



## Índice

Lista de Abreviaturas .....	3
Resumo.....	5
Palavras-Chave.....	6
Abstract .....	6
Key-Words. ....	7
Introdução.....	8
Métodos.....	10
1) Definição de Cuidados Paliativos .....	11
2) A importância dos Cuidados Paliativos nos Idosos como prioridade na Saúde Pública..	18
3) Desfazer Mitos sobre Cuidados Paliativos e Idosos.....	30
4) Cuidados Paliativos: As Necessidades e Os Direitos dos Idosos e Suas Famílias.....	34
5) Gestão da Dor em doentes idosos no fim da vida .....	42
6) Evidências de Subavaliação e Subtratamento .....	50
7) Algumas soluções para cuidados eficazes.....	55
Discussão e Conclusão .....	64
Bibliografia.....	70

## **Lista de Abreviaturas**

**APCP:** Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

**AGG:** Avaliação Geriátrica Global

**ANSNAP:** *Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient*

**AVC:** Acidente Vascular Cerebral

**CP:** Cuidados Paliativos

**DGS:** Direcção Geral de Saúde

**DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EAES:** Escala de Avaliação de Equipa de Suporte

**EAPC:** Associação Europeia de Cuidados Paliativos

**HRW:** Observatório dos Direitos Humanos

**IAHPC:** Associação Internacional de Cuidados Paliativos

**IAR:** Instrumento de Avaliação do Residente

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**RNCCI:** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SIDA:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SNA:** Sistema Nervoso Autónomo

**SNC:** Sistema Nervoso Central

**SNP:** Sistema Nervoso Periférico

**WPCA:** Aliança Mundial de Cuidados Paliativos

## Resumo

A população mundial, particularmente a dos países desenvolvidos, está cada vez mais envelhecida. O aumento da esperança média de vida, da prevalência de doenças crónicas e progressivas e das transformações da rede familiar são factores que vão ganhando importância na organização dos sistemas de saúde e dos recursos dirigidos aos doentes crónicos, pelo que urge uma necessidade crescente da aplicação de cuidados paliativos. Os cuidados paliativos procuram a prevenção e intervenção no sofrimento, melhorando a qualidade de vida, de pessoas com doenças incuráveis e/ou graves e debilitantes, abrangendo ainda o componente psicológico e espiritual, e o auxílio à família. A falta de consideração pelas alterações epidemiológicas da doença, o desconhecimento dos direitos subjacentes à população geriátrica, a desvalorização da avaliação e tratamento dos sintomas do idoso, as barreiras existentes à implementação dos cuidados paliativos e as implicações financeiras para os doentes e sistemas de Saúde, são algumas das dificuldades que os doentes enfrentam no fim da vida. A presente revisão pretende compilar a mais recente informação científica sobre necessidade e importância de cuidados paliativos do idoso no final da vida. O método utilizado foi a pesquisa nas bases de dados da PubMed e Medline de literatura científica referente aos Cuidados Paliativos na população idosa, mas também publicações sobre generalidades de cuidados paliativos, organização de Sistemas de Saúde, avaliação e tratamento da dor, cuidados continuados integrados e alterações demográficas, excluindo documentos não escritos em português ou inglês e anteriores a 1990. Esta análise chega à conclusão que os cuidados paliativos não se limitam a prestar cuidados de fim de vida, uma vez que uma intervenção precoce no curso da doença proporciona uma melhoria na qualidade de vida e diminuição de tratamentos caros e agressivos. Também evidencia a importância do novo olhar sobre os cuidados paliativos; a urgência de adaptar os modelos de cuidados a outros doentes não-oncológicos, com base na necessidade em vez do diagnóstico ou

prognóstico; e os benefícios destes cuidados. Os cuidados paliativos em idosos devem ser instituídos como parte integrante de todos os serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** cuidados paliativos, idosos, geriatria, fim de vida, qualidade de vida, avaliação de necessidades, envelhecimento, dor.

## **Abstract**

The world's population, particularly in developed countries, is increasingly ageing. The rise in life expectancy, the prevalence of chronic and progressive diseases and changes in the family network are factors that are gaining importance in the organization of health systems and chronic patient resources, emerging the need to apply palliative care. Palliative care act at prevention and intervention in suffering, improving the quality of life of people with incurable and/or serious and debilitating diseases. It also includes the psychological and spiritual component, and family assistance. The lack of consideration for diseases' epidemiological changes, geriatric population's rights, assessment and treatment of symptoms in older adults, the existing barriers to implementation of palliative care and financial implications for patients and health systems, are some of the difficulties that older patients face at the end of life. The present review aims to compile the latest scientific information on the need and importance of palliative care in older adults at the end of life. The used method was searching in PubMed and Medline's databases for scientific literature about palliative care in the elderly, and also publications on general palliative care, health systems' organization, assessment and treatment of pain, continued care and demographic changes. Documents not

written in Portuguese or English, or prior to 1990 were excluded. This analysis concludes that palliative care isn't limited to provide end of life care, since early intervention in the disease course provides an important improvement in quality of life and reduction in aggressive and expensive treatments. It also shows the importance of a new way of looking at palliative care, the urgency of adapting care models to non-cancer patients, based on their need rather than diagnosis or prognosis, and the benefits of such care in older patients. Palliative care in the elderly should be established as an integral part of all health services.

**Key-Words:** palliative care, older adults, elderly, geriatrics, end-of-life, quality of life, needs assessment, ageing, pain.

## Introdução

O envelhecimento é um processo inato a todas as espécies, porém no ser humano pode ser encarado de diferentes formas de acordo com cada um e com o seu contexto biopsicosocial.

Actualmente, verifica-se, em todo o mundo, sobretudo nos países desenvolvidos, um aumento do número de pessoas com idade superior a 65 anos (1), havendo um envelhecimento populacional com inversão da pirâmide demográfica. Várias são as transformações que Homem vive neste período da sua vida, deixando-o mais debilitado e vulnerável. Pelo que há um aumento da prevalência de doenças nesta faixa etária, que irão ter impacto no seu quotidiano.

Numa sociedade onde a cura da doença é o principal objectivo dos serviços de saúde, situações onde esta não é possível e se enfrenta (precocemente ao idealizado) a realidade indeclinável da morte, são consideradas verdadeiros fracassos da medicina. Uma vez na fase final da vida, observa-se ainda várias dificuldades na compreensão e prestação de serviços de saúde que auxiliem o doente perante o seu sofrimento (2). A Direcção Geral de Saúde (DGS) reconhece que, em geral, os centros de saúde se dedicam à promoção da saúde e à prevenção da doença; e os hospitais estão voltados para o tratamento activo da doença; pelo que, muitas vezes, a abordagem do doente terminal é condicionada por uma má preparação das infraestruturas e dos profissionais de saúde (2).

O aumento da esperança média de vida, da prevalência de doenças crónicas e progressivas e das transformações na rede familiar, são factores que vão tendo um papel cada vez mais importante na “organização do sistema de saúde e dos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos”(3); pelo que urge uma necessidade crescente da aplicação de Cuidados Continuados e, sobretudo, dos Cuidados Paliativos (3).



A instituição de um acompanhamento adequado do idoso passa por estar alerta quando deixa de haver hipóteses terapêuticas e passa a existir só sofrimento, de modo a providenciar um fim de vida digno, com direito a isenção da dor, melhoria da qualidade de vida e acompanhamento psicológico do doente e da sua família, incluindo no processo de luto (3–6). A resposta a estes problemas está na correcta aplicação dos Cuidados Paliativos (CP).

No passado, os cuidados paliativos eram prestados, sobretudo, a pacientes oncológicos. Felizmente, esta noção tem vindo a sofrer vários desenvolvimentos, devendo agora ser usada de forma mais ampla e integrada de modo mais abrangente por todos os serviços de saúde.

Existe ainda relativamente pouca investigação acerca da necessidade de cuidados paliativos no idoso no final da vida (7). Porém, é clara a necessidade de cuidados adequados a necessidades especiais e mais complexas, próprias da idade avançada (3,4). É, neste sentido, que surge a importância desta revisão, uma vez que pretende analisar dados e conhecimentos já existentes neste âmbito, preocupando-se em analisar e avaliar o impacto do envelhecimento populacional e aumento da esperança média de vida, analisar as alterações epidemiológicas das doenças, abordar as necessidades e dificuldades que o idoso enfrenta no fim da sua vida e a importância da aplicação dos Cuidados Paliativos no fim da vida.

Serão também discutidos os direitos subjacentes à população geriátrica, a desvalorização da avaliação e tratamento dos sintomas do idoso, as barreiras à implementação dos cuidados paliativos, as implicações financeiras para os Sistemas de Saúde e algumas políticas de Saúde Pública.

## **Métodos**

Os artigos científicos que serviram de base para esta revisão foram obtidos *online* através da pesquisa nas bases de dados Pubmed e Medline, disponibilizados pelos " Serviços de Documentação da Biblioteca Central dos Hospitais da Universidade de Coimbra". Também foram consideradas as publicações detidas nas seguintes organizações: Organização Mundial da Saúde, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Direcção Geral de Saúde e Instituto de Segurança Social.

Em geral, foram usados como critérios de inclusão, estudos e publicações sobre generalidades de Cuidados Paliativos, mas, sobretudo, Cuidados Paliativos na população idosa (termos utilizados "Palliative Care", "End-stage Life Care", "End-of-Life", "Quality of feath", "Older People", "Elderly"), Outros estudos analisados foram acerca da organização de Sistemas de Saúde, avaliação e tratamento da dor, cuidados continuados integrados e alterações demográficas. Foram excluídos os documentos não escritos em português ou inglês, bem como publicações anteriores a 1990.

## 1) Definição de Cuidados Paliativos

Em Portugal, os Cuidados Paliativos fazem parte dos Cuidados Continuados Integrados. Estes últimos são prestados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que “é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias” (8), independentemente da idade, todas têm direito a receber cuidados de saúde e apoio social, de acordo com a Tabela 1 (8). Tem como objectivo principal auxiliar o paciente na recuperação/manutenção da sua autonomia e maximização da sua qualidade de vida (8). Os objectivos específicos da RNCCI são apresentados na Tabela 2. A RNCII inclui: equipas hospitalares e domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social; unidades de ambulatório; e unidades de internamento, que podem ser de cuidados continuados de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, e de cuidados paliativos (8). Por fim, a RNCCI tem por base vários princípios (Tabela 3), tais como: promover a dignidade, a preservação da identidade, a privacidade, a informação, a não discriminação, a integridade física e moral, o exercício da cidadania e o consentimento informado das intervenções efectuadas (8).

Tabela 1: Situações elegíveis para o emprego de Cuidados Continuados Integrados, em Portugal, segundo o Instituto de Segurança Social (8).

Utentes com direito a Cuidados Continuados Integrados (em Portugal)
– Dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, cirurgia, etc.);
– Dependência funcional prolongada;

- Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença);
- Incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Tabela 2: Objectivos Específicos da RNCCI, segundo o Instituto de Segurança Social (8).

Objectivos Específicos da RNCCI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;</li> <li>- Promover a manutenção no domicílio das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;</li> <li>- Actuar através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;</li> <li>- Melhorar, de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;</li> <li>- Apoiar os familiares, ou prestadores informais, na sua formação e qualificação para melhorar a prestação dos cuidados;</li> <li>- Articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;</li> <li>- Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, em consequência da progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.</li> </ul>

Tabela 3: Princípios Base da RNCCI, segundo o Instituto de Segurança Social (8).

Princípios Base da RNCCI
<ul style="list-style-type: none"><li>– Prestação individualizada e humanizada de cuidados.</li><li>– Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.</li><li>– Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede.</li><li>– Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.</li><li>– Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados.</li><li>– Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia.</li><li>– Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.</li><li>– Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede.</li><li>– Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.</li><li>– Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.</li></ul>

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, como sendo “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico

limitado, e/ou grave (que ameaça a vida); através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”(3)(3–5).

Ainda acerca desta definição, a OMS ressalva que os cuidados paliativos: afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, daí que não tenham como propósito a provocar (ex: eutanásia) ou a atrasar com medidas invasivas sem sucesso terapêutico (ex: ““obstinação terapêutica” desadequada”(3)); providenciam alívio sintomático, bem-estar, qualidade de vida e, se possível, pretendem que os doentes tenham uma vida activa até à morte; têm em consideração o lado psicológico e espiritual do paciente; oferecem um sistema de suporte aos familiares durante a doença terminal e após a perda do ente querido; recorrem a uma abordagem multidisciplinar; são aplicáveis em estágios iniciais da doença, em conjunto com outras terapias para prolongamento do tempo de vida, como a quimioterapia ou radioterapia (3–5).

Para alcançar o seu objectivo de prevenção e intervenção no sofrimento de pacientes com doença grave e/ou incuráveis, devem integrar estratégias de controlo sintomático. Contudo, para ser considerado cuidados paliativos, essa abordagem não basta, é indispensável a actuação ao nível do sofrimento, através da comunicação adequada com o doente e sua família e haja um trabalho interdisciplinar (3).

Os cuidados paliativos devem ser providenciados quando surge uma necessidade e antes que se tornem incontroláveis. A aplicação de cuidados paliativos não deve ser restricta a equipas especializadas de cuidados paliativos, serviços de cuidados paliativos ou centros de idosos, estes devem ser parte integrante dos cuidados gerais e acontecerem em qualquer departamento e contexto (4).

No início da aplicação de cuidados paliativos, estes destinavam-se apenas a doentes oncológicos, em estádios terminais da doença. Contudo, com a aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento da palição e ainda por aspectos éticos de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, os casos de insuficiência avançada de órgão (cardíaca, renal, hepática, respiratória), a SIDA em fase terminal, as doenças neurológicas degenerativas, a demência em estágio muito avançado, a fibrose quística, entre outras, passaram a estar incluídas no conjunto de patologias cujos doentes em muito beneficiarão do plano de cuidados paliativos (3).

Desta forma, os doentes elegíveis para usufruto desta modalidade de cuidados são os pacientes com patologias incuráveis e avançadas, e os que apresentam doença grave e debilitante, ainda que curável (3). Neste caso, servem como cuidados de suporte e não de fim de vida. Actualmente, encaram-se os cuidados paliativos como “uma intervenção estruturada e rigorosa nas doenças crónicas e progressivas, nas que provocam grande sofrimento, podendo intervir desde o diagnóstico e assumindo uma dimensão cada vez maior à medida que as necessidades dos doentes assim o justificam (Modelo de “Transição Progressiva”) (3) (Figura 1).



Figura 1: Modelo de Transição Progressiva – Alocação e prestação de cuidados aos doentes com cancro/doença avançada- adaptado de OMS 1996 e APCP 2006 (3)

O tipo de cuidados paliativos oferecidos aos doentes depende do tipo de necessidades apresentadas, onde existe um elevado grau de sofrimento associado a doença, e não única e

exclusivamente do diagnóstico. É, hoje em dia, consensual que os doentes oncológicos e não-oncológicos, em diferentes fases da doença, carecem todos destes serviços. Tendo trajetórias de doença distintas, a duração destes cuidados será inevitavelmente desigual. Geralmente, verifica-se que os doentes oncológicos têm fases terminais mais rápidas (semanas/meses) e nos doentes não-oncológicos, este período, poderá ser mais prolongado (meses/anos) (3).

Na tentativa de descrever as fases da doença e os níveis de complexidade dos doentes em cuidados paliativos, foi apresentada pela *Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient (ANSNAP) Classification* quatro fases paliativas, em função do estágio da doença, pertencendo a cada uma diferentes níveis de complexidade: Fase Aguda, diz respeito ao desenvolvimento inesperado de um problema ou aumento da gravidade dos problemas já existentes; Fase Em Deterioração, caracterizada por um desenvolvimento gradual de problemas, sem que haja necessidade de uma alteração súbita na gestão da situação; Fase Terminal, quando a morte está iminente (dias ou horas) e não se prevê intervenções agudas; e Fase Estável, onde estão incluídos os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores (3). Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (3), deve-se ainda acrescentar uma quinta tipologia, específica, referente ao apoio prestado no luto.

Contribuem ainda como elementos de complexidade de um doente: o número de sintomas, a situação emocional, a evolução da doença, a relação e/ou problemas familiares, as questões éticas envolvidas, o tipo e a quantidade de recursos associados às terapêuticas, e outros mais (3).

A resposta às necessidades dos diferentes grupos de doentes com doença grave e terminal passa pela criação de uma rede alargada e integrada de serviços, que abranja desde o domicílio aos cuidados em unidades de internamento específicas e em hospitais de agudos, passando peãs instituições de cuidados de longa duração (3).



A oferta de cuidados paliativos tem associadas vantagens claras para os doentes, famílias e serviços (3). Estes procuram promover a qualidade de vida e dignidade do doente até ao final da vida, o que leva a uma maior aceitação e procura deste tipo de cuidados (9).

## **2) A importância dos Cuidados Paliativos nos Idosos como prioridade na Saúde Pública**

### Envelhecimento da População

A população mundial, particularmente a dos países desenvolvidos, está cada vez mais envelhecida (Figura 2) (4,10).

Em 2010, o número estimado de pessoas com 65 ou mais anos de idade era de 524 milhões, 8% da população mundial. Em 2050, este número deverá quase triplicar, para cerca de 1,5 bilhões, o que representará 16% da população do mundo. Embora os países mais desenvolvidos apresentem os perfis mais envelhecidos da população, a grande maioria das pessoas idosas - e das populações a envelhecerem mais rapidamente - estão em países menos desenvolvidos. Entre 2010 e 2050, o número de pessoas idosas nos países menos desenvolvidos, deverá aumentar mais de 250%, em comparação com o aumento previsto de 71% nos países desenvolvidos (10).

Este facto deve-se à actual diminuição da natalidade e ao aumento da esperança média de vida. Para isso, ao longo das últimas décadas, muito tem contribuído a melhoria da saúde pública, com a prevenção e tratamento de doenças infecciosas, aumento das condições sanitárias e de higiene, melhoria da dieta e nutrição e novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, que conduziram a uma enorme redução do número de óbitos durante a infância e juventude (4). Desta forma, mais pessoas estão a viver durante mais tempo e menos crianças fazem parte da população, conseqüentemente, a percentagem de adultos que ultrapassa os 65 anos é mais elevada (Figura 3), e vai ainda aumentar mais nos próximos anos (4,10).

Nos países mais desenvolvidos, a taxa de fertilidade caiu abaixo da taxa de renovação de dois nados vivos por mulher, na década de 1970, que já era inferior aos cerca de três filhos por

mulher, em 1950. Para contribuir ainda mais para o envelhecimento da população, verificou-se que a taxa de fertilidade diminuiu a uma velocidade surpreendente em muitos países menos desenvolvidos, desde uma média de seis crianças em 1950, para uma média de duas ou três crianças em 2005. Em 2006, a fertilidade era igual ou inferior ao valor de duas crianças de renovação em 44 países menos desenvolvidos. (10)

Ao longo de décadas, as nações mais desenvolvidas tiveram a oportunidade de fazer um ajustamento gradual a esta mudança das faixas etárias. Por exemplo, a França precisou de mais de 100 anos para que a fracção da população idosa subisse de 7% para 14%. Por outro lado, muitos países menos desenvolvidos estão a viver um aumento rápido do número e percentagem de pessoas idosas, sendo, muitas vezes, observado dentro de uma única geração (Figura 4). Por exemplo, o mesmo envelhecimento demográfico, que se desencadeou ao longo de mais de um século na França, irá ocorrer em apenas duas décadas no Brasil. Desta forma, os países em desenvolvimento e menos desenvolvidos terão de se adaptar rapidamente a esta nova realidade e aplicar novas políticas que garantam a segurança financeira das pessoas mais velhas, proporcionem a saúde e assistência social que estas necessitam, sem, para isso, terem o mesmo período de crescimento económico das sociedades mais desenvolvidas. Estas alterações serão verdadeiros desafios aos sistemas nacionais de saúde e às infraestruturas existentes. Em outras palavras, alguns países poderão vir a envelhecer antes de crescerem economicamente. (10)

Em Portugal, os indicadores demográficos, obtidos nos Censos 2011, apontam uma redução de 15% da população jovem e um aumento de 19% da população idosa, em relação aos dados de 2001. A Figura 5 mostra a diminuição da base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargamento do topo, com o crescimento da população mais idosa. Em 2011, o número de habitantes, em Portugal, com idade igual ou superior a 65 anos, já ultrapassava os 2 milhões de pessoas (Tabela 4). (11)

Figura 2: Distribuição Mundial da População com idade igual ou superior a 65 anos, fonte:  
The World Bank (12)

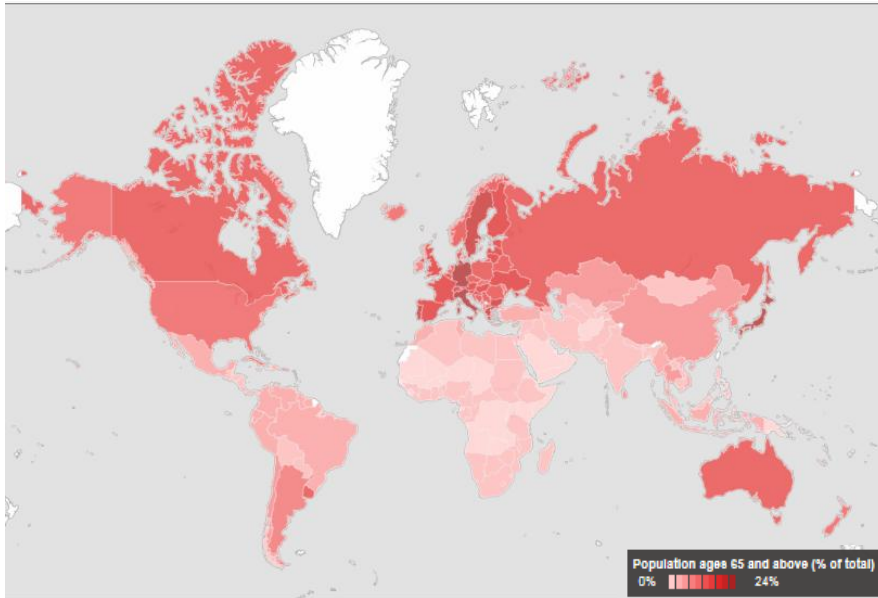


Figura 3: Percentagem Global de População Infantil em relação à População Idosa, entre 1950-2050. Fonte: Nações Unidas (13)

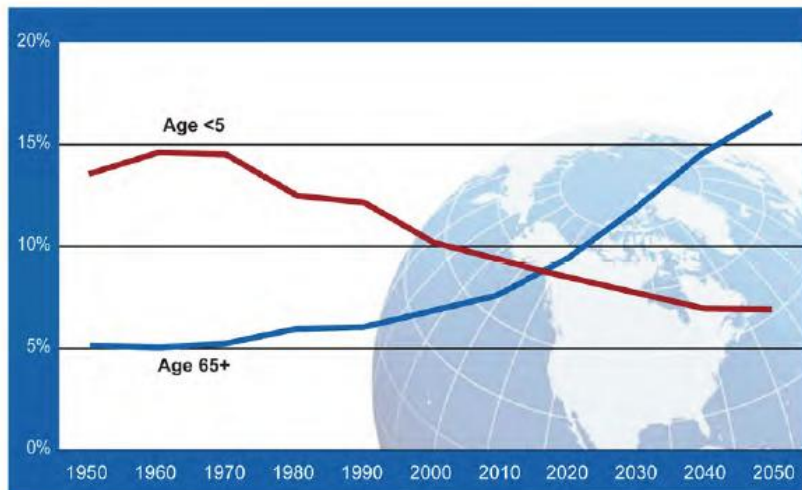


Figura 4: A rapidez de Envelhecimento Populacional. Tempo necessário ou esperado para uma percentagem da população com 65 ou mais anos de idade aumentar de 7 para 14%.

Fonte: OMS (10)

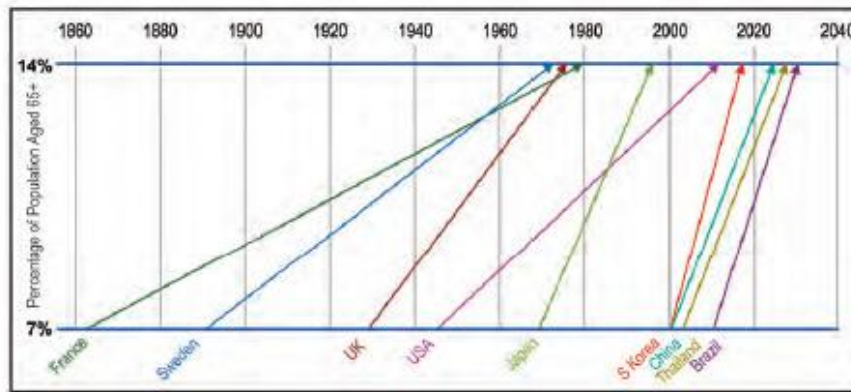


Figura 5: Estrutura etária da população residente em Portugal, por sexo, em 2001 e 2011.

Fonte: Censos 2011 (11)

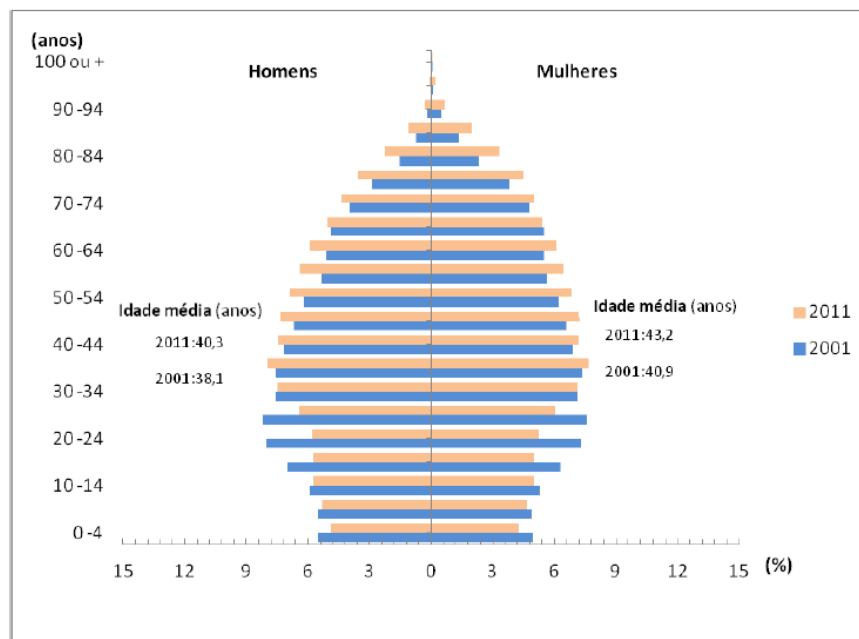


Tabela 4: Estrutura etária da população, em Portugal, em 2001 e 2011.

Fonte: Censos 2011 (11)

Portugal	2001		2011	
	Nº	%	Nº	%
<b>Estrutura Etária</b>				
0-14 anos	1 656 602	16,0	1 572 329	14,9
15-24 anos	1 479 587	14,3	1 147 315	10,9
25-64 anos	5 526 435	53,4	5 832 470	55,2
65 ou mais anos	1 693 493	16,4	2 010 064	19,0

### Aumento da Esperança Média de Vida

No último século, verificou-se um aumento da esperança média de vida das populações, a nível mundial. Se em 1900, a maioria dos bebés nascidos, não ultrapassava 50 anos de idade, hoje, ao nascer, existe uma expectativa de vida que já ultrapassa 83 anos no Japão, o actual líder, e é de, pelo menos, 81 anos, em vários outros países, como a Suécia, França e Alemanha. A maioria dos países menos desenvolvidos tem também vivido um aumento constante da esperança de vida, sobretudo desde a Segunda Guerra Mundial. (4,10)

Para esta importante transformação, contribuiu a aplicação e melhoria das directrizes de Saúde Pública, e a mudança nas principais causas de morte e de doença, isto é, passou-se de uma grande prevalência de doenças infecciosas e parasitárias para uma grande frequência de doenças crónicas e não infecto-contagiosas. No início das sociedades não-industriais, o risco de morte era elevado em todas as idades e apenas uma pequena percentagem de pessoas que atingiam idade mais velha. Nas sociedades modernas, a maioria das pessoas ultrapassam a meia-idade e observa-se que as mortes são grandemente concentradas nas idades mais avançadas. (4,10)

Apesar do investimento na melhoria das condições higieno-sanitárias, da nutrição e da diminuição da prevalência e transmissão de doenças infecciosas, não foi antecipado tal aumento (progressivo) da sobrevivência nestes grupos etários mais velhos, pelo que surgem questões sobre o quanto a esperança média de vida pode realmente subir e sobre a duração potencial da vida humana (10). Alguns investigadores supõem que esperança de vida deva estar próxima de um limite superior, porém os dados sobre expectativa de vida, entre 1840 e 2007, mostram um aumento constante, em média, de cerca de três meses de vida por ano (10).

Um outro aspecto que se verifica com o envelhecimento demográfico é as diferenças existentes relativamente ao sexo (4,13,14). A esperança média de vida é superior nas mulheres (4,13). Verifica-se ainda a sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias (4,10,13,14) e uma maior prevalência de mulheres idosas (4,13,14). Segundo os dados das Nações Unidas, em 2000, o número de mulheres era superior ao número de homens em quase 4 para 3 em idades de 65 anos ou mais, e de quase 2 para 1 em idades de 80 ou mais (4,13).

A esperança de vida está também a subir dentro da própria população idosa. Os “idosos mais velhos” (pessoas com 85 anos ou mais de idade) constituem 8% da população mundial com 65 ou mais anos de idade (12% nos países mais desenvolvidos e 6% nos países menos desenvolvidos). Em muitos países, os “idosos mais velhos” são agora a parte da população total com o crescimento mais rápido. A nível global, a população com mais de 85 anos deverá aumentar 351% entre 2010 e 2050, em comparação com um aumento de 188% para a população de 65 ou mais anos e um aumento de 22% para a população com menos de 65 anos de idade. (10)

O número global de centenários (indivíduos com idade igual ou superior a 100 anos de idade) está projetado para aumentar 10 vezes entre 2010 e 2050. Em meados da década de 1990, alguns pesquisadores estimaram que, ao longo da história humana, a probabilidade de viver

até aos 100 anos, pode ter subido de 1 em 20 milhões para 1 em 50, no caso de mulheres que vivem países com baixa mortalidade, como o Japão e Suécia. (10,15)

Em Portugal, verificou-se um aumento gradual do índice de longevidade, verificando-se que, em 2011, este era de 48, face a 41 em 2001 e 39 em 1991. Este índice relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos. (11)

### Alterações na epidemiologia da doença

Com o envelhecimento da população, também o padrão das doenças que as pessoas sofrem e das quais morrem, alterou (3,4). De modo crescente, mais pessoas são vítimas de doenças crónicas graves (como: cancro e patologia cardíaca, cerebrovascular ou respiratória) (Tabela 5), pelo que é, por vezes, difícil identificar uma causa de morte, uma vez que a maioria dos idosos sofre de vários problemas simultaneamente (4).

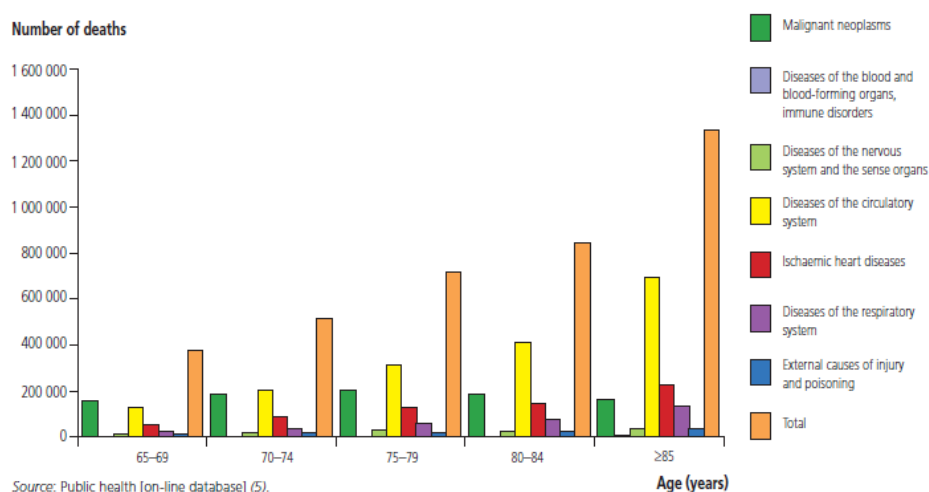
Os cuidados paliativos tem, tradicionalmente, sido oferecido a pessoas com cancro, mas as pessoas com idades entre 85 anos e mais velhos são mais propensos a morrer de doenças cardiovasculares do que o cancro. Para melhor atender às necessidades das pessoas idosas no futuro é necessário melhorar e alargar o acesso aos cuidados paliativos para incluir pessoas que morrem de outras doenças que não o cancro e que têm múltiplas doenças (4,16). Na Figura 6, é mostrada a relação entre as principais causas de morte e a variação da idade, em 27 países da União Europeia.



Tabela 5: Principais causas de morte previstas para 2020 e comparação com a ordem destas em 1990, adaptado de OMS (2004)

	Ordem Prevista para 2020	Ordem Observada em 1990
Cardiopatia isquêmica	1	1
Doença Cerebrovascular (incluindo AVC)	2	2
DPOC	3	6
Infecções Respiratórias Baixas	4	3
Cancro do Pulmão, Traqueia e Brônquico	5	10

Figura 6: Número de mortes de acordo com as diferentes causas e faixa etária, em 27 países da União Europeia. Origem: OMS 2011 (16)



Com o prolongamento da longevidade, constata-se que a população idosa apresenta maior prevalência de co-morbilidades. Contudo, permanece ainda a dúvida se o aumento do tempo médio de vida está inevitavelmente relacionado com o aumento das incapacidades. Alguns estudos e previsões optimistas (17) sugerem que, no futuro, haverá uma menor prevalência de incapacidades à medida que o envelhecimento ocorre. Todavia, se mais pessoas viverem mais anos e se houver um aumento da frequência de doenças crónicas com a idade, então o número de pessoas, numa população, a viverem com os efeitos das patologias, irá aumentar. Isto significa que irá haver mais pessoas a necessitarem de alguma forma de ajuda durante a fase terminal. (4,14,18).

A OMS afirmou, em 2002, que a constatação do envelhecimento populacional é um dos grandes triunfos da Humanidade. Porém, resta descobrir e dar resposta a um desafio: “Vivemos mais, mas será que vivemos melhor?” (14).

#### O aumento da idade dos cuidadores e as implicações da função

Como já foi dito anteriormente, a taxa de natalidade tem vindo a diminuir progressivamente (4,10) e, conseqüentemente, a taxa infantil e de população jovem é também afectada. Logo, a média de idades dos cuidadores está também a aumentar. Estes são, tradicionalmente, mulheres (4). Verifica-se que a proporção entre o número de pessoas em idade activa de trabalho e o número de idosos está a diminuir, pelo que menor número de pessoas conseguirá ter tempo para prestar suporte e cuidados aos idosos (4,11).

Hoje em dia, as famílias tornaram-se menores, mais dispersas e variadas, afectadas pelo aumento da migração, do divórcio e das pressões externas (4). Com poucas excepções, as famílias querem prestar os melhores cuidados que podem aos membros mais velhos das suas

famílias (4). No entanto, os sistemas de saúde não são constantes no grau e quantidade de ajuda que fornecem aos cuidadores, quer aos que auxiliam em casa, quer aos que precisam de apoio financeiro para oferecer cuidados institucionais na fase terminal da vida do familiar, isto é, existe uma razoável variabilidade (3,4). Algumas famílias com membros mais velhos, que necessitam de cuidados a tempo inteiro, vão deparar-se com um custo financeiro e fardo incontroláveis, e pode mesmo ser insuportável para os idosos que ainda cuidam dos seus cônjuges sozinhos, em casa (4).

### Implicações financeiras para os sistemas de saúde

O número crescente de pessoas idosas irá, sem dúvida, desafiar os sistemas de saúde, no que diz respeito à prestação de cuidados mais eficazes e com compaixão, no fim da vida. Contudo, isto não significa, necessariamente, que o custo dos cuidados para as pessoas nos últimos anos de vida ultrapassará o financiamento dos serviços de saúde gerais (4).

Cada sistema de saúde apresenta uma diferente proporção do seu produto nacional bruto gasto em cuidados de saúde para os idosos. Comparando com os valores internacionais, não se verifica nenhuma relação consistente entre essa proporção e a proporção de pessoas mais velhas no país (4).

Os avanços médicos têm permitido cada vez mais que a vida seja prolongada a idades mais avançadas, o que faz com que isso seja, muitas vezes, visto como uma despesa extra (4). No entanto, estudos recentes sugerem que gastar mais, não está directamente relacionado com a prestação de cuidados de maior qualidade, um melhor acesso aos cuidados ou melhores resultados ou satisfação com o atendimento hospitalar (3,4). Entrevistas com pacientes gravemente doentes revelam que mais do que um em cada três, que prefeririam receber

cuidados paliativos ou "de conforto", acreditam que a sua assistência médica está em desacordo com a sua preferência. Esta incoerência entre a preferência e a acção está associada a maiores custos de cuidados de saúde, porém também se verifica um aumento da sobrevivência de 1 ano, nestas situações (4,6,19).

A APCP procedeu a uma avaliação e revisão sistemática de 44 estudos sobre a prática de cuidados paliativos, até 2000, em diferentes contextos, desde cuidados domiciliários até a unidades de referência, que evidenciaram a existência de benefícios a nível do controlo sintomático, da satisfação dos utilizadores e da avaliação económica efectuada, sendo que os cuidados domiciliários apresentavam benefícios mais marcados (3). A revisão da APCP descreve ainda alguns estudos que mostram vantagem na redução de admissões em instituições de agudos e aumento de prestação de cuidados paliativos, em termos de sofrimento para doente e família, e custos totais (3).

O papel dos cuidados de saúde não pode, portanto, passar por procurar uma solução barata para os problemas do envelhecimento, mas deve fornecer “pacotes de cuidados” para as pessoas em diferentes situações, que têm devidamente em conta as suas necessidades e os seus desejos (3,4,6,16).

### Implicações dos custos dos cuidados paliativos para o doente

O medo de falecer sozinho ou ser abandonado é um problema real para os idosos. Os problemas de mobilidade, a perda da capacidade de conduzir e a perda de independência financeira, vão ter impacto na autoestima do doente e, conseqüentemente, na progressão da doença (20). Se a esta situação, se juntar o caso de o doente não ter parentes com

disponibilidade de cuidar por eles, não apresentar capacidade económica de suportar os custos envolvidos com as instituições de apoio à terceira idade, então teremos um doente que se vê confinado a enfrentar a morte e os períodos que o antecedem sozinhos (20). Este facto pode condicionar a ajuda médica enquanto ainda é possível, visto que o doente pode não estar consciente das alterações patológicas que está a vivenciar e não tem ninguém que as detecte. Este abandono ou medo de abandono pode conduzir a estados depressivos com perda da vontade de viver (20).

### **3) Desfazer Mitos sobre Cuidados Paliativos e Idosos**

Em Portugal, verifica-se que muitas entidades ainda não conseguem ver a Geriatria como uma especialidade médica, que, por direito, possui fundamentos e autonomia próprios, pelo que se trata de uma área ainda desconhecida para muitas pessoas e não tão apoiada a investigação. Com a dilatação da longevidade e o aumento da procura pela resposta médica adequada a estes doentes, a Geriatria tem ganho espaço e adeptos no âmbito da Saúde. Contudo, existe ainda um grande desconhecimento em vários campos e diversos mitos, que devem ser esclarecidos. Alguns mitos antigos podem confinar a pesquisa e dificultar o atendimento das pessoas mais velhas de cuidados paliativos (21).

Os doentes idosos com cancro são a maior população a receber serviços de cuidados paliativos nos países desenvolvidos (4,16,21). A Sociedade de Enfermagem Oncológica e o Consórcio de Oncologia Geriátrica elaboraram em conjunto diretrizes a adoptar em doentes oncológicos geriátricos e forneceram alguns princípios para guiar investigadores e profissionais da saúde, visto tratarem-se de pacientes com necessidades únicas (21).

Entre os vários mitos na literatura e na investigação actual acerca dos cuidados paliativos e população geriátrica, os mais importantes são: as características dos adultos mais velhos (idosos) são iguais à dos adultos mais novos; todos os idosos são iguais; otimizar a função e alcançar qualidade de vida não são importantes resultados no tratamento (21).

#### **1. Adultos mais velhos (idosos) são iguais aos adultos mais novos**

A maioria dos relatórios de investigação paliativa revistos parecem não fazer distinção entre adultos idosos e adultos mais jovens (21).

*Duggleby e Raudonis* (21) conduziram a uma extensa pesquisa de estudos sobre cuidados paliativos, pacientes terminais e asilos e apenas 2,9% destes focaram doentes idosos. A maioria da literatura científica (97%) abrange doentes de todas as idades, focando na utilização dos serviços de saúde, testes clínicos, qualidade de vida e nas necessidades físicas, psicológicas e espirituais dos doentes de cuidados paliativos (21). Nestes estudos, os idosos são vistos como os adultos jovens.

Este mito assume que os diferentes grupos de adultos das diferentes faixas etárias têm as mesmas preferências pelos serviços e as mesmas necessidades dos mesmos, assim como obtêm respostas similares às intervenções paliativas (21). Esta assunção é inconsistente com o conhecimento das mudanças físicas, psicossociais e espirituais ocorridas durante o processo normal de envelhecimento (4,6,21). As alterações normais no envelhecimento influenciam a apresentação dos sintomas, resposta ao tratamento e as necessidades de tratamento dos idosos a receber cuidados paliativos (4,6,16,21,22).

## 2. Todos os idosos são iguais

O grupo constituído por pessoas com idade superior a 65 anos constitui o grupo etário mais heterogéneo em termos de condição física, capacidade intelectual e função psicológica (21). Os doentes paliativos são caracterizados por apresentarem co-morbilidades respeitantes à doença originária, que geralmente é uma patologia grave com muitos sintomas, progressão da condição clínica e tempo de vida limitado (4,6,21). Como a heterogeneidade com o envelhecimento é ainda mais complicada pela doença, doentes geriátricos a receber cuidados paliativos devem ser ainda mais heterogéneos do que simples doentes geriátricos (21).

A idade cronológica é muitas vezes usada na investigação como indicador de envelhecimento. Contudo, reconhecer a heterogeneidade nos idosos, é apenas uma medida limitada, logo outras ferramentas de medição devem ser usadas. Infelizmente, a falta de marcadores

fisiológicos para o envelhecimento biológico, psicológico e sócio-cultural torna complicada a identificação do início da velhice. Todavia, outras medidas, como a condição física, podem ser úteis à investigação (21).

A maioria dos estudos sobre esta questão acabam por usar a idade cronológica como marcador de envelhecimento (21). Porém, outros estudos parecem usar um marcador do estado funcional, como a Escala de Performance Paliativa (21,22). A Escala de Performance Paliativa é usada para medir a performance funcional e o declínio progressivo nos pacientes de cuidados paliativos (21), mas esta não foi validada para pacientes de cuidados paliativos idosos. Reconhecer a heterogeneidade do grupo de idosos a receber cuidados paliativos é difícil sem as ferramentas de avaliação funcional adequadas (21).

### 3. Optimizar a função e prevenir o declínio funcional não são importantes

A função e o declínio funcional não são geralmente as áreas de interesse na investigação dos cuidados paliativos em doentes geriátricos (21). Contudo, o declínio funcional é uma grande preocupação para os pacientes de cuidados paliativos (3,4,14,21). Doentes idosos terminais vivenciam, muitas vezes, o luto quando deixam de ter capacidades de realizar actividades físicas de rotina, uma vez que a sua identidade e o sentimento de controlo estão ligados à realização destas actividades, pelo que este condicionamento terá impacto importante no “Eu” e na auto-estima de cada um dos doentes (21). O declínio funcional nos doentes de cuidados paliativos, com resultante perda de independência, têm também demonstrado diminuir a dignidade e a qualidade de vida da pessoa em causa, conduzindo a dor psicossocial (9,21). Deste modo, juntamente com os riscos associados ao declínio funcional, como quedas, os riscos para os doentes paliativos também incluem trauma psicossocial e diminuição da qualidade de vida (21).



Optimizar a função é um dos objectivos dos cuidados paliativos definidos pelas Diretrizes do *National Consensus Project* (23) para a prática clínica de cuidados paliativos de qualidade (21). Estratégias para melhorar a resistência e conservar a energia podem ser uma forma de manter a função otimizada e minimizar o declínio funcional e contribuir para a qualidade de vida do doente idoso (21).

#### 4. A Qualidade de vida não é um resultado importante nos idosos com cuidados paliativos

A qualidade de vida para os pacientes de cuidados paliativos e suas famílias constitui claramente um objectivo dos cuidados paliativos (4–6,21). No entanto, não foi focado na investigação dos doentes idosos (21). Uma razão para este défice, pode ser a falta de instrumentos adequados à medição da qualidade de vida (21), isto é, ferramentas de medição específicas para faixa etária superior a 65 anos (21).

A qualidade de vida deve ser definida diferentemente para adultos idosos e para adultos jovens (21). O domínio existencial pode ter importância para definir a qualidade de vida para adultos idosos, que procuram o significado da vida, porém não está sempre incluída nos instrumentos qualidade de vida (21). Trata-se de uma forma de alimentar esperança e como que um processo que ajuda a suportar o sofrimento (21).

#### **4) Cuidados Paliativos: As Necessidades e Os Direitos dos Idosos e Suas Famílias**

##### As necessidades dos idosos no final da vida

Os doentes idosos fruem de necessidades diferentes da dos doentes mais jovens, pois apresentam patologias diferentes e, frequentemente, mais complexas; logo é importante uma adequação das terapêuticas e cuidados instituídos (4,22).

Desta forma, os principais diferenciais entre o doente idoso e o jovem são o facto de os idosos apresentarem, mais comumente, vários problemas de saúde simultâneos, com graus de gravidade variável, cujo efeito cumulativo poderá condicionar maior prejuízo funcional e, conseqüentemente, aumentar a necessidade de cuidados. Os doentes idosos têm ainda maior risco de desenvolver reacções adversas medicamentosas e doenças iatrogénicas. Por outro lado, os problemas derivados de doença aguda podem ser sobrepostos ao prejuízo físico e mental já existente, à dificuldade económica e ao isolamento social, habituais entre idosos. Também os problemas menos preocupantes/inferiores, do ponto de vista médico, poderão ter um impacto psicológico maior nesta classe (4,18,22).

Vários estudos investigaram a complexidade dos problemas dos doentes idosos nos seus últimos anos de vida e sugerem que existe uma acentuação da prevalência de problemas de controlo vesical e intestinal (4,6,18,20), confusão mental (4,6,18,20), dificuldade de audição e visão (4,20), tonturas com o envelhecimento (4) e quedas (18).

Todas as áreas da saúde que providenciam cuidados paliativos ao idoso reconhecem a amplitude das suas necessidades, visto que, para além dos problemas e dificuldades que surgem com a idade, no último ano das suas vidas, os idosos lidam com os inconvenientes causados pela patologia terminal. Como é mais complicado prever o curso das doenças

crónicas em doentes com idade avançada, os cuidados paliativos deveriam, por isso, ser baseados nas necessidades do paciente e da sua família e não no prognóstico (4,6,16,18).

### Curso das doenças

Existem 4 domínios principais do curso da doença: morte súbita, doença terminal, falência orgânica e debilidade (4,6,18) (Figura 7). Os cuidados paliativos estão focados em cobrir as necessidades de todos estes ítems, excepto morte súbita (6), pois trata-se de patologia inesperada e sem nenhum grau de incapacidade prévio (Figura 7A).

O melhor exemplo de doença terminal é o cancro, o de falência orgânica é a insuficiência cardíaca ou renal, e o de debilidade são os casos de demência e Doença de Parkinson (6).

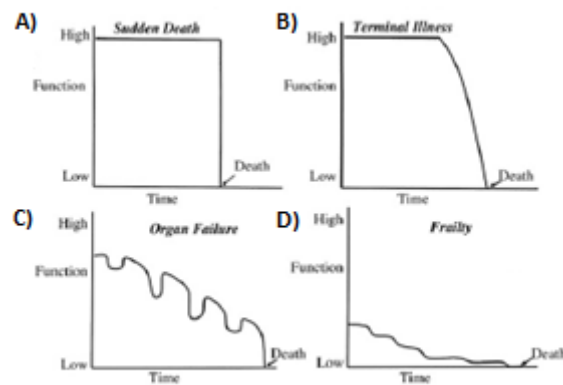


Figura 7: Trajectória teórica da morte: A) Morte Súbita, B) Doença Terminal, C) Falência Orgânica, D) Debilidade; a figura mostra como ocorre a perda de capacidade funcional com o tempo de evolução da doença, de acordo com a patologia; adaptado de: Rosenberg, M;

Lamba, Sangeeta; Misra, Sumi (6)

## A. Cancro

O termo cancro inclui muitas doenças que provocam vários problemas de acordo com a localização no organismo (4,6,14,18). A patologia é mais comum com o envelhecimento e, segundo a OMS (4), 75% das mortes que ocorrem por cancro, acontecem em indivíduos com idade superior a 65 anos. Em geral, as mulheres são mais vulgarmente afectadas por cancro da mama, do pulmão e colorrectal, enquanto que os homens pelo cancro da próstata e colorrectal (4,24). Os pacientes são submetidos a tratamento curativo e não-curativo à medida que se aproximam da morte ou da cura (6). O prognóstico para cada indivíduo depende da extensão e crescimento do tumor e da resposta ao tratamento, que pode incluir cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia (4). Habitualmente, os doentes não ficam restringidos nas suas actividades até aos estádios terminais, altura em que deixa de haver resposta à terapêutica. São doentes que exigem maior atenção do ponto de vista psicológico e emocional; e requerem suporte e informação desde a altura do diagnóstico de doença terminal (4,14). Em geral, estudos mostram que os pacientes precisam de mais informação, apreciam a comunicação clara da situação, querem estar envolvidos na tomada da decisão e receber melhor e mais adequado acompanhamento psicológico, que devem ser prestados desde o dia do diagnóstico (4) (Figura 7B).

## B. Insuficiência Cardíaca

A insuficiência cardíaca afecta mais do que uma em cada dez pessoas com idade superior a 70 anos e, em 80% destes casos, a mortalidade em 5 anos é significativamente superior à de em vários cancros (4). O curso da doença é,

geralmente, uma exacerbação intermitente dos sintomas, como de falta de ar e dor torácica, causando grande incômodo ao doente, seguido pelo regresso gradual, ou aproximado, ao nível de função anterior (4,6). A morte pode surgir por um processo de declínio gradual ou subitamente, durante uma crise (4,6). A cada exacerbação verifica-se, habitualmente, certo grau de perda funcional (6). Contudo, apesar de ter havido uma grande evolução no tratamento dos sintomas e crises, verifica-se que os doentes e as suas famílias têm dificuldade em compreender e gerir os complexos esquemas terapêuticos medicamentosos. Os doentes com insuficiência cardíaca parecem ter menor conhecimento formal do seu diagnóstico e prognóstico, pois parece haver uma falta de comunicação aberta entre o profissional de saúde e o doente sobre o tema, muito provavelmente, por ser difícil prever o futuro da situação do doente, e má coordenação dos cuidados (4) (Figura 7C).

### C. Demência

A prevalência da demência aumenta com a idade, verifica-se valor próximo de 1% entre indivíduos dos 60-65 anos de idade para aproximadamente 40% nos idosos com idade superior a 85 anos (18). O tipo de demência mais comum é a doença de Alzheimer, com uma prevalência de 50% para 60% (25). O tempo de sobrevida médio, desde o diagnóstico até à morte, é de 8 anos; e, durante este tempo, existe uma deterioração progressiva das capacidades e consciência (4,25).

Os sintomas mais comuns incluem: confusão mental, incontinência urinária, dor, mau humor, prisão de ventre e perda de apetite (4,18,25). Resulta em um fardo/peso físico e emocional para os elementos da família, cada dia maior, visto que experienciam o luto à medida que vão perdendo lentamente a pessoa que conheciam (16,18). Nestas

situações, muitas questões éticas são levantadas, uma vez que o doente perde a capacidade de comunicar as suas vontades. Os problemas actuais põem em causa o uso de antibióticos no tratamento da pneumonia e o uso de tubos de alimentação em desidratação e desnutrição (4,25). Todavia, menos de 1% dos pacientes a viver em instituições de cuidados paliativos, apresentam o diagnóstico primário de demência (4).

### As necessidades dos Cuidadores

A importância dos cuidadores de idosos doentes foi reconhecida há pouco tempo. Existe ainda relativamente pouco conhecimento formal acerca das suas necessidades, embora as suas funções variem consideravelmente. Estas podem ser desde extremamente íntimas, como ajudar a tomar banho, a vestir, a limpar; a extremamente pesadas, como levantar pesos. Este tipo de cuidados é, habitualmente, realizado por pessoas com laços relacionais próximos e que, geralmente, vivem na mesma casa. Os cuidadores são motivados pelo amor que nutrem e pelo desejo de manter, o máximo de tempo possível, o ente longe de uma instituição. Porém, a responsabilidade e carga de cuidados pode conduzir, com o tempo, ao aparecimento de conflito de emoções, dificuldades em lidar com mudanças de personalidade e comportamento, restrições na própria vida pessoal e aumento drástico dos gastos económicos (3,4).

O cuidar a longo prazo de parentes idosos doentes é um trabalho não pago e sem qualificação, que pode prejudicar a saúde, bem-estar e segurança financeira dos próprios cuidadores (3,4).

## Uma nova forma de olhar sobre os cuidados paliativos

Com o envelhecimento populacional, desenvolvem-se novas necessidades, pelo que os sistemas de cuidados de saúde precisam de ser igualmente flexíveis nas suas respostas e percepções sobre a necessidade de mudança nos cuidados paliativos (2–4,6,14,16).

Tradicionalmente, os cuidados paliativos têm sido oferecidos em maior percentagem a doentes com cancro, sobretudo devido ao curso da doença ser mais previsível e mais fácil de reconhecer e planear as necessidades dos pacientes e suas famílias. Consequentemente, formou-se a percepção de que os cuidados paliativos são apenas necessários nas últimas semanas de vida e podem ser prestados apenas por profissionais especializados em ambiente próprio (3,4,6,14,16).

Não obstante, o doente e a sua família vivem muitos problemas durante os vários anos de doença e precisam de ajuda durante esse período e não apenas durante o momento facilmente definível anterior à morte. A ideia que os cuidados paliativos devam ser oferecidos juntamente com os tratamentos potencialmente curativos, parece ser uma abordagem demasiado radical para alguns profissionais de saúde, embora óbvios para os familiares dos doentes (2–4,6,14,16). Por fim, para auxiliar um doente com patologia terminal, os sistemas de saúde devem encontrar formas de ajudar as pessoas com doença crónicas graves ou múltiplos problemas crónicos durante vários anos, executando-os por períodos imprevisíveis de tempo, até à morte (3,4).

## Carta de Praga

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), a Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) e o Observatório dos Direitos Humanos (HRW), elaborando a Carta de Praga em 2013, uniram esforços para promoverem o acesso aos cuidados paliativos como um direito humano (26).

As convenções das Nações Unidas reconhecem o acesso aos cuidados paliativos como uma obrigação legal, porém as associações internacionais pretendem que seja também um direito humano, uma vez que existe o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental. Alegam que doentes terminais com dor intensa e sem disponibilização de cuidados paliativos, por parte dos órgãos superiores, nomeadamente o governo, poderão considerar-se ofensivos, cruéis, desumanos e degradantes, e ninguém merece passar por tal sofrimento. Assim, os cuidados paliativos teriam a função de aliviar e, se possível, prevenir o surgimento de dor ou outros sintomas. Se instituídos eficazmente nos sistemas de saúde, podem até ser realizados a um custo relativamente baixo (26).

## Autonomia e Escolha

As Nações Unidas (27) declararam, no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”.



A autonomia é a chave dos direitos humanos e deve-se manter este direito uma vez que se trata de um valor ético fundamental para a sociedade e serviços de saúde (3,4,16). Esta noção foi recentemente incorporada no conceito de "cuidados centrados no paciente" que muitos sistemas de saúde estão agora a tentar implementar, o que enfatiza a necessidade de estruturar os cuidados de saúde em resposta a valores e preferências das pessoas (4,28).

### Preferência pelo local de cuidados e morte

O local onde o doente recebe os cuidados e, posteriormente, morre, tem importância para o mesmo e para a progressão da própria patologia (16). A maioria dos estudos sugere que, pelo menos, 75% dos entrevistados prefeririam morrer em casa (4). Segundo a OMS, alguns estudos revelaram que entre 50-70% das pessoas a receber cuidados para doença grave, prefeririam que os cuidados fossem em casa, durante o fim de vida (embora à medida que se aproximam da morte, parte deste grupo passará a preferir cuidados institucionais) (4).

A variabilidade observada no lugar para finalizar a vida, sugere que a organização de serviços tem um importante papel na determinação das opções que as pessoas podem considerar (4). A Escola Médica da Universidade de Brown (29), nos Estados Unidos, observou que a percentagem de pessoas que morrem em casa varia entre 18–32% e parece variar primariamente com a disponibilidade de camas vagas no hospital e não tanto com as preferências do doente e a experiência do profissional de saúde.

O grande valor dos cuidados paliativos é o facto de permitir que as pessoas façam as suas escolhas de cuidados de forma genuína (3,4,16).

## 5) Gestão da Dor em doentes idosos no fim da vida

A dor é um dos sintomas comuns do fim da vida e um dos mais frequentemente encontrados nos pacientes idosos (22,30). É prevalente tanto em pacientes oncológicos como em não-oncológicos, pelo que uma análise sucinta da dor ganha espaço nesta revisão.

A OMS adoptou a definição da dor dada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), que a descreve como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a lesão tecidual residual ou potencial, ou descrita em termos de lesão. (31)”. Esta definição é completa porque dá ênfase à natureza física e emocional da dor. Contudo, é fundamental ressaltar que “a incapacidade de comunicar verbalmente, não nega a possibilidade de um indivíduo estar a experienciar dor e ser necessária a aplicação de um tratamento adequado para o alívio da dor. A dor é sempre subjectiva. (32)“

Trata-se de um fenómeno multidimensional com diferentes componentes (sensoriais, fisiológicos, cognitivos, afectivos, comportamentais e espirituais). (30,33) As emoções (componente afectivo), as respostas comportamentais à dor (componente comportamental), as crenças, as atitudes, os comportamentos espirituais e culturais sobre a dor e o controlo da dor (componente cognitiva) alteram todos a forma como a dor é experienciada (componente sensorial), modificando a transmissão de estímulos nocivos (desagradáveis) para o cérebro (componente fisiológico) (33). Desta forma, existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação dolorosa (30).

Existem dois principais tipos de dor: nociceptiva e neuropática. A distinção clínica entre ambas é útil visto que as abordagens terapêuticas são diferentes (22,33,34). A dor nociceptiva surge quando há activação de receptores de dor específicos (nociceptores), sensíveis a estímulos noceptivos, por lesão tissular (22,33,34). Nociceptores podem responder a calor,

frio, vibração, estímulos de estiramento e substâncias químicas libertadas pelos tecidos em resposta à privação de oxigénio, rompimento tecidual ou inflamação (33,34). Este tipo de dor pode ser subdividido em dor somática e visceral, dependendo da localização dos nociceptores activados (22,33,34). A dor neuropática é causada por danos estruturais e disfunção de células nervosas, das vias sensitivas, do sistema nervoso periférico (SNP) ou central (SNC) (22,33,34). Qualquer processo que causa lesão ao nível dos nervos, tais como condições de origem metabólica, traumática, infecciosa, isquémica, tóxica ou mediadas pelo sistema imunológico, pode resultar em dor neuropática (33). Além disso, a dor neuropática pode ser causada pela compressão nervosa ou pelo processamento anormal de sinais de dor no cérebro e na medula espinhal (33). Esta pode surgir associada a outras alterações neurológicas, como diminuição da sensibilidade, parestesias, alodinia, hiperpatia ou manifestações de disfunção do sistema nervoso autónomo (SNA) (34). As principais diferenças entre estes tipos de dor são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6: Diferenças entre características da dor nociceptiva e neuropática, adaptado de (33)

Type of pain	Origin of stimulus	Localiza-tion	Character	Referral and radiation of pain/sensory dysfunction	Examples
<b>Nociceptive pain</b> Superficial somatic pain	Arises from nociceptors in skin, mucosa of mouth, nose, urethra, anus, etc. Nociceptive stimulus is evident.	Well localized	Usually sharp and may have a burning or pricking quality.	None	<ul style="list-style-type: none"> <li>abscesses</li> <li>postsurgical pain from a surgical incision</li> <li>superficial trauma</li> <li>superficial burn</li> </ul>
<b>Nociceptive pain</b> Deep somatic pain	Arises from nociceptors in bone, joint, muscle and connective tissue. Nociceptive stimulus is evident.	Usually well localized with tenderness to palpation.	Usually dull or aching or throbbing in quality.	In some instances, pain is referred to the overlying skin. No associated sensory dysfunction.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bone pain due to metastasis</li> <li>fractures</li> <li>muscle cramps</li> <li>sickle cell vaso-occlusive episodes</li> </ul>
<b>Nociceptive pain</b> Visceral pain	Arises from nociceptors in internal organs such as the liver, pancreas, pleura and peritoneum.	Poorly localized, diffused. Palpation over the site may elicit an accompanying somatic pain.	Usually vague, dull, aching, cramping or tightness, deep pressure, spasms, or squeezing or colicky in nature. Nausea, diaphoresis and emesis are frequently present.	In some instances, pain referred to skin supplied by same sensory roots that supply the diseased organ. There may be radiation of the visceral pain, but it will not be in a direct nerve distribution. No associated sensory dysfunction.	<ul style="list-style-type: none"> <li>pain from acid indigestion or constipation</li> <li>pain due to stretching from liver metastasis, pleura stretching due to pleuritis, as in pneumonia or tuberculosis</li> </ul>
<b>Neuropathic pain</b>	Is generated at various sites, and is not always stimulus-dependent.	Poorly localized, diffuse pain in an area of sensory dysfunction in the area of anatomical distribution of nerve supply.	Difficult to describe and different words may be used in different populations: <ul style="list-style-type: none"> <li>burning, pricking or needle like pain;</li> <li>sharp or shooting.</li> </ul> The pain may be persisting or recurrent.	Neuropathic pain is perceived within the innervation territory of the damaged nerve. There may be abnormal radiation. The pain is associated with sensory dysfunction (dysesthesia, hypoesthesia, hyperesthesia and allodynia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>central neuropathic pain due to spinal cord injury from trauma or tumour</li> <li>painful peripheral neuropathies, due to HIV/AIDS, cancer or anti-cancer treatment pain (e.g. chemotherapy with vincristine)</li> <li>phantom limb pain</li> </ul>

Quanto à duração, a dor pode ser aguda ou crónica. A dor aguda tem início súbito, é sentida imediatamente após a lesão, é de intensidade grave, mas geralmente é de curta duração (30,33,34) (geralmente, inferior a 30 dias) (33). Esta surge como resultado de lesão tecidual, estimulando nociceptores, e regride com a cura (33,34). As alterações secundárias de *stress* são frequentes (34) e associadas ao excesso de actividade autonómica (22), verificando-se, por exemplo, aumento da pressão arterial (22,34), da frequência cardíaca (22,34), das contracções musculares (34) e diaforese (22). A dor crónica é a dor contínua ou recorrente, que persiste além do tempo esperado normal de cura (por norma, mais de 3 meses) (22,33,34)

ou se mantém para além do tratamento da lesão (34). A dor crónica pode começar como uma dor aguda e persistir por longos períodos ou pode ocorrer devido à persistência de estímulos nociceptivos ou exacerbação repetida de uma lesão (33), logo pode conduzir a sequelas incapacitantes (30). A dor crónica pode também surgir e persistir na ausência de doença fisiopatológica ou médica identificável (33). Neste caso, verificam-se constantes alterações emocionais (psicológicas e comportamentais) (33,34), provocando ansiedade, depressão, insónia, irritabilidade, entre outros (33,34). Pode ainda verificar-se a presença de Dor Recorrente ou Episódica, onde a dor ocorre intermitentemente por um período de tempo alternando com períodos sem dor; e Exacerbações da Dor, que é caracterizado por um aumento temporário da gravidade da dor e com intensidade superior à verificada basalmente (22,33).

A população geriátrica é considerada um verdadeiro desafio no que diz respeito à gestão da dor, uma vez que levanta problemas relacionados a co-morbilidades, polifarmácia e disfunção cognitiva. Está, ainda, em geral, associada ao subtratamento. Pelo que a dor mal controlada no doente idoso contribui para falhas cognitivas, depressão e interfere com as actividades quotidianas. (22,33)

A avaliação da dor requiere a determinação precisa dos sintomas presentes, a caracterização da dor, a medição da intensidade da dor, a determinação da resposta aos opióides e o esclarecimento do impacto da dor em pacientes com problemas psicológicos, sociais, espirituais e existenciais. (22,30)

Uma apreciação adequada da dor permite ao clínico determinar a urgência do tratamento da dor, o que pode influenciar as vias de administração de analgésicos, o tipo de analgésico, e a taxa de aumento da dose de analgésicos (22,33,34). Nesse sentido, é importante uma história clínica detalhada, um bom exame físico, a determinação do mecanismo da dor, a classificação

qualitativa da dor (distribuição e radiação), a veemência da dor, as relações temporais, a distribuição da dor, e, se necessário, os estudos complementares de diagnóstico. (22,30,33,34)

O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada vai derivar da monitorização da dor, em todos os seus aspectos, e deve ser acompanhada e registada regularmente, como se de um sinal vital se tratasse. (30)

A avaliação da intensidade da dor pode-se fazer recorrendo a escalas padronizadas, em doentes conscientes e colaborantes (20). Não é recomendado trocar de escala no mesmo doente e deve-se usar uma linguagem acessível, para que o paciente compreenda correctamente o significado e utilização da escala (30,34). As escalas mais utilizadas são:

- Escala Visual Analógica: é apresentada, ao doente, uma linha de 10cm, que tem assinalada numa das extremidades “Sem Dor” e na outra “Dor Máxima”. Este deverá marcar com traço ou cruz um ponto que representará a intensidade da dor (30,34) (Figura 5).

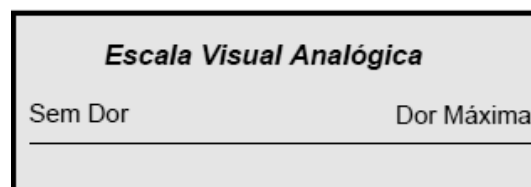


Figura 5: Escala Visual Analógica da Intensidade da Dor, adaptado de (30).

- Escala Visual Numérica: consiste numa régua dividida em 11 partes iguais, numeradas de 0 a 10, onde o “0” representa “Sem Dor” e o “10” a “Dor Máxima”. Pede-se ao doente para assinalar o número que faz equivalência à intensidade da sua dor (30,34) (Figura 6).



Figura 6: Escala Visual Numérica da Intensidade da Dor, adaptado de (30).

- Escala Qualitativa: pede-se ao doente que classifique a sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” (30,34) (Figura 7).

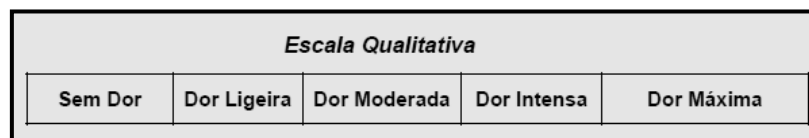


Figura 7: Escala Qualitativa da Intensidade da Dor, adaptado de (30).

- Escala Figurativa: é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, cuja expressão de felicidade corresponde à classificação de “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde à “Máxima Dor” (30,34) (Figura 8).

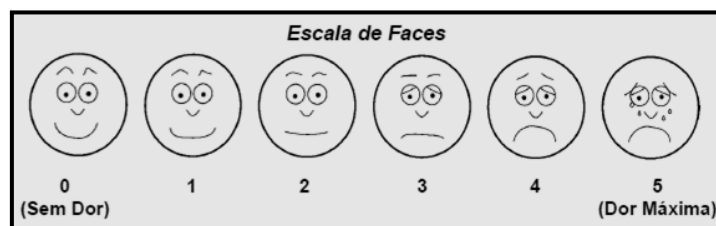


Figura 8: Escala Figurativa Intensidade da Dor, adaptado de (30).

- Questionário de Dor de McGill: útil nas Síndromas Dolorosas Crônicas, é constituído por uma escala qualitativa de intensidade da dor e uma ilustração do corpo humano, para sinalização da localização da dor. Este método investiga e diferencia os componentes afectivos e sensitivos da dor, uma vez que regista a localização, a intensidade e o comportamento da dor.

A eficaz gestão da dor é guiada pela Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS), que categoriza a intensidade da dor de acordo com a gravidade (a potência do analgésico aumenta com a gravidade da dor) e recomenda agentes analgésicos baseados na força e eficácia, na população idosa. O primeiro degrau está reservado à dor média. Os doentes desta categoria são tratados com analgésicos não-opioides, tais como: paracetamol ou anti-inflamatórios não-esteróides, e, se necessário, considera-se ainda um analgésico adjuvante. O segundo degrau remete aos pacientes que experienciam dor média a moderada e que já estão a tomar analgésicos não-opioides, com ou sem o analgésico adjuvante, mas o controlo analgésico é ainda insuficiente. Nesta categoria, opta-se por agentes como produtos de paracetamol contendo hidrocodona, oxicodona, codeína e tramadol. O degrau três está destinado à dor moderada a grave, requerendo analgesia mais potente, cujos agentes são os opioides. Inclui-se aqui a morfina, hidromorfona, fentanil, levorfanol, metadona e oxicodona.

É fundamental conhecer a farmacocinética, a dosagem equianalgésica e os efeitos adversos dos analgésicos, especialmente os opioides, para um uso eficaz e seguro destes fármacos.

O uso adequado de analgésicos adjuvantes, tais como: fármacos antiepilépticos, antidepressivos e anestésicos locais, pode substituir ou potenciar o uso de opioides, melhorando o controlo da dor e a qualidade de vida, sobretudo nos casos onde a resposta aos opioides é colocada em causa, por exemplo, na dor neuropática.



Qualquer tipo de dor induz sofrimento evitável e, muitas vezes, intolerável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes (30). É crucial que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e identificados; e façam parte da rotina médica. Deve ser abordada em todas as pessoas e em qualquer idade, conferindo um carácter altamente humanizante à prática clínica (30). Desta forma, deve ser aferida a existência de dor em todos os níveis de cuidados de saúde e deve ser apoiada a implementação de Unidades de Tratamento da Dor em todo o país (30).

## **6) Evidências de Subavaliação e Subtratamento**

Tal como já foi dito anteriormente, os idosos têm necessidades várias em termos de saúde e sociais, sobretudo quando enfrentam o fim da vida. A OMS afirma já possuir um vasto corpo de evidências que provam que muitas dessas necessidades não são diagnosticadas pelas autoridades competentes, fazendo com que os idosos sofram desnecessariamente por Subavaliação e Subtratamento dos seus problemas (4).

### Subavaliação da dor

Sem dúvida que a dor é uma grande e importante causa de sofrimento para qualquer que seja o doente. Observações no seio das comunidades consistentemente mostram que a dor é um sintoma importante e com marcada presença entre as populações idosas, sendo que um terço dos idosos apresenta queixas dolorosas (4).

A dor leva a que as pessoas enfrentem a vida e a saúde com menos positividade e condiciona os doentes nas suas actividades diárias (4,30). Para além dos casos de má avaliação da dor e outros sintomas presentes no paciente geriátrico, os idosos têm tendência a não informar os seus sinais e sintomas, conduzindo a que haja um subtratamento da dor pelos profissionais de saúde, especialmente nos casos de doenças não-malignas, embora também ocorra em doentes de cancro (16).

Os doentes mais velhos com demência são particularmente alvos de pobre controlo da dor, porque apresentam problemas de comunicação, o que dificulta o tratamento adequado da mesma (4,25).

### Falta de informação e envolvimento na decisão

Nas últimas décadas, têm surgido evidências consistentes de que os serviços de saúde, frequentemente, falham com as necessidades dos doentes de comunicação, informação e suporte (4). Revisões sistemáticas, levadas a cabo pela OMS (4), mostram que os pacientes valorizam informação precisa, queixando-se de receber insuficientes esclarecimentos dos médicos e enfermeiros actuais, que têm pouca sensibilidade para detectar as necessidades dos pacientes (4,16). Os problemas mais proeminentes dos prestadores de cuidados incluem: má divulgação de informação e educação, má coordenação de cuidados, pouco respeito pelas preferências e escolhas, baixo suporte emocional e conforto físico, limitação do envolvimento familiar e de amigos, e dificuldade de continuidade e transição de cuidados (4,35).

A forma como a informação é fornecida e como são envolvidos na tomada de decisões são importantes determinantes da satisfação com os cuidados (4,16,35).

### Falta de Cuidados Domiciliários

Apesar da preferência assumida de obter cuidados domiciliários, na prática, esta predilecção permanece ainda, em grande parte, não atendida. A tendência histórica de morte em hospitais e instituições de cuidados de longo prazo continua a ser frequente em vários países (3,4).

De acordo com a OMS (16), em muitos países há falta de infra-estruturas para a assistência a idosos, logo pode aumentar o encargo às famílias. Por outro lado, cuidadores informais, muitas vezes, não estão preparados para lidar com os sintomas e as necessidades, portanto,

sem mais apoios, não é viável estes serem cuidadores. Também a relutância de alguns médicos de família para fazer visitas domiciliárias é um desafio adicional (16).

Iniciativas promissoras foram desenvolvidas para aumentar o atendimento de alta qualidade aos indivíduos que são cuidados em casa e suas famílias, incluindo programas domiciliários intensivos com equipas de cuidados paliativos especialistas e de assistência domiciliar e enfermeiros (3,16). Neste sentido, prevê-se um aumento destes serviços domiciliários e um acréscimo da qualidade dos mesmos (3). As vantagens são: resolver o problema dos recursos limitados nos serviços comunitários, ajudar a evitar o uso desnecessário de instalações hospitalares de alto custo e aumentar a proporção de dias de cuidados em casa (3).

#### Falta de acesso aos Serviços Especializados

Uma das razões para os idosos não receberem cuidados paliativos prende-se com o facto de que estes, mais frequentemente, sofrerem de várias doenças crónicas, o que não têm sido o foco dos especialistas de CP e onde os modelos de CP estão apenas no início da sua aplicação. Não obstante, mesmo os pacientes idosos com cancro, podem não ter acesso ou ter em números inferiores a CP especializados, quando comparados com doentes oncológicos com idade abaixo de 65 anos, segundo a OMS (4).

Os principais critérios para internamento em Unidades de Internamento são para controlo de sintomas difíceis de resolver no domicílio ou em regime de ambulatório e em caso de problemas de claudicação/exaustão familiar ou há ausência de cuidador principal (3,36). Os cuidados prestados em unidades de internamento exigem, pelo menos, uma visita médica diária e presença de enfermeiros e pessoal auxiliar durante as 24 horas (3,28,36,37).

As equipas de suporte hospitalar articulam-se com vários serviços hospitalares e comunitários, onde existam doentes paliativos. Estes promovem melhoria do controlo sintomático, reduzem o período de medicação, promovem a adequação terapêutica e de ECDs às necessidades do doente e respondem as necessidades dos familiares, aumentando a eficiência e diminuindo os custos (3).

Porém, tanto nas unidades de internamento como nas equipas de suporte hospitalar, é necessário apresentar formação específica em cuidados paliativos, o que ainda não se encontra muito difundido (3,28,37).

#### Falta de cuidados paliativos em Instituições

Entre 2% a 5% da população com 65 ou mais anos, vive em instituições como lares de idosos (4). Muitas pessoas reconhecem a mudança para estas instituições como “o ultimo lugar de repouso” antes da morte, pelo que várias são as pessoas a viver nestes lares que precisam ou precisarão de assistência em cuidados paliativos. Em geral, tratam-se de idosos frágeis ou com incapacidades físicas ou mentais crónicas, cujos diagnósticos comumente incluem: AVC, insuficiência cardíaca, doença pulmonar crónica, doença de Parkinson e demência (4,16).

Em muitos países, os lares de idosos já apresentam um papel importante e em crescente no cuidado dos doentes idosos com debilitações no fim das suas vidas. Os utentes dos lares de idosos próximos da morte têm maior probabilidade de viver um período mais prolongado de incapacidade do que os que se encontram em casa (4).

Muitos dos residentes destas instituições apresentam queixas de dor, segundo dados existentes, não é bem tratada ou não é de todo tratada (4,16). Grande parte das pessoas em lares de idosos apresentam algum prejuízo cognitivo, o que complica a avaliação e reconhecimento da dor (4,25).

Em alguns países, os próprios lares de idosos têm programas de reabilitação, por exemplo, o sistema na Holanda parece ser particularmente bem desenvolvido com unidades de cuidados paliativos nos lares; e, nos Estados Unidos, os pacientes recebem melhor controle da dor (4)

Em geral, contudo, ainda não existem informações suficientes sobre a qualidade dos cuidados de fim de vida providenciados pelas instituições que acolhem idosos, havendo alguma preocupação em relação à falta de pessoal, à alta rotatividade do pessoal e à falta de competências em cuidados paliativos (4,16).

## 7) Algumas soluções para cuidados eficazes

Como se verificou um crescimento do recurso a lares de apoio a idosos e dos cuidados paliativos, verificou-se um aumento da eficácia do tratamento e dos cuidados, que têm sido promovidos (4,16). Actualmente, reconhece-se a importância de certas áreas chave de cuidados, sendo que as medidas simples ganham grande interesse, como, por exemplo, o alívio da dor, a boa comunicação, o trabalho de equipa coordenado e o esforço para satisfazer as preferências de local de prestação de cuidados (4).

### Competências em Cuidados Paliativos dos Profissionais de Saúde Individuais

#### 1. Controlo da Dor e Sintomas

A eficácia dos métodos de controlo da dor foi estabelecida há 30 anos e são vários os fármacos disponíveis para o seu tratamento (4). Estudos observacionais mostram que, quando as *guidelines* clínicas para o controlo da dor são seguidas, 70-97% dos doentes com situação oncológica, em estádios avançados, alcançam alívio adequado da dor (4). Daí que se deva promover a educação dos profissionais de saúde para melhorar conhecimentos e atitudes perante doentes com queixas de dor (4,16,22) .

Verifica-se que vários enfermeiros encorajam os doentes a completar diários da dor e que os médicos usam diferentes estratégias para garantirem que a dor é avaliada diariamente e que as doses dos fármacos são ajustadas adequadamente (4,22).

Grande parte do sofrimento das pessoas mais velhas poderia ser atenuado, se houvesse maior investimento na formação em dor e controlo de sintomas, e se deixasse de haver

relutância em empregar drogas opióides, não só em ambientes especializados em cuidados paliativos primários e secundários, mas também nos outros contextos da saúde (4,22,26).

## 2. Capacidades Comunicacionais

A relação médico-doente tem um papel importante na criação de confiança, empatia, interação e respeito interpessoal, permitindo que o doente se sinta mais seguro para partilhar dados pessoais importantes para a consulta (4,16). Consequentemente, os resultados das consultas e terapêuticas instituídas (adesão e efeitos) são significativamente melhores. O grande responsável pelo estabelecimento desta conexão é a comunicação, tendo-se sobretudo verificado melhorias ao nível da saúde psicológica, sintomas, função, e controlo da dor, hipertensão arterial e glicemia (4).

A capacidade de comunicação dos profissionais de saúde com os familiares e a integração destes no momento de tomada de decisões, na fase final da vida contribui fortemente para o grau de satisfação dos cuidados. (3,4)

Deste modo, é importante o aperfeiçoamento das capacidades de comunicação dos profissionais de saúde (3,4,14,16,25,38).

No que toca ao fornecimento de informação, os prestadores de cuidados de saúde devem apresentar certa sensibilidade perante os doentes, sobretudo, com mau prognóstico, e devem ter em conta se o paciente está ou não interessado em saber todos os factos da sua condição. Em geral, os auxiliares da tomada de decisão podem ajudar os profissionais a lidar com as preocupações dos pacientes, explicar o tratamento e melhorar a sua satisfação (4).



## Providenciar Cuidados Holísticos

### 1. Suporte Espiritual

As necessidades espirituais e religiosas são altamente pessoais e relevantes para muitas pessoas perto do fim da vida, logo devem ser integradas como parte dos serviços de cuidados paliativos. Estas podem afectar a forma como as pessoas lidam com as dificuldades e até mesmo o desenlace da doença. Tem também impacto na forma como os parentes e amigos lidam com o luto (4,16).

### 2. Suporte Psicológico

A OMS (4) considerou em mais de 150 estudos, durante os últimos 40 anos, uma grande variedade de intervenções psicológicas que foi testada. Os resultados foram combinados e tendem a variar de acordo com local da doença e o período de acompanhamento posterior, porém os resultados positivos não têm sido sustentados ao longo do tempo. A maioria dos estudos preconiza a terapia psicológica adjuvante, contudo é necessário mais trabalho para identificar as necessidades específicas e para direccionar os pacientes para a intervenção.

### 3. Terapia Complementar

Na população em geral, as terapias complementares são, mais frequentemente, utilizadas por mulheres mais jovens, que as entendem como métodos naturais e que permitem maior controlo. Apesar do interesse no uso destas terapias pelos cuidados paliativos, a investigação tem sido, até agora, dificultada pela falta de definições-padrão, por amostras

de pequenas dimensões, por taxas de resposta pobres e pela medição inadequado, daí que nenhuma conclusão adequada foi elaborada (4).

#### Coordenar os cuidados pelos diferentes serviços

Uma questão importante no cuidado do idoso é a transferência de informações entre os diferentes serviços, entre os responsáveis pela assistência médica e pelos que prestam serviços de apoio médico e social na comunidade, optando por métodos adequados para esta partilha (4).

As equipas multidisciplinares são uma das formas de cuidar de doentes com problemas complexos e constituem já um papel importante na medicina geriátrica e nos cuidados de pacientes com doenças específicas. Por exemplo, a gestão de uma equipa multidisciplinar em um caso de insuficiência cardíaca por reduzir os internamentos hospitalares e prolongar o tempo de vida (4,6).

Outro aspecto relevante é saber se a melhoria da coordenação dos cuidados dos serviços hospitalares e comunitários, permite que um maior número de pacientes opte por falecer em casa, caso o desejem (3,4,14). Há também evidências de que a qualidade de vida dos seus cuidadores possa ser melhorada, caso seja fornecido apoio devido e haja uma boa coordenação (3,16).

#### Melhorar a aplicação de cuidados paliativos em todos os contextos

Grande parte do sofrimento das pessoas mais velhas poderia ser atenuado, se os tratamentos actualmente disponíveis fossem utilizados mais amplamente. Um problema parece ser a falta

de formação em dor e controlo de sintomas, e uma relutância em empregar drogas opióides fora de ambientes especializados em cuidados paliativos primários e secundários. Enfrentar tudo isto, vai envolver a expansão da educação e a formação de profissionais que prestam cuidados em todos os ambientes, incluindo instituições com serviços de enfermagem, hospitais e a própria casa do paciente.

### Apoio às Famílias e Cuidadores

Fornecer apoio aos cuidadores dos doentes é extremamente importante, não só durante a fase terminal do paciente, mas também após a sua morte (2–5). Uma grande variedade de serviços foi desenvolvida, tais como: cuidados domiciliários, serviços de “folga do cuidador” e “cuidar do cuidador”, grupos de apoio e psicoterapia individual (4).

Habitualmente, os cuidadores expressam satisfação em relação aos cuidados domiciliários e, se tiverem oportunidade de deixar o paciente por determinado período, apreciam o serviço de “folga do cuidador”, onde é providenciado um profissional para cuidar do doente e permitir que o cuidador habitual (familiar ou ente próximo) tenha algum tempo para si, e o serviço de “cuidar do cuidador”, onde é garantida a atenção às necessidades do cuidador, que muitas vezes se vê sozinho, sem apoio emocional e sem tempo para si (39). Este serviço tem como função tratar do cuidador para que este se conserve saudável e mantenha contacto com o mundo exterior, melhorando, primariamente, os cuidados que presta ao doente idoso e, posteriormente, fornecendo ferramentas que permitam lidar melhor com o sentimento de vazio após a morte do paciente (39).

A minoria que frequenta grupos de apoio ou actividades de grupo, aprecia a oportunidade de falar abertamente com outras pessoas que estão a viver as mesmas situações. Apesar de apresentar menor benefício para o cuidador (4).

No futuro, será necessário o desenvolvimento de mais estudos acerca das prioridades do cuidador e analisar quais destas são metas realizáveis pelos serviços disponíveis, uma vez que ao transmitir a sensação de serem ouvidos e considerados é, por si só, um objectivo dos cuidados paliativos.

Em relações afectuosas longas, é comum o aparecimento de ansiedade e depressão, como resposta à perda ou ameaça de perda do ente querido. Por vezes, quando os serviços paliativos são chamados a entrevir, o paciente já se encontra muito debilitado e muito próximo da sua morte, não havendo forma de evitar ou noldar o surgimento destes sintomas. No entanto, estes serviços podem evitar a soma da sensação de isolamento ou de confusão, pela prestação de cuidados coerentes e coordenados e que aliviam o sofrimento do paciente. (4).

## Cuidados Paliativos Especializados

### 1. Equipas de Cuidados Paliativos Especializados

O modelo mais comum de prestação de cuidados paliativos tem sido concentrar experiência e conhecimentos em equipas multiprofissionais que trabalham em hospitais e instituições de prestação de cuidados, como lares de apoio a idosos. Estas equipas lidam, habitualmente, com um grupo seleccionado de doentes, que apresentam necessidades mais complexas para o controlo da dor e coordenação dos cuidados. Esta forma de cuidados tem-se mostrado benéfica para o paciente e sua família (4).

A APCP (3) afirma que uma equipa deste nível precisa, no mínimo, de um líder de cada grupo profissional envolvido com formação específica avançada ou especializada reconhecida em CP. A equipa básica tem de ter, pelo menos, 1 médico, 2-3 enfermeiros e 1 assistente social (3). Posteriormente, a equipa deverá incorporar outros elementos, tais como: terapeutas de reabilitação, psicólogo, assistentes espirituais e voluntários (recomendada a formação e supervisão dos profissionais) (3).

## 2. Cuidados Paliativos Especializados Diários

Segundo a OMS (4), os pacientes prezam frequentar unidades de cuidados paliativos diários, onde podem encontrar outros doentes em situações similares, falar com profissionais de saúde e estar envolvidos em outras actividades. Apesar de não haver estudos que evidenciem, até ao momento, verifica-se que a ida a estas unidades pode afectar outros parâmetros, como a qualidade ou a vida ou o controlo dos sintomas (4).

## 3. Apoio no Luto

Tem sido provado que os parentes de vítimas de doença terminal, que se encontram acompanhados de cuidados paliativos especializados, apresentam menos sintomas psicológicos e menor número de necessidades não auxiliadas do que os dos doentes a receber cuidados-padrão (4,16).

## Planeamento de Cuidados Avançados

Recentemente, tem havido um considerável interesse no planeamento dos cuidados avançados, onde as pessoas podem decidir o tipo de assistência que gostariam de receber, caso fossem diagnosticadas com uma doença terminal. Esses planos fornecem um registo escrito dos desejos e preferências dos doentes para os profissionais de saúde e para os seus familiares, de modo a que estes possam seguir tais indicações em situação de o doente se tornar incapaz de tomar decisões por si mesmo (4,16). Apesar da expectativa de que estes registos possam reduzir o número de intervenções não desejadas no final da vida, não há evidências de que esses planos são sempre seguidos ou que influenciem o uso de outros recursos ou investimentos (4). A legislação destes registos/declarações tem de ser estudada e aprovada, para que as famílias e médicos se possam socorrer delas nas alturas correctas (16).

## Generalização de Resultados

A investigação sobre o atendimento das necessidades das pessoas que estão a experienciar e a morrer de várias doenças não-oncológicas, é menos avançada (2–4). Há pouca informação específica sobre métodos eficazes a usar pelos prestadores de cuidados de saúde, de modo a atender as necessidades de cuidados paliativos, em qualquer que seja o lugar. Os prognósticos relativamente incertos de doenças não-oncológicas, torna mais difícil planear os serviços. Todavia, como têm necessidades semelhantes, vão beneficiar igualmente das mesmas medidas (4,6,14). As medidas simples, como o alívio da dor, a comunicação, a informação e a coordenação dos cuidados por equipas profissionais qualificadas, são eficazes na redução dos sintomas e o sofrimento e ajudam a atender as preferências de cuidados (4,16). Desta forma, é

o momento para fazer um esforço mais activo e concentrado, para assim melhorar os CP e, para isso, é fundamental concentrar-se na implementação de medidas simples e eficazes baseadas na complexidade e gravidade da doença e nas necessidades do paciente e da sua família (4,16).

## **Discussão e Conclusão**

Com o aumento da esperança média de vida e mais pessoas a viver com a idade igual ou superior a 65 anos, os padrões de doença estão a mudar. Existem mais pessoas a morrer por várias doenças crónicas graves em vez de doenças agudas, desafiando, assim, os sistemas de saúde para prestar cuidados mais eficazes e de compaixão, durante os últimos anos de vida. O aumento da prevalência de doentes sem terapêuticas curativas disponíveis para as suas patologias, também estimulou os sistemas de saúde a criar serviços de saúde que fornecessem suporte e providenciassem alívio sintomático, bem-estar e aumento qualidade de vida, até ao final da vida, quando já não há mais nada a fazer em termos de cura. Foi, neste sentido, que surgiram os Cuidados Paliativos.

No passado, os cuidados paliativos eram praticamente exclusivos para assistir doentes oncológicos, porém esta noção tem vindo a modificar-se. Os cuidados paliativos devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de uma rede de serviços que vai desde estruturas de internamento específicas ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade (2,3). Estes cuidados requerem especificidade e rigor técnico e, estando inseridos no sistema de saúde, devem ser acessíveis a todos os que deles carecem.

Assim, os benefícios dos cuidados paliativos não se limitam aos cuidados em fim de vida, uma vez que uma intervenção precoce no curso da doença garante uma melhoria na qualidade de vida e uma diminuição da necessidade de tratamentos caros e agressivos.

Ao longo dos últimos anos, tem-se verificado que o crescimento dos cuidados institucionais e dos cuidados paliativos são provas da eficácia dos cuidados paliativos na melhoria dos cuidados no final da vida.



Como um grupo peculiar, as pessoas mais velhas têm muitas necessidades não satisfeitas, experienciam múltiplos problemas e debilitações, e exigem “pacotes” mais complexos de tratamentos e apoio social.

A dor é uma importante causa de sofrimento e um sintoma comum entre as populações idosas, que condiciona negativamente a qualidade de vida. Segundo a OMS (4), um elevado número os idosos já passou por sofrimento desnecessariamente, devido à subavaliação e subtratamento dos seus problemas e devido ao mau diagnóstico pelos profissionais de saúde e à falta de acesso a cuidados paliativos. É uma exigência da prestação de cuidados paliativos de qualidade, averiguar se o doente idoso apresenta queixas dolorosas, pelo recurso a métodos adequados de avaliação da dor. Alteração da comunicação ou do estado de confusão não são desculpas aceitáveis para o não diagnóstico da dor, uma vez que existem métodos apropriados a estas situações.

De lembrar que muitos doentes, sobretudo os idosos, necessitam de apoio para os problemas psicossociais e espirituais que advêm com a progressão da doença, pelo que cabe aos CP, com o seu carácter interdisciplinar, aliviar este sofrimento, não só do doente, mas também da sua família, prestando ainda auxílio posteriormente, durante o luto.

Desta forma, é fundamental que nunca se ignore certos princípios geriátricos que afirmam que o doente idoso apresenta características diferentes do doente adulto jovem, os indivíduos idosos não são todos iguais, deve-se sempre procurar otimizar a função e prevenir o declínio funcional quando se planeia um plano terapêutico, e procurar promover a qualidade de vida com os cuidados instituídos.

As pessoas idosas têm de ser consideradas como indivíduos e deve-se agir contra os estereótipos envolvendo a idade e envelhecimento, no que diz respeito a autonomia e poder de

decisão sobre os tipos e os conjuntos de serviços que os pacientes desejam disponíveis no final da vida, impedindo a obstrução do fornecimento de informação imparcial.

Logo, os serviços de Cuidados Paliativos devem apresentar uma subdivisão especialmente dedicada à assistência a idosos e ser incluídos no plano nacional de saúde, exigindo parcerias entre equipas médicas geriátricas, lares e equipas de cuidados paliativos especializadas; o que já acontece em alguns países.

Apesar do novo olhar sobre os CP, Ainda se verifica que a investigação sobre o atendimento das necessidades dos doentes de várias doenças não-oncológicas, é menos avançada que a dos doentes oncológicos. Há pouca informação específica sobre métodos eficazes na assistência e os prognósticos são relativamente incertos, o que torna mais difícil planear os serviços. Daí que tenha sido reconhecida a indispensabilidade de adaptar este modelo de cuidados a outros doentes, com base na necessidade, em vez do diagnóstico ou prognóstico. Desta forma, sabendo que as doenças oncológicas e as doenças não-oncológicas têm necessidades semelhantes, estas vão beneficiar igualmente das mesmas medidas, isto é, medidas simples, como, por exemplo, o alívio da dor, a optimização da comunicação, o fornecimento adequado de informação e a coordenação dos cuidados por equipas profissionais qualificadas, que ajudam eficazmente na redução dos sintomas e do sofrimento e atendem as preferências de cuidados.

Assim, deve-se fazer um esforço mais activo para melhorar os CP e, para isso, é fundamental a implementação de medidas simples e eficazes baseadas na complexidade e gravidade da doença e nas necessidades do paciente e da sua família.

No entanto, é preciso mais do que conhecimento e boa vontade ou boas intenções para traduzir isto em acção. Alcançar melhores cuidados paliativos para os idosos, requer disponibilidade para ouvir os doentes e as suas famílias, imaginação e uma determinação para

remover barreiras em todos os níveis dos sistemas de cuidados de saúde. Estas barreiras incluem: a falta de consciência e conhecimento da dimensão do problema; a falta de políticas de saúde para cuidados paliativos, tanto para os idosos, como para as doenças que eles geralmente padecem; a falta de integração dos cuidados paliativos em diferentes contextos e serviços de saúde; a falta de ética ou de capacidades de providenciar cuidados paliativos nos locais onde as pessoas mais velhas são realmente assistidas até morrerem; a complacência e discriminação de idade sobre a necessidade de fornecer cuidados de fim de vida de alta qualidade para os idosos; as suposições equivocadas sobre as necessidades e os desejos das pessoas idosas ou a capacidade de viver sem formas especiais de ajuda; a falha em implementar medidas simples comprovadas e eficazes; a complexidade de aliar “pacotes de cuidados” em diferentes contextos e entre a saúde e o apoio e os cuidados sociais; a falta de recursos e padrões ultrapassados de cuidados de sistemas de saúde.

A escala das necessidades de cuidados paliativos para a crescente população de idosos, sugere que é fundamental uma abordagem multifacetada e a aplicação de métodos de saúde pública. Isto significa identificar as necessidades dentro de populações, monitorizar as tendências e a eficácia das intervenções, aumentar a educação profissional e consciência pública, e criar sistemas que possam suportar as mudanças necessárias no comportamento e prática clínica. As políticas de cuidados paliativos precisam de estar associadas a outras políticas de saúde para os idosos, e a doenças específicas.

Os decisores políticos precisam de garantir que os cuidados paliativos são parte integrante do trabalho de todos os serviços de saúde e não é visto apenas como um "complemento adicional".

Deste modo, é necessário que os indivíduos envolvidos na organização e formulação de políticas de saúde reconheçam as implicações para a saúde pública do envelhecimento da

população com necessidades de cuidados paliativos; apliquem controlos de qualidade dos serviços de cuidados paliativos prestados aos idosos em instituições, hospitais e em casa, incluindo a averiguação das qualificações dos profissionais dessas organizações; invistam em padrões elevados de qualidade e em meios de aplicação de CP em todos os contextos; assegurem serviços multidisciplinares; e garantam a formação e actualização dos conhecimentos adequada dos profissionais de cuidados de saúde, que deve incluir medicina paliativa e aos cuidados a pessoas mais velhas.

Os profissionais de saúde devem ser treinados em cuidados paliativos e devem demonstrar competências em alívio sintomático, comunicação e coordenação dos cuidados; devem mostrar compaixão pelos doentes e contribuir para o bom funcionamento dos sistemas de saúde.

Quanto à investigação e seus financiadores, devem investir, para além das doenças oncológicas, no estudo das doenças não-oncológicas, no atendimento das necessidades de idosos frágeis, no controlo sintomático em pessoas mais velhas, assim como na pesquisa em cuidados paliativos para idosos, nas necessidades dos doentes durante os últimos anos, nas barreiras de acesso aos cuidados paliativos e no planeamento de cuidados avançados que promove cuidados dirigidos ao paciente. Devem ainda promover o desenvolvimento de instrumentos de avaliação padronizados para os cuidados paliativos em idosos e garantir que a investigação não exclui os indivíduos mais velhos.

Em conclusão, a necessidade de cuidados paliativos adaptados ao idoso é inegável e tem um impacto benéfico no seu bem-estar e qualidade de vida, durante o tempo que ainda lhe resta. Os doentes dão valor ao apoio interdisciplinar prestado e apreciam o facto de as suas famílias também serem auxiliadas, removendo o sentimento de encargo para os parentes. Outro aspecto importante é o facto dos cuidados paliativos provocarem a serenidade dos doentes na

fase final, terem em consideração a dignidade do idoso debilitado e ajudarem a combater o medo da morte isolada.

## Bibliografia

1. World Health Organization - Europe. World Health Organization (WHO) Executive Board adopts resolution on palliative care. Available from:  
<https://www.ehospice.com/ArticlesList/>
2. Viegas V, Frada J, Miguel J, Aroso A, Alcazar A, Carvalho C, et al. Programa Nacional De Cuidados Paliativos [Internet]. Notas Históricas. 2004
3. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Recomendações para a implementação/organização de serviços de cuidados paliativos || APCP 2006
4. World Health Organization - Europe. Better Palliative Care for Older People, 2004
5. WHO | WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
6. Rosenberg M, Lamba S, Misra S. Palliative medicine and geriatric emergency care: challenges, opportunities, and basic principles. Clin Geriatr Med. Elsevier Inc; 2013 Feb 29(1):1–29
7. Deitrick GE, Timlin A, Gardner B, Polomano RC. Palliative care and end-of-life care World Wide Web resources for geriatrics. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2006;20(3):47–56.
8. Social I da S. Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). 2013.

9. McClement SE, Chochinov HM, Hack TF, Kristjanson LJ, Harlos M. Dignity-conserving care: application of research findings to practice. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2004 Apr; 10(4):173–9.
10. Organization WH, Aging NI on, Health NI of. *Global health and aging*. VASA. 2011
11. Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011*. 2012 p. 1–41.
12. The World Bank. *Population ages 65 and above (% of total) | Data | Table*. Data. 2013  
Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/>
13. Division P, DESA, Nations U. *World Population Aging 1950-2050*. 2000.
14. Costa M. *Indicadores de qualidade para a contratualização de cuidados paliativos*. Universidade Nova de Lisboa; Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. Available from: <http://run.unl.pt/handle/10362/6231>
15. Formiga F, López-Soto A, Navarro M, Riera-Mestre A, Bosch X, Pujol R. Hospital deaths of people aged 90 and over: end-of-life palliative care management. *Gerontology*. 2008 Jan;54(3):148–52.
16. World Health Organization - Europe. *Palliative Care For Older People: Better Practices*. 2011.
17. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1997 Mar 18;94(6):2593–8.
18. Kapo J, Morrison L, Liao S. Palliative Care for the Older Adult. *J Palliat Med*. 2007;10(1):185–205.

19. Stearns SC, Kovar MG, Hayes K, Koch GG. Risk indicators for hospitalization during the last year of life. *Health Serv Res.* 1996 Apr;31(1):49–69.
20. Amella E. Geriatrics and Palliative Care: Collaboration for Quality of Life Until Death. *J Hosp Palliat Nurs.* 2003;5(1).
21. Duggleby W, Raudonis BM. Dispelling myths about palliative care and older adults. *Semin Oncol Nurs.* 2006 Mar;22(1):58–64.
22. Prommer E, Ficek B. Management of Pain in the Elderly at the End of Life. *Drugs Aging.* 2012;29 (4):285–305.
23. National Consensus Project. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 3rd. 2013.
24. Direcção Geral de Saúde, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Direcção de Serviços de Informação e Análise. Portugal - Doenças Oncológicas em Números - 2013. Direcção Geral de Saúde. 2013;ISSN: 2183.
25. Küpper A-L, Hughes JC. The challenges of providing palliative care for older people with dementia. *Curr Oncol Rep.* 2011 Aug;13(4):295–301.
26. Associação Europeia de Cuidados Paliativos. Carta de Praga: Palliative Care - A Human Right. EAPC ONLUS. 2013;
27. Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República. Diário da República; 1978. Available from: <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>
28. Capelas M. Cuidados Paliativos : Uma Proposta para Portugal Palliative Care : A Proposal for Portugal. *Cad da Saúde.* 2007;2(4):51–7.



29. Brown University Center for Gerontology, Health Care Research. Facts on Dying 2004 - Home Page - Brown University Center for Gerontology & Health Care Research. 2004. Available from: <http://as800.chcr.brown.edu/dying/FACTSONDYING.HTM>
30. Direcção Geral de Saúde. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. DGS - Circ Norm. 2003;09/DGCG.
31. Loeser JD, Treede R-D. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*. 2008;137(3):473–7.
32. Merskey H, N B. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2<sup>a</sup> ed. Seattle: International Association for the Study of Pain (IASP) Press; 1994. p. 226–9.
33. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. WHO. 2012
34. Ducla Soares JL. Dor. *Semiologia Médica - Princípios, Métodos e Interpretação*. 1<sup>a</sup> ed. LIDEL - Edições Técnicas; 2007. p. 22–8.
35. Moorman SM. Older adults' preferences for independent or delegated end-of-life medical decision making. *J Aging Health*. 2011 Feb;23(1):135–57.
36. Hitt E. Palliative Care Should Be Incorporated Into SNF Care. *Medscape Medical News*. 2012; Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/771879>
37. Marques AL, Gonçalves L, Salazar H, Neto I, Capelas M, Tavares M, et al. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*. 2009

38. Lynn J, Adamson D. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Rand Heal. 2003
39. Secure Sitting Service | Respite Care, Companionship & Support - Southend on Sea & surrounding areas. Available from: <http://www.securesittingservice.com/>
40. Fonseca A. Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações. I Congresso Internacional de Envelhecimento e Qualidade de Vida. 2007