamente com este tipo de intervenção (VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

Todavia, de acordo com Victor (2016), em alguns locais os cuidados paliativos ainda são incipientes ou ainda nem são praticados, mesmo em países desenvolvidos, verificando-se uma prática exclusivamente voltada para a manutenção da vida, sem preocupações com o controle da dor, do desconforto e do estresse, ou seja, com a melhoria da qualidade de morte. Ressalta-se que cerca de cinco bilhões de pessoas no mundo vivem em países sem acesso aos cuidados paliativos (VICTOR, 2016).

Em relação ao desenvolvimento/implementação de cuidados paliativos, os países foram categorizados em quatro níveis. Os países que se encontram no nível 1 não desenvolvem nenhuma atividade. Os países que estão no nível 2, encontram-se em capacitação. No nível 3a

estão os países que oferecem cuidados paliativos de maneira isolada. No nível 3b contempla os países onde a prestação do cuidado paliativo se encontra de forma expandida. O nível 4a é formado por países onde os cuidados paliativos se encontram em estágio preliminar de integração com o sistema de saúde. No nível 4b estão os países onde os serviços estão em um estágio avançado (ANCP, 2018). De acordo com a OMS, o Brasil encontra-se no nível 3a (ALLIANCE–WPCA, 2014; GOMES; OTHERO, 2016).

No Brasil, os cuidados paliativos ainda têm um desenvolvimento lento, porém já vem sendo inserido e normatizado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1988 por meio das seguintes portarias: Portaria nº 3.535 de 02 de setembro de 1998 que insere várias modalidades assistenciais como o serviço de Cuidados Paliativos nos centros de atendimento em Oncologia de alta complexidade. A Portaria nº 881 de 19 de julho de 2001 cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Portaria nº 19 de 03 de janeiro de 2002 que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos. A Portaria nº 1319 de 23 de julho de 2002 criou no âmbito do SUS os Centros de referência em Tratamento da Dor e a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, responsável por instituir a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 1998, 2001, 2002a, 2002b, 2011b).

Entretanto, cabe destacar que, as regulamentações apenas por meio de portarias não suprem a crescente demanda de pacientes que necessitam deste atendimento. A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) são instituições que reúnem profissionais para discussão da temática e disseminação da prática. No país, a maioria das unidades existentes assume formato de clínica da dor (HERMES; LAMARCA, 2013). Em agosto de 2018 foram identificados 177 serviços de cuidados paliativos no país por meio de um mapeamento realizado pela ANCP (ANCP, 2018).

O jornal *The Economist*, em 2015, mostrou que o Brasil se encontra no fim da lista (em 42º lugar) no que diz respeito à qualidade de morte no mundo. Liderando os primeiros lugares estão o Reino Unido, Austrália e a Nova Zelândia (GOMES; OTHERO, 2016; VASCONCELOS; PEREIRA, 2018).

O Cuidado Paliativo é uma modalidade de cuidado que reconhece a importância do alívio do sofrimento, propõe aceitação das dimensões interpessoal e espiritual da vida, o reconhecimento das diferenças e qualidades da experiência vital, a ajuda para conseguir a adaptação à enfermidade e o entendimento do sofrimento sem relacioná-lo completamente aos sintomas ou à fisiopatologia, mas também à situação psico-sócio-espiritual (QUEIROZ *et al.*, 2018).

A abordagem a cuidados paliativos nos remete ao ser enfermeiro(a), em seu verdadeiro significado, que está intimamente relacionado à capacidade acurada de observação, um tipo de cuidado que se estende para além do que é perceptível aos olhos. É preciso que o enfermeiro compreenda não apenas o que lhe é dito explicitamente, desempenhando o cuidado com amor e atenção, sendo capaz de identificar naqueles que são cuidados não apenas alterações físicas, emocionais, mas potencialidades. Enfim, é necessário estar pronto para atender às necessidades, demandas, aspirações de saúde, transmitindo-lhes confiança e sendo alguém com quem eles possam contar. A ação do cuidar, assim, está de acordo com os princípios norteadores do cuidado paliativo (SALVIANO *et al.*, 2016).

Dessa forma, o processo do cuidar está inserido na prática profissional do enfermeiro fazendo uma interface com todos os membros da equipe de saúde, com a família e comunidade. Sua atuação profissional compreende tarefas e relações que vão desde a interação com cada paciente até articulações mais complexas que permeiam as diversas faces do processo de cuidado, desde a entrada até a saída do paciente, seja por alta hospitalar ou óbito (MARKUS *et al.*, 2017).

De acordo com a International Association for Hospice & Palliative Care, o modo de fazer nos cuidados paliativos inclui atitudes de sensibilidade, empatia, compaixão e demonstração de interesse pela pessoa; preocupação por todos os aspectos do sofrimento do paciente; o não julgamento do outro, seja pela formação intelectual, ética ou religiosa. Destaca-se, ainda, a necessidade de considerar e respeitar esses aspectos socioculturais, sabendo que compõem a identidade e influenciam no enfrentamento da pessoa (ANGELO *et al.*, 2018).

Assim, estes cuidados necessitam de uma ação de uma equipe multiprofissional que trabalhe de forma interdisciplinar, onde cada profissional, reconhecendo o limite da sua atuação, e contribuirá para o paciente adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, pela dor, e promoverá a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares.

2.3 Papel da equipe multiprofissional na prestação de cuidado a pessoa idosa em cuidados paliativos

O perfil de necessidades que a população idosa apresenta requer atuação ampla de equipes de saúde multiprofissional que, a partir de renovações em seu processo de trabalho, devem ser organizadas para prestar assistência de forma contínua, possibilitando o

desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados para a promoção da saúde e do bem-estar de toda pessoa idosa atendida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Considera-se que na assistência às pessoas idosas em cuidados paliativos o papel de toda a equipe de saúde tem como objetivo central promover a qualidade de vida, vislumbrando a manutenção da autonomia e individualidade da pessoa assistida de modo que esta tenha um papel ativo no seu tratamento. Dentro do campo de formação de cada profissional da saúde em cuidados paliativos, o uso de estratégias interdisciplinares e gerontológicas, que englobem a comunicação assertiva, o planejamento e intervenções clínicas e psicológicas, trazem benefícios para todos os envolvidos no tratamento paliativo, em especial aos idosos e familiares (BAERE; FAUSTINO; MIRANDA, 2017).

Cicely Saunders, em seus estudos, observou que os cuidados paliativos significam assegurar ao paciente a melhora da sua qualidade de vida, minimizando os sofrimentos físicos, psicológicos, emocionais, espirituais e sociais durante o curso da doença, desde o momento do diagnóstico até a morte. Desta forma, a modalidade de cuidados paliativos demanda uma equipe de saúde capacitada para prestar um cuidado holístico ao paciente e sua família (GOMES; OTHERO, 2016).

Destaca-se que o cuidado paliativo diverge bastante do curativo, pois a partir do primeiro reafirma-se a vida e encara-se a morte como uma realidade, fazendo parte do processo da vida, passando a ser vivenciada junto aos familiares, tendo como finalidade central melhorar a qualidade de vida do usuário e de sua família, que passam pelo enfrentamento de uma doença avançada. A assistência paliativa ocorre por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, tratamento de dor e valorização da cultura, espiritualidade, costumes e valores, além de desejos e crenças que permeiam a morte (PROVINCIALI *et al.*, 2016; SONG; HAPP, 2017).

Logo, entende-se que a assistência em cuidados paliativos demanda uma equipe multi e interdisciplinar, que atenda de maneira humanizada e personalizada. O enfoque dos cuidados paliativos não é a cura da doença, mas sim, o cuidado integral da pessoa, ou seja, considerando todo o seu ser e não a doença em si. Vale salientar que todos os profissionais paliativistas estejam articulados de forma harmônica com relação à terapêutica, sejam eles nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, assistentes sociais, dentre outros (MACIEL, 2012b; SAAR; TREVISAN, 2007; SILVA, 2015).

Assim, para a assistência em cuidados paliativos, a equipe multiprofissional em saúde precisa atuar a partir de um conceito ampliado de saúde, eliminando as restrições associadas às condições apresentadas pelo paciente em decorrência das doenças ou focar somente na

prevenção de novas condições. Os profissionais devem desenvolver um plano terapêutico, contemplando o paciente e sua família, pensado de maneira individual e interdisciplinar (BRASIL, 2013).

Entretanto, apesar da hospitalização ser algo a ser evitado na modalidade domiciliar de cuidados paliativos, entende-se que condições socioeconômicas e dificuldade de controle de sintomas podem impedir a permanência constante do indivíduo em cuidado paliativo em domicílio, situações em que se faz necessária a hospitalização. Dessa forma, é essencial que a atenção básica e hospitalar trabalhe em conjunto, de maneira a suprimir as necessidades dos usuários destes serviços. Considera-se que a assistência prestada pela equipe multiprofissional em ambiente hospitalar necessita de discussão e reflexão (CARDOSO *et al.*, 2013; LAZRIZ, 2019).

Na assistência hospitalar aos pacientes em tratamento paliativo, a equipe tem diversas compreensões do cuidado, a partir da vivência construída e reconstruída durante a vida profissional. No início de suas carreiras, podem experimentar sentimento de frustração e impotência em decorrência de não poder “vencer” a morte, entendida culturalmente como fracasso, tendo em vista também que a formação dos profissionais é pautada no combate a ela. No entanto, o cotidiano de trabalho e a experiência conquistada na assistência a usuários em cuidados paliativos exigem que a equipe de saúde repense suas práticas e concepções, de modo a ressignificar o cuidado, passando a entender a morte como evento natural da vida e entendendo a importância da equipe multiprofissional para a garantia da qualidade de vida e conforto ao paciente e sua família (CARDOSO *et al.*, 2013; ROTH; CANEDO, 2019).

Braz e Franco (2017) enfatizam que os profissionais paliativistas devem ir além da busca por conhecimento sobre a doença, sendo essencial que estes tenham identificação com seu trabalho e interesse genuíno na história de cada indivíduo que atendem. Um dos objetivos é a construção de uma relação de segurança entre profissionais, familiares e pacientes, que será possível a partir da empatia e da abertura para discussões por parte da equipe. A partir daí, a equipe pode representar uma base segura para os familiares, respondendo às necessidades emocionais, perpassando a escuta, acolhimento, validação dos sentimentos e eventuais dúvidas que possam surgir.

A equipe deve realizar seu trabalho de acordo com a filosofia paliativista, com vistas a fornecer alívio dos sintomas, dor e estresse de uma doença grave, seja qual for o diagnóstico objetivando melhorar a qualidade de vida tanto para o paciente e sua família, atuando na promoção de ações que busquem garantir uma sobrevida digna, associada ao controle adequado

de sintomas físicos, psicológicos e espirituais, compreendendo assim, o ser como um todo, na sua subjetividade e complexidade (LAZRIZ, 2019).

A literatura destaca determinados aspectos que compõem e podem ser reconhecidos nos pressupostos dos cuidados paliativos como “trabalhar e perceber o paciente com respeito e considerando-o de forma integral, em todas as suas dimensões e necessidades, e contemplando seu grupo familiar” (BRAZ; FRANCO, 2017, p. 100).

Os cuidados paliativos devem estar sob responsabilidade de uma equipe multiprofissional, que deve atuar de forma integrada, realizando a junção de seus conhecimentos e práticas para apoiar e assistir o paciente e sua família, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes. Portanto, faz-se necessária a discussão sobre aspecto interdisciplinar dessa equipe.

Peixoto (2019) afirma que a interdisciplinaridade é uma necessidade. Se percebermos, com toda a pertinência, a interdisciplinaridade como uma integração dos saberes, das ideias, dos conceitos, devemos também, analogicamente, entendê-la como uma conjugação de procedimentos, de práticas, de métodos, enfim, de ação no tratamento, no acompanhamento, no cuidado do idoso. Os profissionais da saúde, a família e o próprio idoso alternam o protagonismo na condução do acompanhamento/tratamento (FRANCO *et al.*, 2017).

Dessa forma, é possível afirmar que os cuidados paliativos transcendem o modelo assistencial tradicional, biomédico, pautado na doença, pois se pressupõe que estes são pautados em abordagem interdisciplinar, holística, humanizada e sem intervenções para antecipar ou adiar a morte (BRITTO *et al.*, 2019). No entanto, verifica-se que tanto os cuidados paliativos como a interdisciplinaridade tratam-se de desafios para as equipes de saúde, ao passo que se encontram dificuldades na implementação, uma vez que cuidar para se ter a interdisciplinaridade é necessário o rompimento de barreiras e ir além das disciplinas, criando novas possibilidades, saberes e horizontes (LÓSS *et al.*, 2019).

A perspectiva interdisciplinar associada aos cuidados paliativos está relacionada ao papel de cada categoria profissional, ao considerar o que cada uma agrega em termos de conhecimentos e tecnologias próprias. A partir da congregação dos conhecimentos, da comunicação entre os membros da equipe e da troca de informações sobre a condição clínica dos usuários é possibilitado o melhor tratamento, de modo que possa atender as expectativas de usuários e familiares (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017; GASPAR *et al.*, 2019).

Teixeira e colaboradores (2019) verificaram a importância do atendimento de uma equipe multiprofissional em cuidados paliativos. Seus resultados apontaram para melhor adesão

do paciente nos cuidados, melhoria na qualidade de vida, compreensão pelo paciente do adoecimento e tratamento, além de melhora dos sintomas físicos, emocionais e sociais. Também foram evidenciados benefícios para os familiares relacionados ao atendimento da equipe, os quais passaram a compreender melhor o processo enfrentado, participando ativamente e conseguindo esclarecer dúvidas ao mesmo tempo em que recebiam apoio da equipe.

Os cuidados paliativos estão em ascensão, contudo, ainda há desafios para os profissionais que atuam nessa modalidade de cuidado. Estudo identificou fragilidades e desafios percebidos por profissionais de uma equipe na assistência paliativa, destacando a necessidade de qualificar o trabalho em equipe e investir em educação continuada (SANTOS *et al.*, 2017). Há inúmeras dificuldades advindas de complexas relações estabelecidas entre os profissionais nos ambientes de trabalho, o que reforça a necessidade da atuação de uma equipe interdisciplinar (SILVA, 2015).

Nesse sentido, torna-se relevante considerar a relação de trabalho entre a equipe multiprofissional, pois esta pode influenciar diretamente na assistência prestada ao paciente e sua família. As decisões tomadas em equipe devem ocorrer de modo democrático, com a participação de todos os membros, contudo, também devem incluir o indivíduo em cuidado paliativo, que deverá ser priorizado em todas as decisões, pensadas a partir do seu conforto e sua qualidade de vida (HERMES; LAMARCA, 2013; PFEIFER; HEAD, 2018).

Pereira e Banhato (2019) avaliam que a qualidade dos cuidados ao fim de vida pode ser percebida como multifatorial. Dentre os indicadores de qualidade estão o relacionamento equipe-paciente-família, o controle dos sintomas, a comunicação efetiva acerca do estado de saúde/doença e participação da família nas tomadas de decisão.

Especificamente, com relação aos enfermeiros que atuam em cuidados paliativos, afirma-se que estes por terem maior proximidade com os pacientes e familiares, promovem a interlocução entre os demais profissionais de saúde, favorecendo assim, que o processo de tomada de decisão seja centrado no usuário. Destaca-se nesse processo, o raciocínio clínico do enfermeiro, a aplicação do Processo de Enfermagem e a utilização da comunicação como ferramenta de trabalho (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017; GASPAR *et al.*, 2019).

Dessa maneira, é possível visualizar que o enfermeiro desempenha importante papel na comunicação entre a equipe, ocupando posição estratégica especialmente no cenário da internação hospitalar, atuando como um agente mediador entre os integrantes da equipe

multiprofissional, em benefício do atendimento das necessidades das pessoas idosas e de seus familiares (GIBAUT *et al.*, 2013; PFEIFER; HEAD, 2018).

Na assistência paliativa ao idoso, a interação entre o enfermeiro, equipe de saúde e família é uma importante ação para promoção da autonomia no fim da vida, especialmente quando se trata de assistência hospitalar. Assim, os familiares têm um papel social fundamental, sendo que quando se fazem presentes e integrados, aparecem sentimentos de fraternidade, segurança e dignidade. No entanto, para que isso ocorra, a equipe deve inserir a família no cuidado hospitalar, considerando-a como uma unidade de cuidado (BAUTISTA RODRÍGUEZ; ARIAS VELANDIA; CARREÑO LEIVA, 2016).

Pires *et al.* (2019) alertam para a importância da comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, construindo e compartilhando conhecimentos e formas de abordagens para que possam desempenhar suas atividades voltadas para um trabalho humanizado, com uma escuta atenta. A interação ativa entre a equipe traz benefícios significativos para os pacientes em cuidados paliativos, isso porque, conseguem melhor compreender as necessidades de seus pacientes, obtendo de fato uma visão integral sobre estes.

Isso posto, desvela-se que é inegável a importância da comunicação adequada para a assistência em cuidados paliativos direcionada à pessoa idosa. Assim, é necessário que a equipe multiprofissional reconheça que a pessoa acima dos sessenta anos em cuidados paliativos pode apresentar limitações impostas pela doença, que já está em sua fase terminal, e entender que cada organismo reagirá de uma forma diferente em cada situação, de acordo com suas perspectivas e crenças em relação à terminalidade da vida, o que requer da equipe apoio e comunicação específica para o enfrentamento dessa fase difícil (ARAUJO; SILVA, 2019).

Cabe destacar que por mais que a morte esteja presente na atuação dos profissionais de saúde, ela ainda é tratada como algo distante por eles. Há presença de sentimento de insegurança e ansiedade no atendimento das demandas que são levadas pelos usuários até os serviços de saúde, demonstrando assim, a existência de uma lacuna na formação dos profissionais no tocante à essa temática. Fundamentalmente, os saberes técnicos são bem ensinados nas instituições de ensino, contudo, na maioria das vezes, o indivíduo e sua família necessitam de conforto e cuidado frente ao processo de adoecimento (PEREIRA; BANHATO, 2019).

Aponta-se a necessidade de implementar espaços voltados para a capacitação de profissionais da saúde, principalmente que discutam o processo de morte como evento natural da vida, que independentemente de suas condutas irá acontecer em algum momento (PEREIRA; BANHATO, 2019).

Compreende-se, portanto, que a assistência paliativa só é possível a partir de uma equipe

multiprofissional, e não obstante, se utilize da interdisciplinaridade para prestação do cuidado. Há desafios que ainda persistem na organização dos serviços de saúde, relativos principalmente a formação do profissional de saúde, que parece um tanto quanto frágil na atualidade.

Acredita-se que somente a partir do preparo profissional para lidar com cuidados paliativos e com a morte em si, realizado a partir de formações específicas será possível a prestação do cuidado adequado, como está descrito na “filosofia paliativista”. Quanto aos cuidados paliativos à pessoa idosa, mais especificidades são encontradas, uma vez que para atender adequadamente este grupo etário, é necessário também o conhecimento específico nessa área, considerando as necessidades de cada indivíduo.

2.4 Protocolos assistenciais na prestação de cuidado

Os protocolos são rotinas de cuidados e de ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento. Sua elaboração acontece mediante conhecimento científico atual, respaldado em evidências científicas por profissionais experientes e especialistas de uma área, servindo para orientação de fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de Saúde. Esses protocolos se subdividem em: protocolos clínicos – considerados instrumentos que direcionam à atenção à saúde dos usuários e que apresentam características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e educativas, servindo inclusive para o cuidado em domicílio e; protocolos de organização de serviços – instrumentos da gestão dos serviços, que incluem a organização do trabalho em uma unidade e no território (BRASIL, 2013).

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. São considerados instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, oferecendo as melhores opções disponíveis de cuidado (PIMENTA *et al.*, 2015).

Catunda *et al.* (2017) enfatizam que os protocolos são recomendações estruturadas com o propósito de orientar decisões de profissionais de saúde e/ou usuários a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas. Essas recomendações baseiam-se em evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e na garantia de qualidade deles.

Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destina, do executor das ações, da estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas (PIMENTA *et al.*, 2015).

Pimenta *et al.* (2015) elencam os principais aspectos da legislação relacionada ao uso de protocolos na saúde. A *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990* regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, prevendo a elaboração de protocolos e procedimentos, entre outros, pelas instituições. A *Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011*, que altera a Lei nº 8.080/1990, dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Em seu artigo 19, inciso II, adota a seguinte definição para protocolo clínico e diretriz terapêutica:

documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos [...].

O emprego de protocolos de cuidado à saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Sua aplicação na prática assistencial constitui um desafio, pois sua utilização deve permitir a avaliação contínua da assistência prestada e o estabelecimento de metas terapêuticas claras (OLIVEIRA *et al.*, 2016; WERNECK, 2009).

Considerando a complexidade do trabalho em saúde/enfermagem, protocolos de assistência têm sido propostos por diferentes autores com o intuito de auxiliar aos profissionais e, conseqüentemente, favorecer uma assistência de qualidade aos pacientes. Lemos, Poveda e Peniche (2017) destacam o quão criteriosas precisam ser a construção e a validação de um protocolo de assistência. No processo de construção de um protocolo faz-se necessário considerar a realidade local do serviço ao qual este será destinado, bem como qual sua finalidade e público-alvo.

Na pesquisa realizada por Catunda *et al.* (2017), verificou-se que a construção de protocolos de enfermagem na literatura publicada geralmente segue o mesmo processo, iniciando-se com revisão de literatura sobre o assunto e seguindo com a utilização do conhecimento prático de profissionais de enfermagem. Já a validação desses protocolos é geralmente realizada com a presença de grupos de especialistas/juízes na temática do protocolo,

verificando-se prevalência de validação dos protocolos apresentados. Os autores também observaram a preocupação com o caso clínico específico e com a realidade local.

Pimenta *et al.* (2015) elaboraram um guia para o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) para construção de protocolos assistenciais de enfermagem, destacando os critérios traçados pela OMS tanto para avaliação como para construção destes protocolos. Para a construção de protocolos é preciso incluir profissionais especialistas na área e com experiência em metodologia de pesquisa científica, visando à busca de evidências e à análise crítica da literatura científica utilizada para embasar a construção. Ademais, é importante garantir que o protocolo seja aceito e utilizado. Nesse sentido, é interessante incluir os profissionais da instituição no grupo responsável pela elaboração do protocolo. Para implementação do protocolo é necessário o treinamento de todos que utilizarão este.

Quando se pensa em cuidados paliativos, Matsumoto (2012) destaca a necessidade de implementar esses cuidados baseados em princípios, enfatizando que o cuidado deve ser iniciado desde o diagnóstico e é preciso evitar falar em impossibilidade de cura. Ao invés disso, trabalhar com a possibilidade de tratamento não modificador da doença, afastando a ideia de não ter mais nada a fazer.

Corroborando da mesma ideia, Maciel (2012a) afirma que a melhor ferramenta para a boa palição de sintomas é a avaliação do paciente. Esta avaliação deve englobar elementos que possibilitem a compreensão do paciente facilitando a identificação de suas preferências e dificuldades, a cronologia da doença, os tratamentos já realizados, suas necessidades atuais e sintomas, o exame físico e os medicamentos propostos. Além disso, identificar as decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução da doença, do prognóstico e das expectativas em relação ao tratamento proposto.

No entanto, Guline *et al.* (2017) observaram em seu estudo que a ausência de um protocolo elaborado pela instituição que oriente a boa prática dos profissionais é uma das maiores dificuldades apontadas por profissionais de saúde. A necessidade de um protocolo assistencial em cuidados paliativos também foi destacada na pesquisa de Silva Júnior *et al.* (2019), que enfocaram seu estudo no idoso, demonstrando as peculiaridades da assistência a esse público, principalmente pela questão espiritual, por suas crenças, acreditando ser necessária uma reorganização da assistência a pessoa idosa em cuidados paliativos, por meio de protocolos assistenciais. A elaboração de protocolos de atendimento pode trazer maior segurança à equipe multiprofissional, destacando as melhores condutas e estratégias a serem adotadas.

Salienta-se que ainda são poucos os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. Menor ainda é o número daqueles que oferecem atenção baseada em critérios científicos e de qualidade. A maioria dos serviços ainda requer a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade (ANCP, 2019).

Melo *et al.* (2016) descrevem a elaboração e validação de um protocolo assistencial em enfermagem em três etapas: 1) revisão integrativa da literatura; 2) construção do protocolo: elaboração textual, organizada a produção textual e; 3) validação do protocolo pelos especialistas.

Contudo, Ribeiro (2010) descreve de uma forma sumarizada, que o processo de desenvolvimento de diretriz/protocolo deve seguir oito pontos importantes: 1) refinar tópicos e questões; 2) realizar uma revisão sistemática; 3) estabelecer recomendações para diversos cenários; 4) estabelecer recomendações para atualização da diretriz/protocolo; 5) garantir a revisão por pares; 6) planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação; 7) aprovação e; 8) implantação.

No item refinar tópicos e questões, deve-se definir o objetivo geral e específicos do protocolo, bem como informar claramente a situação e as categorias de pacientes para a qual o protocolo será organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará (PIMENTA *et al.*, 2015).

A revisão sistemática compreende a busca e análise crítica das publicações, sendo considerada a etapa estratégica na elaboração de protocolos. Encontrar as melhores evidências sobre o assunto proposto será fundamental para a construção de um protocolo consistente. A revisão sistemática usa métodos rigorosos e explícitos de busca sistemática da literatura, análise crítica dos estudos e síntese da informação disponível sobre determinado tema. Revisões sistemáticas da literatura devem apoiar a construção de protocolos (PIMENTA *et al.*, 2015).

No item estabelecer recomendações para diversos cenários, após a revisão sistemática o protocolo é elaborado em forma de texto e fluxograma com o objetivo de facilitar o entendimento. Fluxograma consiste na representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto (PIMENTA *et al.*, 2015).

No item estabelecer recomendações para atualização da diretriz/protocolo, a atualização deve ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos) e instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais). Se for observada alguma incorreção, seja pelo público leitor ou outros

profissionais, a informação deverá ser corrigida e inserida a qualquer momento (PIMENTA *et al.*, 2015).

Na revisão por pares (item 5) é realizada a revisão do documento com o objetivo de identificar possíveis dificuldades para implantação. A revisão é feita por juízes. A literatura diverge quanto à quantidade necessária de juízes para a validação de conteúdo; o número ideal para esse processo deve ser entre três e dez, sendo seis juízes suficientes para proceder a tal análise. Após a revisão do protocolo, teremos a sua versão final para proceder com o processo de avaliação da qualidade.

No planejamento da disseminação da diretriz/protocolo (item 6) é preciso, antes de planejar a disseminação do protocolo e proceder com a avaliação da sua qualidade. Existem alguns instrumentos confiáveis, testados e recomendados para avaliação dos protocolos, entre eles encontram-se o AGREE, o *checklist*, elaborado pela OMS e outro elaborado pela Agência de Pesquisa e Qualidade no Cuidado à Saúde – *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) / *National Guideline Clearinghouse* (NGC) (CATUNDA *et al.*, 2017; RIBEIRO, 2010).

Após o consenso dos especialistas, é necessário complementar a tecnologia para posterior submissão a um grupo diretivo para aprovação (item 7) (BESSA, 2012). O plano de implantação (item 8) deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo, sua divulgação deve ser feita em sites oficiais, cursos, seminários e disponibilizadas eletronicamente (PIMENTA *et al.*, 2015).

Desta forma, Santos, Oliveira e Feijão (2016) buscaram em sua pesquisa validar conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva, contando para tanto com o julgamento de 11 *experts* envolvidos na assistência e/ou docência da área de enfermagem. Os autores conseguiram validar seu conteúdo com potencial para aplicação na prática clínica, sendo este, seguido pelos profissionais de forma adequada, capaz de assegurar uma assistência de qualidade.

O uso de protocolos assistenciais na atenção aos pacientes sob as condições finais de vida é de suma importância, uma vez que torna a assistência sistematizada e organizada (SANTOS *et al.*, 2016). Dessa forma, o protocolo de cuidados paliativos à pessoa idosa faz-se fundamental para o aprimoramento e qualificação da atenção dispensada a este público-alvo. Tem a finalidade de padronizar ações, fluxos e subsidiar a ação dos profissionais de saúde tendo como pilar os princípios norteadores dos cuidados paliativos.

Ao realizar busca sobre a existência de protocolos em cuidados paliativos em ambientes hospitalares foram encontrados quatro. O protocolo clínico de cuidados paliativos em cardiologia/Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro (2018); protocolo de atenção saúde diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI – Distrito Federal (2018); protocolo operacional padrão: reabilitação interdisciplinar em cuidados paliativos e cuidados prolongados do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (2015) e; por fim, o protocolo clínico de cuidados paliativos - Instituto de saúde e gestão hospitalar, Cariri, Ceará (2014).

O protocolo clínico de cuidados paliativos em cardiologia do Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro foi instituído no ano de 2018 a partir do trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional do Comitê de Cuidados Paliativos. O protocolo voltado para pacientes com insuficiência cardíaca avançada (Estágio D/Classe Funcional III-IV), tem como objetivo ofertar o máximo de conforto ao paciente atendendo suas demandas (físicas, sociais e espirituais), após a comunicação clara e objetiva com o paciente e/ou seu responsável legal. Para tanto, o protocolo informa ser necessário considerar os critérios de status de terminalidade, devendo o profissional de saúde iniciar com a análise da performance paliativa para que a partir dessa triagem sejam iniciados os cuidados paliativos. Orientações são trazidas para cada profissional da equipe multiprofissional, destacando-se os de enfermagem, que possuem maiores atribuições com esses pacientes (INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 2018).

Por sua vez, o protocolo de atenção saúde diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI – Distrito Federal, elaborado em 2018 pela Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da (SES-DF – CPPAS), tem como objetivo nortear as prioridades de cuidado para pacientes críticos adultos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva por meio dos princípios dos Cuidados Paliativos. Além de ações de cuidado como controle da dor e melhoria da qualidade de vida do paciente, o protocolo destaca a comunicação com o paciente e/ou responsável, trazendo orientações para que esta seja realizada dentro dos princípios dos cuidados paliativos e cuidados éticos (DISTRITO FEDERAL, 2018).

O protocolo operacional padrão: reabilitação interdisciplinar em cuidados paliativos e cuidados prolongados em Neonatologia e Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba instituído em 2015 e atualizado no ano de 2019, traz diferentes objetivos por área como cuidados paliativos, cuidados prolongados, fonoaudiologia, fisioterapia. Todavia, resume-se na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, destacando-se

como aspectos primordiais o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao paciente (SÃO PAULO, 2019).

Observa-se que a utilização de protocolos visa o atendimento dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, envolvendo toda a equipe multiprofissional no cuidado, dando ênfase ao profissional de enfermagem que possui maior relação direta nesses casos.

Cita-se, ainda, o protocolo de cuidados paliativos do Hospital Regional do Cariri (Ceará) instituído em maio de 2014, com base na estratificação da assistência prestada a pacientes criticamente enfermos, enfocando cuidados paliativos e a importância da equipe multiprofissional no acompanhamento desses pacientes. A criação e a aplicação desse protocolo, por meio da sistematização da assistência, vêm solidificando uma padronização de condutas em setores diversos do hospital (MAURIZ; WIRTZBIKI; CAMPOS *et al.*, 2015).

Diante do exposto, compreende-se que a construção de protocolos não se fundamenta apenas na prática clínica dos membros de uma equipe multiprofissional, mas alicerçada nos princípios bioéticos, éticos e legais da profissão, nas políticas públicas e da instituição onde será adotado e, principalmente, na prática baseada em evidências. Evidencia-se a importância do protocolo de atenção à pessoa idosa em cuidados paliativos com o objetivo de facilitar a comunicação e interdisciplinaridade entre os membros da equipe multiprofissional, facilitando a elaboração de um plano de cuidado.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico que teve como finalidade a elaboração do conteúdo de um protocolo assistencial. Estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; HUNGLER, 2019).

Para a elaboração do conteúdo de um protocolo assistencial com intervenções, que possam ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional, para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada, foi adotado como referencial metodológico o estudo de Ribeiro (2010). O autor recomenda o seguimento das seguintes etapas: 1) refinar tópicos e questões; 2) realizar uma revisão sistemática; 3) estabelecer recomendações para diversos cenários; 4) estabelecer recomendações para atualização da diretriz/protocolo; 5) garantir a revisão por pares; 6) planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação; 7) aprovação e; 8) implantação.

No presente estudo são apresentadas a definição do conteúdo e elaboração do protocolo assistencial, que correspondem às etapas: refinar tópicos e questões; realizar uma revisão sistemática; estabelecer recomendações para diversos cenários e estabelecer recomendações para atualização do protocolo, conforme referencial metodológico utilizado (RIBEIRO, 2010). As etapas correspondentes à revisão por pares; avaliação; validação e implementação do Protocolo serão desenvolvidas em outro momento.

3.1.1 Refinar tópicos e questões

Nesta etapa, foi definido o objetivo do protocolo, estabelecendo ações de promoção da saúde e de cuidado realizado por profissionais da equipe multiprofissional em saúde (WERNECK *et al.*, 2009; PIMENTA *et al.*, 2015). A definição de conteúdo foi construída com base em evidências científicas, para assim, elaborar o protocolo assistencial.

3.1.2 Revisão sistemática

Com o objetivo de encontrar as melhores evidências científicas sobre intervenções que possam ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada, foi desenvolvida uma revisão sistemática.

A revisão sistemática trata-se de um tipo de investigação focada em uma questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. É uma modalidade de pesquisa que segue protocolos específicos, buscando entender e dar alguma logicidade a um grande corpus documental (GALVÃO; PEREIRA, 2014; GALVÃO; RICARTE, 2019).

Primeiramente, foi elaborado um protocolo de pesquisa para que a revisão tenha o mesmo rigor de uma pesquisa primária (APÊNDICE A). A revisão foi composta pelas seguintes etapas: 1) elaboração da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e de exclusão; 3) busca na literatura; 4) seleção dos artigos; 5) extração dos dados; 6) avaliação da qualidade metodológica; 7) síntese dos dados; 8) avaliação da qualidade das evidências e; 9) redação e publicação dos resultados (DONATO; DONATO, 2019; GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Na primeira etapa da revisão, **elaboração da pergunta de pesquisa**, Pimenta *et al.* (2015) destacam que uma pergunta de pesquisa bem estruturada pode ser obtida por meio da utilização da estratégia denominada PICO. PICO representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcome* (desfecho). Um quinto componente da pergunta que, por vezes, vale a pena acrescentar, é o tipo de estudo (S, *study type*, do inglês).

A estratégia PICO pode ser utilizada para construção de questões de naturezas diversas, provenientes do cuidado/assistência, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outros. A existência de uma questão bem delimitada é essencial para que as demais etapas da revisão de literatura sejam elaboradas (GALVÃO; PEREIRA, 2014; GALVÃO; RICARTE, 2019).

Na presente revisão, a população (**P**) - é expressa pelos pacientes idosos hospitalizados em cuidados paliativos; a intervenção (**I**) - refere-se às evidências científicas relacionadas as intervenções desenvolvidas pela equipe multiprofissional; a comparação (**C**) - não se aplica, e o desfecho (**O**) – promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidado paliativo.

Nesse contexto, constituiu-se como pergunta de pesquisa: quais as evidências científicas acerca de intervenções de saúde promovidas pela equipe multiprofissional para promoção de conforto e qualidade de vida a pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos?

A etapa seguinte à formulação da pergunta de pesquisa, constituiu-se na **definição dos critérios de inclusão e de exclusão**. A revisão considerou dentre os critérios de elegibilidade algumas especificidades: estudos primários que abordassem a temática sobre cuidados paliativos em pessoas idosas e equipe multiprofissional em saúde; estudos com foco em pessoas

idosas; estudos com foco em cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida; estudos publicados em inglês, português e espanhol; texto completo disponível nas bases de dados participantes. Não foram estabelecidos limites temporais, a fim de evitar a diminuição da sensibilidade das buscas.

Após a primeira etapa de seleção dos artigos foi acrescentado como critério de inclusão: estudos do tipo clínico randomizado, a fim de se obter dados com maior qualidade de evidência científica.

Foram excluídas produções científicas indisponíveis na internet; comentários editoriais, documentos de discussão e similares e; estudos com foco em outras competências na área da saúde.

Na sequência, procedeu-se com a organização das estratégias de **busca na literatura** para os diversos elementos da pergunta. Foi realizada uma busca por termos, descritores ou palavras-chaves para cada um dos componentes da estratégia PICO. A estratégia PICO foi feita com descritores controlados, utilizados pelas bases de dados para a indexação dos estudos e com termos livres chamados palavras-chaves (VIEIRA, 2015).

É importante salientar que os descritores denominados controlados e não controlados (palavras-chave) representam palavras livres relacionadas ao assunto. Os vocabulários de descritores controlados mais conhecidos são os do *Medical Subject Headings* (MeSH), utilizado para busca nas bases MEDLINE/PubMed e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) usados para busca na Biblioteca Virtual em Saúde; vocabulário EMTREE, usado para busca na base EMBASE e; dos Títulos CINAHL, empregado na base CINAHL (PIMENTA *et al.*, 2015).

A conexão entre os descritores e palavras-chave escolhidos para a estratégia de busca foi estabelecida pelos operadores booleanos AND, OR e NOT. Esses termos permitiram realizar combinações dos descritores que foram utilizados na busca, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Após seleção dos termos de busca e utilização dos operadores booleanos para cada um dos quatro componentes de estratégia PICO, esses foram interrelacionados na seguinte estratégia final: (P) AND (I) AND (C) AND (O). A estratégia final foi inserida na caixa de busca (*search box*) existente nas bases de dados, procedendo a localização das evidências por meio da busca bibliográfica (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Em síntese, os descritores selecionados foram: *Palliative care*/cuidados paliativos; *Aged*/idoso e *patient care team*/equipe de assistência ao paciente; *Quality of life*/qualidade de

vida. Esses são descritores controlados e foram utilizados de modo fixo em todas as pesquisas. Como a questão de pesquisa está direcionada para as intervenções de saúde prestadas por equipe multiprofissional, voltadas à pessoa idosa em cuidados paliativos no ambiente hospitalar, nas buscas foram utilizados descritores qualificadores como cuidados em fim de vida/*end of life care*; competência/*competence* ou competência profissional/*professional competence*; hospitalização/*hospitalization*.

Posteriormente, foram selecionadas as fontes de informação pesquisadas. As principais fontes de informação são os artigos publicados em periódicos e o principal recurso de busca consiste nas bases de dados eletrônicas. Entre as bases de dados eletrônicas estão aquelas em que os trabalhos se encontram publicados na sua forma original (fontes primárias) (PIMENTA *et al.*, 2015; VIEIRA, 2015).

A busca foi realizada no período de julho a setembro de 2020 nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *Excerpta Medica Database* (EMBASE); *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) e; *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

O acesso às bases de dados foi realizado por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) *Virtual Private Network* (VPN), pertencente à Universidade Federal do Rio Grande, e pelo acesso institucional fornecido pelo ambiente virtual: Comunidade Acadêmica Federada (CAFe). A busca se deu na seguinte sequência MEDLINE; CINAHL, LILACS e EMBASE, facilitando a verificação e exclusão das produções repetidas. As estratégias de busca utilizadas em cada base de dados estão ilustradas a seguir, no quadro 1.

Quadro 1 – Estratégias final de busca realizada nas bases de dados eletrônicas.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
Medline (via PUBMED)	("Patient Care Team"[mh] OR interprofessional[tiab] OR multiprofes*[tiab] OR multidiscipl*[tiab] OR interdiscipl*[tiab] OR Team[tiab]) AND (elderl*[tiab] OR "aged"[mh] OR "aged"[tiab] OR geriatr*[tiab]) AND ("palliative care"[mh] OR "hospice care"[mh] OR "hospices"[mh] OR hospice*[Title/Abstract] OR "terminal care"[MeSH Terms] OR "End-of-Life"[Title/Abstract] OR palliat*[Title/Abstract]) AND ("Value of Life"[mh] OR "quality of life"[mh] OR "quality of life"[tiab] OR qaly*[tiab] OR "quality of well being"[tiab] OR sf36[tiab] OR "sf 36"[tiab] OR "short form 36"[tiab] OR "shortform 36"[tiab] OR "short form36"[tiab] OR shortform36[tiab] OR QOL[tiab]) NOT (home*[tiab] OR "Home Care Services"[mh] OR domicil*[tiab])

EMBASE	('palliative therapy'/exp OR 'palliation':ti,ab OR 'palliative care':ti,ab OR 'palliative consultation':ti,ab OR 'palliative radiotherapy':ti,ab OR 'palliative therapy':ti,ab OR 'palliative treatment':ti,ab OR 'hospice'/exp OR 'hospice':ti,ab OR 'hospices':ti,ab OR 'hospice care'/exp OR 'hospice care':ti,ab OR 'terminal care'/exp OR 'eol care':ti,ab OR 'end-of-life care':ti,ab OR 'terminal care':ti,ab) AND ('patient care'/exp OR 'patient care team':ti,ab OR 'patient management':ti,ab OR 'patient navigation':ti,ab OR 'patient-centered care':ti,ab OR multiprofes*:ti,ab OR 'interprofessional'/exp OR 'interdisciplinary care'/exp OR team:ti,ab OR interdisciplin*:ti,ab) AND ('aged'/exp OR 'aged':ti,ab OR 'aged patient':ti,ab OR 'aged people':ti,ab OR 'aged person':ti,ab OR 'elderly':ti,ab OR 'elderly patient':ti,ab OR 'elderly people':ti,ab OR 'elderly person':ti,ab OR 'senium':ti,ab) AND ('quality of life'/exp OR 'health related quality of life':ti,ab OR 'life quality':ti,ab OR 'quality of life':ti,ab OR 'short form 36'/exp OR '36 item short form health survey':ti,ab OR 'sf-36':ti,ab OR 'sf36':ti,ab OR 'short form 36':ti,ab OR 'short form 36 health survey':ti,ab OR qol:ti,ab OR 'quality of well being scale'/exp OR 'quality adjusted life year'/exp OR 'qaly':ti,ab OR 'quality adjusted life year':ti,ab OR 'quality adjusted life years':ti,ab OR 'quality-adjusted life years':ti,ab) NOT ('home care'/exp OR 'domestic health care':ti,ab OR 'domiciliary care':ti,ab OR 'home care':ti,ab OR 'home care agencies':ti,ab OR 'home care program':ti,ab OR 'home care programme':ti,ab OR 'home care service':ti,ab OR 'home care services':ti,ab OR 'home care services, hospital-based':ti,ab OR 'home health care':ti,ab OR 'home health nursing':ti,ab OR 'home help':ti,ab OR 'home nursing':ti,ab OR 'home service':ti,ab OR 'home treatment':ti,ab OR 'homecare':ti,ab OR 'homemaker services':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('article'/it OR 'article in press'/it OR 'review'/it) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim)
LILACS	(mh:"Patient Care Team" OR tw:interprofessional OR tw:multiprofes* OR tw:multidiscipl* OR tw:interdiscipl* OR tw:Team OR tw:equipe* OR tw:equipo*) AND (tw:elderl* OR mh:"aged" OR tw:"aged" OR tw:idoso* OR tw:geriatr*) AND (mh:"palliative care" OR mh:"hospice care" OR mh:"hospices" OR tw:hospice* OR mh:"terminal care" OR tw:"End-of-Life" OR tw:palliat* OR tw:paliativ* OR tw:terminal*) AND (mh:"Value of Life" OR mh:"quality of life" OR tw:"quality of life" OR tw:qaly* OR tw:"quality of well being" OR tw:sf36 OR tw:"sf 36" OR tw:"short form 36" OR tw:"shortform 36" OR tw:"short form36" OR tw:shortform36 OR tw:QOL OR tw:"cualidad de vida" OR tw:"qualidade de vida") NOT (tw:home* OR mh:"Home Care Services" OR tw:domicil*)
CINAHL	S5 ("Value of Life" OR (MH "Quality of Life") OR "quality of life" OR "qaly" OR (MH "Quality-Adjusted Life Years") OR "quality of well being" OR "sf36" OR "sf 36" OR (MH "Short Form-36 Health Survey (SF-36)") OR "QOL") AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4) S4 "Value of Life" OR (MH "Quality of Life") OR "quality of life" OR "qaly" OR (MH "Quality-Adjusted Life Years") OR "quality of well being" OR "sf36" OR "sf 36" OR (MH "Short Form-36 Health Survey (SF-36)") OR "QOL" S3 (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Palliative Care") OR "palliative" OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Hospice Patients") OR "hospice" OR (MH "Terminal Care") OR "terminal care" OR "end of life" S2 "elderly" OR (MH "Aged+") OR "geriatric" S1 (MH "Interprofessional Relations") OR "interprofessional" OR "Patient Care Team" OR (MH "Multidisciplinary Care Team") OR interdisciplinary*

Fonte: da pesquisadora.

A etapa de **seleção dos artigos** foi realizada em duas fases, realizada por duas revisoras, de forma independente, com o intuito de evitar vieses na seleção dos estudos, respeitando os critérios de inclusão ou exclusão. As diferenças que surgiram foram avaliadas por um terceiro revisor (DONATO; DONATO, 2019; GALVÃO; PEREIRA, 2014).

A primeira fase de seleção consistiu na avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos que foram identificados. Quando estes não foram suficientemente esclarecedores, foi realizada a leitura integral do artigo. Para facilitar o gerenciamento das referências e auxiliar na importação e transferência de estudos selecionados utilizou-se o software *EndNote* versão X9.3.3. Na segunda fase, procedeu-se com a avaliação do texto completo de todas as publicações selecionadas na primeira etapa, que consistiu na junção dos artigos selecionados individualmente pelo pesquisador e pelo consultor. Os artigos selecionados em comum foram inclusos na amostra da revisão sistemática da literatura (GALVÃO; PEREIRA, 2014; ROEVER, 2019).

A **extração de dados** ocorreu por meio de um instrumento adaptado da *Cochrane handbook for systematic reviews of intervention*. Este é o guia oficial que descreve em detalhes o processo de preparação e manutenção de revisões sistemáticas Cochrane sobre os efeitos das intervenções de saúde (HINGGINS; GREEN, 2011). A extração dos dados foi realizada por meio das informações relevantes das publicações selecionadas. Esta organização teve por objetivo garantir a precisão e autenticidade dos dados, bem como, reduzir os vieses da pesquisa (PIMENTA *et al.*, 2015).

Após a seleção dos artigos que responderam à pergunta de pesquisa, foi realizada a avaliação da qualidade do estudo em relação à validade, importância e aplicabilidade na população de interesse. Existem muitas escalas disponíveis para a **avaliação da qualidade da evidência** dos estudos. Neste estudo, foi utilizado o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*) (BRASIL, 2014; PIMENTA *et al.*, 2015).

O sistema GRADE desenvolveu uma abordagem padronizada para classificar o valor da evidência e a força das recomendações, classificando preliminarmente os resultados e garantindo que as diretrizes abordem as questões e a qualidade da evidência de forma sistemática. Esse sistema não se refere a estudos individuais, mas a um corpo de evidências (ROEVER, 2019).

Assim, a avaliação da qualidade de evidência por meio do sistema GRADE apresenta-se graduada em quatro níveis de acordo com o design de estudo sendo: *alta* em ensaio clínico randomizado, revisão sistemática e meta-análise; *moderada* em ensaio clínico randomizado,

revisão sistemática e meta-análise com problemas na condução; *baixa*: estudo observacional (estudo de coorte, estudo de caso-controle) e; *muito baixa* em qualquer outra evidência (série de casos) (BRASIL, 2014; ROEVER, 2019).

A força da recomendação expressa a ênfase para que seja adotada ou rejeitada uma determinada conduta, considerando potenciais vantagens e desvantagens. São consideradas vantagens: 1) os efeitos benéficos na melhoria da qualidade de vida; 2) aumento da sobrevida e redução dos custos e; 3) desvantagens, os riscos de efeitos adversos, a carga psicológica para o paciente e seus familiares e os custos para a sociedade. Desta forma, o balanço na relação entre vantagens e desvantagens determina a força da recomendação no GRADE (BRASIL, 2014; ROEVER, 2019).

Sendo classificada como fortes ou fracas pode ser a favor ou contra à conduta proposta. Recomendações fortes significam que a maioria dos pacientes informados escolheria o tratamento recomendado e que os profissionais de saúde podem estruturar suas interações com os pacientes em tal conformidade. Já uma recomendação fraca significa que as escolhas dos pacientes variam de acordo com seus valores e preferências, e os profissionais de saúde devem assegurar que o atendimento do paciente esteja de acordo com estes valores e preferências (ROEVER, 2019).

Na sequência deu-se procedência com a etapa da ***síntese dos dados*** a qual envolveu a escolha, combinação e resumo dos resultados dos estudos individuais inclusos nesta revisão. Para a ***redação e publicação dos resultados*** foi utilizado o checklist PRISMA para guiar a escrita da revisão. No presente estudo a descrição dos resultados está apresentada por meio de um fluxograma.

3.1.3 Terceira etapa: estabelecimento de recomendações para diversos cenários

Nesta etapa foi realizada a elaboração do conteúdo do protocolo assistencial com intervenções que podem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada por meio do levantamento de estudos científicos materializados na revisão sistemática (WERNECK *et al.*, 2009). O protocolo foi elaborado em forma de texto com ações da equipe multiprofissional que irá subsidiar a prestação de cuidados à pessoa idosa em cuidados paliativos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os dois artigos construídos, os quais compõem essa dissertação.

O artigo 1, intitulado “*Intervenções de saúde para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática*” descreve uma revisão sistemática da literatura que buscou identificar evidências científicas acerca da eficácia de intervenções de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional para a promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos.

O artigo 2, intitulado “*Proposta de um protocolo assistencial voltado as pessoas idosas em cuidados paliativos*” aborda componentes de elaboração do conteúdo de um protocolo assistencial com intervenções interdisciplinares para prestação do cuidado à pessoa idosa em cuidados paliativos.

4.1 Artigo 1 – Intervenções de saúde para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática¹

RESUMO

Objetivo: identificar evidências científicas acerca da eficácia de intervenções de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional para a promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos. **Método:** revisão sistemática, incluindo ensaios clínicos randomizados. A busca foi realizada em quatro bases de dados com os descritores: palliative care/cuidados paliativos; aged/idoso e patient care team/equipe de assistência ao paciente; quality of life/qualidade de vida. **Resultados:** foram selecionados seis estudos. Identificou-se que todas as intervenções desenvolvidas, pela equipe multiprofissional, no cuidado ao paciente idoso em final de vida, apresentaram resultados significativos na saúde do paciente. Evidenciou-se uma heterogeneidade no que se refere às intervenções apresentadas, assim como o moderado risco de viés, implicando maior rigor na interpretação dos dados. **Conclusão:** foram encontrados poucos estudos que contemplem intervenções de saúde da equipe interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa em cuidados paliativos e, portanto, novos estudos são necessários.

Descritores: Cuidado paliativo; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Idoso; Revisão.

Descriptors: Palliative care; Nursing; Patient Assistance Team; Elderly; Review.

Descriptores: Cuidados paliativos; Enfermería; Equipo de asistencia al paciente; Anciano; Revisión.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são considerados, internacionalmente, essenciais para todas as pessoas com condições progressivas crônicas. Trata-se de uma abordagem interdisciplinar focada na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas relacionados à doença ativa, progressiva e avançada, visando prevenir e aliviar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual. Assim, destaca-se que o principal objetivo do cuidado paliativo

¹ Artigo submetido à Revista Brasileira de Enfermagem

é promover a qualidade de vida em qualquer estágio da doença aguda, crônica ou terminal, com base no respeito às preferências do paciente e da família, não se preocupando, com o prolongamento da vida, encurtamento ou remissão da doença a longo prazo.^{1,2}

Evidências científicas apoiam que os cuidados paliativos devem ser integrados na gestão de outras condições crônicas, priorizando um maior controle de sintomas, qualidade de vida, menor utilização dos serviços de saúde e menores custos da assistência médica.³ Nesse sentido, para a implementação do cuidado paliativo é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional de saúde, com vistas a contemplar a multiplicidade dos aspectos envolvidos no processo de adoecimento, atendendo à integralidade do ser humano.⁴

Sabe-se que o número de pessoas idosas vem aumentando significativamente em todo o mundo. Com o avançar da idade, o padrão e o curso das doenças mudam, isto é, as pessoas passam a viver com distintas patologias, como doenças respiratórias e circulatórias crônicas graves, ou ainda neoplasias. Desse modo, mais pessoas idosas precisarão de ajuda no final da vida. Além do aumento populacional de pessoas idosas, existem evidências de aumento da demanda pelos cuidados paliativos. Apesar do exposto, identifica-se que essa modalidade de cuidado não tem recebido a atenção merecida, especialmente no que diz respeito às políticas e pesquisas em saúde.²

O perfil de necessidades que a população idosa apresenta requer ampla atuação de equipes de saúde multiprofissional, que a partir de renovações em seu processo de trabalho, devem ser organizadas para prestar assistência de forma contínua, possibilitando o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados para a promoção da saúde e do bem-estar de toda pessoa idosa atendida.⁵

Considera-se que, na assistência às pessoas idosas em cuidados paliativos, a equipe de saúde tem como objetivo central promover a qualidade de vida, vislumbrando a manutenção da autonomia e individualidade da pessoa assistida, de modo que a mesma tenha um papel ativo no seu tratamento. Dentro do campo de formação de cada profissional da saúde em cuidados paliativos, o uso de estratégias interdisciplinares e gerontológicas que englobem a comunicação assertiva, o planejamento e intervenções clínicas e psicológicas, trazem benefícios para todos os envolvidos no tratamento paliativo, em especial as pessoas idosas e seus familiares.⁶

A terapêutica paliativa está associada à intervenção multiprofissional voltada para o controle de sintomas, respeitando a escuta qualificada e a preservação da qualidade de vida da pessoa, cujo adoecimento ou situação ameaça a continuidade da vida.⁷ Trata-se de uma maneira inovadora de assistir às pessoas com uma abordagem que considera o ser humano de modo integral, ao mesmo tempo que considera a necessidade de intervenção em sintomas, em suas

diversas formas, sejam de natureza física, social, emocional ou espiritual. Assim, o cuidado paliativo é considerado uma prática, necessariamente, multiprofissional e interdisciplinar, demandando trabalho em equipe.⁸

A abordagem interdisciplinar contempla a multidimensionalidade do indivíduo que necessita de cuidados paliativos. No entanto, há muitos desafios a serem superados para que se atinja essa finalidade, tanto na organização dos serviços de saúde, como na formação e capacitação dos profissionais de saúde. A literatura destaca as fragilidades e os desafios enfrentados pelos profissionais, como a necessidade de qualificar a comunicação e o trabalho em equipe.^{9,10}

Destaca-se a possibilidade de a equipe de saúde multiprofissional realizar inúmeras intervenções de saúde com objetivo de fornecer cuidados paliativos às pessoas idosas, propiciando conforto e qualidade de vida para esses indivíduos. No entanto, a literatura científica ainda não sistematizou com clareza as evidências científicas acerca destas intervenções e seus resultados, especialmente no que se refere à prestação de cuidados paliativos na população idosa.

Assim, faz-se necessária a busca de evidências científicas acerca da eficácia de intervenções de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional para promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos, considerando a necessidade de respaldar a prática interdisciplinar na prestação de cuidado.

OBJETIVO

Identificar evidências científicas acerca da eficácia de intervenções de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional para a promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que seguiu as recomendações da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA). Para orientar a busca foi utilizada a estratégia PICO, considerando-se a população (P) - é expressa pelos pacientes idosos hospitalizados em cuidados paliativos; a intervenção (I) - refere-se às evidências científicas acerca de intervenções de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional, à pessoa idosa hospitalizada em cuidado paliativo; a comparação (C) - não se aplica, e o desfecho (O) - promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidado paliativo. Desta forma, a pergunta norteadora desta revisão foi: quais

as evidências científicas acerca de intervenções de saúde promovidas pela equipe multiprofissional para promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos?

A revisão considerou dentre os critérios de elegibilidade algumas especificidades: estudos primários que abordassem a temática sobre cuidados paliativos em pessoas idosas e equipe multiprofissional em saúde; estudos com foco em pessoas idosas; estudos com foco em cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida; estudos publicados em inglês, português e espanhol e; texto completo disponível nas bases de dados participantes. Não foram estabelecidos limites temporais, a fim de evitar a diminuição da sensibilidade das buscas.

Após a primeira etapa de seleção dos artigos, foi acrescentado como critério de inclusão: estudos do tipo clínico randomizado, a fim de se obter dados com maior qualidade de evidência científica. Foram excluídas produções científicas indisponíveis na internet, comentários editoriais, documentos de discussão e similares e, estudos com foco em outras competências na área da saúde.

Foram selecionados os seguintes descritores: palliative care/cuidados paliativos; aged/idoso e patient care team/equipe de assistência ao paciente; quality of life/qualidade de vida. Esses são descritores controlados e foram utilizados de modo fixo em todas as pesquisas. Como a questão de pesquisa está direcionada para as intervenções de saúde prestadas por equipe multiprofissional, voltadas às pessoas idosas em cuidados paliativos no ambiente hospitalar, nas buscas foram utilizados descritores qualificadores como: cuidados em fim de vida/end of life care; competência/competence ou competência profissional/professional competence e; hospitalização/hospitalization.

A busca foi realizada em quatro bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Excerpta Medica Database (EMBASE). As buscas foram realizadas no período de julho a setembro de 2020. As estratégias de busca utilizadas em cada base de dados estão ilustradas a seguir, no quadro 1.

Quadro 1 – Estratégias de buscas empregadas em suas respectivas bases de dados

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
---------------	---------------------

Medline (via PUBMED)	("Patient Care Team"[mh] OR interprofessional[tiab] OR multiprofes*[tiab] OR multidiscipl*[tiab] OR interdiscipl*[tiab] OR Team[tiab]) AND (elderl*[tiab] OR "aged"[mh] OR "aged"[tiab] OR geriatr*[tiab]) AND ("palliative care"[mh] OR "hospice care"[mh] OR "hospices"[mh] OR hospice*[Title/Abstract] OR "terminal care"[MeSH Terms] OR "End-of-Life"[Title/Abstract] OR palliat*[Title/Abstract]) AND ("Value of Life"[mh] OR "quality of life"[mh] OR "quality of life"[tiab] OR qaly*[tiab] OR "quality of well being"[tiab] OR sf36[tiab] OR "sf 36"[tiab] OR "short form 36"[tiab] OR "shortform 36"[tiab] OR "short form36"[tiab] OR shortform36[tiab] OR QOL[tiab]) NOT (home*[tiab] OR "Home Care Services"[mh] OR domicil*[tiab])
EMBASE	('palliative therapy'/exp OR 'palliation':ti,ab OR 'palliative care':ti,ab OR 'palliative consultation':ti,ab OR 'palliative radiotherapy':ti,ab OR 'palliative therapy':ti,ab OR 'palliative treatment':ti,ab OR 'hospice'/exp OR 'hospice':ti,ab OR 'hospices':ti,ab OR 'hospice care'/exp OR 'hospice care':ti,ab OR 'terminal care'/exp OR 'eol care':ti,ab OR 'end-of-life care':ti,ab OR 'terminal care':ti,ab) AND ('patient care'/exp OR 'patient care team':ti,ab OR 'patient management':ti,ab OR 'patient navigation':ti,ab OR 'patient-centered care':ti,ab OR multiprofes*:ti,ab OR 'interprofessional'/exp OR 'interdisciplinary care'/exp OR team:ti,ab OR interdisciplin*:ti,ab) AND ('aged'/exp OR 'aged':ti,ab OR 'aged patient':ti,ab OR 'aged people':ti,ab OR 'aged person':ti,ab OR 'elderly':ti,ab OR 'elderly patient':ti,ab OR 'elderly people':ti,ab OR 'elderly person':ti,ab OR 'senium':ti,ab) AND ('quality of life'/exp OR 'health related quality of life':ti,ab OR 'life quality':ti,ab OR 'quality of life':ti,ab OR 'short form 36'/exp OR '36 item short form health survey':ti,ab OR 'sf-36':ti,ab OR 'sf36':ti,ab OR 'short form 36':ti,ab OR 'short form 36 health survey':ti,ab OR qol:ti,ab OR 'quality of well being scale'/exp OR 'quality adjusted life year'/exp OR 'qaly':ti,ab OR 'quality adjusted life year':ti,ab OR 'quality adjusted life years':ti,ab OR 'quality-adjusted life years':ti,ab) NOT ('home care'/exp OR 'domestic health care':ti,ab OR 'domiciliary care':ti,ab OR 'home care':ti,ab OR 'home care agencies':ti,ab OR 'home care program':ti,ab OR 'home care programme':ti,ab OR 'home care service':ti,ab OR 'home care services':ti,ab OR 'home care services, hospital-based':ti,ab OR 'home health care':ti,ab OR 'home health nursing':ti,ab OR 'home help':ti,ab OR 'home nursing':ti,ab OR 'home service':ti,ab OR 'home treatment':ti,ab OR 'homecare':ti,ab OR 'homemaker services':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('article'/it OR 'article in press'/it OR 'review'/it) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim)
LILACS	(mh:"Patient Care Team" OR tw:interprofessional OR tw:multiprofes* OR tw:multidiscipl* OR tw:interdiscipl* OR tw:Team OR tw:equipe* OR tw:equipo*) AND (tw:elderl* OR mh:"aged" OR tw:"aged" OR tw:idoso* OR tw:geriatr*) AND (mh:"palliative care" OR mh:"hospice care" OR mh:"hospices" OR tw:hospice* OR mh:"terminal care" OR tw:"End-of-Life" OR tw:palliat* OR tw:paliativ* OR tw:terminal*) AND (mh:"Value of Life" OR mh:"quality of life" OR tw:"quality of life" OR tw:qaly* OR tw:"quality of well being" OR tw:sf36 OR tw:"sf 36" OR tw:"short form 36" OR tw:"shortform 36" OR tw:"short form36" OR tw:shortform36 OR

	tw:QOL OR tw:"cualidad de vida" OR tw:"qualidade de vida") NOT (tw:home* OR mh:"Home Care Services" OR tw:domicil*)
CINAHL	S5 ("Value of Life" OR (MH "Quality of Life") OR "quality of life" OR "qaly" OR (MH "Quality-Adjusted Life Years") OR "quality of well being" OR "sf36" OR "sf 36" OR (MH "Short Form-36 Health Survey (SF-36)") OR "QOL") AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4) S4 "Value of Life" OR (MH "Quality of Life") OR "quality of life" OR "qaly" OR (MH "Quality-Adjusted Life Years") OR "quality of well being" OR "sf36" OR "sf 36" OR (MH "Short Form-36 Health Survey (SF-36)") OR "QOL" S3 (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Palliative Care") OR "palliative" OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Hospice Patients") OR "hospice" OR (MH "Terminal Care") OR "terminal care" OR "end of life" S2 "elderly" OR (MH "Aged+") OR "geriatric" S1 (MH "Interprofessional Relations") OR "interprofessional" OR "Patient Care Team" OR (MH "Multidisciplinary Care Team") OR interdisciplinary*

A etapa de seleção dos artigos foi realizada em duas fases por duas revisoras de forma independente com o intuito de evitar vieses na seleção dos estudos, respeitando os critérios de inclusão ou exclusão. As diferenças que surgiram foram avaliadas por uma terceira revisora.

A primeira fase de seleção consistiu na avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos que foram identificados. Quando estes não foram suficientemente esclarecedores, foi realizada a leitura integral do artigo. Para facilitar o gerenciamento das referências e auxiliar na importação e transferência de estudos selecionados utilizou-se o software EndNote versão X9.3.3. Na segunda fase, procedeu-se com a avaliação do texto completo de todas as publicações selecionadas na primeira etapa, que consistiu na junção dos artigos selecionados individualmente pelo pesquisador e pelo consultor. Os artigos selecionados em comum foram incluídos na amostra da revisão sistemática da literatura.

A extração de dados ocorreu por meio de um instrumento adaptado da *Cochrane handbook for systematic reviews of intervention*.¹¹ Foi realizada por meio das informações relevantes das publicações selecionadas.

Após a seleção dos artigos que responderam à pergunta de pesquisa, foi realizada a avaliação da qualidade das evidências em relação à validade, importância e aplicabilidade na população de interesse sendo utilizado o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*).

RESULTADOS

Por meio das estratégias de buscas, foram identificados 624 estudos. Destes, 69 foram removidos por duplicidade. Realizou-se a leitura dos títulos e resumos de 555 estudos e após a aplicação dos critérios de inclusão foram excluídos 438 estudos. Posteriormente, dois revisores, de forma independente, realizaram a leitura na íntegra dos 117 estudos.

Nesta etapa, 19 estudos foram elegíveis para a discussão. Após a leitura crítica, foi observado inconsistência nas análises, necessitando da participação do terceiro avaliador. Assim, verificou-se que 13 estudos não abordavam intervenções desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, visando a qualidade de vida da pessoa idosa em cuidado paliativo.

O processo de seleção dos estudos encontra-se representado em formato de fluxograma, na Figura 1, tratando-se de uma adaptação do modelo proposto pela diretriz PRISMA.

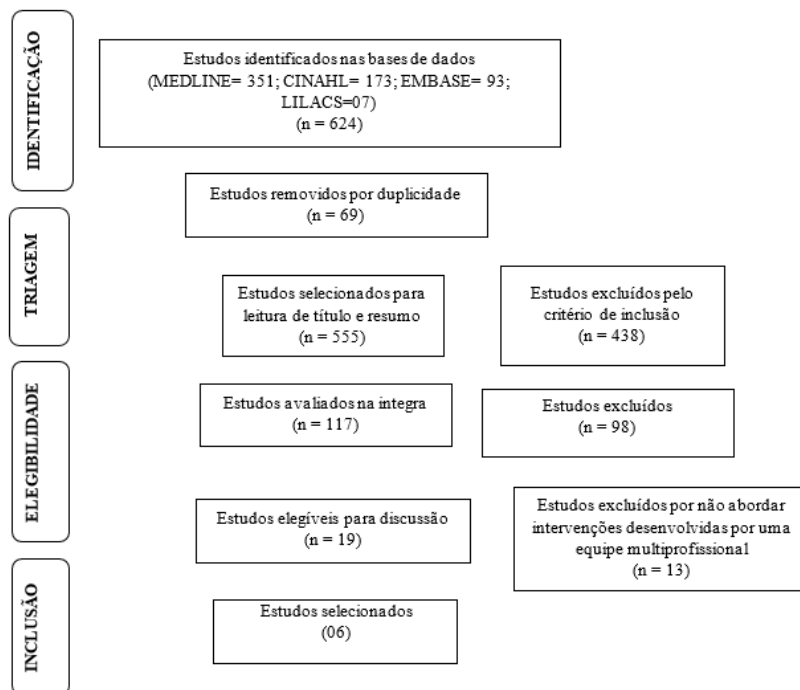


Figura 1 – Fluxograma de busca e seleção dos estudos.

A amostra final compreendeu seis estudos, sendo quatro estudos encontrados na base de dados MEDLINE e dois na CINAHL. Nenhum estudo foi selecionado nas buscas realizadas na EMBASE e LILACS. O quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos incluídos na presente revisão, organizados de acordo com autores, ano de publicação, código atribuído (conforme sequência alfanumérica – E1 a E6),¹²⁻¹⁷ objetivo do estudo, participantes da pesquisa e randomização.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão, segundo autor, ano, código atribuído em sequência alfanumérica, objetivo do estudo, participantes da pesquisa e randomização

Autores/ Ano/ Código	Objetivo do estudo	Participantes da pesquisa	Randomização
BAKITAS , Marie et al/ 2009/ E1 ¹²	Determinar o efeito de uma intervenção liderada por enfermagem na qualidade de vida, intensidade dos sintomas, humor e uso de recursos em pacientes com câncer avançado.	279	Aleatória
GADE, Glenn et al./ 2008/ E2 ¹³	Medir o impacto de um serviço interdisciplinar de cuidados paliativos na satisfação do paciente, nos resultados clínicos e no custo do atendimento por 6 meses após a alta hospitalar	509	Aleatória
GOULD, Lisa Jane et al./2018/ E3 ¹⁴	Pilotar uma intervenção que vise melhorar o atendimento hospitalar compassivo às pessoas idosas.	451	Aleatória
McCorkle, RUTE et al./2015/ E4 ¹⁵	Avaliar os efeitos de uma intervenção coordenada multidisciplinar por enfermeiros de prática avançada nos resultados, a nível clínico, de pacientes recém-diagnosticados com câncer em estágio avançado.	92	Por Cluster
ROGERS, Joseph G et al./2017/ E5 ¹⁶	Investigar se uma intervenção interdisciplinar em cuidados paliativos, além de cuidados com Insuficiência Cardíaca com base em evidências, melhora certos resultados.	107	Por Cluster
VANBUT SELE, Gaële et.al. 2018/ E6 ¹⁷	Examinar se a integração precoce e sistemática dos cuidados paliativos com o atendimento oncológico psicossocial padrão oferece benefícios adicionais em comparação aos cuidados usuais.	133	Aleatória

Os estudos analisados foram publicados entre os anos de 2008 a 2018. Quanto ao país de desenvolvimento dos estudos, quatro foram realizados nos Estados Unidos (E1, E2, E4, E5),^{12,13,15,16} um na Inglaterra (E3)¹⁴ e um na Bélgica (E6).¹⁶

A partir da apreciação dos objetivos dos estudos, observou-se que cinco estudos (E1-E5),^{12,16} direcionavam seus objetivos a analisar os efeitos de intervenções desenvolvidas pela equipe multidisciplinar ao paciente em cuidados paliativos. O estudo E6¹⁷ buscou examinar se

a integração precoce de cuidados paliativos com o atendimento oncológico psicossocial padrão ofereceu benefícios adicionais em comparação aos cuidados usuais.

Quanto à metodologia empregada, foram utilizados seis ensaios clínicos randomizados controlados (100%), sendo um com nível de evidência alta (E1)¹², três com nível de evidência moderada (E2, E3, E5),^{13,14,16} um com nível de evidência baixa (E6),¹⁷ e um com nível de evidência muito baixa (E4)¹⁵. O quadro 3 apresenta os detalhes da metodologia empregada nos estudos.

Quadro 3 – Descrição dos instrumentos e das análises utilizadas nos estudos

Código	Participantes	Instrumentos	Análise
E1 ¹²	322, sendo 161 participantes no grupo de intervenção e 161 no grupo de atendimento hospitalar habitual.	<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy for Palliative Care; Edmonton Symptom Assessment Scale; Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D).</i>	Teste t variáveis contínuas; teste exato de fisher – variáveis categóricas; teste de wilcoxon (número de dias no hospital, UTI, número de idas à emergência e a soma do total de dias e visitas).
E2 ¹³	517, sendo 280 participantes no grupo de intervenção do serviço interdisciplinar de cuidado paliativo hospitalar (IPCS). Destes, 05 desistiram antes de iniciar as intervenções e 237 participantes no grupo de atendimento hospitalar habitual.	<i>Physical Area scale of the Modified City of Hope Patient Questionnaires; Eastern Cooperative Oncology Group;</i>	Todas as análises foram realizadas usando o SAS 9.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC). Foram utilizadas média e mediana. As medidas contínuas para os 2 grupos foram comparadas utilizando teste t para medidas paramétricas e teste de Wilcoxon para medidas não paramétricas. Variáveis categóricas teste exato de Fisher.
E3 ¹⁴	Seis enfermarias médico cirúrgica, sendo 04 alocadas no grupo de intervenção e 02 no grupo controle. com 273 pacientes e 178 funcionários.	–	Análise descritiva, regressão logística para investigar o efeito do CLECC, oddis ration para avaliar fatores preditivos e teste de Mann-Whitney para diferenças entre os escores PEECH e JSE.
E4 ¹⁵	146 pacientes, sendo 66 no grupo de intervenção e 80 no grupo de cuidados usuais.	<i>Symptom Distress Scale (SDS); Enforced Social Dependency Scale (ESDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Mishel Uncertainty in Illness Scale – Community Form (MUIS-C), Self-</i>	Software SAS (SAS versão 9.2 para Windows; SAS Institute Inc., Cary, NC). Médias, desvio padrão e frequências foram utilizados para descrever a amostra e análises longitudinais foram realizadas para examinar os

		<i>Efficacy for Managing Chronic Disease Scale (SEMCD 6)</i>	efeitos da intervenção coordenada por enfermeiro nos resultados primários e secundários em três meses, usando o Modelo Geral Linear Geral (GLMM) com uma estrutura de covariância de correlação sem objetivo.
E5¹⁶	150 pacientes, sendo 75 no grupo de intervenção e 75 no grupo de cuidados usuais.	<i>Edmonton Symptom Assessment Scale, Kansas City Cardiomyopathy questionnaire (KCCQ), Functional assessment of chronic illness therapy-palliative care scale (FACIT-Pal).</i>	As análises primárias dos dados longitudinais do resumo geral KCCQ e pontuações FACIT-Pal são baseadas em modelos lineares mistos com uma variável indicadora para o grupo de tratamento. Ambos os desfechos co-primários foram testados no nível bilateral tipo I. As taxas de mortalidade foram estimadas usando o método de Kaplan-Meier, e os valores de p foram calculados usando o teste de logrank.
E6¹⁷	150 pacientes, sendo 92 no grupo de intervenção e 94 no grupo de cuidados usuais.	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Faith and Belief, Importance, Community, Address in Care spiritual history tool, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care scale</i>	SPSS (versão 24) e software SAS (versão 9.4). Testes: regressão multivariada e regressão linear. Teste de Mann-whitney para examinar as diferenças entre os grupos. Regressão logística, correlação de Spearman

As intervenções e suas respectivas qualidades de evidência e graus de recomendação, conforme GRADE, estão descritos no quadro 4.

Quadro 4 – Intervenções apresentadas nos estudos e suas respectivas qualidades de evidência e graus de recomendação, conforme GRADE

Código	Descrição da Intervenção	Profissionais responsáveis	Qualidade da Evidência e Força da Recomendação
E1¹²	Intervenção psicoeducacional multicomponente (Projeto ENABLE [Educar, Nutrir, Aconselhar, Antes do Fim da Vida]), conduzida por	Médico; enfermeiro; psicólogo e	Alta ⊕⊕⊕⊕/Forte

	enfermeiros de consultório avançado, consistindo em 4 sessões educacionais semanais e sessões mensais de acompanhamento até a morte ou conclusão do estudo.	outros profissionais.	
E2¹³	Tratamento/consulta em serviço interdisciplinar de cuidado paliativo hospitalar. A equipe avaliou as necessidades dos pacientes no que diz respeito ao gerenciamento dos sintomas, apoio psicossocial e espiritual, planejamento do final de vida e atendimento pós hospitalar.	Médico; enfermeiro; assistente social e outros profissionais.	Moderada ⊕⊕⊕○Forte
E3¹⁴	Treinamento CLECC (Criando Ambientes de Aprendizagem para o Cuidado Compassivo) - intervenção no local de trabalho focada no desenvolvimento de lideranças sustentáveis e práticas da equipe de trabalho para apoiar a prestação de cuidados compassivos. A intervenção visa incorporar práticas da equipe baseadas no diálogo, aprendizado reflexivo e apoio mútuo.	Enfermeiros e auxiliares de enfermagem	Moderada ⊕⊕⊕○Forte
E4¹⁵	Intervenção multidisciplinar coordenada por enfermeira de prática avançada. Os componentes essenciais da intervenção padronizada de 10 semanas incluíram: monitorar o estado dos pacientes, fornecer gerenciamento de sintomas, executar procedimentos de cuidados complexos, ensinar pacientes e cuidadores familiares, esclarecer a experiência da doença, coordenar cuidados, responder à família, melhorar a qualidade de vida e colaborar com outros provedores, além de discutir os objetivos do cuidado.	Enfermeiro, médico e assistente social.	Muito baixa ⊕○○○Frac
E5¹⁶	Intervenção interdisciplinar em cuidados paliativos combinada com o tratamento usual da IC (Insuficiência Cardíaca) na qualidade de vida geral e relacionada à IC em pacientes com IC avançada. A intervenção de cuidados paliativos multicomponentes, orientada por diretrizes, foi administrada em combinação com o gerenciamento contemporâneo da IC; a equipe do estudo avaliou e administrou os múltiplos domínios da qualidade de vida de pacientes com IC avançada, incluindo sintomas físicos, preocupações psicossociais e espirituais e planejamento avançado de atendimento.	Médico; enfermeiro; equipe de cardiologia clínica	Moderada ⊕⊕⊕○Forte
E6¹⁷	A intervenção consistiu em quatro componentes principais: (1) sessões de treinamento de oncologistas para informar os enfermeiros de cuidados paliativos e o médico sobre os tratamentos contra o câncer normalmente administrados no início da trajetória da doença e	Enfermeiro, médico.	Baixa ⊕⊕○○Frac

	seus efeitos colaterais associados. (2) Consultas mensais de cuidados paliativos, realizadas por enfermeiros em cuidados paliativos. (3) Avaliações mensais de sintomas usando a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton por enfermeiros em cuidados paliativos. (4) Integração dos cuidados paliativos aos cuidados oncológicos por meio da participação dos enfermeiros dos cuidados paliativos nas reuniões semanais multidisciplinares de oncologia.		
Graus de evidência do Grupo de Trabalho GRADE Alta: Estamos muito confiantes de que o verdadeiro efeito está próximo ao da estimativa do efeito. Moderada: Estamos moderadamente confiantes na estimativa do efeito, o verdadeiro efeito provavelmente estará próximo do efeito, mas existe a possibilidade de investigação futura tenha um impacto importante no efeito estimado e pode mudar essa estimativa. Baixa: Nossa confiança na estimativa do efeito é limitada, é muito provável que uma investigação futura tenha um impacto importante na nossa confiança no efeito estimado e mude a estimativa. Muito baixa: Temos pouca confiança no efeito, há muitas incertezas acerca da estimativa.			

Destacaram-se como evidências de alta qualidade e forte recomendação, intervenção com sessões educacionais semanais e sessões de acompanhamento mensal até a morte do paciente (E1).¹² No estudo E1,¹² pacientes que recebiam cuidados oncológicos usuais receberam também esta intervenção liderada por enfermeiras, com foco em cuidados paliativos abordando intervenções físicas e psicossociais que eram fornecidas simultaneamente com cuidados oncológicos. Os resultados demonstraram pontuações mais altas na avaliação da qualidade de vida e no humor dos pacientes que receberam essas intervenções se comparados aos pacientes que receberam apenas cuidados oncológicos usuais.

Essas atividades compreendiam uma prática avançada, administrada por enfermeiro, realizada por telefone, avaliação e treinamento na solução de problemas, planejamento avançado de cuidados, estratégias de comunicação da família e da equipe de saúde, gerenciamento de sintomas e prevenção de crises, e tratamento de referência e recursos de assistência. Contudo, os pacientes não apresentaram melhorias em escores de intensidade de sintomas, redução dos dias de internação no hospital ou menor número de visitas ao departamento de emergência.

O E2¹³ apontou o impacto de um serviço interdisciplinar de cuidados paliativos que forneceu cuidados consultivos, interdisciplinares e paliativos aos pacientes, comparando esta intervenção com cuidados hospitalares usuais. Houve atendimento da equipe multiprofissional com cada paciente e familiar para tratar sintomas, diagnóstico, prognóstico e objetivos de

cuidado, além da discussão dos formulários de diretrizes antecipadas. A gravidade dos sintomas foi mensurada usando a escala de *Physical Area scale of the Modified City of Hope Patient Questionnaires* (MCOHPQ) que avaliou a área física, apoio emocional e espiritual, a satisfação do paciente com a experiência hospitalar (local de atendimento e comunicação entre os profissionais). O desempenho físico foi medido usando a escala de desempenho do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG).

Os pacientes que receberam esta intervenção relataram maior satisfação com sua experiência de atendimento e comunicação com os profissionais, apresentando um número menor de admissões e readmissões na UTI e menores gastos com saúde após a alta hospitalar. Dessa forma, houve evidências de que essas intervenções foram eficazes, sendo classificadas em moderada qualidade de evidência e forte grau de recomendação.

O E3¹⁴ avaliou uma intervenção denominada Criando Ambientes de Aprendizagem para o Cuidado Compassivo (CLECC) na melhoria do cuidado destinado a pacientes em cuidados paliativos. Esta intervenção ocorreu no local de trabalho das equipes e focou o desenvolvimento de práticas sustentáveis de liderança da equipe de trabalho para apoiar a prestação de cuidado. Foram realizados, a saber: encontros mensais de aprendizagem para líderes da unidade; atividades de aprendizagem da equipe, incluindo análise do clima organizacional e das experiências dos pacientes, com equipe e serviços de saúde; esclarecimento de dúvidas; discussões entre os membros da equipe durante os turnos de trabalho e; discussões reflexivas em equipe, duas vezes por semana.

Com moderada qualidade de evidência e forte grau de recomendação, os autores destacaram que houve mais escores positivos e menos escores negativos nas enfermarias que receberam a intervenção, reduzindo interações negativas entre a equipe e os pacientes. Os autores também identificaram experiências positivas dos pacientes com os profissionais, no que diz respeito à conexão emocional entre eles.

O E4¹⁵ objetivou avaliar os efeitos de uma intervenção multidisciplinar coordenada por enfermeiras de prática avançada sobre os resultados de pacientes recém-diagnosticados com câncer em estágio avançado a partir de uma intervenção de dez semanas. A intervenção compreendia monitorar o estado dos pacientes, fornecer gerenciamento de sintomas, coordenar e discutir o cuidado com paciente e família, executando procedimentos complexos, ensinando do autocuidado aos pacientes e cuidadores familiares, esclarecendo dúvidas acerca da doença, melhorando a qualidade de vida e colaborando com outros profissionais. Os resultados destes pacientes foram comparados com pacientes que receberam cuidados habituais aprimorados. Os autores não evidenciaram diferenças entre os dois grupos nos resultados primários relatados

pelos pacientes em um e três meses após a intervenção. Observaram que os sintomas físicos e emocionais permaneceram estáveis ou melhoraram significativamente para ambos os grupos, ao mesmo tempo que, desfechos secundários permaneceram estáveis dentro dos grupos. Nesse sentido, a intervenção possui qualidade de evidência muito baixa e fraco grau de recomendação.

O E5¹⁶ investigou se uma intervenção interdisciplinar de cuidados paliativos, além de cuidados de IC (Insuficiência Cardíaca) com base em evidências e melhora com certos resultados. Destacou-se que esta intervenção interdisciplinar de cuidados paliativos associados aos cuidados usuais para IC em pacientes com essa insuficiência avançada mostrou benefícios consistentemente maiores na qualidade de vida, ansiedade, depressão e bem-estar espiritual, se comparados àqueles pacientes que receberam somente tratamento usual para IC. O atendimento hospitalar foi focado no alívio dos sintomas e no uso de terapias baseadas em evidências, conforme detalhado nas diretrizes atuais. Este estudo teve evidências de moderada qualidade e forte grau de recomendação.

O E6¹⁷ examinou se a integração precoce e sistemática de cuidados paliativos psicossociais aos cuidados oncológicos padrão oferecem benefícios adicionais em comparação com os cuidados habituais. O estudo apontou que essa intervenção aumentou a qualidade de vida de pacientes com câncer avançado e que esta é mais benéfica para pacientes com câncer avançado se comparada às consultas de cuidados paliativos oferecidas sob demanda, mesmo quando o apoio psicossocial já havia sido oferecido. No entanto, esta intervenção tem baixa qualidade de evidência baixa e fraco grau de recomendação.

Considera-se que o sistema GRADE avalia cinco domínios, o não cumprimento das recomendações acarreta, inevitavelmente, em uma redução da qualidade da evidência do estudo e uma dificuldade de interpretação das evidências encontradas. Nesta revisão, a maioria dos estudos foi classificada como moderado risco de viés, sendo a falha mais frequente a não descrição do método de randomização e/ou sigilo de alocação utilizada.

Destaca-se ainda que foi identificado fatores que rebaixaram a qualidade da evidência dos estudos E4¹⁵ e E6,¹⁷ a inconsistência (heterogeneidade), evidência indireta e imprecisão (utilização de formas padronizadas para obtenção de informação sociodemográficas e clínicas, número de comorbidades crônicas e sofrimento emocional).

DISCUSSÃO

Evidenciou-se uma heterogeneidade no que se refere às intervenções apresentadas, assim como o moderado risco de viés, implicando maior rigor na interpretação dos dados. Verificou-se que em todos os estudos incluídos nesta revisão, as intervenções desenvolvidas

pela equipe multiprofissional no cuidado ao paciente idoso em final de vida apresentaram resultados significativos na saúde do mesmo.

Identificou-se, majoritariamente, evidências de moderada qualidade e forte grau de recomendação.^{13,14,17} Emergiu como alta qualidade e forte grau de recomendação uma intervenção com sessões educacionais semanais e sessões de acompanhamento mensal até a morte do paciente.¹² Com moderada qualidade e forte grau de recomendação, destacou-se a realização de cuidados consultivos, interdisciplinares e paliativos em geral,¹³ intervenção de treinamento/aprendizagem em equipe;¹⁴ e integração precoce e sistemática de cuidados paliativos a partir de treinamento, consultas e uso de instrumentos pela equipe.¹⁷

A assistência em cuidados paliativos demanda uma equipe multi e interdisciplinar, primando pelo atendimento individualizado e humanizado. A perspectiva interdisciplinar associada aos cuidados paliativos está relacionada ao papel de cada categoria profissional, ao considerar o que cada uma agrega em termos de conhecimentos e tecnologias próprias. A partir da congregação dos conhecimentos, da comunicação entre os membros da equipe e da discussão acerca da condição clínica dos pacientes idosos, é possível o melhor tratamento, atendendo as expectativas de doentes e de seus familiares.^{18,19}

Nesse sentido, a equipe multiprofissional em saúde precisa atuar a partir de um conceito ampliado de saúde. Os profissionais devem desenvolver um plano terapêutico, contemplando o paciente e sua família, pensado de maneira individual e interdisciplinar.²⁰

Estudo identificou fragilidades e desafios percebidos por profissionais de uma equipe na assistência paliativa, destacando a necessidade de qualificar o trabalho em equipe e investir em educação permanente dos profissionais.²¹ Assim, destaca-se a necessidade de implementar espaços voltados para a capacitação de profissionais da saúde, principalmente que discutam o processo de morte como evento natural da vida e que independentemente de suas condutas irá acontecer em algum momento.²²

Ressalta-se, ainda, a importância de intervenções que contemplem a educação permanente da equipe interdisciplinar que trabalha em cuidados paliativos, para que a atuação dos profissionais vise o atendimento integral das necessidades do paciente e da família. Cabe destacar a importância de trabalhar com as ações educativas, estimulando o autocuidado, contribuindo para a participação do paciente e familiares no plano terapêutico.

Os cuidados paliativos têm por objetivo a promoção do conforto, ultrapassando o mero alívio de sintomas e procurando integrar as dimensões social, psicológica, emocional e espiritual, de modo a facilitar a adaptação ao processo de morte.²³ Assim, os profissionais

devem estar aptos a identificar e responder a todas as necessidades humanas básicas, tendo como objetivo aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.²⁴

As intervenções identificadas, nos estudos incluídos nesta revisão, indicam que a melhoria da qualidade de vida exige uma abordagem interdisciplinar de modo a atender as demandas do paciente e família. Essas devem ser aplicadas em conjunto e adaptadas aos desejos do paciente para que a qualidade de vida, em fim de vida, possa ser o objetivo do cuidado. Nos estudos analisados, observou-se o importante papel desempenhado por enfermeiros especialistas, em cuidados paliativos, na condução dessas abordagens interdisciplinares.

No que se refere às **necessidades físicas**, a sintomatologia destacou-se com importante relevância nos estudos analisados. Verificou-se a importância do gerenciamento de sintomas do paciente, com intervenções que visem sua minimização e promovam o conforto físico. Assim, os profissionais precisam implementar intervenções centradas no paciente de modo a atender as necessidades da trajetória da doença.^{25,26}

Instrumentos validados são indicados para avaliação de sintomas de rotina em doença avançada. A avaliação dos sintomas, a partir de instrumentos, otimiza sua identificação, permitindo planejar e intervir buscando o conforto do paciente e, consequentemente, contribuindo para melhorar sua qualidade de vida, em comparação com avaliação padrão. A escala de avaliação de sintomas de Edmonton, mais curta que outras ferramentas de avaliação de sintomas, pode ser um instrumento útil e mais acessível para avaliação dos pacientes idosos. Contudo, cabe salientar que o método de avaliação dos sintomas deve ser modificado conforme o comprometimento cognitivo, motor, visual ou auditivo, frequentemente encontrado nas pessoas idosas. Observou-se que o gerenciamento de sintomas foi citado em todos os estudos inclusos nesta revisão.²⁷

No domínio das **necessidades psicológicas**, a comunicação destacou-se como um elo de ligação entre equipe-paciente-família. Quando a comunicação é efetiva e os profissionais promovem uma escuta qualificada, acontece o acolhimento das demandas dos pacientes, o que possibilita que o mesmo tenha autonomia e participe das decisões relacionadas ao seu tratamento. Esses aspectos permitirão que os pacientes experimentem melhora no alívio dos sintomas e uma melhor qualidade em final de vida.²⁸

A literatura destaca que o trabalho em equipe e a boa comunicação entre pacientes e profissionais são essenciais para atingir a meta de uma boa qualidade de vida e morte para um paciente.²⁷ Ademais, estudo aponta como recomendações específicas para o bem-estar espiritual e psicológico o tratamento do estresse, ansiedade e depressão com e sem medicação; o fornecimento do acesso a cuidados e aconselhamento espirituais alternativos e; a ajuda aos

membros da família a lidar com a morte fornecendo escuta ativa tanto para a revisão da vida como para compartilhar as preocupações.²⁶

O planejamento antecipado dos cuidados é um processo que envolve entendimento, comunicação e discussão entre paciente, família (ou outro prestador de cuidados) e a equipe, com o objetivo de esclarecer preferências sobre cuidados no final da vida. Estudo demonstrou que discussões abertas e honestas com pacientes com doença avançada sobre prognóstico e cuidados no final da vida, promovem a autoconfiança, aliviando o medo e a incerteza e reforçando a confiança e a esperança.²⁷

Destaca-se que as **necessidades espirituais** do paciente devem ser identificadas e respeitadas no final da vida. Conversas genuínas e respeitadas com pacientes e familiares sobre esses dilemas são essenciais para qualidade de vida espiritual. A discussão sobre espiritualidade exige habilidades avançadas de comunicação. A comunicação é ferramenta vital no campo da saúde, pois fortalece relações, amplia a autonomia do paciente e estreita o vínculo de confiança entre equipe/paciente/família. Assim, para facilitar a abordagem da espiritualidade com o paciente, deve-se evitar utilizar regras rígidas e inflexíveis, o que pode aumentar a complexidade da dimensão espiritual ou remeter somente à ideia de religião. Incluir termos religiosos e não religiosos, traçar ações que sejam definidas pelo próprio paciente podem facilitar este processo. Assim, é importante que o maior número de pacientes tenha oportunidade de ter suas necessidades espirituais identificadas.^{7,29}

As **necessidades sociais** assumem importante papel no que se refere à orientação do paciente e família sobre recursos existentes para continuação de seu acompanhamento após alta hospitalar.³⁰ Dessa forma, denota-se a importância da implementação de plano de alta para estes pacientes a fim de manter sua qualidade de vida. Entende-se que o planejamento de alta hospitalar consiste em criar um plano personalizado para cada paciente com o objetivo de conter custos e melhorar os resultados em sua recuperação. Sabe-se que essa atividade deve ter início no momento da admissão hospitalar, tendo caráter educativo e preventivo, com foco na preservação dos aspectos biopsicossociais e espirituais do cliente.³¹

No âmbito dos cuidados paliativos, destaca-se o planejamento antecipado de cuidado, auxiliando os indivíduos a definir metas para futuros cuidados, para discutir esses objetivos com membros da família e profissionais de saúde e para documentar e revisar essas preferências, se apropriado.³² Seu principal objetivo é preparar os pacientes e familiares para participarem na tomada das melhores decisões possíveis, em relação aos cuidados de fim de vida.^{33,34}

As necessidades da família precisam ser ouvidas e pensadas também como prioridade no cuidado. É importante que os profissionais esclareçam as dúvidas dos familiares acerca da doença e dos cuidados com o familiar doente. Intervenções que capacitem a família para atuar, conjuntamente com a equipe, no atendimento às demandas do paciente são primordiais.³⁵ Ademais, é preciso estabelecer o plano terapêutico juntamente com a família de modo a melhorar a qualidade de vida do paciente e aliviar a sobrecarga dos familiares.

Todas as intervenções abordadas nos estudos consideravam a abordagem multidimensional dos sintomas. Foram observados efeitos positivos da inclusão do atendimento a estes aspectos nas intervenções de saúde realizadas pela equipe interdisciplinar no cuidado paliativo ao paciente idoso, incluindo melhora na sobrevida e qualidade de vida em curto prazo. Assim, verifica-se a importância de se desenvolver intervenções observando estas questões.

Limitações do estudo

Embora acreditemos que nossa estratégia de pesquisa seja abrangente, a presente revisão pode não refletir com precisão as intervenções em cuidados paliativos voltados aos idosos hospitalizados. Ademais, dada a heterogeneidade na qualidade dos estudos, os profissionais devem ter cuidado ao interpretar os resultados, considerando o risco moderado de viés dos estudos analisados e a heterogeneidade dos resultados por eles apresentados.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Esta revisão sistemática consiste na síntese de intervenções interdisciplinares desenvolvidas por equipe de saúde de modo a possibilitar a operacionalização destas no âmbito hospitalar, vislumbrando a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa em cuidados paliativos. Enfermeiros foram frequentemente envolvidos na condução das intervenções interdisciplinares, o que reforça a importância da Enfermagem em ações que visem a promoção do cuidado ao paciente e familiares.

CONCLUSÕES

Esta revisão sistemática identificou a eficácia de intervenções de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional para a promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos. Destacaram-se, principalmente, intervenções de moderada qualidade de evidência e forte grau de recomendação.

Avalia-se que, não necessariamente, um estudo que apresente uma intervenção com fraco grau de recomendação, seu efeito não seja significativo, uma vez que a qualidade da evidência e o grau de recomendação foram avaliados a partir da metodologia do estudo, e assim, a ação e/ou intervenção apresentada pode ter outra eficácia, a depender do método empregado.

Acredita-se que foram encontrados poucos estudos que contemplem intervenções de saúde da equipe interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa em cuidados paliativos e, portanto, novos estudos são necessários. Estes, devem ser desenvolvidos, a partir de um rigor metodológico, que possibilite uma qualidade de evidência alta e forte grau de recomendação.

REFERÊNCIAS

1. Evans CJ, Ison L, Ellis-Smith C, Nicholson C, Costa A, Oluyase AO et al. Service delivery models to maximize quality of life for older people at the end of life: a rapid review. *The Milbank Quarterly*. 2018;97(1):113-175.
2. Bilaçeroglu S. Role of palliative care in improving the quality of life in elderly with advanced lung disease. *Current Geriatrics Reports*. 2016;5(2):103-109.
3. Datla S, Verberkt CA, Hoyer A, Janssen DJA, Johnson MJ. Multi-disciplinary palliative care is effective in people with symptomatic heart failure: A systematic review and narrative synthesis. *Palliative medicine*. 2019;33(8):1003-1016.
4. Arriera IC de O, Thofehr MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev. esc. enferm. USP*. 2018;52: e03312.
5. Miranda GMD, Mendes A da CG, Silva ALA da. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2016;21:309-320.
6. Baère TD, Faustino AM, Miranda AF. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. *Revista Longeviver*. jul./ago./set.2017;7(53):5-19.
7. Silva AE. Conceito e princípios dos cuidados paliativos. In *Cuidados paliativos: manual de orientações quanto a competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Coren-MG; 2020.
8. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud. av.*, São Paulo. dez. 2016;30(88):155-166.
9. Almeida CSL de, Marcon SS, Matsuda LM, Kantorski LP, Paiva BSR, Sales CA. Atuação de um serviço de cuidados paliativo hospitalar: avaliação de quarta geração. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(2):383-390.

10. Maltoni B, Forti P, Zoli M, Maltoni M, Ricci M. Prevalence of Chronic Cancer and No-Cancer Pain in Elderly Hospitalized Patients: Elements for the Early Assessment of Palliative Care Needs. *International Journal of Gerontology*. 2018;12(3):180-185.
11. Higgins JPT, Green S. *Cochrane, cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.10. 2011.
12. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J et al.. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. *JAMA*. 2009;302(7):741-749.
13. Gade G et al. Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Controlled Trial. *Journal of palliative medicine*. 2008;11(2):180-190.
14. Gould LJ Barker HR, Libberton P, Mesa-Eguiagaray I, Pickering RM, Shipway LJ et al. Compassionate care intervention for hospital nursing teams caring for older people: a pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ open*. 2018;8:1-8.
15. McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, Lazenby M, Reid A, Davies M et al. An Advanced Practice Nurse Coordinated Multidisciplinary Intervention for Patients with Late-Stage Cancer: A Cluster Randomized Trial. *Journal of palliative medicine*. 2015;18(11):1-8.
16. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M et al. Palliative Care in Heart Failure. *Journal of the american college of cardiology*. 2017;70(3):331-341.
17. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018;2:1-11, 2018.
18. Carvalho EC de; Oliveira-Kumakura AR de S.; Moraes SCR V. Raciocínio clínico em enfermagem: Estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017;70(3):662-668.
19. Gaspar ACM, Mendes PA, Azevedo RC de S, Reiners AAO, Segri NJ. Quedas: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos. *Enfermagem em Foco*. 2019;10(2):97-103.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de Atenção Domiciliar. *Caderno de Atenção Domiciliar*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
21. Preto VA, Santos BC dos, Souza IM de, Scaldelai R de S, Lozano T da SP, Sailer GC. A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017;11(6):2288-2293.
22. Pereira NC, Banhato EFC. Considerações sobre o papel da equipe de profissionais em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Cadernos de Psicologia*. 2019;1(1):510-532
23. Twycross R. *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi; 2003.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE–Manual de Graduação da Qualidade da Evidência e Força de Recomendação para Tomada de Decisão em Saúde. 2014.
25. Ferreira ADS. Necessidades em cuidados paliativos: na pessoa com doença oncológica. Tese de Doutorado. Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2013.
26. Zadeh RS, Eshelman MFAP, Setla J, Sadatsafavi, HMS. Strategies to improve quality of life at the end of life: interdisciplinary team perspectives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, v. 35, n. 3, p. 411-416, 2018.
27. Metraiah EA, Brown EA. Comprehensive conservative care for patients with advanced chronic kidney disease. *Medicine*. 2019;47(9):614-617.
28. Phongtankuel V, Meador L, Adelman RD, Roberts J, Henderson Jr CR, Mehta SS et al. Multicomponent palliative care interventions in advanced chronic diseases: a systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2018;35(1):173-183.
29. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG da, Batista PS de S, Batista JBV, Oliveira AM de M. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016;69(3):591-601.
30. Reigada C, Pais-Ribeiro JL, Novellas A, Pereira JL. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos / Family Support in Palliative Care. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2014;13(1):159-169. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2014.1.16478>
31. Lopes VJ, Souza MAR de, Schwyzer I, Vasconcelos J, Dzikovicz VL, Silva IA da. Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2019;13(4):1142-1150.
32. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, Van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*. 2017;18(9):e543-e551.
33. Sudore RL, Fried TR. Redefining the “planning” in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Annals of internal medicine*. 2010;153(4):256-261.
34. Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, Haavisto E. Healthcare professionals’ perceptions of advance care planning in palliative care unit: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*. 2020.
35. Borneman T, Sun V, Williams AC, Fujinami R, Del Ferraro C, Burhenn OS et al. Support for patients and family caregivers in lung cancer: educational components of an interdisciplinary palliative care intervention. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*. 2015;17(4):309.

4.2 Artigo 2 – Proposta de um protocolo assistencial voltado as pessoas idosas em cuidados paliativos²

Resumo:

Objetivo: Propor o conteúdo de um protocolo assistencial para a pessoa idosa em cuidados paliativos no ambiente hospitalar.

Métodos: Trata-se de um estudo metodológico, sendo apresentadas neste momento as etapas de definição do conteúdo e elaboração do protocolo. Como subsídio para sua elaboração, foi realizada uma revisão sistemática objetivando identificar evidências científicas acerca de intervenções de saúde promovidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos.

Resultados: as intervenções propostas foram agrupadas por necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e da família. Essas intervenções foram adaptadas da literatura conforme atuação profissional, considerando diferentes profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional. Sugere-se a utilização dessas intervenções, conjuntamente com a Escala de Edmonton, *Pallative Performace Scale*, Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Depressão Geriátrica. As intervenções foram agrupadas por necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e da família. Para aumentar a eficácia e a precisão do protocolo, sugere-se sua utilização com quatro instrumentos que possibilitam um diagnóstico maior da situação de saúde das pessoas idosas em cuidados paliativos

Conclusão: O uso do protocolo pode possibilitar a identificação das demandas de cuidado do paciente idoso e o estabelecimento de um plano de cuidado baseado nas intervenções necessárias para melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Descritores: Cuidados paliativos; Idoso; Protocolo; Equipe de assistência ao paciente.

Introdução

Os cuidados paliativos podem ser considerados uma modalidade intensiva e abrangente para os cuidados físicos, emocionais, psicológicos e mentais do paciente, fornecendo suporte tanto para o paciente como para seus cuidadores¹.

² Artigo submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem

Os cuidados paliativos para pessoas idosas, geralmente, são considerados difíceis por diversas razões. Pessoas idosas podem ter dificuldade em descrever seus sintomas com precisão e pode ser difícil para os profissionais avaliar sua dor. Além disso, são mais propensas a ter várias comorbidades e a receber muitos medicamentos, e em altas doses. Assim, as circunstâncias individuais do paciente exercem uma influência significativa na escolha da estratégia de tratamento, e é necessário envolver os cuidadores nessa discussão. O processo de terminalidade da vida em pacientes idosos também é mais diversificado se comparado ao dos adultos mais jovens, e as visões de vida e morte entre os idosos variam¹.

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade da criação de diretrizes para prestação de cuidados paliativos, dentre estas, uma que considere a abordagem interdisciplinar e incentive os profissionais a iniciar conversas oportunas sobre os desejos e expectativas do paciente em relação ao tratamento no fim de vida e a participação na tomada de decisão. Esta diretriz deve apoiar uma abordagem interdisciplinar, com estratégia de gerenciamento de cuidados que reflita as preferências do paciente².

Além disso, acredita-se que as diretrizes de cuidados paliativos e doenças crônicas devem incluir informações sobre a conscientização sobre a prescrição proativa de medicamentos e sobre revisões estruturais de medicamentos centrados no paciente². Dessa forma, o protocolo de cuidados paliativos à pessoa idosa é uma ferramenta que permite o aprimoramento e a qualificação da atenção dedicada a este público-alvo. O uso de protocolos assistenciais na atenção aos pacientes em condições finais de vida torna a assistência sistematizada e organizada³.

A construção e implantação dos protocolos devem ser compreendidas como uma ferramenta de apoio teórico-prático que contribui para o planejamento e a avaliação da assistência e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado^{4,5}.

A ausência de um protocolo elaborado pela instituição que oriente a boa prática dos profissionais é uma das maiores dificuldades apontadas por profissionais de saúde⁶. A necessidade de um protocolo assistencial em cuidados paliativos para pessoa idosa foi identificada em estudo, que demonstrou as peculiaridades da assistência a esse público, principalmente pela questão espiritual, por suas crenças. A elaboração de protocolos de assistência pode trazer maior segurança à equipe multiprofissional, destacando as melhores condutas e estratégias a serem adotadas⁷.

O estudo tem como objetivo propor o conteúdo de um protocolo assistencial para a pessoa idosa em cuidados paliativos, no ambiente hospitalar.

Métodos

Trata-se de um estudo metodológico que teve como finalidade propor a elaboração do conteúdo de um protocolo assistencial, realizado entre os meses de maio a dezembro de 2020.

Para elaboração foi adotado como referencial metodológico que apresenta as seguintes etapas: 1) refinar tópicos e questões; 2) revisão sistemática; 3) recomendações para diversos cenários; 4) recomendações para atualização da diretriz/protocolo; 5) revisão por pares; 6) disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação; 7) aprovação e; 8) implantação⁸. Neste estudo é apresentada a definição do conteúdo e elaboração do protocolo assistencial correspondendo as etapas um, dois, três e quatro.

Na busca de evidências para subsidiar a construção do protocolo foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de identificar evidências científicas acerca de intervenções de saúde promovidas pela equipe multiprofissional para promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos. A busca foi realizada em quatro bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e; Excerpta Medica Database (EMBASE), utilizando os seguintes descritores: palliative care/cuidados paliativos; aged/idoso e patient care team/equipe de assistência ao paciente e; quality of life/qualidade de vida. Foi realizada seleção criteriosa dos artigos e posteriormente, esses foram submetidos à avaliação metodológica utilizando a classificação em níveis de evidência de acordo com o sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).

Salienta-se que o conteúdo do protocolo assistencial proposto foi estruturado respeitando as necessidades de assistência do paciente idoso em cuidados paliativos. Sendo a primeira versão composta de intervenções interdisciplinares, envolvendo as necessidades física, psicológica, social, espiritual e da família que irá subsidiar a elaboração de um plano de cuidados interdisciplinar. Esse plano de cuidados será desenvolvido a partir da primeira visita da equipe multidisciplinar, ao paciente, logo após sua admissão e será elaborado/implementado por todos os profissionais que atuam na equipe, respeitando as necessidades individuais dos pacientes, cuidadores e/ou familiares.

Resultados

A proposta de protocolo elaborada destina-se às equipes multidisciplinares em saúde atuantes em instituições hospitalares, tendo como objetivo delinear intervenções interdisciplinares que visem à promoção da qualidade de vida da pessoa idosa em cuidados paliativos. Na revisão sistemática identificaram-se intervenções que podem ser implementadas

pela equipe de saúde, na assistência à pessoa idosa em cuidados paliativos, com foco na promoção do conforto e qualidade de vida.

Dessa forma, as intervenções apresentadas neste protocolo são provenientes de achados da revisão sistemática realizada, adaptados para a prática conforme atuação profissional dos autores. Considerou-se diversas áreas profissionais que podem fazer parte das equipes multidisciplinares que assistem idosos em cuidados paliativos, destacando-se, a Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Assistência Social, Nutrição e Psicologia. As intervenções foram agrupadas por necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e da família (Quadro 1).

Quadro 1. Intervenções físicas, psicológicas, sociais, espirituais e da família

Necessidades físicas
Realizar avaliação e gestão de sintomas físicos
Avaliar presença de dor, dispneia, fadiga, diarreia, constipação, náuseas, boca seca.
Promover o alívio da dor, administrando medicações prescritas pela equipe médica.
Ofertar massagem, técnicas de relaxamento e exercícios para alívio da dor.
Fornecer suporte ventilatório na presença de sintomas respiratórios, se necessário.
Fornecer intervenção para força, mobilidade, amplitude de movimento, resistência e equilíbrio ou de acordo com necessidade individual de cada paciente.
Determinar um plano para gerenciamento de sintomas angustiantes após uma avaliação completa.
Realizar triagem, verificação de sinais vitais, bem como fornecer educação para a autogestão de sintomas.
Atentar para realização de curativos, controle da dor, higiene, ensino para autocuidado, investigar alterações do sono.
Fornecer avaliação e acompanhamento nutricional.
Fornecer educação em saúde, atividade física e aconselhamento aos pacientes visando superar barreiras como fadiga, debilitação física ou mobilidade comprometida.
Utilizar abordagem interdisciplinar para gerenciamento dos sintomas, respeitando os objetivos do paciente para seu alívio.
Necessidades psicológicas
Fornecer auxílio na transição das necessidades de cuidado.
Identificar o conhecimento do paciente e sua percepção sobre o tratamento e prognóstico da doença.
Fornecer apoio ao paciente, por meio da escuta ativa.
Envolver o paciente na tomada de decisões sobre seu tratamento.
Atender aos desejos do paciente.
Investigar a presença de sentimentos como medo de morrer, ansiedade sobre vida após a morte, negação de morte iminente, preocupação com a família e finanças.
Promover reuniões familiares.
Estabelecer comunicação ativa entre equipe, paciente e família.
Fornecer terapia cognitivo comportamental.
Necessidades Sociais

Identificar recursos existentes na comunidade para promoção do cuidado fora do ambiente hospitalar.
Questionar paciente, familiar e/ou cuidador sobre quais necessidades práticas do paciente como, por exemplo, transporte, as fontes de apoio financeiro para prestação de cuidados.
Realizar planejamento de alta envolvendo a família.
Descrever ações de cuidar no fim de vida e repassar para familiares e serviços de saúde que irá receber o paciente.
Identificar as necessidades de controle de sintomas do paciente.
Necessidades espirituais
Analisar dilemas relativos ao conhecimento do diagnóstico médico.
Avaliar a capacidade da pessoa idosa de encontrar significado na vida de alguém e/ou sentido da vida.
Investigar a necessidade de apoio fornecido pela religião ou crença espiritual.
Estabelecer conversa sobre diretivas antecipadas de vida.
Promover visitas de um conselheiro espiritual e ou capelão.
Necessidades da família
Promover uma abordagem educacional buscando o envolvimento da família na tomada de decisões.
Identificar o cuidador formal da pessoa idosa para preparação do seu papel.
Repassar informações e capacitação no autocuidado e regime terapêutico.
Investigar necessidades, encargos e enfrentamento do cuidador.
Ajudar na gestão de medos e inseguranças.
Estabelecer uma comunicação aberta e sensível.
Discutir o prognóstico, a progressão da doença e, se necessário, o risco e o padrão de deterioração e morte.
Fornecer suporte psicológico e emocional.
Orientar a família quanto às diretivas antecipadas de vida.
Oferecer aconselhamento sobre luto para as famílias.

Para aumentar a eficácia e a precisão do protocolo, sugere-se sua utilização de quatro instrumentos que possibilitam um diagnóstico maior da situação de saúde das pessoas idosas em cuidados paliativos, considerando as necessidades tratadas no referido protocolo (Anexo). São indicados, portanto: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), *Palliative Performance Scale* (PPS), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

Discussão

No âmbito das necessidades físicas foi identificada a importância do gerenciamento de sintomas para a promoção da qualidade de vida do paciente⁹⁻¹⁴. Este gerenciamento pode ser realizado por meio de intervenções psicoeducacionais envolvendo equipe de saúde, paciente e família, respeitando os objetivos do paciente para alívio dos sintomas.

As intervenções devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional a partir de uma abordagem holística, possibilitando identificar e atender as necessidades da pessoa idosa em cuidados paliativos. Assim, a equipe médica deve acompanhar os pacientes durante seu

período de internação, implementando intervenções de gerenciamento de sintomas por meio da prescrição de medicamentos e acompanhamento das respostas às medicações prescritas. É sua função referenciar o paciente aos diferentes serviços de saúde, garantindo comunicação adequada e a continuidade dos cuidados^{13,15,16}.

A enfermagem destaca-se como profissão que estabelece um maior contato com pacientes e familiares. O enfermeiro que atua em cuidados paliativos age como um solucionador; então, tem por papel avaliar toda e qualquer necessidade não suprida, e propor soluções para elas. As necessidades psicossociais e espirituais não deixam de ser parte delas; assim, devem ser propostos e executados suportes para estas. Desse modo, em relação à amenização de dor e outros sintomas físicos, a enfermagem deve interpretar não só as queixas verbais, mas aquelas que estão veladas no movimento, na expressão corporal, nos sinais fisiológicos¹⁷.

O fisioterapeuta deve focar na redução de barreiras para os pacientes por meio de intervenções que trabalhem força, mobilidade, amplitude de movimento, resistência e equilíbrio¹⁵.

A terapia ocupacional desenvolve seu trabalho de modo a auxiliar com as atividades de vida diária como alimentação, vestir, tomar banho, ir ao banheiro, movimentar-se entre superfícies como cama, chuveiro ou cadeira, assegurando educação e aconselhamento aos pacientes, minimizando fadiga, debilidade física ou mobilidade comprometida e aumentando as capacidades motoras, cognitivas, de comunicação e interação¹⁵.

A assistente social desenvolve suas intervenções em várias áreas, incluindo necessidades práticas (transporte ou questões financeiras), necessidades psicossociais (apoio emocional ao paciente/família, ajuda na conexão com os recursos apropriados) ou necessidades de informação (recursos disponíveis da comunidade). Além dessas, existem as questões práticas, que incluem as diretrizes antecipadas, os testamentos e outras questões legais que dependem de registro em cartório e que podem ser viabilizadas pelo assistente social¹⁸.

O nutricionista promove o apoio a pacientes no cumprimento de suas metas de ingestão alimentar. Suas intervenções incluem avaliação da boca; investigação de sintomas como alterações de olfato, paladar ou náusea/vômito; fornecimento de informações sobre higiene bucal relacionada ao câncer e; terapia nutricional, considerando escolhas alimentares alternativas e abordagem de sintomas^{19,20}.

As necessidades psicológicas devem ser atendidas por meio de técnicas de comunicação primando pela escuta qualificada, envolvendo o paciente idoso e o familiar nas decisões que envolvem seu tratamento. O planejamento antecipado de cuidados também foi identificado

como fator que promove a qualidade de vida, bem como a avaliação do conhecimento do paciente e sua percepção sobre tratamento e prognóstico da doença, questionando-o suas dúvidas em relação à patologia e tratamento^{9,10,14,21}. Além disso, avaliar a presença de sentimentos como medo de morrer, negação de morte iminente, preocupação com a família e finanças e como estes podem afetar a tomada de decisões; desenvolver estratégias de intervenção que ajudem a normalizar esses sentimentos como, por exemplo, reuniões familiares e terapia cognitivo comportamental^{14,21}.

O planejamento de alta hospitalar ganha destaque no âmbito das necessidades sociais. Envolver a família no planejamento de alta descrevendo ações de cuidar no fim de vida e comunicar esse plano ao serviço de saúde que receberá o paciente. Deve-se documentar metas de atendimento do paciente/família; as necessidades de controle de sintomas do paciente; serviço de apoio disponível para prestar cuidados fora do hospital; fontes de apoio financeiro para prestação de cuidados⁹⁻¹³.

As necessidades espirituais podem ser abordadas avaliando a capacidade da pessoa idosa de encontrar sentido da vida, bem como investigar a necessidade de apoio fornecido pela religião ou crença espiritual. A equipe deve promover visitas de um conselheiro espiritual e/ou capelão sempre que identificar a necessidade de intervenção destes^{9,22,23}.

As necessidades da família, fornecendo suporte emocional e escuta ativa das demandas. Os profissionais devem promover uma abordagem educacional, buscando o envolvimento da família na tomada de decisões, identificar o cuidador da pessoa idosa para preparação do seu papel, repasse de informações e capacitação no autocuidado e regime terapêutico da pessoa idosa^{9-13,15,16}.

Faz-se necessário investigar necessidades, encargos e enfrentamento do cuidador, auxiliando na gestão de medos e inseguranças. Denota-se a importância de estabelecer uma comunicação aberta e sensível, discutindo prognóstico, progressão da doença e orientando a família quanto às diretivas antecipadas de vida e aconselhamento sobre luto^{9,10}.

Prognosticar é uma competência médica para direcionar terapêutica, evitar medidas obstinadas e orientar os familiares, o que reduz a ansiedade e o sofrimento da família. A estimativa precisa do prognóstico auxilia nas informações sobre tratamento, diminuindo a ansiedade do paciente e do cuidador associada à incerteza do prognóstico e ajudando no planejamento dos cuidados no fim da vida. Entre os escores utilizados para prognósticos estão Palliative Performance Scale, o Karnofsky Performance Status Scale, o Palliative Prognostic Index e o Palliative Prognostic Score²⁴.

A fim de potencializar a eficácia e acurácia do protocolo, recomenda-se a utilização mútua com a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e *Pallative Performace Scale* (PPS). A ESAS avalia a combinação de sintomas físicos e psicológicos, englobando dez sintomas frequentemente encontrados em pacientes em cuidados paliativos. Essa escala é graduada de zero a dez, onde zero representa a ausência do sintoma e dez representa o sintoma em sua pior intensidade. A *Pallative Performace Scale* (PPS) é utilizada para avaliação funcional e ambas utilizadas em cuidados paliativos e escala para avaliação de dor^{25,26}.

Do mesmo modo, a avaliação cognitiva auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas, sendo que o desempenho físico e social do paciente idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. Assim, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi considerado necessário para a avaliação, sendo uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação²⁷.

O MEEM aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional. Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo e escores muito baixos, associados aos outros testes de função cognitiva, sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica²⁷.

Também foi sugerida a aplicação em conjunto da Escala de depressão geriátrica (EDG). Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A EDG é uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa some um ponto. Seu resultado varia entre zero e cinco pontos, considerado normal. Valores entre seis e dez indicam depressão leve e valores de 11 a 15 significando depressão severa. Logo, escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica²⁷.

A ampla gama de sintomas experimentados por pacientes idosos em cuidados paliativos faz com que os profissionais de saúde realizem avaliações abrangentes e consecutivas das necessidades apresentadas pelo paciente/família. A falta de abordagem holística, a alta prevalência de depressão e ansiedade e a escassez de apoio social trazem à tona a complexidade e a dificuldade de cuidar de pacientes com doença terminal. A detecção precoce, o monitoramento consecutivo e o gerenciamento oportuno dos sintomas podem resultar em melhor qualidade de vida relacionada à saúde nesses pacientes²⁸.

A partir das necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e da família descritas no protocolo assistencial para pessoas idosas em cuidados paliativos, a equipe multidisciplinar

terá capacidade de identificar as intervenções necessárias para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. As intervenções descritas são uma provisão de coordenação apropriada dos cuidados e integração ao tratamento que será proposto. Essa abordagem interdisciplinar oferece chances de melhores cuidados para esses pacientes. O protocolo assistencial descreve intervenções que podem ser implementadas pela equipe multiprofissional vislumbrando a promoção da saúde e qualidade de vida dessa população.

Conclusão

Este estudo apresentou os componentes de um protocolo assistencial para o cuidado à pessoa idosa em cuidados paliativos no ambiente hospitalar, como uma parte da elaboração de um protocolo assistencial. Destacou-se, dentre as recomendações, a assistência realizada de acordo com as necessidades da pessoa idosa, sejam elas físicas, psicológicas, sociais, espirituais e/ou familiares.

Para efetivar a implementação e avaliação da efetividade do protocolo assistencial na prática, algumas etapas ainda devem ser seguidas. No entanto, ressalta-se que a etapa descrita aqui, consiste em um alicerce para sua validação e aplicação, podendo servir de guia para elaboração de novos protocolos, bem como diretrizes para o cuidado paliativo à pessoa idosa.

Referências

1. Okumura T, Sawamura A, Murohara T. Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. *Korean J Intern Med.* 2018;33(6):1039-1049. doi: 10.3904/kjim.2018.106.
2. Dees MK, Geijteman ECT, Dekkers WJM, Huisman BAA, Perez RSGM, Van Zuylen L et al. Perspectives of patients, close relatives, nurses, and physicians on end-of-life medication management. *Palliat Support Care.* 2018;16(5):580-589. doi: 10.1017/S1478951517000761.
3. Santos CTB, Silva MJ, Sousa MF de. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2016;26:45-62. doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005.
4. Negreiros FD da S, Marinho AMCP, Garcia JHP, Moraes APP, Aguiar MIF de, Carvalho SL de. Liver harvesting from the donor to the transplantee: A proposed protocol for nurses. *Escola Anna Nery.* 2016;20(1):38-47. doi.org/10.5935/1414-8145.20160006
5. Schweitzer G, Nascimento ERP do, Malfussi LBH de, Hermida PMV, Nascimento KC do, Moreira AR. Implementation of the protocol of nursing care in trauma in aeromedical service. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2020;73(3):e20180516. doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0516.

6. Guline JEHM de B, Nascimento ERP do, Moritz RD, Rosa LM da, Silveira NR, Vargas MA de O. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;51:e03221. doi.org/10.1590/s1980-220x2016041703221.
7. Silva Junior SV da, Silva TN da, Freire MEM, Santos LBP. Cuidados paliativos à pessoa idosa hospitalizada: discursos de enfermeiros assistenciais. *REAID*. 2019;87(25).
8. Ribeiro RC. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2010;8(4):350-355.
9. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med*. 2008;11(2):180-90. doi: 10.1089/jpm.2007.0055.
10. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;302(7):741-9. doi: 10.1001/jama.2009.1198.
11. McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, Lazenby M, Reid A, Davies M et al. An Advanced Practice Nurse Coordinated Multidisciplinary Intervention for Patients with Late-Stage Cancer: A Cluster Randomized Trial. *Journal of palliative medicine*. 2015;18(11):1-8.
12. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M et al. Palliative Care in Heart Failure. *Journal of the american college of cardiology*. 2017;70(3):331-341.
13. Gould LJ, Barker HR, Libberton P, Mesa-Eguiagaray I, Pickering RM, Shipway LJ et al. Compassionate care intervention for hospital nursing teams caring for older people: a pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ open*. 2018;8:1-8.
14. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018;2:1-11.
15. Feldstain A, MacDonald N, Bhargava R, Chasen M. Reported distress in patients living with advanced cancer: changes pre-post interdisciplinary palliative rehabilitation. *Support Care Cancer*. 2017;25(10):3191-3197. doi: 10.1007/s00520-017-3728-2.
16. Zadeh RS, Eshelman P, Setla J, Sadatsafavi H. Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(3):411-416. doi: 10.1177/1049909117711997.
17. Franco HCP, Stigar R, Souza SJP de, Burci LM. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *Rev. Gestão Saúde*. 2017;17(2):48-61.

18. Reigada C, Pais-Ribeiro JL, Novellas A, Pereira JL. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos / Family Support in Palliative Care. Textos & Contextos (Porto Alegre). 2014;13(1):159-169. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2014.1.16478>
19. Orrevall Y. Nutritional support at the end of life. Nutrition. 2015;31(4):615-616.
20. Flynn B, Barret M, Sui J, Halpin C, Paz G, Walsh D. Nutritional status and interventions in hospice: physician assessment of cancer patients. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2018;31(6):781-784.
21. Pils K. Aspects of physical medicine and rehabilitation in geriatrics. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2016;166(1-2):44-47.
22. Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L et al. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. Psychooncology. 2016;25(12):1448-1455. doi: 10.1002/pon.3987.
23. Burlacu A, Artene B, Nistor I, Buju S, Jugrin D, Mavrichi I et al. Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: a systematic review. Int Urol Nephrol. 2019;51(5):839-850. doi: 10.1007/s11255-019-02129-x.
24. Simmons CPL, McMillan DC, McWilliams K, Sande TA, Fearon KC, Tuck S et al. Prognostic Tools in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):962-970.e10. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.330.
25. Manfredini, L. L. Tradução e validação da escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado [dissertação]. Barretos, SP: Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos; 2014.
26. Santos EC dos, Oliveira ICM de, Feijão AR. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. Acta Paulista de Enfermagem. 2016;29(4):363-373.
27. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19; 2006.
28. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19; 2006.
29. Peng JK, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: A systematic review and meta-analysis. Palliat Med. 2019;33(1):24-36. doi: 10.1177/0269216318807051.

Anexo 1. Protocolo assistencial para pessoas idosas em cuidados paliativos

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS EM CUIDADOS PALIATIVOS					
NOME DO PACIENTE:			LEITO:		
DATA:		REGISTRO:			
DN:		IDADE:			
CUIDADOR OU FAMILIAR:					
DIAGNÓSTICO (S):					
AVALIAÇÃO DE PROGNÓSTICO					
Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS					
Avaliação de sintomas preenchido por: _____					
Por favor circule o nº. que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)					
DOR = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
CANSAÇO/FADIGA = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
NÁUSEA = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
DEPRESSÃO = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
ANSIEDADE = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
SONOLÊNCIA = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
APETITE = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
FALTA DE AR = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
MAL ESTAR = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10					
Outro problema = 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = _____					
Escala de desempenho em Cuidados Paliativos					
PPS	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DA DOENÇA	AUTO CUIDADO	INGESTA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa

70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60%	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50%	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- confusão
10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
0%	Morte	-	-	-	-

RESULTADO PPS: _____

Escala de Depressão Geriátrica

1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim () Não ()

2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim () Não ()

3. Acha sua vida vazia? Sim () Não ()

4. Aborrece-se com frequência? Sim () Não ()

5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () Não ()

6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim () Não ()

7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () Não ()

8. Sente-se desamparado com frequência? Sim () Não ()

9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim () Não ()

10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim () Não ()

11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim () Não ()

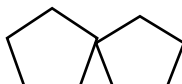
12. Sente-se inútil? Sim () Não ()

13. Sente-se cheio/a de energia? Sim () Não ()

14. Sente-se sem esperança? Sim () Não ()

15. Acha que os outros tem mais sorte que você? Sim () Não ()

PONTUAÇÃO: _____ 0 e 5 se considera normal. 6 a 10 indica depressão leve. 11 a 15 depressão severa.			
Mini Exame do Estado Mental - MEEM			
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1

9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1
Total de pontos: _____			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS:			
EQUIPE RESPONSÁVEL Médico (a): Enfermeiro (a): Fisioterapeuta: Psicólogo (a): Terapeuta ocupacional: Fisioterapeuta:			
Escala de desempenho em cuidados paliativos (PPS) ATUAL:			
Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton		Medicamentos:	
DOR			
CANSAÇO/FADIGA			
NÁUSEA			
DEPRESSÃO			
ANSIEDADE			
SONOLÊNCIA			
APETITE			
FALTA DE AR			
MAL ESTAR			
Outro problema:			
OBS.: Avaliar a compreensão do paciente e familiar ou cuidador acerca dos objetivos do tratamento relacionado ao diagnóstico e prognóstico.			
Necessidades físicas			
Realizar avaliação e gestão de sintomas físicos			
Avaliar presença de dor, dispneia, fadiga, diarreia, constipação, náuseas, boca seca.			
Promover o alívio da dor, administrando medicações prescritas pela equipe médica.			
Ofertar massagem, técnicas de relaxamento e exercícios para alívio da dor.			
Fornecer suporte ventilatório na presença de sintomas respiratórios, se necessário.			

Fornecer intervenção para força, mobilidade, amplitude de movimento, resistência e equilíbrio ou de acordo com necessidade individual de cada paciente.
Determinar um plano para gerenciamento de sintomas angustiantes após uma avaliação completa.
Realizar triagem, verificação de sinais vitais, bem como fornecer educação para a autogestão de sintomas.
Atentar para realização de curativos, controle da dor, higiene, ensino para autocuidado, investigar alterações do sono.
Fornecer avaliação e acompanhamento nutricional.
Fornecer educação em saúde, atividade física e aconselhamento aos pacientes visando superar barreiras como fadiga, debilitação física ou mobilidade comprometida.
Utilizar abordagem interdisciplinar para gerenciamento dos sintomas, respeitando os objetivos do paciente para seu alívio.
Necessidades psicológicas
Fornecer auxílio na transição das necessidades de cuidado.
Identificar o conhecimento do paciente e sua percepção sobre o tratamento e prognóstico da doença.
Fornecer apoio ao paciente, por meio da escuta ativa.
Envolver o paciente na tomada de decisões sobre seu tratamento.
Atender aos desejos do paciente.
Investigar a presença de sentimentos como medo de morrer, ansiedade sobre vida após a morte, negação de morte iminente, preocupação com a família e finanças.
Promover reuniões familiares.
Estabelecer comunicação ativa entre equipe, paciente e família.
Fornecer terapia cognitivo comportamental.
Necessidades Sociais
Identificar recursos existentes na comunidade para promoção do cuidado fora do ambiente hospitalar.
Questionar paciente, familiar e/ou cuidador sobre quais necessidades práticas do paciente como, por exemplo, transporte, as fontes de apoio financeiro para prestação de cuidados.
Realizar planejamento de alta envolvendo a família.
Descrever ações de cuidar no fim de vida e repassar para familiares e serviços de saúde que irá receber o paciente.
Identificar as necessidades de controle de sintomas do paciente.
Necessidades espirituais
Analisar dilemas relativos ao conhecimento do diagnóstico médico.
Avaliar a capacidade da pessoa idosa de encontrar significado na vida de alguém e/ou sentido da vida.
Investigar a necessidade de apoio fornecido pela religião ou crença espiritual
Estabelecer conversa sobre diretivas antecipadas de vida.
Promover visitas de um conselheiro espiritual e ou capelão.
Necessidades da família
Promover uma abordagem educacional buscando o envolvimento da família na tomada de decisões.
Identificar o cuidador formal da pessoa idosa para preparação do seu papel.

Repassar informações e capacitação no autocuidado e regime terapêutico.
Investigar necessidades, encargos e enfrentamento do cuidador.
Ajudar na gestão de medos e inseguranças.
Estabelecer uma comunicação aberta e sensível.
Discutir o prognóstico, a progressão da doença e, se necessário, o risco e o padrão de deterioração e morte
Fornecer suporte psicológico e emocional.
Orientar a família quanto as diretivas antecipadas de vida.
Oferecer aconselhamento sobre luto para as famílias.
Recomendações:
Assinatura dos profissionais responsáveis:

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação traz seus resultados apresentados no formato de dois artigos científicos que permitiram identificar evidências científicas acerca de intervenções de saúde promovidas pela equipe multiprofissional para promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos, seguida da elaboração do conteúdo de um protocolo assistencial com foco nos cuidados paliativos para as pessoas idosas hospitalizadas, em cuidados paliativos.

O artigo intitulado “Intervenções de saúde para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática” indica que a melhoria da qualidade de vida exige uma abordagem interdisciplinar, atendendo as demandas do paciente e família. As intervenções devem ser aplicadas e adaptadas aos desejos do paciente para que a qualidade de vida, em fim de vida, possa ser o objetivo do cuidado. Este estudo nos fornece evidências que apoiam a implementação dos cuidados paliativos interdisciplinares possibilitando a melhoria na avaliação dos sintomas dos pacientes, sendo um desafio emergente otimizar recursos para implementar esse serviço de forma eficaz. Identificou-se, também, a importância das intervenções dirigidas por enfermeiros focadas, principalmente, na educação dos pacientes para enfrentamento dos sintomas físicos.

Deste modo, podemos inferir que os cuidados paliativos abrangem cuidados integrados e multidimensionais. Assim, identificar componentes específicos de uma intervenção é necessário para o alcance de resultados eficazes, exigindo esforços conjuntos da equipe de saúde a fim de se planejar intervenções reproduzíveis e eficientes que impactem positivamente em pacientes, familiares/cuidadores.

O artigo “Protocolo assistencial para pessoas idosas em cuidados paliativos: intervenções da equipe multiprofissional” apresenta a elaboração de um instrumento estruturado respeitando as necessidades de assistência do paciente. Esse protocolo está estruturado a partir das necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e da família. Dispõe de intervenções interdisciplinares que fornecem subsídios à equipe multidisciplinar em saúde para elaboração de um plano de cuidados individualizado ao paciente idoso em cuidados paliativos, no ambiente hospitalar.

Logo, intervenções interdisciplinares mostram-se essenciais na prestação de cuidados paliativos, uma vez que um único profissional não consegue contemplar todas as necessidades demandadas pelo paciente e família. Assim, é necessária uma provisão de serviços para

gerenciar efetivamente as necessidades complexas e multifacetadas das pessoas idosas, a fim de permitir que eles vivam bem a vida e tenham uma qualidade de morte.

Deste modo, o conteúdo do protocolo elaborado apresenta-se como um instrumento relevante para a prática clínica da equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar, uma vez que permite a identificação de intervenções interdisciplinares em saúde, facilitando a prestação de assistência à pessoa idosa no que tange a promoção da qualidade de vida e conforto.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. de O. **Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do Idoso**: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. 2016.
- ALLIANCE–WPCA, WORLDWIDE PALLIATIVE CARE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Londres: Organização Mundial da Saúde, 2014.
- AMARAL, J. B. *et al.* A enfermagem e os cuidados paliativos à pessoa idosa. *In*: **enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Cuidados Paliativos no Brasil**. Agencia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. 2019. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/> Acesso em: 26 fev. 2020.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo, 2018.
- ANDRADE, A. A. *et al.* O luto complicado diante da finitude do idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 247-264, 2015.
- ANGELO, M. F. F. *et al.* Avaliação de enfermagem em cuidados paliativos. *In*: CARVALHO, R. *et al.* **Manual da residência de cuidados paliativos**. Manole, 2018.
- ARAUJO, R. L.; SILVA, L. A. Cuidados paliativos a comunicação como ferramenta no atendimento humanizado. **Revista Augustus**, v. 24, n. 48, p. 169-181, 2019.
- AZEVEDO, C. *et al.* Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.** (Online), p. 683-693, 2016.
- BAÈRE, T. D.; FAUSTINO, A. M.; MIRANDA, A. F. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. **Revista Longeviver**, 2017, ano 7, n. 53, jul-ago.-set. 2017.
- BARROS, M. B. de A.; GOLDBAUM, M. Challenges of aging in the context of social inequalities. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, Suppl. 2, 2018. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201805200supl2ed>
- BARROS, M. B. de A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, Suppl. 2, 2018.
- BAUTISTA RODRÍGUEZ, L. M.; ARIAS VELANDIA, M. F.; CARREÑO LEIVA, Z. O. Perception of relatives of hospitalized critical patients in relation to communication and emotional support. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 2, p. 1297-1309, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 12.401**, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE**—Manual de Graduação da Qualidade da Evidência e Força de Recomendação para Tomada de Decisão em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002**. 2002a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_019.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.535, de 02 de setembro de 1998**. 1998. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_3535.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 881, de 19 de junho de 2001**. 2001. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P881_01informes.doc. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa** no sistema único de saúde – SUS. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.319 de 23 de julho de 2002**. 2002b. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_1319.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.029 de 24 de agosto de 2011**. 2011. Disponível em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAZ, M. S; FRANCO, M. H. P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017.

BRITTO, M. G. K. G. de M. *et al.* Familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 2, p.546-550, 2019.

BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L.; PY, L. Cuidados Paliativos. *In*: FREITAS, E. V. de; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 2725-2749.

CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013.

CARVALHO, E. C. de; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. de S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: Estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 662-668, 2017.

CARVALHO, R. T. Cuidados paliativos-conceitos e princípios. *In*: CARVALHO, R. T. I *et al.* **Manual da residência de cuidados paliativos**. São Paulo: Manole, 2018. p. 2-10.

CATUNDA, H. L. O. *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 2, p.1-10, 2017.

CONNORS, A. F. *et al.* A Controlled Trial to Improve Care for Seriously III Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). **JAMA**, v. 274, n. 20, p. 1591–1598, 1995
DOI:10.1001/jama.1995.03530200027032

DAVIES, E.; HIGGINSON, I. **The solid facts: palliative Care**. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde; 2004. Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf. Acesso em: 23 fev. 2020.

DISTRITO FEDERAL. **Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI**: norteando as prioridades de cuidado. Gerência de Serviços de Terapia Intensiva (GESTI-SESDF), Secretaria de Saúde, Governo do Distrito Federal, 2018.

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Medica Portuguesa**, v. 32, n. 3, p.227-235, 2019.

DUARTE, M. C. S. *et al.* Produção científica sobre a pessoa idosa em cuidados paliativos: estudo bibliométrico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 3093-3109, 2015.

FARIA, J. A. M. de *et al.* Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados no Hospital Júlia Kubistchek – FHEMIG. **Revista médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 1, p.25-29, 2015, DOI: 10.5935/2238-3182.20150006.

FIGUEIREDO, J. A. M. de F. *et al.* Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados no Hospital Júlia Kubistchek-FHEMIG. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, p. 25-29, 2015.

FOLEY, K. M. The past and the future of palliative care. Improving end of life care: why has it been so difficult? **Hastening Center Report Special Report**, v. 35, n.6, p. 42-6, 2005.

FRANCO, H. C. P. *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Rev Gestão e Saúde**, v. 17, n.2, p. 48-61, 2017.

GALVÃO, T.; PEREIRA, M. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.

GALVÃO, T. F; PEREIRA, M. G. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 369-371, 2014.

GALVÃO, T. F; PEREIRA, M. Extração, avaliação da qualidade e síntese dos dados para revisão sistemática. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n.3, p. 577-578, 2014.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão Sistemática da Literatura: Conceituação, Produção e Publicação. **Logeion: Filosofia da Informação**, v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019.

GASPAR, A. C. M. *et al.* Quedas: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, p.97-103, 2019.

GIBAUT, M. de A. M. *et al.* Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1114-1121, 2013.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.

GULINI, J. E. H. M. *de et al.* Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p.1-6, 2017.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORREA JR (HU-FURG). Universidade Federal do Rio Grande. **Nossa história**. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-furg/nossa-historia>. Acesso em: 23 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://ibge.gov.br/>. Acesso em: 17 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da população**. Projeção da população do Brasil: 1980-2050. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 fev. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA. **Protocolo clínico de cuidados paliativos em cardiologia**. Rio de Janeiro: INC, 2018.

KRAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **Rev Min Enferm**, v. 22, p. e-1087, 2018.

KUMAR, Y. Understanding the Frontiers of Human Longevity in India: Imperative and Palliative Care. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 25, n. 3, p. 455, 2019.

KLUBER-ROSS, E. **A Roda da vida**. 5. ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.

KITCHENHAM, B.; CHARTERS, S. **Guidelines for performing systematic literature reviews in software engineering**. Keele: Keele University, 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4108896/mod_resource/content/2/slrPCS5012_highlighted.pdf/. Acesso em: 04 maio 2020.

LAZRIS, A. Geriatric Palliative Care. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 46, n. 3, p. 447-459, 2019.

LEMO, C. de S.; POVEDA, V. de B.; PENICHE, A. de C. G. Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, p.1-13, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.2143.2952

LÓSS, J. da C. S. *et al.* Os saberes da saúde e a interdisciplinaridade nos cuidados paliativos. **Linkscienceplace-Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 6, n. 5, p.250-264, 2019.

LUIZ, M. M. *et al.* Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 10, n. 2, p. 585-592, 2018.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, v. 15, n.27, p.223-236, 2018.

MACIEL, M. G. S. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, p. 31, 2012a.

MACIEL, M. G. S. Organização de serviços de cuidados paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**, p. 77-78, 2012b.

MACHADO, M. A. Cuidados Paliativos e a Construção da Identidade Médica Paliativista no Brasil. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Osvaldo Cruz- Fiocruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2329/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Machado_Mariana_de_Abreu.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

MARCUCCI, F. C. I. *et al.* Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. **BMC palliative care**, v. 15, n. 1, p.1-10 2016.

MARKUS, L. A. *et al.* A Atuação do Enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 17, n. supl 1, p. 71-81. 2017.

MATOS, J. da C.; BORGES, M. da S. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. **Rev. enferm. UFPE**, v.12, n.9, p.2399-2406, 2018.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos** - ANCP. 2. ed. ampl. atual. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30.

MAURIZ, P.; WIRTZBIKI, P. M.; CAMPOS, Ú. W. **Protocolo de cuidados paliativos**. São Paulo: Instituto de Saúde e gestão hospitalar, 2015.

MELO, G.P. *et al.* Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de préparto, parto e pós-parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.18, p.1-17, 2016. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.40589>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n.61, p. 309-320, 2016.

MOREIRA, V. G. Cuidados paliativos e debate sobre a morte. In: SANCHEZ, M. A.; VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia**. Thieme Revinter, 2019.

NICKEL, L. *et al.* Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 70-76, mar. 2016.

OLIVEIRA, A. P. V. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 1, p. 33-41, jan./jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) *et al.* **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. World Health Organization, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Better palliative care for older people**. Genebra, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Care pain relief and palliative care**. OMS, 1990. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 28 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Definition of palliative care**. OMS 2002. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. Acesso em: 28 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. World Health Organization, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Palliative Care**. OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 25 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Perspectivas Mundiais de População 2019**. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>. Acesso em: 28 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) *et al.* **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=4958753E069AC8682FAF876BF8E2199B?sequence=6. Acesso em: 23 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**, 2015. Acesso em: 23 fev. 2020.

PAPALÉO NETO, M. Tratado de gerontologia. In: FREITAS, E. V. de; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 912-912.

PEIXOTO, A. P. A. F. **Cuidados paliativos: generalidades**. 2009. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/downloads/%20Cuidados%20Paliativos%20-%20generalidades.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2010.

PFEIFER, M.; HEAD, B. A. Which critical communication skills are essential for interdisciplinary end-of-life discussions? **AMA journal of ethics**, v. 20, n. 8, p. 724-731, 2018.

PEREIRA, N. C.; BANHATO, E. F. C. Considerações sobre o papel da equipe de profissionais em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Cadernos de Psicologia**, v. 1, n. 1, p.510-532, 2019.

PESSINI L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: EDUNISC; Loyola, 2004.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática Hospitalar**, v. 7, n. 41, p. 107-112, set./out. 2005.

PHILIPPI JR, A.; SILVA NETO, A. J. **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**. Barueri: Manole, 2011.

PIMENTA, C. A. de M. *et al.* **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. 2015. São Paulo: COREN-SP. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2020.

PINHEIRO, A.; SOUZA, A. C. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília (DF): Edições Câmara, 2017.

PIRES, M. L. O. *et al.* O papel da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos. In: **Congresso Interdisciplinar**, v. 4, n. 1, 2019. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/cifaeg/article/view/5049><http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/cifaeg/article/view/5049>. Acesso em: 23 fev. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PROVINCIALI, L. *et al.* Necessidade de cuidados paliativos para doenças neurológicas. **Neurological Sciences**, v. 37, n.10, p. 1581-1587, 2016.

QUEIROZ, T. A. *et al.* Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Ceará, v. 27, n.1, p. 1-10, 2018.

RIBEIRO, R.C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 4, p. 350-355, 2010.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos: análise de conceito**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RODRIGUES, L. P. **Ciência, interdisciplinaridade e avaliação capes**. São Paulo: Paco e Littera, 2019.

ROEVER, L. **Guia Prático de Revisão Sistemática e Metanálise**. Thieme Revinter, 2020.

ROTH, A. R.; CANEDO, A. R. Introduction to Hospice and Palliative Care. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 46, n. 3, p. 287-302, 2019.

SAAR, S. R. da C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 106-112, 2007.

SALVIANO, M. E. M. *et al.* Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1172-77, 2016.

SANTOS, B. C. dos *et al.* A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. **Rev. enferm. UFPE on line**, v.11, n.6, p. 2288-2293, 2017.

SANTOS, C. T. B. dos *et al.* Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n.1, p. 45-62, 2016.

SANTOS, E. C. dos; OLIVEIRA, I. C. M. de; FEIJÃO, A. R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 363-373, 2016.

SANTOS, M. V. *et al.* Satisfação de enfermeiros com curso de formação para operacionalização de protocolo sobre úlcera por pressão. **Rev Rene**, v. 16, n. 4, p. 496-503, 2015.

SANTOS, C. M. da C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SÃO PAULO. **POP: Reabilitação Interdisciplinar em Cuidados Prolongados e Paliativos em Neonatologia e Pediatria**. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Ebserh – Ministério da Educação Unidade de Reabilitação, Uberaba, 2019.

SILVA JUNIOR, S. V. *et al.* Cuidados paliativos à pessoa idosa hospitalizada: discursos de enfermeiros assistenciais. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 87, n. ed. esp., p.1-7, 2019.

SILVA, A. A. de A. *et al.* O luto complicado diante da finitude do idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 247-264, 2015.

SILVA, G. M. *et al.* Análise do conhecimento da equipe multidisciplinar em uma unidade de terapia intensiva acerca dos cuidados paliativos. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 11, n. 1 n. ed. esp., p. 39, 2018.

SILVA, M. H. F. Cuidados paliativos e envelhecimento: Abordagem de serviços no sistema único de saúde (SUS), **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 29, 2019.

SILVA, S. M. A. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 253-257, 2016.

SONG, M.; HAPP, M. B. Generating high quality evidence in palliative and end-of-life care. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care**, v. 46, n. 1, p. 1-2, 2017.

TAFFET, G. E.; LUCHI, R. J. Normal aging. **UpToDate. Waltham: UpToDate**, 2020.

TEIXEIRA, A. L. *et al.* Cuidados paliativos. **Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec**, n. 7, p. e019261, 2019. DOI: 10.20396/sinteses.v0i7.11374.

VASCONCELOS, G. B.; PEREIRA, P. M. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, p.1-18, 2018.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 1929-1936, 2018.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 267-270, 2016.

VIEIRA, R. C. *et al.* Demanda por cuidados paliativos em enfermarias clínicas gerais. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 08, p.20-40, 2018.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. Revisão de Literatura. *In*: VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 117-126.

WERNECK, M. A. F. *et al.* **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

APÊNDICE

Apêndice A – Protocolo de condução da revisão sistemática.

Intervenções desenvolvidas pela equipe multiprofissional para o cuidado paliativo à pessoa idosa hospitalizada: uma revisão sistemática de literatura

Pergunta de revisão

Quais as evidências científicas acerca de intervenções de saúde promovidas pela equipe multiprofissional para promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos?

Pesquisas

Estratégia de pesquisa e seleção de estudos

Será realizado uma revisão sistemática que buscará nas evidências científicas ações e/ou intervenções desenvolvidas pela equipe multiprofissional que promovem conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidado paliativo. A busca será realizada em base de dados onde os materiais são publicados na sua forma original (fontes primárias), sendo elas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PUBMED; *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) *with Full Text*; Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Excerpta Medica Database* (EMBASE).

A estratégia de busca consistirá na combinação dos descritores controlados (MESH/DeSC) *palliative care*/cuidados paliativos; *Aged*/idoso e *patient care team*/equipe de assistência ao paciente e palavras livres utilizando busca booleana correspondente aos blocos conceituais voltados para recuperação de estudos sobre equipe multiprofissional, qualidade de vida, cuidados paliativos e idosos. Nas bases com maior número de citações indexadas foi aplicado mecanismo de exclusão com um bloco conceitual relacionado aos pacientes em cuidados domiciliares, uma vez que serão inclusos apenas hospitalizados.

ESTRATEGIAS DE BUSCA POR BASE DE DADOS

Base de dados	Estratégia de busca
Medline (via PUBMED)	("Patient Care Team"[mh] OR interprofessional[tiab] OR multiprofes*[tiab] OR multidiscipl*[tiab] OR interdiscipl*[tiab] OR Team[tiab]) AND (elderl*[tiab] OR "aged"[mh] OR "aged"[tiab] OR geriatr*[tiab]) AND ("palliative care"[mh] OR "hospice care"[mh] OR "hospices"[mh] OR hospice*[Title/Abstract] OR "terminal care"[MeSH Terms] OR "End-of-Life"[Title/Abstract] OR palliat*[Title/Abstract]) AND ("Value of Life"[mh] OR "quality of life"[mh] OR "quality of life"[tiab] OR qaly*[tiab] OR "quality of well being"[tiab] OR sf36[tiab] OR "sf 36"[tiab] OR "short form 36"[tiab] OR "shortform 36"[tiab] OR "short form36"[tiab] OR shortform36[tiab] OR QOL[tiab]) NOT (home*[tiab] OR "Home Care Services"[mh] OR domicil*[tiab])
EMBASE	('palliative therapy'/exp OR 'palliation':ti,ab OR 'palliative care':ti,ab OR 'palliative consultation':ti,ab OR 'palliative radiotherapy':ti,ab OR 'palliative therapy':ti,ab OR 'palliative treatment':ti,ab OR 'hospice'/exp OR 'hospice':ti,ab OR 'hospices':ti,ab OR 'hospice care'/exp OR 'hospice care':ti,ab OR 'terminal care'/exp OR 'eol care':ti,ab OR 'end-of-life care':ti,ab OR 'terminal care':ti,ab) AND ('patient care'/exp OR 'patient care team':ti,ab OR 'patient management':ti,ab OR 'patient navigation':ti,ab OR 'patient-centered care':ti,ab OR multiprofes*:ti,ab OR 'interprofessional'/exp OR 'interdisciplinary care'/exp OR team:ti,ab OR interdisciplin*:ti,ab) AND ('aged'/exp OR 'aged':ti,ab OR 'aged patient':ti,ab OR 'aged people':ti,ab OR 'aged person':ti,ab OR 'elderly':ti,ab OR 'elderly patient':ti,ab OR 'elderly people':ti,ab OR 'elderly person':ti,ab OR 'senium':ti,ab) AND ('quality of life'/exp OR 'health related quality of life':ti,ab OR 'life quality':ti,ab OR 'quality of life':ti,ab OR 'short form 36'/exp OR '36 item short form health survey':ti,ab OR 'sf-36':ti,ab OR 'sf36':ti,ab OR 'short form 36':ti,ab OR 'short form 36 health survey':ti,ab OR qol:ti,ab OR 'quality of well being scale'/exp OR 'quality adjusted life year'/exp OR 'qaly':ti,ab OR 'quality adjusted life year':ti,ab OR 'quality adjusted life years':ti,ab OR 'quality-adjusted life years':ti,ab) NOT ('home care'/exp OR 'domestic health care':ti,ab OR 'domiciliary care':ti,ab OR 'home care':ti,ab OR 'home care agencies':ti,ab OR 'home care program':ti,ab OR 'home care programme':ti,ab OR 'home care service':ti,ab OR 'home care services':ti,ab OR 'home care services, hospital-based':ti,ab OR 'home health care':ti,ab OR 'home health nursing':ti,ab OR 'home help':ti,ab OR 'home nursing':ti,ab OR 'home service':ti,ab OR 'home treatment':ti,ab OR 'homecare':ti,ab OR 'homemaker services':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('article'/it OR

	'article in press'/it OR 'review'/it) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim)
LILACS	(mh:"Patient Care Team" OR tw:interprofessional OR tw:multiprofes* OR tw:multidiscipl* OR tw:interdiscipl* OR tw:Team OR tw:equipe* OR tw:equipo*) AND (tw:elderl* OR mh:"aged" OR tw:"aged" OR tw:idoso* OR tw:geriatr*) AND (mh:"palliative care" OR mh:"hospice care" OR mh:"hospices" OR tw:hospice* OR mh:"terminal care" OR tw:"End-of-Life" OR tw:palliat* OR tw:paliativ* OR tw:terminal*) AND (mh:"Value of Life" OR mh:"quality of life" OR tw:"quality of life" OR tw:qaly* OR tw:"quality of well being" OR tw:sf36 OR tw:"sf 36" OR tw:"short form 36" OR tw:"shortform 36" OR tw:"short form36" OR tw:shortform36 OR tw:QOL OR tw:"cualidad de vida" OR tw:"qualidade de vida") NOT (tw:home* OR mh:"Home Care Services" OR tw:domicil*)
CINAHL	S5 ("Value of Life" OR (MH "Quality of Life") OR "quality of life" OR "qaly" OR (MH "Quality-Adjusted Life Years") OR "quality of well being" OR "sf36" OR "sf 36" OR (MH "Short Form-36 Health Survey (SF-36)") OR "QOL") AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4) S4 "Value of Life" OR (MH "Quality of Life") OR "quality of life" OR "qaly" OR (MH "Quality-Adjusted Life Years") OR "quality of well being" OR "sf36" OR "sf 36" OR (MH "Short Form-36 Health Survey (SF-36)") OR "QOL" S3 (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Palliative Care") OR "palliative" OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Hospice Patients") OR "hospice" OR (MH "Terminal Care") OR "terminal care" OR "end of life" S2 "elderly" OR (MH "Aged+") OR "geriatric" S1 (MH "Interprofessional Relations") OR "interprofessional" OR "Patient Care Team" OR (MH "Multidisciplinary Care Team") OR interdisciplinary*

A revisão considerará dentre os critérios de elegibilidade algumas especificidades: estudos primários que abordem a temática intervenção em sobre cuidados paliativos em pessoas idosas e equipe multiprofissional em saúde; estudos com foco em pessoas idosas; estudos com foco em cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida; estudos publicados em inglês, português e espanhol; texto com resumo disponível nos bancos de dados participantes. Não será estabelecido limites temporais a fim de evitar a diminuição da sensibilidade das buscas.

Como critérios de exclusão serão retiradas produções científicas indisponíveis na internet; estudos que não abordem a temática; comentários editoriais, documentos de discussão e similares e; estudos com foco em outras competências na área da saúde.

Tipos de estudo a serem incluídos

Serão incluído estudos clínicos, qualitativos e quantitativos que abordem ações e/ou intervenções desenvolvidas pela equipe multiprofissional que promovem conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidado paliativo.

Condição ou domínio em estudo

O papel da equipe multiprofissional na prestação de cuidado paliativo ao paciente idoso no ambiente hospitalar.

Participantes / população

Nesta revisão, os participantes/população são pacientes idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos.

Intervenção (s), exposição (s)

Serão avaliadas as evidências científicas com relação as ações e/ou intervenções desenvolvidas pela equipe multiprofissional que promovem conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidado paliativo.

Comparador (es) / controle

Não aplicável.

Contexto

Uma estratégia sistemática de busca será aplicada usando uma série de termos de tópicos para definir a condição de interesse.

A equipe de revisão avaliará as listas de citações e resumos de títulos independentemente e indicará quais artigos atendem aos critérios de inclusão. O texto completo desses estudos potencialmente elegíveis será recuperado e avaliado de forma independente pela equipe de revisão.

A equipe de revisão discutirá suas diferenças e tentará obter citações potencialmente relevantes.

Principais resultados

Descrever as ações e intervenções desenvolvidas pela equipe multiprofissional para promoção de conforto e qualidade de vida à pessoa idosa hospitalizada em cuidado paliativo.

Os dados da bibliografia selecionada serão extraídos quando relacionados às intervenções prestadas pela equipe multiprofissional a pessoa idosa hospitalizada, em cuidados paliativos.

Resultados adicionais

Nenhum

Extração de dados (seleção e codificação)

Haverá três pesquisadores principais. Dois deles trarão bibliografias de acordo com um formulário definido para determinar se o estudo atende aos critérios de revisão. O terceiro pesquisador revisará a bibliografia selecionada de acordo com o formulário para reduzir o risco de viés. Qualquer discordância entre pesquisadores será discutida.

Os resultados da pesquisa serão importados para um software de gerenciamento de referência (EndNot X9); as duplicatas serão removidas. Após a remoção dos artigos duplicados, as referências serão primeiro revisadas e selecionadas por título e resumo, se surgirem discrepâncias, a inclusão ou rejeição de um artigo será feita mediante acordo entre os pesquisadores. Os artigos que atenderem aos critérios de inclusão serão obtidos em texto completo. Os artigos de texto completo recuperados também serão verificados quanto a referências relevantes e não duplicadas.

Os seguintes dados descritivos serão extraídos em uma tabela do Word: autores, ano de publicação, país em que o estudo foi desenvolvido, metodologia do estudo, população e amostra, cenário, objetivos, resultados e intervenções em cuidado paliativo. Será utilizada uma tabela de palavras, onde as informações serão categorizadas em função do conteúdo, metodologia e intervenções avaliadas. As características dos estudos, a avaliação dos principais objetivos e resultados e a avaliação da qualidade serão analisadas em síntese descritiva.

Avaliação de risco de viés (qualidade)

A qualidade dos estudos individuais será avaliada usando o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*). Serão realizadas duas avaliações de qualidade, uma para a qualidade metodológica dos estudos incluídos por meio do sistema GRADE e força da evidência (força da recomendação).

A avaliação de qualidade metodológica por meio do GRADE apresenta-se graduada em quatro níveis de acordo com o design de estudo sendo: *alta* em ensaio clínico randomizado, revisão sistemática e metanálise; *moderada* em ensaio clínico randomizado, revisão sistemática e metanálise com problemas na condução; *baixa*: estudo observacional (estudo de coorte, estudo de caso-controle) e *muito baixa* em qualquer outra evidência (série de casos) (BRASIL, 2014; ROEVER, 2019).

A força da evidência (recomendação) com a abordagem GRADE são classificadas como fortes

ou fracas, onde recomendações fortes significam que a maioria dos pacientes informados escolheria o tratamento recomendado e que os profissionais de saúde podem estruturar suas interações com os pacientes em tal conformidade. O fraseado usual para estas é “recomendamos”. Recomendações fracas significam que as escolhas dos pacientes variam de acordo com seus valores e preferencias, e os profissionais de saúde devem assegurar que o atendimento ao paciente esteja de acordo com estes valores e preferencias; uma recomendação franca é geralmente apresentada como “sugerimos” ou “pode ser considerado” (ROEVER, 2019).

Estratégia para síntese de dados

Será fornecida uma síntese narrativa dos achados dos estudos incluídos.

Análise de subgrupos ou subconjuntos

Nenhuma planejada.

Detalhes de contato para mais informações

Barbara Tarouco

barbarataroucos@gmail.com

Thicianne Roque

roquethicianne@gmail.com

Afiliação organizacional da revisão

Universidade Federal do Rio Grande-FURG

Revise os membros da equipe e suas afiliações organizacionais

Colaboradores

Thicianne Roque

Barbara Tarouco

Tipo e método de revisão

Revisão sistemática

Data de início prevista ou real

05 de julho de 2020

Data prevista de conclusão

05 de fevereiro de 2020

Fontes de financiamento / patrocinadores

Sem financiamento

Conflitos de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a relatar.

Línguas

Português, Inglês e Espanhol

País

Brasil

Estágio de revisão

Revisão em curso

Status dos termos do índice de assuntos

Indexação de assunto atribuída pelo CRD

Termos do índice de assuntos

Idoso. Cuidados Paliativos. Equipe de Assistência ao Paciente. Protocolos.

Data do registro no PROSPERO

29 de Outubro de 2020

Data de publicação desta versão

xx de de 2021

Detalhes de qualquer revisão existente do mesmo tópico pelos mesmos autores**Estágio de revisão no momento deste envio**

O proprietário do registro confirma que as informações fornecidas para este envio são precisas e completas e entendem que o fornecimento deliberado de informações imprecisas ou a omissão

de dados podem ser interpretadas como má conduta científica.

O proprietário do registro confirma que atualizará o status da revisão quando ela for concluída e incluirá os detalhes da publicação no devido tempo.

Etapa	Começando	Concluído
Pesquisas preliminares	SIM	Não
Pilotagem do processo de seleção dos estudos	SIM	Não
Triagem formal dos resultados da pesquisa em relação aos critérios de elegibilidade	SIM	Não
Extração de dados	Não	Não
Avaliação de risco de viés (qualidade)	Não	Não
Análise de dados	Não	Não