



INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
RIO GRANDE DO SUL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



CENTRO DE  
EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA  
E PESQUISA EM SAÚDE

**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CAMPOS PORTO ALEGRE**

**Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso**

**Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos de Idosos com câncer**

**Giani de Figueiró Bueno**

**Orientadora: Cledy Eliana dos Santos**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

**GIANI DE FIGUEIRÓ BUENO**

**QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS DE IDOSOS**

**Uma proposta de projeto de intervenção**

Trabalho apresentado à Escola do Grupo Hospitalar Conceição – GHC em convênio com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso, sob orientação do Prof. Dra. Cledy Eliana dos Santos.

**PORTO ALEGRE**

**2013**

**GIANI DE FIGUEIRÓ BUENO**

**QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS DE IDOSOS**

**Uma proposta de projeto de intervenção**

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_ de 2013.

**Banca Examinadora**

Prof.(a) \_\_\_\_\_

Instituição:

**GIANI DE FIGUEIRÓ BUENO**

**QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS DE IDOSOS**

**Uma proposta de projeto de intervenção**

Trabalho apresentado à Escola do Grupo Hospitalar Conceição – GHC em convênio com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso, sob orientação do Prof. Dra. Cledy Eliana dos Santos.

**Orientadora: Cledy Eliana dos Santos**

**Co-orientadora: Simone Pellin Denardi**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

*Dedico este trabalho a Deus, que me deu mais essa oportunidade de somar conhecimentos, a minha mãe que sempre impulsionou que eu busque conquistar meus sonhos diariamente, a meus avós, que não se encontram mais próximos porém foram o motivo do meu caminhar profissional pois muito me ensinaram a respeito da vida e me foram como exemplos, e a minha amiga Nedir por ter me inspirado, mesmo não mais em vida, o desejo de pesquisar sobre o câncer.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais essa oportunidade na vida.

À Escola do Grupo Hospitalar Conceição por me proporcionaram participar do Curso de Gestão a Saúde do Idoso.

À Prof.<sup>a</sup> Maria Helena Schmith, pela disponibilidade em considerar e responder as dúvidas dos alunos.

Às minhas orientadoras, Dra. Cledy Eliana dos Santos e a Psic. Simone Pellin Denardi, que com todos os seus conhecimentos me acolheram e me atenderam com humildade e profissionalismo.

Ao Dr. Newton Barros, que com toda atenção e disponibilidade também fez parte desse acolhimento e compartilhou comigo seus conhecimentos.

A todos os meus colegas de Curso, que muito me auxiliaram neste novo caminho, e fizeram da minha trajetória de tantas viagens, idas e vindas à capital, aulas dinâmicas e sempre bem acompanhada.

A minha querida mãe, que sempre reza por mim e acredita no meu sucesso.

E finalmente, aos amigos e familiares que me receberam e me acolheram em seus lares durante esse período de curso, em que estive longe da minha casa.



## RESUMO

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida estão se tornando uma característica marcante na cultura atual, que envolve não só o indivíduo, mas a família, a sociedade e o estado. Além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade. Esse novo cenário demográfico e epidemiológico tem se configurado em grande desafio para o sistema público de saúde, considerando que o aumento do número de idosos frequentemente tem o adoecimento como consequência das múltiplas patologias crônicas que acomete essa população, levando a uma maior utilização dos serviços de saúde. A morte, que antigamente ocorria em casa, ganhou espaço nos hospitais e passou a ser vista muitas vezes como falha médica. Assuntos como a manutenção ou abreviação da vida passam a provocar interrogações sobre o ciclo de vida, adoecimento e morte. Neste contexto surge um novo pensar sobre o cuidado e a necessidade de cuidados para além da cura, considerando o alívio dos sintomas decorrentes da dor e do sofrimento psicológico, social e espiritual que vivenciam tanto os pacientes que se encontram em fase final de vida quanto seus familiares, buscando cuidar de sua qualidade de vida. Assim, é necessária uma reflexão sobre os meios, as condições, o manejo do cuidado e acolhimento em instituições de saúde e na equipe interdisciplinar que se ocupa de idosos com doenças graves sem possibilidade de cura. Este estudo surgiu com a finalidade de investigar a qualidade de vida em idosos hospitalizados em fase terminal de câncer da unidade de cuidados paliativos do Hospital Nossa Senhora do Conceição HNSC de Porto Alegre, baseado numa pesquisa de mestrado já existente que apresenta a validação da escala para avaliar Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer Avançado, desenvolvida pelo médico Newton Barros. Para isso estarei apresentando algumas informações relevantes à importância da aplicação da escala, e também irei discorrer sobre alguns conceitos de processos que envolvem o assunto para possíveis discussões e constatações sobre a necessidade dessa ferramenta ser adotada em prol de beneficiar o paciente em sua enfermidade. O Objetivo geral desse estudo é investigar a qualidade de vida em idosos em fase avançada de câncer internados na Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC – Hospital Nossa Senhora do Conceição em Porto Alegre/RS. Os objetivos específicos são: identificar questões como: longevidade, cuidados paliativos, qualidade de vida e aplicar a “Escala para Avaliar Qualidade de Vida” em pacientes com câncer avançado, visando ações de

cuidado em Saúde, pois a incidência da longevidade populacional aumenta o número de idosos que adoecem e acaba sendo hospitalizados por câncer, afetando não só o idoso, mas toda sua estrutura familiar e as pessoas com quem possui relações, incluindo os profissionais de saúde que necessitam cuidar dessa demanda.

Palavras Chave: Câncer. Cuidados. Longevidade. Qualidade de Vida.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA.....	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	13
4.1 A LONGEVIDADE E O SEU SIGNIFICADO.....	13
4.3 QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	19
4.4 MODELO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO SUL DE PORTUGAL .....	21
4.5 ESCALA PARA AVALIAR QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO.....	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
6. CRONOGRAMA.....	28
Anos/Meses.....	28
2013.....	28
Etapas.....	28
Mar.....	28
Abr.....	28
Mai.....	28
Jun.....	28
Jul.....	28
Ago.....	28
Set.....	28
Out.....	28
Nov.....	28
Dez.....	28

Escolha do tema.....	28
X.....	28
Levantamento Bibliográfico.....	28
X.....	28
X.....	28
Confecção do pré-projeto de pesquisa.....	28
X.....	28
X.....	28
Produção de texto.....	28
X.....	28
X.....	28
X.....	28
Pesquisa Bibliográfica.....	28
X.....	28
X.....	28
X.....	28
X.....	28
X.....	28
X.....	28
X.....	28
Redação Final do Trabalho.....	28
X.....	28
Submissão de resumo.....	28
X.....	28
X.....	28
Entrega do projeto.....	28

X.....	28
7. ORÇAMENTO.....	28
Quantidade.....	28
Custo.....	28
Impressora.....	28
01.....	28
200,00.....	28
Cartuchos.....	28
01.....	28
40,00.....	28
Impresso do TCC.....	28
03.....	28
32,00.....	28
Notebook.....	28
01.....	28
1.600.....	28
Papel ofício A4.....	28
500.....	28
16'30.....	28
Pen drive.....	28
01.....	28
20,00.....	28
Custo Total.....	28
R\$ 1.908,30.....	28
OBS: Os custos foram bancados pela pesquisadora. Mas em função de serem realizados por outro profissional, virá a ser bancada pelo próprio ou pela instituição.....	28
REFERÊNCIAS.....	28



## 1. INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA

Segundo Dalbosco (2009), envelhecer não é adoecer, porém não há como desconsiderar que com o avanço da idade há uma maior incidência de enfermidades. Sabemos que o envelhecimento faz parte do ciclo natural da vida, por isso muitos idosos quando adoecem acabam sendo cuidados por alguém que já está próximo, que são chamados Cuidadores. Porém dependendo da enfermidade, é preciso a busca por uma instituição de cuidado que esteja preparada para acolhê-los, assim como uma instituição hospitalar que dispõe de uma equipe formada por profissionais da área de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, preparados tecnicamente para prática do cuidado.

As estimativas apontam que de 1990 a 2025, a população idosa mundial crescerá 2,4% ao ano, contra 1,2% de crescimento anual da população em sua totalidade, sendo que o grupo de idosos com 75 anos ou mais é o que vem crescendo mais rapidamente (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

No Brasil, de acordo com as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (1985 apud THOMAZ FILHO; PAPALÉO NETO, 2005), entre 1950 e 2025, a população de idosos crescerá 16 vezes comparada a sua população total. O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para 2012/2013, a estimativa do INCA é a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil, e de acordo com as pesquisas foi constatado que as neoplasias (tumores) representaram a segunda causa de óbito na população, o que representa mais de 14,6% do total de mortes ocorridas no país.

Assim, como psicóloga, esse tema se torna emergente ao pensar sobre o desenvolvimento e o envelhecimento humano, me questionando sobre o que isso poderia nos dizer em termos de longevidade, qualidade de vida, o que as instituições que trabalham com o cuidado podem mostrar sobre esse processo e os agravos que emergem dele. Por estar vinculada a uma instituição hospitalar de grande porte e inteiramente SUS – Sistema Único de Saúde, como a escola do Grupo Hospitalar Conceição, realizarei um estudo sobre o instrumento criado pelo Dr. Newton Barros, que é a Escala para avaliar a qualidade de vida

em paciente com câncer avançado, e o que pode contribuir significativamente para um cuidado apropriado a pacientes nessas condições. Pretendo falar do que isso poderia representar em termos de evolução no tratamento, e para tanto estarei apresentando alguns conceitos que sustentarão minhas reflexões.

Creio que este estudo trará benefícios a instituição hospitalar, pois as maneiras de tratamento nesses casos, como o câncer, necessitam de constantes reflexões e reformulações em seu processo de tratamento. Para tanto é fundamental a criação de estratégias pela equipe, de procedimentos adotados com a finalidade de evoluir no cuidado, ou seja, é importante pensar e buscar estratégias eficientes de cuidado.

Segundo Barros et al. (2012, p. 9).

Os cuidados em qualquer momento da vida, particularmente na fase terminal, são um direito dos cidadãos devendo, os cuidados paliativos constituir em um objetivo para o sistema de saúde do Brasil funcionar bem. No entanto, a oferta desse tipo de cuidado, que vem sendo adotado como um indicador da qualidade de saúde em muitos países, torna-se um elemento crucial, onde o desafio passa a ser desenvolver um modelo apropriado de cuidados paliativos, que proporcione uma assistência de qualidade, tendo em vista o indivíduo em sua totalidade e não só em partes enfermas.

De acordo com os dados das internações hospitalares de pacientes oncológicos ocorridas no Hospital Nossa Senhora do Conceição (HNSC) no período 2002 a 2008, foram avaliadas as necessidades de cuidados paliativos, de forma a contemplar as fragilidades de ordem física, emocional, psicológica e espiritual que acometem os pacientes e seus familiares nessa fase da enfermidade.

Percebe-se a necessidade de promover um cuidado integral que deve envolver o paciente, a equipe de saúde, familiares e os cuidadores informais, priorizando o atendimento às necessidades do paciente, oferecendo-lhe o suporte e o conforto necessários com vistas a minimizar o sofrimento dos doentes, melhorando o acesso ao atendimento humanizado e resolutivo que garantam sua qualidade de vida, mesmo no final da vida.

Podemos concluir que estudos e pesquisas nessa área são de extrema importância, pois é uma unidade especial do complexo hospitalar, onde vida e morte estão sempre presentes, diariamente. Dessa maneira, proposta de intervenção desenvolvida ao término do curso em Gestão e Atenção da Saúde do idoso de 2013, teve como objetivo geral descrever a qualidade de vida em idosos hospitalizados em fase terminal de câncer da unidade de cuidados paliativos do hospital Conceição de Porto Alegre/RS; e por objetivos específicos apresentar e problematizar questões como:

- a) longevidade;
- b) cuidados paliativos;
- c) qualidade de Vida em Cuidados Paliativos;
- d) Apontar a Escala para Avaliar Qualidade de Vida em pacientes com câncer avançado como possibilidade de efetividade no tratamento;
- e) propor a avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos com câncer avançado;

Desse modo, iniciamos abordando a questão da longevidade, do processo de envelhecimento da vida, fazendo um recorte do desenvolvimento desse processo a nível nacional.

Na segunda parte, procuramos descrever a origem dos Cuidados Paliativos e a sua importância num ambiente hospitalar, onde a eficiência do cuidado é determinante para a saúde e a qualidade de vida, mesmo no adoecer.

Existirá um terceiro momento, onde estarei apresentando a Escala para Avaliar Qualidade de Vida em pacientes com câncer avançado e conversando sobre sua contribuição no processo do cuidado e do quanto ela nos fala sobre qualidade de vida.

A pesquisa bibliográfica realizada permitiu detectar determinadas necessidades, tanto referentes à importância de cuidados eficientes quanto no que se refere à visão de alguns conceitos pertinentes a prática hospitalar.

## 2. OBJETIVOS

Os objetivos dividem-se em geral e específicos.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desse projeto de intervenção é propor a Escala para Avaliar Qualidade de Vida em pacientes idosos com câncer avançado da Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC – Hospital Nossa Senhora do Conceição em Porto Alegre/RS.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar e problematizar questões como:

- a) longevidade;
- b) cuidados paliativos;
- c) qualidade de Vida em Cuidados Paliativos;
- d) identificar a Escala para Avaliar Qualidade de Vida em pacientes com câncer avançado;
- f) propor a avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos com câncer avançado; visando ações de cuidado em Saúde.

### 3. METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi pensado para demonstrar a importância de se constatar a Qualidade de vida em pacientes idosos internados na Unidade de Cuidados Paliativos do HNSC, através da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida, criada por Barros (1996).

Segundo Cooper (1984); o método seria formular o problema, coletar dados, analisar e interpretar os dados e apresentar resultados para que logo se discuta sobre ações de cuidado em Saúde que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

3.1 O problema foi: A importância de avaliar a Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos de Idosos internados na Unidade de Cuidados Paliativos do hospital Nossa Senhora do Conceição.

3.2 Coleta de dados: dará-se pela aplicação do instrumento Escala para Avaliar a Qualidade de Vida, composta por 23 questões com quatro opções de resposta e duas questões adicionais com cinco opções de resposta. Ela apresenta um número equilibrado de itens relacionados a aspectos físicos, psicológicos e sociais, e um especificamente relacionado à crença religiosa.

3.3 Descritores: Longevidade, Qualidade de Vida, Cuidados Paliativos, escalas de avaliação de Qualidade de Vida.

3.4 Critérios de Inclusão: pacientes acima de 60 anos com câncer, internados na Unidade de Cuidados Paliativos.

3.5 Critérios de Exclusão: pacientes que não se enquadrem na faixa etária, considerada “idosa”, e que não estejam na Unidade de cuidados Paliativos.

3.6 Instrumento de coleta: Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida, desenvolvida pelo Dr. Newton Barros.

3.7 Intervenção: ela irá consistir em profissionais atuantes na Unidade de Cuidados Paliativos do hospital Nossa Senhora da Conceição, realizarem a coleta, através do instrumento, no ingresso do paciente na Unidade de Cuidados Paliativos e por ocasião da alta hospitalar, para assim se considerar a evolução de como o paciente esta vivenciando os procedimentos do tratamento.

3.8 Considerações Éticas: o projeto será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição para que seja permitida sua execução. No contato com paciente internado, será lido o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice B) e somente com a concordância dele, mediante assinatura, o questionário da Escala para avaliar a qualidade de vida será aplicado Após, as informações devem ser destruídas serão guardadas nos prontuário do paciente.

3.9 Forma de análise dos resultados: as opções de resposta serão sistematizadas, oferecidas numa seqüência que reflita variações da pior para a melhor qualidade de vida possível.

## 4. REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 4.1 A LONGEVIDADE E O SEU SIGNIFICADO

De acordo com Coutinho (2012), a palavra Longevidade surgiu do latim “Longaevus” significando aquele que chegou em idade avançada, e “Longus” que significa um período longo, relativo a tempo.

Em espanhol traz que Longevidade é uma palavra de origem bíblica, que representa “Cualidad de la persona que vive muchos años”, ou seja; característica positiva da vida de uma pessoa que vive muitos anos, também apresenta o conceito de “Larga duración de la vida”, que fala da longa duração da vida (MOLINER, 2001).

Em português, fala a etnologia do latim “longaevitas” que possui o significado de particularidade ou característica de longo esta relacionado à duração da vida, à duração da vida em geral; durabilidade ou resistência das coisas (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, c2009-2013).

Assim, podemos considerar que longevidade não está relacionada só aos anos de vida, ao tempo de vida, mas também às características, ao modo como se vive, ou à qualidade de vida que se tem. Quando se fala em modo de vida, se entende que é um processo ímpar, de cada sujeito, de acordo com muitos fatores como podemos destacar alguns: suas crenças, seus aprendizados, suas atitudes perante os acontecimentos ou fatos da vida, suas escolhas, diz respeito a sua subjetividade; seu modo de ser, sentir e agir.

Ximenes e Concone [2013] destacam que a

[...] longevidade é uma realidade e a partir dela, o longo começa a ser protagonista de alguns aspectos da vida social, assumindo novos papéis, explorando novos interesses, organizando seu tempo com atividades e ocupações. Esse protagonista traz uma identidade nova para uma cultura que ainda esta se adaptando.

Ohlweiler, Froemming e Garske (2010, p. 65) em seu artigo sobre o projeto na UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul sobre ações para um envelhecimento com qualidade de vida, falam que “[...] a perspectiva da longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e de saúde.” O envelhecimento, como um processo, representa novas demandas de serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e para a sociedade presente e do futuro.

Segundo Souza (2013) o Brasil tem 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, significando mais que a Inglaterra, a Itália e a França. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010) aponta, a partir de suas pesquisas e estudos populacionais, que esse número vem crescendo. Ana Lucia Saboia, chefe dos indicadores sociais do IBGE, fez uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico de 2010. Ela concluiu que é “um importante fenômeno no contexto nacional” sobre o processo de longevidade, o processo de longevidade, aparece em números absolutos e relativos, e em nível mundial vem ocorrendo sem precedentes.

Para o IBGE, em 1950 eram cerca de 204 milhões pessoas com sessenta ou mais anos de idade no mundo e, já em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões por ano.

Figura 1 – Pessoas com 60 anos ou mais em países selecionados – 1990-1999



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002)

Ainda segundo o IBGE (2013), as projeções indicam para 2050 é que a população idosa será de 1 900 milhões de pessoas (ANDREWS, 2000 apud INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002). Aspectos importantes que podem explicar este fenômeno, na visão de Andrews (2000 d INSTITUTO BRASIELIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002) são os seguintes: Desde 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo aumentou 19 anos:

- a) hoje em dia, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais; para 2050, estima-se que a relação será de um para cinco para o mundo em seu conjunto, e de um para três para o mundo desenvolvido;
- b) segundo as projeções, o número de centenários - de 100 anos de idade ou mais - aumentará 15 vezes, de aproximadamente 145 000 pessoas em 1999 para 2,2 milhões em 2050;
- c) entre 1999 e 2050 o coeficiente entre a população ativa e inativa - isto é, o número de pessoas entre 15 e 64 anos de idade para cada pessoa de 65 ou mais - diminuirá em menos da metade nas regiões desenvolvidas, e em uma fração ainda menor nas menos desenvolvidas.

Esse crescimento progressivo cria situações pessoais, familiares, sociais e laborais que afetam a todos. Uma destas diz respeito a como tratar dos agravos que surgem, em termos de cuidados do corpo e da mente, como exercitar o corpo que já se encontra cansado, como se adquirir um estilo de vida saudável, como ocupar a mente antes que ela adoça pois a filosofia popular: ela é uma péssima senhora e uma ótima escrava ! como ocupar o tempo livre o maior da história de suas vidas.

Sabemos que há algumas décadas atrás a alimentação era mais saudável, os exercícios vinham com os compromissos rotineiros de todos, tanto homens quanto mulheres, em qualquer faixa etária, e a mente sempre tinha obrigações a pensar, a cumprir. O núcleo familiar possuía outra configuração, não era tão fragmentado e sim mais uniforme, mais unido, existindo muitas

peças em seu núcleo, tornando-o mais amplo e assim ampliando os deveres e as obrigações a serem cumpridas por muitos, incluindo os que tinham mais idade.

#### 4.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos surgem em 1960 no Reino Unido, por iniciativa da Dame Cicely Saunders, como uma proposta de implementação de assistência e também da organização dos serviços de saúde que precisavam ser modificados para oferecer resposta aos problemas que sofrem as pessoas que apresentam enfermidades incuráveis (BARROS, Newton et AL 2012).

Para ser uma resposta ativa aos problemas, necessidades e sofrimento gerados pela progressão das doenças crônicas, avançadas e incuráveis, torna-se necessário ampliar os cuidados de saúde prestados às pessoas acometidas de enfermidades crônicas avançadas e seus familiares.

Neste sentido, a prática de cuidados paliativos não significa uma intervenção de “fim de linha”, mas sim uma abordagem estruturada para atender as necessidades dos pacientes em qualquer fase da enfermidade, e o mais precoce possível (SANTOS; MATTOS, 2008).

Atualmente os Cuidados Paliativos vêm sendo um procedimento realizado pelos profissionais da saúde em muitas instituições, em especial em hospitais de grande porte. Mas para compreender a emergência desses cuidados, vamos nos reportar um pouco a onde ele surgiu.

Pessini e Bertachini (2005) nos falam de onde vem o termo “paliativo” deriva do latim pallium, que significa manto, capote. Aponta-se para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os sintomas, a dor e sofrimento em pacientes portadores de doenças crônico degenerativas ou em fase final, objetivando o paciente em sua globalidade de ser e aprimorar sua qualidade de vida. Etimologicamente, significa prover um manto para aquecer “aqueles que passam frio”, uma vez que não podem mais ser ajudados pela medicina curativa. Os cuidados paliativos não dizem respeito primordialmente a cuidados institucionais, mas constituem-se fundamentalmente de

uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições, ou seja, no domicílio da pessoa portadora de doença crônico-degenerativa ou em fase terminal, na instituição de saúde onde está internada.

Ainda de acordo com as autoras, Pessini e Bertachini, esse procedimento surgiu em tempos medievais onde existiam os “hospices”, conhecidos como lugares de acolhimentos para os peregrinos e viajantes, funcionava como uma hospedaria. Este estabelecimento foi criado por Fabíola, uma matrona romana que no século IV da era cristã abriu sua casa aos necessitados, praticando assim obras de misericórdia cristã. Naquele tempo, hospitium incluía tanto o lugar onde se dava a hospitalidade como a relação que ali se estabelecia, dando ênfase central para a medicina paliativa até hoje exercida. Mais tarde, a Igreja assumiu o cuidado dos pobres e doentes, fato que continuou na Idade Média. Na Grã-Bretanha isso foi interrompido abruptamente com a dissolução dos mosteiros no século XVI.

Segundo as autoras “em 1967 surge na Inglaterra o St. Christopher Hospice e a pessoa extraordinária e carismática de Cicely Saunders, uma assistente social que cuidava das necessidades dos pacientes em fase final no hospital St. Thomas, em Londres.” (PESSINI, BERTACHINI; 2005, p. 204).

Como podemos perceber pela história, os Cuidados Paliativos vem a ser uma construção coletiva entre várias áreas da saúde que auxiliam o ser humano a passar por momentos difíceis, de preocupação com o bem estar e a saúde, fortemente vinculada às condições históricas, institucionais e ideológicas nas quais este tipo de prática foi constituído. Surgiu tanto como transformações sociais amplas das relações coletivas com a morte e o morrer, como em decorrência de transformações internas no meio médico.

Há muitos autores que falam da morte e do processo de morrer, mas como psicóloga vou me limitar a um filósofo, que fala sobre a passagem do monopólio dos cuidados ao doente – e ao moribundo – da família e dos religiosos para o médico e suas instituições, como o hospital que até o século XVIII era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, administrada por religiosos, nada havendo que se parecesse com uma medicina hospitalar, era uma instituição

de assistência, separação e exclusão – não do doente a ser curado, mas do pobre destinado a morrer: era um ‘morredouro’. O objetivo de quem trabalhava no hospital não era fundamentalmente realizar a cura, mas alcançar a própria salvação. Tratava-se de pessoal caritativo religioso ou leigo, fazendo obra de caridade tendo em vista salvação eterna (FOUCAULT, 1999, p. 102).

De acordo com OMS - Organização Mundial da Saúde (2000 apud BARROS, 2012) ficou definido que “Cuidados Paliativos” diz respeito a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar ativa e integral a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente quanto para familiares, mediante o controle da dor e demais sintomas, em suas dimensões psicossociais e espirituais.

O objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares (WHO, 1990 apud PESSINI; BERTACHINI, 2005). Essa definição é indispensável ao focar no paciente para enfatizar a natureza multifacetada da condição humana e identificar a qualidade de vida como seu objetivo último.

Após a definição do que seria Cuidados Paliativos e de sua importância, a OMS instituiu princípios que fundamentam esse trabalho como (COUNCIL OF EUROPE, 2005 apud PESSINI; BERTACHINI, 2005):

- a) valorizam atingir e manter um nível ótimo de dor e administração dos sintomas;
- b) afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal;
- c) não apressam nem adiam a morte;
- d) integram aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados do paciente;
- e) oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- f) ajudam a família a lidar com a doença do paciente e no luto;
- g) exigem uma abordagem em equipe;
- h) buscam aprimorar a qualidade de vida;

- i) são aplicáveis no estágio inicial da doença, concomitantemente com as modificações da doença e terapias que prolongam a vida.

Baseado nos princípios citados percebe-se que os cuidados paliativos vão para além das enfermidades físicas, são pensados desde o início do tratamento, como um planejamento do cuidado, para pacientes de todas as idades, de acordo com seus diagnósticos e necessidades, se preocupando com a melhor qualidade de vida durante o processo de adoecimento e para suas famílias também.

Simonetti (2004) já dizia que o objetivo do cuidado na saúde não é só com a dor do paciente, mas também com a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos. Porque como profissionais da saúde, sempre pensamos em recuperação, em reabilitação, e a morte perde importância, dando espaço à esperança. Acredito que mesmo vivenciando o processo de morte existe um bom modo para se passar por isso. Não apenas esperando ela chegar, mas vivendo da melhor maneira possível até que ela chegue. Essa reflexão é bem aceita principalmente quando se fala de pacientes idosos oncológicos.

#### 4.3 QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Wood Dauphinee (apud PASCHOAL, 2000) em sua dissertação de mestrado relata que o termo Qualidade de Vida foi falado pela primeira vez em 1920 por Pigou, ao escrever um livro sobre economia e bem-estar material “The Economics of Welfare”. Falava sobre o suporte governamental para indivíduos das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do estado, mas não foi notado nem valorizado e o termo caiu em esquecimento. Somente após a II Guerra Mundial é que a Organização Mundial da Saúde a resgatou, redefinindo Saúde e aliando concepções como de bem-estar físico, emocional e social, acionando dispositivos a respeito de se pensar em possibilidades de se medir bem-estar.

Ferreira (1986 apud PASCHOAL, 2000) deixa sua reflexão de que Qualidade de Vida, além de ser um substantivo abstrato, empregado na língua portuguesa com diversos significados; é uma disposição moral ou intelectual das pessoas, seu dote, dom, virtude, atributo, propriedade,

condição, capaz de distingui-las uma das outras, lhes determinando uma natureza. Também pode ser uma escala de valores que expresse seu estilo de vida, permitindo avaliar, aprovar, aceitar, recusar e apontar caminhos, condutas, comportamentos, possibilidades, observando que falar de possibilidades em saúde é muito positivo.

Barros (1996) em seu trabalho de mestrado narra que, no final do século XVIII, a medicina tinha como principal objetivo a busca pela cura, muitas vezes ignorando o sofrimento do paciente, vendo os sintomas apenas como acompanhantes da doença básica, não despertando interesse para tratamento específico. Somente a partir do século XX é que houve uma retomada da preocupação com o alívio dos sintomas, em paralelo com uma ênfase no tratamento da doença primária.

Na década de 1960, como traz a descrição do tópico anterior, o movimento dos Hospices na Inglaterra foi o grande determinante de mudanças de atitude na preocupação com o cuidado, percebendo-se que ainda priorizando a cura, era possível evitar o sofrimento, aliviar os sintomas, principalmente nos casos de doenças incuráveis, como o câncer.

Ohlweiler, Froemming e Garske (2010) nos informam que o processo de envelhecer não significa perda da qualidade de vida e muito menos redução na participação social. A qualidade de vida está relacionada com sensação de bem-estar, autonomia, independência, satisfação pessoal e, também com a habilidade ou capacidade para desempenhar atividades, tarefas da vida diária, obtendo satisfação, prazer.

Barros (1996) ainda menciona o conceito de QV – Qualidade de Vida é difícil de definir, padronizar, porque de acordo com cada área de atuação e com o nível cultural de cada pessoa, ela se constrói. Ele considera subjetivo, ressaltando diferentes enfoques nas publicações sobre o assunto, em que alguns consideram o exame de aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais, econômicos, enquanto outros consideram mais o estado funcional do organismo, psicológico, ou de bem – estar.

Entretanto a visão sobre a escolha dos fatores envolvidos na QV prevalece com a base no conceito de saúde, ditado pela Organização Mundial da Saúde, como completo bem – estar físico, mental e social e não apenas orgânico, centrado na ausência de enfermidades (BARROS et al., 2012).

O que podemos observar é que o interesse pelo conceito de QV decorre em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e práticas no setor da saúde nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, ainda mais quando relacionados ao envelhecimento. Não há uma definição padrão, mas há muito que se fale que a vida e de como o viver influencia negativa o ou positivamente o nosso corpo, nosso sentir e as pessoas que nos rodeiam.

Dessa maneira, saúde e doença traduzem processos compreendidos como um reflexo, pautados nos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida de cada um e de como foi seu desenvolvimento até chegar ao estágio tardio da vida. Como foram à adoção de hábitos sejam eles físicos, alimentares, conscientes e inconscientes, costumes, crenças, comportamentos e estilo de vida, pois através deles, ou melhor, através da avaliação deles é que se poderá trabalhar em prol da qualidade de vida, mesmo numa situação de adoecimento. Assim podemos afirmar que QV passou a ser indispensável tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde, da prevenção de doenças e na evolução da recuperação nos tratamentos.

#### 4.4 MODELO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO SUL DE PORTUGAL

Segundo Teixeira (2012) que apresenta a realidade dos Cuidados Paliativos realizados numa Unidade de Atenção Primária de Saúde, em Algarve em Portugal, o aumento da expectativa de vida da população que esta diretamente relacionado com a diminuição da mortalidade e natalidade, evidencia as carências em nível de cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas incapacitantes, levando ao surgimento de novas necessidades sociais e de saúde, que requerem

respostas imediatas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crônica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Ainda de acordo com Teixeira (2012) os Cuidados Paliativos não são determinados pelo diagnóstico, mas pela situação e necessidade do doente. Refere também que as doenças crônicas são de difícil resolução porque apresentam características próprias que tornam mais frequente a existência de sintomas e necessidades pela sua intensidade, mutabilidade, complexidade e impacto individual e familiar.

Santos, Teixeira e Mattos (2012) relatam que tanto em Portugal quanto no Brasil as doenças que mais necessitam de Cuidados Paliativos organizados são o câncer, a AIDS, algumas doenças cardiovasculares, pneumológicas, e doenças neurológicas graves e rapidamente progressivas.

#### 4.5 ESCALA PARA AVALIAR QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO

Cohen (1982 apud BARROS, 1996) defende a teoria de que todas as pessoas possuem um plano de vida, seja no âmbito profissional, familiar ou de interesses individuais, e que para a realização deste “plano” é necessário estar com boa saúde. Qualidade de Vida por este ponto de vista seria a diferença entre as esperanças e as expectativas do indivíduo de acordo com seu plano de vida, e a realidade na qual ele está inserido. Quanto menor a diferença entre essas três dimensões, melhor a QV. Um exemplo citado pelo autor seria a do jovem em tratamento quimioterápico que, mesmo sabendo que seu tratamento lhe oferece chances de cura, o interrompe por causa do desconforto que sente pela queda de cabelos, que é uma consequência à terapia anti-neoplásica.

Segundo Barros (1996) ao considerar a mensuração da QV como critério para avaliar a efetividade de um tratamento, o médico passa a aceitar a opinião do paciente como importante na planificação terapêutica, levando em conta as repercussões da terapia no paciente como um todo

e não só no órgão alvo da atenção específica. E a análise destes dados poderia servir não só para mudar a estratégia terapêutica num determinado caso, como também para que outros pacientes beneficiem – se. A avaliação da QV deve considerar os aspectos individuais dos pacientes, na chamada “visão de utilidade” alguns indivíduos podem preferir sobreviver a qualquer custo, enquanto outros poderão considerar não valer a pena viver sob certas circunstâncias.

Barros (1996), o autor do instrumento que criou a escala em sua tese de mestrado pela UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, teve a preocupação em desenvolver uma ferramenta de validação de uma escala que levasse em consideração a Q.V. de uma forma abrangente e global para as intervenções médicas em pacientes oncológicos e com outras doenças crônicas. Para a construção dessa escala, contou – se com a colaboração de 103 médicos gaúchos, membros da Sociedade Brasileira de Oncologia, que receberam por correspondência um questionário com perguntas sobre pacientes hipertensos, com dor crônica e com câncer, pacientes clínicos atendidos no ambulatório de consultas programadas do HNSC. Também foi considerado as escalas já existentes, a nível internacional, observando que elas avaliam apenas aspectos fisiológicos ou psicológicos, ele se baseou na escala inglesa de Ferrel, que apresenta questões que avaliam aspectos do bem – estar psicológico, físico e social traduzida e adaptada para língua portuguesa.

A escala para avaliar a qualidade de vida de Barros (1996), constitui 25 questões com quatro opções de resposta e duas questões adicionais com cinco opções de resposta. Apresentando número equilibrado de itens relacionados a aspectos físicos, psicológicos e sociais, e um especificamente relacionado a crença religiosa, e as opções de resposta para todas as questões eram sistematicamente oferecidas numa sequência que refletia variações da pior para a melhor Q.V possível (Anexo A).

De acordo com o que foi verificado, a escala é um instrumento que permite quantificar qualidade de vida em seu sentido amplo, que inclui bem-estar físico, emocional e social. É potencialmente válida para monitorar variações na qualidade de vida em indivíduos ou grupos de indivíduos submetidos a intervenções clínicas para cuidados paliativos em câncer avançado.

Após sua validação, foi utilizada para monitorar mudanças na Q.V em um grupo de 20 pacientes com câncer avançado.

O estudo de Pessini e Bertachini (2005) enfatiza que existe considerável evidência de que as pessoas idosas sofrem desnecessariamente, por causa de uma falta de avaliação por parte da equipe multiprofissional, do diagnóstico precoce, de tratamento de seus problemas, bem como por dificuldade no acesso aos programas de cuidados paliativos. Tais fatos diminuem a possibilidade terapêutica de cura. Cabe destacar que a equipe hospitalar pode iniciar e desenvolver planos de assistência focados nessas circunstâncias, discutindo-se, posteriormente, sua continuidade ao transferir o paciente para seu domicílio ou instituição de longa permanência, pois essa modalidade de cuidar não se limita aos serviços hospitalares, mas se estende para toda rede de atenção à saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, percebemos a importância e a necessidade de trabalhar a qualidade de vida em idosos hospitalizados em fase terminal de câncer, pois, a cura não é o alvo dos especialistas, e assim como vimos sobre os Cuidados Paliativo, o cuidado passa a ser a ferramenta e o caminho no trabalho com a saúde em pacientes com câncer.

A medicina, através de seu lado mais técnico e científico, sempre soube trabalhar com o prognóstico biológico da doença, mas quase nada entende do prognóstico biográfico da pessoa doente, sua história. Conhecemos como está funcionando o fígado da pessoa que está sob nossos cuidados, mas ignoramos quase todo o resto que vive em torno desse órgão: a própria pessoa e suas preocupações, angústias, medos, ilusões, projetos, valores, prioridades e, fundamentalmente, seus desejos e temores. Embora possa parecer redundante, é bom lembrarmos que a doença sempre acomete uma pessoa concreta e, por isso, deve ser abordada dentro da individualidade própria de cada doente, dentro das peculiaridades desse ser humano, com suas características próprias de personalidade, de família e de relações sociais.

Lamentavelmente a atenção médica emocional às pessoas gravemente enfermas tem sido algo insatisfatória. Não é incomum que os clínicos se mostrem indiferentes à angústia e até ao próprio sofrimento de seus pacientes. Com certeza não se trata de algo proposital, mas algo relacionado à falta de percepção dos aspectos biológicos, sociais e existenciais da pessoa os quais ultrapassam os limites da especialidade do médico. Outra dificuldade do médico é reconhecer a pessoa que está sob seus cuidados como ser humano complexo e autônomo, reconhecendo o outro como legítimo outro.

A fase paliativa, entretanto, é uma etapa muito mais complexa. Nesse momento os objetivos terapêuticos estão pouco definidos, confusos, contraditórios ou ambivalentes. Aqui é quando ocorrem recaídas da doença, quando voltam as dores, aumentam as dúvidas e o pessimismo. Nessa fase, o peso dos efeitos colaterais do tratamento pode começar a sobrepor-se aos benefícios. É nessa fase, a paliativa, que a autonomia da pessoa deve adquirir maior relevância e autoridade na tomada de decisões. Para tal, é fundamental que o médico, a equipe de

saúde e a família tenham plena noção do curso da doença, da fase em que se encontra e do que, realmente, está ao alcance da medicina sem sacrificar a já precária qualidade de vida da pessoa enferma.

O médico de família e comunidade tem entre as funções fundamentais não só cuidar, mas, principalmente, aliviar o sofrimento das pessoas e a carga de seus familiares e, por fim, confortar.

No entanto, a oferta desse tipo de cuidado, que vem sendo adotado como um indicador da qualidade de saúde em muitos países torna-se um elemento crucial quando verificamos a organização dos recursos de saúde existentes e o modelo de atenção necessário para esse cuidado ser realizado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prática de Cuidados Paliativos que deve ser realizada em serviços especializados como centros de tratamento da dor e por equipe multiprofissional especializada tem por objetivo maximizar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento de pessoas que apresentam limitações por doenças incuráveis, além de proporcionar apoio aos familiares e cuidadores.

A política de Cuidados Paliativos vem sendo integrada na atenção primária de países como Inglaterra, Espanha, Canadá e Portugal. por meio da disseminação de capacitação permanente para todos os profissionais da área da saúde e o estabelecimento de políticas e protocolos assistenciais. No Brasil, o Ministério da Saúde vem empreendendo um esforço no sentido de elaborar Diretrizes Nacionais para a Atenção em Cuidados Paliativos e Controle da Dor Crônica. No contexto da Atenção Primária em Saúde, destaca-se a necessidade de incorporar ao conjunto de responsabilidades presentes no processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família a atenção em Cuidados Paliativos e fundamentalmente o controle da dor crônica.

Consideramos que a magnitude social da demanda por Cuidados Paliativos no país mostra a necessidade de se estruturar uma rede integrada de serviços. Essa rede deve ser regionalizada e hierarquizada, estabelecendo uma linha de cuidados integrais e continuados para

os Cuidados Paliativos e controle da dor crônica com vistas a minimizar o sofrimento dos doentes, melhorando o acesso ao atendimento humanizado e resolutivo.

E para finalizar, gostaríamos de enfatizar que *sempre há o que fazer para melhorar as condições de vida da pessoa*: respeitar o direito da pessoa viver os seus últimos momentos sem sofrimento, morrer em casa – se assim o desejar – rodeada de seus entes queridos, com assistência de seu médico de família e de um religioso, enfim, da maneira mais digna possível.

Após a pesquisa bibliográfica realizada, nos conscientizamos da importância de serem propostas ações de saúde que poderiam contribuir para melhorar a qualidade de vida de pacientes idosos hospitalizados, numa expectativa de educação permanente, ou seja, sempre em busca de melhores maneiras de realizar o cuidado.

## 6. CRONOGRAMA

Anos/Meses	2013									
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
<b>Escolha do tema</b>						x				
<b>Levantamento Bibliográfico</b>						x	x			
<b>Confecção do pré-projeto de pesquisa</b>						x	X			
<b>Produção de texto</b>						x	x	X		
<b>Pesquisa Bibliográfica</b>		x	x	x	x	x	X	X		
<b>Redação Final do Trabalho</b>									X	
<b>Submissão de resumo</b>								x	X	
<b>Entrega do projeto</b>										x

## 7. ORÇAMENTO

	Quantidade	Custo
Impressora	01	200,00
Cartuchos	01	40,00
Impresso do TCC	03	32,00
Notebook	01	1.600
Papel ofício A4	500	16'30
Pen drive	01	20,00
<b>Custo Total</b>		R\$ 1.908,30

**OBS:** Os custos foram bancados pela pesquisadora. Mas em função de serem realizados por outro profissional, virá a ser bancada pelo próprio ou pela instituição.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Newton. **Desenvolvimento e validação de escala para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer avançado**. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. **Contribuição para a Gestão dos doentes crônicos do Hospital Nossa Senhora da Conceição frente aos desafios da Saúde no Brasil**. Porto Alegre: HNSC, 2012.

COOPER HM. **The integrative research review: asystematic approach**. Beverly Hills (CA): Sage Pulications; 1984.

COUTINHO, Nelson. **Longevidade**. Rio de Janeiro: Consultório Etimológico, 2012. Disponível em: <[www.origemdapalavra.com.br/palavras/longevidade/](http://www.origemdapalavra.com.br/palavras/longevidade/)>. Acesso em: 4 nov. 2013.

DALBOSCO, Simone. **O idoso hospitalizado**: perspectivas do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. **Longevidade**. c2009-2013. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/longevidade/>>. Acesso em 20 out. 2013.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975- 1976). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude\\_Brasil\\_2030.pdf](http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf)>. Acesso em 20 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**: 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>>. Acesso em 21 out. 2013.

LONGEVIDAD. **Diccionario critico de ciencias sociales**. Disponível em: [www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario). Acesso em 04/11/2013.

SOUZA, Paulo Marcos. **Longevidade**: um novo perfil etário no Brasil. 2013. Disponível em: <[http://www.healthers.com.br/cpt\\_rh/artigos/longevidade-um-novo-perfil-etario-no-brasil](http://www.healthers.com.br/cpt_rh/artigos/longevidade-um-novo-perfil-etario-no-brasil)>. Acesso em: 4 nov. 2013.

MOLINER, M. **Diccionario de uso del español**. 2. ed. Madrid: Gredos, 2001. CD-ROM.

OHLWEILER, Zelia ; FROEMMING, Miriam; GARSKE, Quélin. Ações na UNISC para um envelhecimento com qualidade de vida. In: AREOSA, Silvia Virginia Coutinho (Org). **Terceira idade na UNISC**: novos desafios de uma população que envelhece. 1. ed. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2010. p. 64-77.

PASCHOAL, Sérgio. **Qualidade de vida dos idosos**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação de (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 5, n.

29, p. 491-509, out/dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/32/03\\_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2013.

SANTOS, C. E., MATTOS, L. F. Cuidados paliativos em atenção primária à saúde. **PROMEF**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 131-156, 2008.

SIMONETTI, Algreto. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TEIXEIRA, F. M., SANTOS, E. C. MATTOS L. M. Cuidados Paliativos na Atenção Primária a Saúde. In: GUSSO, G., LOPES, J., CERATTI, M. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC – Princípios, Formação e Prática**. 2. vol. 1 ed. São Paulo: Artemd, 2012. p.810-816.

THOMAZ FILHO, Carvalho, Filho; PAPALÉO, Matheus. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

XIMENES, Amélia; CONCONE, Maria Helena. **Ócio e trabalho: redesenhando significados na longevidade**. [2013]. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; [2013]. Disponível em: <[www.ufpel.edu.br/ifisp/ppgs/eics/dvd/documentos/gts\\_1lleics/gt1/gt1maria-amelia.pdf](http://www.ufpel.edu.br/ifisp/ppgs/eics/dvd/documentos/gts_1lleics/gt1/gt1maria-amelia.pdf)>. Acesso em: 4 nov. 2013.

## Apêndice A

### SERVIÇO DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS – HNSC Escala de Barros para medir Qualidade de Vida

01. Você tem dificuldade de se acostumar

09. Como está o seu paladar?

**com sua doença?**

- muita dificuldade  
 média dificuldade  
 pouca dificuldade  
 nenhuma dificuldade

**02. A doença atrapalha a sua vida?**

- atrapalha muitíssimo  
 atrapalha muito  
 atrapalha pouco  
 não atrapalha

**03. Você está preocupado com a sua doença?**

- estou muito preocupado  
 estou preocupado  
 estou um pouco preocupado  
 não estou preocupado

**04. Você está satisfeito com sua vida?**

- nunca estive satisfeito com minha vida  
 não estou satisfeito  
 estou satisfeito  
 estou muito satisfeito

**05. Você sente dor?**

- sinto dor insuportável  
 sinto muita dor  
 sinto pouca dor  
 não sinto dor

**06. Você tem enjôo?**

- tenho enjôo sempre  
 tenho enjôo quase sempre  
 tenho enjôo às vezes  
 nunca tenho enjôo

**07. Você tem vômitos?**

- tenho vômitos sempre  
 tenho vômitos quase sempre  
 tenho vômitos às vezes  
 não tenho vômitos

**08. Seu intestino funciona bem?**

- meu intestino funciona muito mal

- meu paladar está muito ruim  
 meu paladar está mais ou menos  
 meu paladar está bom  
 meu paladar está ótimo

**10. Você tem apetite?**

- não tenho apetite  
 tenho pouco apetite  
 tenho apetite normal  
 tenho muito apetite

**11. Você se cansa facilmente?**

- me canso sempre  
 me canso seguido  
 me canso às vezes  
 nunca me canso

**12. Você está preocupado com coisas que deixou de fazer (na família, no trabalho, em casa) ?**

- estou muito preocupado  
 estou um pouco preocupado  
 às vezes me preocupo  
 não estou preocupado

**13. Você continua a fazer as coisas que gosta?**

- nunca mais fiz as coisas que gosto  
 às vezes faço as coisas que gosto  
 continuo fazendo as coisas que gosto  
 faço mais seguido que antes as coisas que gosto

**14. Você tem dificuldade de se acostumar ao tratamento?**

- muita dificuldade  
 média dificuldade  
 pouca dificuldade  
 nenhuma dificuldade

**15. O tratamento atrapalha a sua vida?**

- atrapalha muitíssimo  
 atrapalha muito  
 atrapalha um pouco  
 não atrapalha

**16. Você sente-se útil ( com serventia)?**

- me sinto nada útil

- meu intestino funciona mal  
 meu intestino funciona mais ou menos  
 meu intestino funciona muito bem

- me sinto um pouco útil  
 me sinto útil  
 me sinto muito útil

**17. Você está satisfeito com sua aparência?**

- nunca estive satisfeito  
 não estou satisfeito com minha aparência  
 estou mais ou menos satisfeito com minha aparência  
 estou satisfeito com minha aparência

**22. Sua força física está?**

- muito diminuída  
 pouco diminuída  
 está normal  
 estou mais forte

**18. Após a doença, como ficou seu sono?**

- meu sono está muito ruim  
 meu sono está ruim  
 meu sono está mais ou menos  
 meu sono está bom

**23. Você está preocupado com os gastos com sua saúde?**

- estou muito preocupado  
 estou preocupado  
 estou um pouco preocupado  
 não estou preocupado

**19. Quanta atenção você recebe?**

- não recebo atenção  
 recebo pouca atenção  
 recebo atenção normal  
 recebo muita atenção

**24. Quanto carinho você recebe?**

- não recebo carinho  
 recebo pouco carinho  
 recebo carinho normal  
 recebo muito carinho

**20. Após a doença, como ficou sua atividade sexual?**

- não tenho atividade sexual  
 tenho interesse, mas não tenho atividade sexual  
 tenho pouca atividade sexual  
 minha atividade sexual está normal  
 minha atividade sexual aumentou

**25. Após a doença, como ficou sua crença religiosa?**

- nunca tive crença  
 tenho pouca crença  
 minha crença está normal  
 minha crença aumentou

**21. Você é capaz de realizar suas tarefas pessoais (higiene, vestir-se)?**

- não sou capaz de realizar minhas tarefas  
 sou capaz de realizar algumas tarefas  
 sou capaz de realizar quase todas minhas tarefas  
 sou capaz de realizar todas minhas tarefas

Apêndice B

TERMO

*Cada resposta tem escore crescente de 1 a 5;  
o escore total da escala será de 25 a 102  
representando a pior e a melhor qualidade de vida,  
respectivamente. Fonte: "Desenvolvimento e validação de  
escala para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer  
avançado" Newton Barros; orient. Algemir Lunardi Brunetto.  
Porto Alegre: UFRGS, 1996, 155f.:il*

RECIDO

Termo de consentimento para aplicação do instrumento que permite a avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes idosos internado com câncer, na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição/Porto Alegre/RS. Este projeto será realizado pela psicóloga Giani Figueiró Bueno, orientada pela Dra. Cledy Eliana Santos. As informações coletadas através deste projeto serão utilizadas para fins científicos, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em pacientes idosos com câncer internados na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Sra da Conceição, no ingresso e na alta deste paciente.

Por favor, leia com atenção as informações descritas abaixo:

1) A minha participação na pesquisa iniciará após a leitura e o esclarecimento de possíveis dúvidas e do meu consentimento livre e esclarecido por escrito. A assinatura deste termo será em duas vias, permanecendo uma delas comigo.

2) Serei informada sobre os procedimentos e resultados da minha participação no projeto e receberei esclarecimento sobre as dúvidas que possam surgir dela.

3) As informações coletadas no projeto não serão vinculadas a minha identidade, ou seja, permanecerei no anonimato. Apenas as pesquisadoras Giani Bueno e Cledy Eliana Santos terão acesso aos meus dados de identificação.

4) Os resultados desse projeto poderão ser apresentados em reuniões ou publicados em revistas da área da saúde; terei a garantia de que não serei identificada quanto à divulgação dos resultados.

5) Durante a minha participação na pesquisa receberei acompanhamento das pesquisadoras Giani Bueno e Cledy Eliana Santos

6) A minha participação no projeto é voluntária, posso concordar ou recusar em participar, bem como interromper ou cancelar a colaboração a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer prejuízo ao meu tratamento

8) A minha participação no projeto envolverá as seguintes etapas: no momento em que me cingulo a insituição hospitalar por meio da internação, realizarei uma avaliação de minha qualidade de vida, e no final em que estarei dando alta seria executado o mesmo procedimento.

9) As avaliações serão individuais, com dia e horário a ser determinado. O local para realização da pesquisa será no Ambulatório da Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

10) A minha participação no projeto será voluntária. Concordando ou recusando em participar, não obterei vantagem ou serei prejudicada durante as etapas da pesquisa.

11) Poderei interromper ou cancelar minha participação a qualquer momento.

12) Caso eu necessitar de maiores esclarecimentos sobre a minha participação no projeto, ou se eu quiser cancelar minha colaboração, entrarei em contato pessoal com a pesquisadora Giani Bueno pelo telefone (51) 96561962.

Ao assinar este documento, estou concordando formalmente em participar com o projeto que irá verificar a qualidade de vida em pacientes idosos com câncer internados na Unidade de Cuidados Paliativos.