

**CUIDADOS PALIATIVOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA**

**PALLIATIVE CARE IN HEART FAILURE:
A CONTRIBUTION FROM PSYCHOLOGY**

**CUIDADOS PALIATIVOS EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
UMA CONTRIBUCIÓN DE LA PSICOLOGÍA**

Mariana Fernandes Ramos dos Santos¹
Pablo Ramos Vieira Ladeira²
Maria Angela Montes Belo Pena³
Vanícia Goulart de Andrade Braga⁴

Resumo: Entre as doenças crônicas, a Insuficiência Cardíaca apresenta maior taxa de reinternação e mortalidade, limitando a expectativa de vida. Na sua fase avançada, os pacientes frequentemente sofrem de diversos sintomas físicos e psicológicos se beneficiando da abordagem integrada dos cuidados paliativos. Os conteúdos obtidos foram de pesquisa de revisão bibliográfica, analisados qualitativamente através de artigos, livros e autores relevantes. Este trabalho propõe contribuir para a busca de conscientização do tema, a elevada prevalência da doença, a importância da adesão ao tratamento e das intervenções da Psicologia da Saúde realizadas pelas equipes multidisciplinares. É descrito ao longo do trabalho a indicação de cuidados paliativos em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca em estágio avançado, onde se destaca a prática e a importância da atuação do psicólogo diante da equipe multidisciplinar para uma visão mais integrada do processo saúde-doença visando o bem-estar físico e psicológico dos pacientes.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; cuidados paliativos; ambiência; qualidade de vida; humanização.

Abstract: Among chronic diseases, heart failure has a higher rate of rehospitalization and mortality, limiting life expectancy. In its advanced phase, patients often suffer from various physical and psychological symptoms benefiting from the integrated approach to palliative care. The contents obtained were bibliographic review research, analyzed qualitatively through relevant articles, books and authors. This paper proposes to contribute to the search for awareness of the theme, the high prevalence of the disease, the importance of treatment adhering and health psychology interventions performed by multidisciplinary teams. The indication of palliative care in patients diagnosed with advanced heart failure is described throughout the study, which highlights the practice and importance of the psychologist's action before the multidisciplinary team for a more integrated view of the health-disease process aiming at the physical and psychological well-being of patients.

Keywords: Heart failure; palliative care, ambience; quality of Life; humanization.

Resumen: Entre las enfermedades crónicas, la insuficiencia cardíaca tiene una mayor tasa de rehospitalización y mortalidad, lo que limita la esperanza de vida. En su fase avanzada, los pacientes a menudo sufren de varios síntomas físicos y psicológicos que se benefician del enfoque integrado de

¹ Mestre em Psicologia. Contato: marineuropsi@hotmail.com.

² Mestrando em Saúde Mental do Trabalhador (PUC-SP). Contato: pabloladeira.psicologia@gmail.com.

³ Graduada em Psicologia (UNIFSJ). Contato:angela.02101@hotmail.com.

⁴ Graduada em Psicologia (UNIFSJ). Contato: vaniciarla@yahoo.com.

los cuidados paliativos. Los contenidos obtenidos fueron investigación de revisión bibliográfica, analizada cualitativamente a través de artículos relevantes, libros y autores. Este documento propone contribuir a la búsqueda de concienciación sobre el tema, la alta prevalencia de la enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento y las intervenciones de psicología de la salud realizadas por equipos multidisciplinares. La indicación de cuidados paliativos en pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca avanzada se describe a lo largo del estudio, lo que pone de relieve la práctica y la importancia de la acción del psicólogo ante el equipo multidisciplinar para una visión más integrada del proceso salud-enfermedad con el objetivo del bienestar físico y psicológico de los pacientes.

Palavras Chave: Insuficiencia cardíaca; cuidados paliativos; ambiente; calidad de vida; humanización.

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) a principal razão da admissão hospitalar entre pacientes idosos. A incidência e a prevalência da doença vêm crescendo entre os pacientes de faixas etárias mais avançadas e entre os obesos. Os pacientes que sofrem de IC possuem altas taxas de mortalidade, embora estejam sendo submetidos às medidas terapêuticas mais atuais. O curso da doença evolui para o fim da vida, marcados pelos achados de perda ponderal, taquipnéia, ansiedade, sintomas depressivos e dor. Embora sejam aplicadas todas as medidas terapêuticas baseadas em evidências a doença evolui progressivamente com piora, aumentando o número de pacientes que necessitam de cuidados paliativos (PENA, 2013, p.243).

Além disso, as limitações funcionais impostas pela IC afetam vários aspectos da vida dos pacientes, razão pela qual a tendência na intervenção tem como objetivo oferecer tratamentos interdisciplinares que busquem uma melhora significativa na qualidade de vida, redução das causas de mortalidade, internações e se for o caso, aumentar as expectativas de sobrevida (ASENSIO apud HERNÁNDEZ, 2016, p.54).

Segundo Pena, et al., (2011), a IC é uma doença caracterizada pelo comprometimento da função cardíaca, relacionada a um alto índice de complicações, diminuindo na expectativa de vida. Os fatores como a função cardiovascular comprometida e ativação neuro-humoral são fatores característicos IC que contribuem para deterioração.

Para os portadores de IC que se apresentam em estágios avançados ou mesmo em estágio terminal, existe a necessidade de cuidados multidisciplinares, envolvendo abordagem do alívio da dor, nas condições físicas, emocionais e espirituais (PENA, 2013, p.243).

O desafio maior é identificar quais os pacientes que devemos pensar em cuidados paliativos. Por definição, deve-se pensar nos portadores de doenças que não são passíveis de cura e têm evolução progressiva, a despeito do tratamento otimizado. Isso inclui todos aqueles com cardiopatia em estágio terminal, independentemente de sua etiologia. No

entanto, é importante frisar que **um paciente portador de IC classe funcional III/IV da New York Heart Association (NYHA) tem indicação de receber CP em associação ao tratamento cardiológico padrão desde o momento em que seu cardiologista o classifica como tal** (GUEDES,2019, p. 2/12).

Os Cuidados Paliativos(CP) devem incluir medidas terapêuticas capazes de controlar não somente a dor, mas de reunir habilidades para ajudar o paciente a suportar às mudanças impostas pela vida, enxergar a dimensão do sofrimento no contexto da vida social. O curso da doença perde sua efetividade na medida que os CP se desenvolve de forma conjunta empregando as técnicas necessárias de forma empática e técnica, proporcionais ao momento da doença.

As doenças ameaçadoras da vida, sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidades de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para um cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares. Este tipo de cuidado foi definido em 2002 pela organização Mundial de Saúde (OMS) como Cuidados Paliativos (MAIELLO, et al, p.13).

O CP não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça à vida. Indica-se identificação precoce, avaliação e tratamento, o cuidado desde o diagnóstico, expandindo o campo de atuação do psicólogo. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano (PINTO, et al, 2009, p.16).

Sendo a IC voltada para o alto índice de mortalidade, sofrimento físicos e emocionais durante o seu processo de tratamento, o foco primordial dos CP na IC é o preparo dos profissionais na abordagem que se faz fundamental. Entretanto, é importante ressaltar que o auxílio da equipe multidisciplinar para estabelecer intervenções psicológicas, apoio aos pacientes para melhorar os sintomas e ajudar a desenvolver mecanismo de enfrentamento diante da situação dessa vivência, torna-se relevante no tratamento para sua melhor qualidade de vida.

Desse modo, as práticas que envolvem a abordagem, inclui conceber ambiência confortável e acolhedora respeitando sentimentos do paciente, assim, através da atuação do psicólogo nesse âmbito oferecer condições necessárias ao paciente para adoecer com dignidade. É importante buscar incluir a contribuição da ambiência no cuidado, tentando amenizar a dor e o sofrimento desses pacientes. Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

Compreendendo que a ambiência na saúde deve estar em sintonia com um projeto voltado para atenção acolhedora, resolutiva e humana respeitando a sua privacidade e autonomia.

Por isso, é de extrema importância colocar o olhar da psicologia para além da medicina, pois sabe-se que a psicologia é considerada uma especialização da área da saúde que faz a intervenção humanizada, protegendo a pessoa de tudo que traz sofrimento para ela. A atuação do psicólogo integrado a equipe multidisciplinar de CP, tem o objetivo de olhar não somente para a doença, mas para o paciente, investir seu cuidado na pessoa, para assim motivar a sua qualidade de vida, sabe-se que o tratamento da doença não alivia a dor, mas é uma maneira de intervir para que a pessoa tenha um final de vida natural e digno.

O objetivo dessa pesquisa será provocar uma reflexão sobre a contribuição do psicólogo na equipe multidisciplinar de saúde e sua atuação frente ao processo de diagnóstico nos pacientes com insuficiência cardíaca em estágio avançado com o suporte emocional adequado, e descrever as possibilidades de tratamento e reabilitação desses pacientes, buscando compreender a importância do profissional de Psicologia.

A pesquisa bibliográfica foi elaborada através do método qualitativo, utilizando-se de livros e artigos, foi utilizada a revisão bibliográfica referente ao tema abordado.

2.INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome caracterizada por alta mortalidade, internação frequente, má qualidade de vida e regime terapêutico complexo (PENA, et al, 2010, p. e 29).

Os distúrbios que dão origem a IC podem afetar todo o coração ou apenas uma área. Em muitos casos, uma combinação de fatores resulta em IC, ainda que muitas pessoas possam viver muitos anos, cerca 70% morrem devido a progressão doença em um período de até dez anos, elevando a alta taxa de mortalidade.

Insuficiência cardíaca é um distúrbio em que o coração não consegue suprir as necessidades do corpo, causando redução do fluxo sanguíneo, refluxo (congestão) de sangue nas veias e nos pulmões e/ou outras alterações que podem debilitar ou enrijecer ainda mais o coração. Significa que o coração não consegue manter o esforço necessário para bombear adequadamente o sangue para todas as partes do

corpo e realizar sua carga de trabalho. Essa definição é muito simplista. A IC é extremamente complexa e nenhuma definição simples consegue abranger suas diversas causas, aspectos, formas e consequências (SHAH, et al, 2018, p. 1).

Como doença crônica, é incapacitante e de prognóstico não favorável. Estas características, quando apreendidas pelo doente e família, podem ter consequências na autoestima, nos projetos de vida e relações interpessoais, particularmente se a IC se instala abruptamente, após um infarto agudo do miocárdio (IAM) e em jovens. O próprio tratamento abrange certa variedade de opções comportamentais e farmacológicas poderá potencializar ou agravar queixas depressivas e por um lado a adoção das medidas propostas confere ao doente uma sensação de aumento de controle sobre a doença, por outro lado ele poderá sentir que o seu estilo de vida foi alterado e que alguns de seus hábitos e interesses serão modificados (PENA, 2011, p.171).

A qualidade de vida de uma pessoa com IC presente já algum tempo se deteriora e as possibilidades de tratamento podem se tornar limitadas, especialmente para as pessoas idosas. A expectativa de vida depende da gravidade, do progresso da doença, da correção de sua causa e do tratamento utilizado. A expectativa de vida aumenta com o tratamento e com as intervenções utilizadas.

A prevalência da IC tem aumentado nos últimos anos, especialmente entre indivíduos idosos. É uma condição progressiva associada à elevada morbidade e mortalidade. Além disso, a progressão da doença é uma experiência assustadora e desconfortável para os pacientes, ocasionando sequelas físicas e psicológicas. Pacientes com IC geralmente apresentam depressão, qualidade de vida reduzida e sofrimento espiritual (VASCONCELOS, 2017.p. 2/3 e 2/4).

Apesar de os avanços científicos e tecnológicos e de melhores condições socioeconômicas terem possibilitado o aumento da longevidade da população em geral e dos cardiopatas, tem-se registrado aumento da incidência no Brasil e no mundo, tendo em vista, que a IC provoca uma sensível perda da qualidade de vida resultando em altos custos socioeconômicos para o país.

É provável que o distúrbio se torne mais frequente porque as pessoas estão vivendo mais tempo e porque, em alguns países, determinados fatores de risco para doença cardíaca, como obesidade, diabetes, tabagismo e hipertensão arterial estão afetando um número maior de pessoas (SHAH, et al, 2018, p.1/14).

Os sinais e sintomas clínicos comuns da Insuficiência IC são dispneia,

ortopneia,⁵ edema em membros inferiores, hepatomegalia,⁶ derrame pleural, estase jugular, congestão pulmonar, oligúria⁷, nictúria, taquicardia, bulhas patológicas, sopros cardíacos. A avaliação laboratorial varia de acordo com o exame clínico do paciente, em geral inclui hemograma completo, eletrólitos, glicemia, colesterol total e frações, ureia, creatinina e hormônios tireoidianos (CAMPOS, 2018, p.2/3).

Normalmente, os médicos suspeitam da IC com base nos sintomas, porém, normalmente são feitos exames, como ecocardiograma para avaliar a função cardíaca (SHAH, et al, 2018, p. 1/14).

O tratamento médico tem como objetivo tratar o distúrbio que causa a IC, implementar alterações no estilo de vida e tratar a doença com medicamentos, cirurgia ou outras intervenções (SHAH, et al, 2018, p. 1/14).

Embora tenha ocorrido avanços terapêuticos no tratamento farmacológico, a taxa de mortalidade a curto prazo ainda é alto. Nos portadores de IC menos grave a sobrevida é maior, entanto há redução considerável de qualidade de vida. Dada a alta mortalidade e morbidade associadas com a IC, não é surpreendente que pacientes normalmente relatem sofrimento psicológico, redução da atividade social e diminuição da qualidade de vida. A qualidade de vida é reconhecida como um importante fator ao estudar os efeitos da intervenções. Além disso, fatores psicológicos também tem sido implicados no desencadeamento de hospitalizações em um número notável de pacientes com IC (PENA, 2011, p.175).

A classificação é baseada na progressão da doença. A estratificação de pacientes é medida simples, baseada em dados de história, e que permite ao profissional de saúde avaliar o momento evolutivo da doença em que o paciente se encontra, avaliar qualidade de vida e prognóstico e estabelecer prioridades e linhas terapêuticas. Esta forma de categorização permite uma compreensão evolutiva da doença e, ainda, serve de base para a identificação de pacientes com indicação de intervenções predominantemente preventivas: Estágios A e B, terapêuticas (estágios C) ou seleção de pacientes para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estágio D). O estágio A inclui pacientes sob risco de desenvolver insuficiência cardíaca, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas atribuíveis. O

⁵ Dificuldade de respiração provocada por certas doenças.

⁶ Ocorre quando o fígado incha para além do tamanho normal.

⁷ Diminuição e ausência da produção de urina

estágio B são pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à doença. O estágio C pacientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos. O estágio D pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos (BOCCHI et al, 2009. P.7/104).

A classificação da IC em estágios (A, B, C, D) estabelece um contínuo de gravidade. No entanto o estágio C apresenta ampla gama de apresentações, envolvendo diferentes classes funcionais da New York Heart Association (NYHA). Esta classificação por sua vez, apesar de também agregar valor prognóstico, depende de interpretação subjetiva.

O Comitê de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Cardiologia delimita como indicação principal, para atuação da equipe multidisciplinar de CP, o seguinte critério: Paciente com diagnóstico de Doença Cardiovascular em fase avançada (Estágio D / Classe Funcional III-IV⁸). Definição de IC Avançada: Tolerância aos esforços, reduzida (Classe Funcional NYHA III ou IV), apesar da terapêutica otimizada, com persistência dos sintomas nos últimos 3 meses. A etiologia dos sintomas pode ser devido a: piora das evolutivas da IC e suas complicações; relacionados a efeitos colaterais de medicações e/ou intervenções; descompensação das comorbidades (INC, 2018, p.7).

A classificação funcional de acordo com New York Heart Association (NYHA) continua sendo a classificação usada para descrever e classificar a gravidade dos sintomas. Essa classificação baseia-se no grau de tolerância do exercício e varia desde a ausência de sintomas até a presença de sintomas mesmo em repouso. Ela permite avaliar o paciente clinicamente, auxilia no manejo terapêutico e tem relação com o prognóstico. Pacientes em classe funcional da New York Heart Association (NYHA) II a IV apresentam condições clínicas progressivamente piores, internações hospitalares mais frequentes e maior risco de mortalidade. Por outro lado, embora pacientes em, New York Heart Association (NYHA) II, apresentam sintomas mais estáveis e internações menos frequentes, o processo da doença nem sempre é estável, e estes pacientes podem apresentar morte súbita sem piora dos sintomas. Tal risco pode ser reduzido pela otimização terapêutica, de modo que o tratamento

⁸ Estágio D/classe funcional III/IV: classe funcional do paciente baseada tradicionalmente baseada nos sintomas, a critério da Equipe de Saúde, em acompanhamento com especialistas.

clínico deve ser otimizado da mesma forma que em pacientes com sintomas mais graves (DIRETRIZ, 2018, p. 443)

Enquanto a classificação segundo a New York Heart Association (NYHA) valoriza a capacidade para o exercício e a gravidade dos sintomas da doença, a classificação por estágios da IC proposta pela American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) enfatiza o desenvolvimento e a progressão da doença. Esta classificação inclui desde o paciente com risco de desenvolver IC, cuja abordagem deve ser feita no sentido de prevenir seu desenvolvimento, quanto o paciente em estágio avançado da doença, que requer terapias específicas, como transplante cardíaco e/ou dispositivos de assistência ventricular (DIRETRIZ, 2018-2019, p.443).

Com base na definição de IC avançada, seguem os critérios para indicação dos cuidados paliativos. Paciente não é candidato à terapia curativa Paciente tem uma doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento de vida. Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas. Sintomas não controlados (náuseas, dispneia, vômitos, etc.). Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não controlado. Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de 1 vez no mês pelo mesmo diagnóstico) Mais de uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias. Internação prolongada sem evidência de melhora. Internação prolongada em CTI. Prognóstico documentado pela equipe médica (PEDROSO, 2018, p. 7).

Certamente essa variedade de fatores causais exige estratégias múltiplas, integradas e continuadas, capazes de promover maior adesão ao tratamento, desse modo, obter redução das descompensações e aumento da qualidade de vida. As intervenções psicossociais, principalmente aquelas realizadas por intermédio das clínicas de IC, operacionalizadas pelo trabalho em equipes multiprofissionais com ação interdisciplinares, funcionam como suporte sociais e preenchem tal objetivo (CAMPOS, et al ,2013, p. 171).

A incorporação de intervenções psicológicas em procedimento padrão de reabilitação cardíaca, por exemplo, tem se mostrado para reduzir a morbidade, recorrência de episódios coronarianos, internações, mortalidade e estresse; também tem mostrado efeitos positivos na adesão ao tratamento e modificação de fatores de risco biológicos como pressão alta, frequência cardíaca e colesterol alto (HERNÁNDEZ, 2015, p. 54).

Nos últimos dez anos, embora os avanços do tratamento tenham gerado

impacto no curso clínico e prognóstico, os pacientes ainda tem convivido com experiências debilitantes por causa da evolução da doença, necessitando de acesso aos cuidados básicos e paliativos, o sucesso da aplicação dos CP é a melhor opção promovida por equipe multidisciplinar (PENA, 2013, p. 243).

Embora os CP difiram dos curativos na IC, por causa de os primeiros focarem exclusivamente no alívio dos sintomas e preferências do paciente, eles já se encontram consolidados em boa prática médica (PENA, 2013, p.245).

O sucesso dos cuidados paliativos é a melhor opção promovida por equipe multidisciplinar, que forneceria cuidados primários. A aplicação desses cuidados deve ser iniciada a partir da percepção clínica de que o paciente portador de IC esteja evoluindo para o estágio terminal (PENA, 2013, p. 244).

3.CUIDADOS PALIATIVOS NO MANEJO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O manejo do paciente deve ser programado de acordo com seu prognóstico. Isso é comum quando a expectativa de vida é muito limitada e altera seu tratamento, necessitando da aplicação de cuidados desses conceitos (PENA, 2013. p.245).

“O termo paliativo deriva do vocábulo latino pallium, que significa manta ou coberta. O termo implica ainda um enfoque holístico, que considera não somente a dimensão física, mas também a psicológica, social e espiritual. A atenção não é voltada à doença a ser curada ou controlada, mas ao doente, entendido como um ser biográfico e ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento” (MELO,2013, p.459).

Os modelos teóricos e práticos de cuidados paliativos começaram a ser aplicados na década de 1950, por Dame Cicely Saunders, médica inglesa. Saunders, que inicialmente estudou filosofia e política em Oxford, foi treinada por enfermeiros e assistentes sociais antes de graduar-se em medicina. Com essa filosofia a diferenciando, ela tentava encontrar uma forma não usual para melhorar os pacientes terminais. O seu método inovador de cuidados médicos associados ao uso de opiáceos no alívio da dor, ministrando práticas de inclusão social e orientações espirituais, buscava o alívio “completo” da dor (PENA, 2013, p.244).

A aceitação desse procedimento ocorreu em 1933, tendo em vista os bons resultados com essas condutas terem sido apresentados por eminências médicas atuantes naquela década. A consagração foi baseada em publicações apresentadas como boa prática médica e definiram os seguintes itens: ser racional, baseando as condutas na ciência médica; promover cooperação do sistema público e da classe

Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

médica; tratar o paciente de forma holística; manter uma relação-médico paciente estreita; promovendo suas necessidades (PENA, 2013, p.245).

Considerando tais aspectos, a OMS (2002) “reafirma os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos: proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes; encarar a morte como um processo normal; não apressar, nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença e com seu próprio luto; utilizar uma abordagem de equipe para atender as necessidades dos pacientes e suas famílias” (MELO, 2013,p.459).

É necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, plagiando o conceito de *dor total*, criado por Dame Cicely Saunders, onde todos estes fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas, devendo ser levados em consideração na abordagem (CARVALHO, et al, 2012, p.26).

Os cuidados paliativos são definidos como uma filosofia de cuidados e um sistema de atendimento de acordo com a demanda do paciente. Conforme sua definição, é necessário que todos os cuidadores estejam próximo do paciente e do convívio familiar, determinando as intervenções e o manejo dos sintomas que surjam no curso da doença. De acordo com o consenso americano apresentado: “cuidados paliativos ultrapassam o modelo tradicional de tratamento médico e inclui objetivo como melhora da qualidade de vida para o paciente e a família, otimizando as funções orgânicas, colaborando mas decisões e criando oportunidades para um crescimento pessoal” (PENA, 2013, p. 244).

Visando o objetivo de coordenar e ser referência aos profissionais na área da saúde interessados nesse campo de atuação, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, sugere a abordagem aos pacientes em cuidados paliativos de forma interdisciplinar. Isso se reflete no reconhecimento dos cuidados paliativos a nível nacional, a partir da regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina, da medicina paliativa como especialidade médica no Brasil no ano de 2011. Por outro lado, a contribuição de publicações, principalmente no campo da psicologia, além de reforçar e reconhecer a atuação do psicólogo em contextos diferenciados pode auxiliar na transmissão de conhecimento e investimento em novas pesquisas no que se refere aos cuidados paliativos (MELO, 2013, p.453).

O consenso americano de cuidados paliativos recomenda o início de intervenções de CP no momento do diagnóstico de qualquer doença grave que implique a quebra de harmonia do cuidado ativo com a intensidade das intervenções

Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

em CP com base em indicadores prognósticos. Assim quando o estado da pessoa se deteriora e as intervenções dos cuidados paliativos aumentam, o tratamento que prolongam a vida diminuem automaticamente de forma lenta (PENA,2013, p.246).

As medidas de cuidados paliativos ou de apoio devem ser incluídas no plano de cuidado desde as fases iniciais da doença e continuadas posteriormente com revisões e ajustes orientados pelas necessidades clínicas do paciente. Com a integração precoce dos profissionais na equipe diretamente responsável pelo cuidado do paciente, provavelmente serão menos marcantes, e sua aceitação pode permitir uma gestão mais holística do problema do paciente – clínicos, psicológicos e espirituais. Com essa abordagem, o cuidado orientado ao prognóstico pode ser transformado em atendimento orientado às necessidades do paciente (ROMANO, 2020, p.7).

Não devemos nos esquecer que qualidade de vida e bem-estar implicam a observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional. Viver ativamente, e não simplesmente viver, nos remete à questão da sobrevivência “a qualquer custo”, que esperamos combater. Sermos facilitadores para a resolução dos problemas do nosso paciente é nosso dever e nossa responsabilidade (PINTO, et al. 2012, p.28).

Na prática do cuidado ao paciente, frequentemente iremos nos deparar com inúmeros fatores que atuarão concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da própria doença e na relação com o paciente e a família. A integração sugerida pelo cuidado paliativo é uma forma de observarmos o paciente sob todas as suas dimensões e a importância de todos estes aspectos na composição do seu perfil para elaborarmos uma proposta de abordagem (PINTO, et al.2012, p.28).

Considerando todos os aspectos da vida do paciente visando seu bem estar, podemos pensar nos espaços que contribuirá para o aperfeiçoamento dessa qualidade e buscar refletir sobre os elementos que definem a ambiência que pode ser usado como ferramenta facilitadora desses processos, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A ambiência trata do cuidado com o espaço no qual o paciente se encontra,

funciona como um possível instrumento de reflexão sobre os fatores da ambiência hospitalar que, quando em harmonia pode contribuir para a melhoria gradativa no processo da saúde integral, modificar ou adaptar o espaço, provocam-se alterações no processo ali realizado.

O termo ambiência tem origem do francês “*ambiance*” e pode ser também traduzido como meio ambiente. Para melhor compreensão da sua abrangência, podemos afirmar que não é composto somente pelo meio material onde se vive, mas pelo efeito moral que esse meio físico induz no comportamento dos indivíduos (BESTETTI,2014, p.601).

No Brasil, a ambiência hospitalar é um tema proposto pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização, através da Cartilha de Ambiência. Refere-se ao cuidado dado ao ambiente para que seja humanizado e acolhedor, [...]. Vale então ressaltar a importância do espaço físico para a satisfação dos usuários, levando-nos ao conceito de ambiência (SILVA, et al. p. 13).

O conceito de ambiência considera o ambiente partindo-se de três visões. A primeira delas afirma que a arquitetura permite a otimização do espaço, tornando lugares mais acolhedores e de acordo com o que se propõe para uma ambiência. A segunda visão trata dos elementos dos ambientes raramente pensados como fatores de relevância no processo de produção da saúde e que causam efeitos impactantes para a recuperação da saúde do usuário e para o processo de trabalho dos profissionais. Por último, temos a visão que considera a ambiência um espaço de encontro de sujeitos e, por isso, propicia uma reflexão destes sobre o processo e cria subjetividades. Por isso, também é imprescindível o cuidado com as pessoas (SILVA, et al.vol.5 p.14).

É preciso que a equipe entenda a importância que a ambiência exerce no bem estar dos pacientes hospitalizados propondo políticas humanizadoras capazes de proporcionar ambientes mais saudáveis no contexto hospitalar. A proposta é ofertar ao paciente com IC um tratamento digno e acolhedor como uma etapa fundamental para atender suas necessidades físicas e psicológicas, principalmente quando associada a prática do cuidado.

Diante dessa lacuna em definir se o paciente requer cuidados paliativos ou não, é necessária a construção de protocolos que definam melhor a insuficiência cardíaca resistente ao tratamento, definindo se a etiologia reversível ou apenas precipitante do quadro. Então os cardiologistas poderão conhecer o paciente típico, que evoluirá com piora na qualidade de vida, aumentando o número de hospitalizações e piora ambulatorial por causa de evolução do edema e falência renal na ausência de causas

iatrogênicas (PENA, 2013, p. 245).

Na prática, ao se definir quaisquer desses diagnósticos, o cardiologista pode pensar em instituir cuidados paliativos para seu paciente, em associação com a terapia padrão cardiológica (GUEDES, 2020, p. 2/12).

O manejo da IC é realizado por clínicos, enfermeiros, médicos assistentes, psicólogos e outros profissionais. O manejo do paciente deve ser programado de acordo com seu prognóstico. Isso é comum quando a expectativa de vida é muito limitada e altera seu tratamento, necessitando da aplicação de cuidados paliativos (PENA, 2013, p.245).

Embora não seja preciso o momento correto para aplicação dos cuidados, os pacientes de IC, portadores de várias comorbidades e de admissões hospitalares frequentes são os principais candidatos para o uso dos cuidados paliativos. Já é bem definido que os CP são extremamente importantes na evolução da IC, e coloca que esse tipo de abordagem exerce grande papel na evolução do tratamento da doença em estágio avançado (PENA, 2013, p.249).

A adoção desses cuidados como meio de conceituar o atendimento de pacientes com IC pode diminuir a ênfase de reinternação como marcador de prognóstico. Uma parte considerável dos pacientes tem morte súbita antes que tenha acesso aos benefícios de cuidados paliativos (PENA, 2013, p. 247).

Já é bem definido que os cuidados paliativos são extremamente importantes na evolução da doença, entretanto o tratamento curativo não é abandonado quando aplicado os cuidados paliativos, visto que aplicação de ambos produz benefícios aos pacientes (PENA, 2013, p.249).

Além disso, pacientes que estão sob os CP são melhor supervisionados e conseguem aprimorar o tratamento de concluir que a intervenção interdisciplinar de cuidados paliativos em pacientes com IC avançada mostrou maiores benefícios na qualidade de vida, ansiedade, depressão e bem-estar espiritual (FESTA, 2017, p.1/4 e 2/4).

4.CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM INSUFICIENCIA CARDÍACA

Tendo em vista a atual realização de estudos na área de Psicologia, principalmente dentro da Cardiologia, especialidade médica em pleno e expressivo desenvolvimento, é importante considerar as alterações psicológicas que se evidenciam em pacientes portadores de problemas cardiovasculares. Estes enfrentam um momento diferenciado em suas vidas, com a ruptura das atividades cotidianas e desestabilização emocional decorrentes de uma internação ou cirurgia cardíaca (EBAID, et al,1990. p.133).

Revisando trabalhos acerca do tema, verificamos a existência de fatores de risco psicológicos e sociais que podem ser de grande importância no histórico do desenvolvimento da doença, como ansiedade, depressão e mudança sócio-econômica, etc. (EBAID, et al, 1990, p.133).

Na avaliação de pacientes com um diagnóstico de insuficiência cardíaca, necessita classificar o tipo, identificar a etiologia, avaliar a severidade do quadro clínico, determinar a piora da função ventricular esquerda e estabelecer um prognóstico. O seguimento do paciente com disfunção cardíaca envolve uma contínua reavaliação de sinais e sintomas, capacidade funcional, prognóstico e efetividade da terapêutica empregada (JORGE, 2013, cap. 4, p.30).

A integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente e assim, transcendendo a noção de conceito de saúde, de que a ausência de enfermidade significa ser saudável. Dessa forma, o trabalho em equipe mostra-se fundamental para o atendimento hospitalar, na medida em que psicólogos, e os demais profissionais envolvidos nesse atendimento estabeleçam uma integração, para que a pessoa seja tomada como um todo, para que ela possa ter um atendimento humanizado, contemplando assim, outras necessidades dos usuários. A contribuição da psicologia não se limita ao usuário ou à instituição, mas a especificidades que auxiliam todo o trabalho da equipe médica. (FOSSI, et al,2004, p.2).

Frente a isso, temos observado a necessidade de um trabalho multidisciplinar,

a fim de obter maior conhecimento da doença e do paciente. Os vários fatores que podem causar ou contribuir no estabelecimento da doença cardíaca devem, portanto, ser analisados conjuntamente para que se tenha avaliação adequada da condição do paciente, tratamento e possível prognóstico (EBAID, et al, 1990, p.133).

O manejo da doença não é tarefa fácil, os cuidados devem ser iniciados na fase inicial da doença para além do controle dos sintomas. Nesse sentido, justifica-se a necessidade de intervenção da equipe multidisciplinar que fornece suporte emocional aos doentes nessa fase tão difícil da sua vida.

No entanto, consideraremos aqui a equipe multidisciplinar formada pelos profissionais que assistem diretamente os indivíduos. Cabe salientar que a equipe multidisciplinar tem sua formação centrada nas necessidades da pessoa, portanto, ela não é pré-organizada. A demanda do enfermo é que fará com que os profissionais da saúde se integrem, com o propósito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, proporcionando seu bem-estar (FOSSI, et al, 2004, p.3).

A contribuição que a psicologia oferece dentro dessa equipe para os pacientes que foram diagnosticados com IC, visa estabelecer sempre um suporte de cuidado a esses pacientes, as suas emoções, questões, medos, inseguranças e angústias. Pois sabemos que é uma doença incapacitante que progressivamente vai atingindo todos os aspectos da vida do paciente na sua totalidade. A intervenção do psicólogo é no sentido de acolher e compreender o paciente como um todo, em diferentes momentos da evolução da doença, levando em consideração os benefícios do tratamento pode trazer.

Mediante a complexidade da realidade, é indicada intervenção multiprofissional ainda em situação de hospitalização. Dentro das profissões indicadas para compor uma equipe multiprofissional de atenção ao paciente está a Psicologia, considerando-se as repercussões da doença nas atividades do cotidiano e na qualidade de vida.

É possível perceber que a psicologia com suas contribuições para a compreensão dos aspectos psíquicos do sofrimento humano diante de um quadro de doença passe a ser tratado em cuidados paliativos. Compreende-se, portanto, que a contribuição do profissional da psicologia ocorre em diversas atividades, estas se dão a partir de saberes advindos de uma visão do fenômeno como pertencente ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma, pelo corpo (MELO, 2013, p.464).

Os profissionais da área da psicologia devem integrar equipes multiprofissionais de atenção a pessoas com IC, em razão da real possibilidade de contribuírem de forma significativa e efetiva para a elaboração de um plano de cuidados integral e integrado, onde a integralidade é entendida na perspectiva da abordagem as esferas: física, psicossocial e espiritual, para que seja possível responder as diferentes necessidades e demandas da referida população (QUEIROZ, et al. 2018, p.124).

A inserção do psicólogo na equipe objetiva identificar e atuar sobre aspectos que possam interferir nas adaptações do paciente ao período de hospitalização visando facilitar a recuperação do paciente e a contribuição para a promoção da sua saúde. O psicólogo tem, entre suas funções, a de contribuir com os aspectos psíquicos e sociais para superar o impacto emocional provocado pela doença, para modificar hábitos de comportamentos nocivos e para a reintegração do paciente em suas atividades sociais anteriores.

O trabalho da equipe multidisciplinar se enriquece com a atenção à saúde mental do paciente. Um adoecimento grave leva a uma grande modificação no ritmo de vida do paciente, leva à produção de um sentimento de inutilidade que se expressa por ideias depressivas, angústia, sofrimento mental e a contribuição do psicólogo nesse processo é de cuidado desde a fase inicial da doença até o seu processo evolutivo. A falta desses atendimentos psicológicos somatiza o intenso sofrimento psíquico do paciente, e apesar de alguns sentimentos frequentemente presentes agravados pelas questões psicossociais, permite-nos dizer que a Psicologia tem uma contribuição indispensável para o paciente e sua família

A prática da intervenção psicológica por profissionais capacitados para o processo de cuidados paliativos é orientada a minimizar o sofrimento inerente a essa fase da vida, na elaboração das eventuais sequelas emocionais decorrentes deste processo. Busca-se a humanização do cuidado, propiciando a comunicação eficaz, a escuta ativa, compreensiva e reflexiva, a elaboração de questões pendentes, facilitando as relações equipe – paciente – família, não necessariamente nessa ordem, além de uma melhor adesão ao tratamento. Por meio de instrumentos de uso exclusivo do profissional da psicologia e técnicas apropriadas à intervenção psicológica, o psicólogo adquire e assume sua importância nesse contexto de atuação, possibilitando o reconhecimento da sua prática (MELO,2013, p. 463).

No decorrer da assistência psicológica, destacam-se diferentes e importantes momentos. Primeiramente, o impacto do diagnóstico e a não compreensão sobre o que lhe foi dito, permeado de muita angústia e desamparo. Com o tempo, o paciente começa a se familiarizar e a compreender o processo, que muitas vezes é doloroso por haver confronto com sua própria fragilidade e vulnerabilidade frente à vida (QUEIROZ, et al, 2018, p.126).

O atendimento psicológico consiste em auxiliar o paciente a conhecer sua patologia para possibilitar maior empoderamento sobre sua recuperação, trabalhar as mudanças de pensamento e comportamento e elevar a autoestima, o autocontrole, a confiança e a motivação para uma melhor aderência ao tratamento.

Este acompanhamento, ainda que devido às circunstâncias, às vezes realizado em curto prazo, permite aproximação ao paciente que se beneficia com a possibilidade de falar, refletir ou mesmo calar junto a alguém. É importante então por parte do psicólogo o acolhimento ao paciente: Acolher significa receber, atender, amparar, enfim dar abrigo e refúgio ao outro. Para que isso possa ser feito é essencial ao terapeuta ter desenvolvido sua capacidade de empatia, que significa compartilhar, experimentar os sentimentos de outra pessoa. Compartilha-se da qualidade e intensidade dos sentimentos; do tipo, e não da quantidade. O principal objetivo de empatia é a obtenção de uma compreensão do paciente (EBAID, et al, 1990. P.134).

É papel do psicólogo entender que além do sofrimento emocional, existe o sofrimento orgânico que por diversas vezes é o desencadeador do sofrimento psíquico do paciente, porém outras vezes, é ao contrário. É importante toda a equipe perceber o quanto de sofrimento emocional passa a existir durante o processo de internação, pois mesmo sendo função exclusiva do psicólogo trabalhar essas questões, elas são fundamentais para a evolução do quadro orgânico. (SALDANHA, et al,2013, p.5).

A avaliação psicológica permite a identificação de problemáticas que deverão ser acompanhadas, na proposição de uma abordagem junto a pacientes e familiares, destacando-se: Acompanhamento psicológico da pessoa com IC e seus familiares favorecendo o alívio de sofrimento e a melhor adaptação ao contexto de doença, tratamento e hospitalização; Acolhimento das demandas e necessidades de pacientes e familiares; Psicoeducação (orientação) aos pacientes e familiares quanto à importância da adesão ao tratamento e mudança do estilo de vida; Auxiliar na resolução de conflitos entre paciente, família e equipe; Garantir a continuidade dos cuidados no contexto extra-hospitalar e familiar; Acompanhar demandas específicas e complexas (como abuso de drogas, dependências e alterações emocionais e/ou psiquiátricas); Auxiliar no processo de luto antecipatório no caso de pacientes graves e iminência de óbito; Investigar e fortalecer os recursos internos do paciente e família

para enfrentamento da doença e do tratamento; Conhecer e resgatar a retaguarda sócio familiar. (QUEIROZ, et al. 2018, p.127).

Nesse sentido, Castro (2001) recomenda-se também que o psicólogo assessor a equipe médica no planejamento desta comunicação do diagnóstico aos envolvidos, respeitando as características emocionais individuais, possibilitando à equipe, o manejo das reações emocionais (MELO.2013, p.462).

O principal objetivo é o estabelecimento de uma relação empática e de confiança com o paciente que possibilite explorar juntos os vários fatores que configuram a situação do momento, cabe ao psicólogo distinguir as condições e o contexto em que o paciente se encontra e qual a intervenção adequada para cada caso.

O psicólogo, como parte da equipe interdisciplinar de CP, foca sua intervenção em: escutar e acolher pacientes e familiares, Avaliar o paciente e seu contexto familiar; Conhecer a história de vida do paciente permitindo que este a reviva, reflita, elabore e, talvez assim, compreenda melhor os sentimentos vivenciados naquele momento; Oferecer suporte que permita ao paciente viver tão ativamente quanto possível, tendo como foco a manutenção de sua autonomia; Atentar para as demais reações passíveis de surgir dentro desse contexto, tanto de pacientes como familiares, como negação, raiva, depressão, ansiedade e outros transtornos; Utilizar técnicas de relaxamento para minimizar o processo da dor e outros sintomas estressantes; Acolher a família com o objetivo de contribuir na elaboração do processo da doença, bem como, na reconfiguração dos novos papéis familiares que naturalmente irão surgir (INC- INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 2018, p.18).

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados. As perdas de autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e, conseqüentemente, de status social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, que podem apresentar maior dificuldade de controle. A abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental (PINTO, et al, 2009, p.16).

Segundo Saldanha et al (2013), autores afirmam que “A Psicologia tem papel importante em todas as áreas da vida humana. Ele diz que, “o psicólogo como profissional em promoção à saúde, atua tanto na possível pesquisa como no tratamento” (SALDANHA, et al, 2013 p.62).

O lugar do psicólogo está sendo conquistado a cada dia buscando seu espaço

Revista Transformar Jan/Jun 2021. Vol 15. N. 1 E-ISSN: 2175-8255

como ciência e profissão. O paciente com IC precisa de cuidados, porque o adoecimento não atinge só uma questão física biológica, mas toda uma dimensão emocional. Os CP exige a integração de uma equipe multiprofissional com a contribuição do psicólogo para que esse atendimento alcance a amplitude, definindo assim a identidade do psicólogo nesta equipe.

Por fim, pode-se concluir que a psicologia tem papel relevante na equipe multiprofissional de saúde, contribuindo na orientação psicológica dos pacientes com insuficiência cardíaca avançada que se beneficiam com o tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de pacientes tem aumentado devido ao envelhecimento da população adulta em geral, estamos diante de uma doença crônica cada vez mais prevalente e sem adequado controle. Sabemos que é uma situação que determina grande desconforto, abalo e angústia aos pacientes, que em geral já se encontram bastante debilitados, além dos fatores de risco e comorbidades, que necessita de uma intervenção multidisciplinar.

Os cuidados paliativos fazem parte de uma abordagem de cuidados ao sofrimento humano que abrange diversas doenças, mas nosso foco principal é a IC e a identificação precoce da doença amplia as possibilidades de prevenção do seu desenvolvimento e tratamento para melhor qualidade de vida dos pacientes quando a pessoa diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida. A importância da inserção dos CP no manejo da IC, visando o cuidado integral e o quanto ele reflete nas necessidades e subjetividades dos pacientes e seus familiares se adaptarem-se aos desafios impostos pela doença, se torna fundamental.

Cuidar de uma pessoa independente das fases da doença em que ela se encontra é algo extremamente técnico e humano, exigindo formação especial de profissionais capazes de oferecer cuidados a esses pacientes para que eles possam viver cada dia com mais qualidade de vida possível, serenidade, paz e dignidade até o último instante de suas vidas diante de uma doença avançada.

Considerando as repercussões da doença, o psicólogo deve integrar a equipe multiprofissionais de atenção aos indivíduos com IC como forma de contribuir para um plano de cuidado integral que corresponde as diferentes necessidades dos pacientes.

A psicologia procura comprometer-se com questões ligadas a qualidade de

vida, humanização e singularidade de cada paciente e a atuação do psicólogo nesse contexto se caracteriza por um grupo de ações que são capazes de atender essas necessidades visando o seu bem estar emocional.

Como diz a poeta Cora Coralina, é fundamental olhar e ser para o outro instrumento de afeto. Na certeza de que isso não é coisa de outro mundo, basta sermos um pouco mais humanos e enxergar o próximo com os olhos do coração. Independente da fase da vida em que a pessoa se encontra, ela pode viver cada dia com muito mais qualidade de vida, conforto e dignidade, essa vida pode ser prolongada até seu último instante. Mas, quando falamos do que dá sentido à vida enquanto ela durar, é preciso aprender a olhar com o coração, para poder vê-las. “E isso, sim, é fazer tudo por alguém que amamos”.

Saber Viver (Cora Coralina)

Não sei...
se a vida é curta
ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela
não seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar.

Referências:

- ANCP **Manual de Cuidados Paliativos**. Ampliado e Atualizado. 2ª edição. 2012.
- AMBIÊNCIA: **espaço físico e comportamento**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2014; 17(3):601-610.
- BOCCHI, Edimar Alcides. et al. **III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Arq. Bras. Cardiol, vol.93no.1 supl.1 São Paulo, 2009.
- BESTETTI, Maria Luísa Trindade. **Ambiência: espaço físico e comportamento**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2014; 17(3):601-610.
- CAMPOS, Eugenio Paes. et al. **Contribuição da Psicologia ao tratamento do Paciente com Insuficiência Cardíaca**, cap. 14. In: MESQUITA, Evandro Tinoco; QUELUCI Gisela de Carvalho (ed.). *Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca*- São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.
- CAMPOS, Dony Cristoney Castilho de. **PEBMED – Insuficiência cardíaca: o que há de novo na abordagem da doença?** *Cardiologia*. 15.12.2018.
- CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Fonseca. **ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos)**. Ampliado e Atualizado: 2012. 2ª edição.
- COMITÊ-Coordenador da Diretriz de Insuficiência. **Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda**. *Arq Bras Cardiol*. Sociedade Brasileira de Cardiologia ;2018; 111(3):436-39.
- EBAID, Cyntia, ANDREIS, Mônica. **A Intervenção do Psicólogo Junto a Pacientes Cardiopatas**. *Arq Bras Cardiol*. Volume 55(nº2) 1990.Sao Paulo-SP.
- FOSSI, Luciana Barcellos, GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares**. Rev. SBPH v.7 n.1 Rio de Janeiro jun. 2004.
- FESTA, Juliana. **PEBMED-Cuidado Paliativo melhora a qualidade de vida em pacientes com IC avançada**. UFRJ – 28.08.2020.
- GUEDES, Maria Magalhães, **CARDIOPAPERS – Porque que o cardiologista tem que conhecer Cuidados Paliativos?** 24.08.2020.
- HERNANÁNDEZ, Viridiana Peláez. et al. **Intervención Psicológica como Parte Del Tratamiento Integral de Pacientes Com Insuficiência Cardíaca: Efecto Sobre La Capacidad Funcional**. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciência y Tecnología*, 9 (1), 53-61, Jun 2016.
- INC **Protocolo de Cuidados Paliativos em Cardiologia/ Instituto Nacional de Cardiologia**. Rio de Janeiro: INC,2018.
- JORGE, Antônio José Lagoeiro. **Insuficiência Cardíaca Crônica**, cap.04.in: MESQUITA, Evandro Tinoco; QUELUCI Gisela de Carvalho (ed.). *Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca*- São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.

MAIELLO, Ana Paula Miraschi Vieira.et al. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo:Hospital Sírio- Libanês ;Ministério da Saúde;2020.

MELO, Anne Cristine de.et al. **Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos**. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2013, 14(3),452-469.

MESQUITA, Evandro Tinoco; QUELUCI Gisela de Carvalho. **Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca**- São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.

PENA, Felipe Montes. **Cuidados Paliativos na Insuficiência Cardíaca**, cap. 20.in: MESQUITA, Evandro Tinoco; QUELUCI Gisela de Carvalho (ed.). *Abordagem Multidisciplinar ao Paciente com Insuficiência Cardíaca*- São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.

PENA, Felipe Montes. et al. **Sintomas depressivos e hospitalizações por insuficiência Cardíaca: prevalência, preditores e mortalidade**. *Insuf Card* 2010 (Vol. 5) 4:178- 184. 9(1), 53-61, Junio 2016.

PENA, Felipe Montes. et al. **Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos**. *Insuf Card* 2011; (Vol. 6) 4:170-178.

PENA, Felipe Montes.et al. **Fatores Sociodemográficos e sintomas depressivos em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca**. *Exp. Clín. Cardial* 2010; 15(2):e29-e32.

PINTO, Adriana Colombani, et al. **Manual de Cuidados Paliativos**. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. - Rio de Janeiro: Digráfica, 2009 .1ª edição.

QUEIROZ, M. E. G. FOZ, M. L. F. N. N. **Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico ocupacional e psicológica: um relato de experiência**. *REFACS* (online) 2018; 6(1):123-129.

ROMANO, Massimo. **Barreiras à utilização precoce de cuidados paliativos em insuficiência Cardíaca uma revisão narrativa**. *Healthcare* 2020, 8, 36. Milão, Itália.

SALDANHA, Shirley de Vargas. et al. **O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no hospital Santa Cruz**. *Rev. SBPH* vol. 16 no.1.Rio de Janeiro jun. 2013.

SHAH, Sanjiv J. et al. **Manual MSD-Versão da saúde para a Família**. **Insuficiência Cardíaca Congestiva**. Jul 2018.

SILVA, A.C da. et al. **Constituição da Ambiência Hospitalar a partir da Gestão de Coletivos**.vol.5.2006-2008.São Paulo-SP.

VASCONCELOS, Juliana Festa de. **PEBMED – Cuidado paliativo melhora a qualidade de vida em pacientes com IC avançada**. *Cardiologia*. 20.08.2017.