



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL

**CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS
ASSISTENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

BELÉM-PA
2018

LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL

**CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS
ASSISTENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Sandra Helena Isse Polaro.

Coorientadora: Prof.^a. Dra. Joughanna do Carmo Menegaz.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

BELÉM-PA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L433c Leal, Luciana Cristina Paiva

Cuidado paliativo ao idoso: percepção de enfermeiros assistentes de um hospital universitário

/ Luciana Cristina Paiva Leal. — 2018
138 f.: il. color

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Sandra Helena Isse Polaro
Coorientação: Profa. Dra. Jouhanna do Carmo Menegaz.

1. Cuidado paliativo. 2. Idoso. 3. Assistência. 4. Enfermagem. 5. Terminalidade. I. Polaro, Sandra Helena Isse, *orient.* II. Título

CDD 610.734

LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL

**CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS
ASSISTENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Helena Isse Polaro

Coorientadora: Prof.^a Dra. Jouhana do Carmo Menegaz.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Data da Sustentação: 24/09/2018.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Sandra Helena Isse Polaro

PPGENF/UFPA-Presidente.

Prof.^a Dr.^a. Lucia Hisako Takase Gonçalves

PPGENF/UFPA-Examinadora interna

Prof.^a Dr.^a. Marília de Fátima Vieira de Oliveira

PPGENF/UFPA-Examinadora interna

Prof.^a Dr.^a. Rosineide dos Santos Tavares

PPGENF/UFPA-Suplente

BELÉM-PA

2018

*Dedico esta dissertação à minha
família e amigos pelo incentivo e
apoio em todas as minhas
escolhas e decisões.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu DEUS, por estar sempre ao meu lado ter me dado forças a continuar nos momentos em que quis desistir.

A Profa. Dra. Sandra Helena Isse Polaro pela orientação e por sempre ter acreditado em mim e no potencial desse Projeto de Pesquisa.

A Profa. Dra. Jouhanna do Carmo Menegaz pela co-orientação extraordinária, pelo estímulo ao mundo da pesquisa, pelos grandes conselhos e pela amizade.

Aos meus grandes amigos pela ajuda, parceria, carinho e força nos momentos mais difíceis.

Aos Enfermeiros assistentes das clínicas médica e de Pneumologia do Hospital Universitário pela participação indispensável nesse estudo, cumprimento a todos.

Aos meus amigos do Programa de pós-graduação em enfermagem da UFPa, em especial a grande amiga Edna Vieira pela oportunidade da convivência nessa jornada acadêmica, meu muito obrigado.

Por fim a os meus familiares pelo apoio, ajuda, dedicação e paciência nos momentos em que eu estive ausente por conta da pesquisa.

RESUMO

O **Objetivo** do estudo foi analisar a percepção dos enfermeiros sobre suas práticas prestadas aos idosos em cuidados paliativos, sob a luz da teoria de Jean Watson. **Método:** estudo exploratório do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que teve como cenário um Hospital Universitário em Belém (PA). Os participantes do estudo foram 13 enfermeiros assistentes. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista focalizada por vinheta com uso de um roteiro semi-estruturado no período de novembro de 2017 a janeiro de 2018. **Resultados:** na análise dos dados utilizou-se o software ordenando no Atlas TI. dos quais surgiram 4 metacategorias de análise: a relação entre o cultivo da sensibilidade pelos enfermeiros e a formação de uma relação com atitudes de ajuda e confiança aos pacientes idosos em cuidados paliativos; os obstáculos para o estabelecimento da assistência de enfermagem em cuidados paliativos e o provimento de um ambiente espiritual e biopsicossocial favorável aos pacientes idosos em palição; o sentimento do enfermeiro ao vivenciar o processo de terminalidade e o apoio à espiritualidade dos idosos em cuidados paliativos; e a relação da assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas, bem como o uso da SAE como instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes idosos em cuidados paliativos. As categorias e metacategorias foram comparadas com base nos pressupostos e concepções dos Princípios de Cuidados Paliativos e da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. **Conclusão:** Os resultados do estudo mostraram que: embora os entrevistados não usem os princípios da teoria como base do seu instrumento de trabalho metodologicamente, observou-se em suas falas que ao prestarem assistência de enfermagem a idosos em cuidados paliativos eles foram capazes de integrar os fatores de cuidados proposto por Jean Watson durante sua assistência. Além disso, foram relatados pelos enfermeiros vários fatores que dificultavam uma assistência adequada, como a falta de estrutura física, de organização dos serviços, de capacitação da equipe de enfermagem em cuidados paliativos e falta de integração da equipe multiprofissional, fatores que geraram em todos os entrevistados um sentimento de impotência e frustração ao reter cuidado de enfermagem a essa clientela. Nessa perspectiva, sugere-se uma maior integração da instituição em relação à assistência paliativa na busca de implementação efetiva do serviço, com melhoria e adequação da estrutura física, criação de protocolos, treinamentos e capacitações para equipe de enfermagem e multiprofissional, bem como uma melhor integração da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Cuidado paliativo. Idoso. Assistência. Enfermagem. Terminalidade.

ABSTRACT

The **objective** of this study was to analyze nurses' perceptions about their practice provided to the elderly in palliative care, under the light of Jean Watson's theory. **Method:** a descriptive exploratory study with a qualitative approach, based on a University Hospital in Belém/Pará, the study participants were 13 assistant nurses. The data collection was performed through a vignette-focused interview using a semi-structured script. The data collection period was from November 2017 to January 2018. **Results:** For the analysis of the qualitative data generated was used the method of constant comparisons, according to Charmaz (2009), from which 4 metacategories of analysis appeared: the relationship between sensitivity cultivation by the nurses and the formation of a relation with attitudes of help and confidence to the elderly patients in palliative care; the obstacles to the establishment of nursing care in palliative care and the provision of a spiritual and biopsychosocial environment favorable to elderly patients in palliation; the feeling of the nurse experiencing the termination process and support the spirituality of the elderly in palliative care and the relationship of the assistance focused on the gratification of human needs and the use of SAE as a tool to systematize nursing care for elderly patients in care palliative. The categories and metacategories were compared on the basis of the assumptions and conceptions in the Principles of Palliative Care and Jean Watson's Theory of Transpersonal Care. The **results** of the study showed that interviewees, although they did not use the principles of theory as the basis of their methodological work, it was observed in their statements that in providing nursing care to the elderly in palliative care, they were able to integrate the factors proposed by Jean Watson during his care. In addition, nurses reported several factors that hindered adequate care, such as lack of physical structure, lack of organization of services; lack of training of the nursing team in palliative care and lack of integration of the multiprofessional team, factors that generated in all interviewees a feeling of impotence and frustration in retaining nursing care to this clientele. In this perspective, it is suggested a greater integration of the institution in relation to palliative care in the search for effective implementation of the service, with improvement and adequacy of the physical structure, creation of protocols, training and training for nursing and multiprofessional team, better team integration multi-professional.

Keywords: Palliative Care, Elderly, Care, Nursing, Terminal.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Realização e validação das entrevistas.....	51
Quadro 2: Códigos gerados da codificação inicial.....	53
Quadro 3: Códigos gerados da codificação focalizada	57
Quadro 4: Codificação Axial – categorias dedutivas e subcategorias	66
Quadro 5: Codificação Axial – categorias indutivas e subcategorias relacionadas	72
Quadro 6: Códigos com maior número de unidades de significados	73
Quadro 7: Articulação entre os temas e os códigos	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisas
CP	Cuidado Paliativo
CSTO	Centro de Suporte Terapêutico Oncológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HU	Hospital Universitário
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
WHO	World Health Organization
WPCA	Worldwide Palliative Care Alliance

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 TEMA E PROBLEMA.....	12
1.2 OBJETIVO GERAL.....	16
1.3 JUSTIFICATIVA	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 A ORIGEM HISTÓRICA E A ATUALIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	18
2.1 O IDOSO EM PROCESSO DE TERMINALIDADE, A ASSISTENCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 CONCEPÇÕES DA TEORIA DE JEAN WATSON	35
3.2 A TEORIA DE JEAN WATSON E OS CUIDADOS PALIATIVO	43
4 METODOLOGIA	46
4.1 NATUREZA DA PESQUISA.....	46
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	46
4.7 PARTICIPANTES DO ESTUDO	47
4.4 TÉCNICA E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	47
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	51
4.5.1 Codificação Inicial	52
4.5.2 Codificação Focalizada	57
4.5.3 Codificação Axial	65
4.5.4 Codificação Teórica	73
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA	77
5 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	77
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
6.1 A RELAÇÃO ENTRE O CULTIVO DA SENSIBILIDADE PELOS ENFERMEIROS E SEUS SENTIMENTOS E A FORMAÇÃO DE UMA RELAÇÃO COM ATITUDES DE AJUDA E CONFIANÇA AOS PACIENTES IDOSO EM CUIDADOS PALIATIVOS	78
6.2 O PROVIMENTO DE UM AMBIENTE ESPIRITUAL E BIOPSISSOCIAL FAVORÁVEL AOS PACIENTES IDOSOS EM PALIAÇÃO E OS OBSTÁCULOS PARA O ESTABELECIMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS	88
6.3 O SENTIMENTO DO ENFERMEIRO AO VIVENCIAR O PROCESSO DE TERMINALIDADE E O APOIO A ESPIRITUALIDADE DOS IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	103
6.4 A RELAÇÃO DA ASSISTÊNCIA VOLTADA PARA A GRATIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS E O USO DA SAE COMO INSTRUMENTO DA	

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	115
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICES	136
ANEXOS	149

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA

No Brasil, assim como em outros países subdesenvolvidos, o envelhecimento populacional acarretou um aumento progressivo da esperança de vida da população, o que ocasionou um crescimento significativo dos agravos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que passaram a predominar nas estatísticas de morbimortalidade. Sendo assim, diante desse novo panorama, quando não se pode obter a cura das DCNT, proporcionar o conforto e aliviar o sofrimento são as prioridades de um atendimento humanizado, fundamentando na base dos Cuidados Paliativos.

Em 2002, a World Health Organization (WHO) estabeleceu o Cuidado Paliativo como uma abordagem capaz de melhorar a qualidade de vida do paciente e de suas famílias, ajudando-os a lidar com os problemas associados às doenças ameaçadoras à vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da sua identificação precoce, impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

O panorama atual dos cuidados paliativos nos mostrou que, globalmente, em 2011, mais de 29 milhões de pessoas morreram devido a doenças que mereciam Cuidados Paliativos. A estimativa do número de pessoas com necessidade de Cuidados Paliativos no fim da vida é de 20,4 milhões. A maior proporção (94%) corresponde a adultos, sendo que 69% destes têm mais de 60 anos, com um discreto predomínio do sexo feminino (WHO; WPCA, 2014a).

A grande maioria dos adultos com necessidade de Cuidados Paliativos morre por conta de doenças cardiovasculares (38.5%) e câncer (34%), seguido de doenças respiratórias crônicas (10.3%), HIV/AIDS (5.7%) e diabetes (4.5%). Já as mortes por doença de Alzheimer, doença de Parkinson, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares, diabetes, artrite reumatoide e câncer são predominantes no grupo de idosos (WHO; WPCA, 2014b).

Em 2011, um projeto de mapeamento dos níveis de desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no mundo, realizado pela Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) observou que 58% (136) dos países tinham um ou mais serviços de cuidados paliativos-hospices estabelecidos – um aumento de 21 países desde o projeto anterior realizado em 2006. No Brasil, de acordo com pesquisa feita pela International Association For Hospice and Palliative Care (2012), foram identificados 26 serviços multinível de Cuidados Paliativos que funcionam de maneira exclusiva em hospitais de terceiro nível.

Todas as unidades contam, quase sempre, além da equipe médica e de enfermagem, com psicólogo e assistente social, além de fisioterapeutas, embora não sejam exclusivos da equipe.

Os cuidados paliativos visam aliviar, principalmente nos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativa ou em fase terminal, uma vasta gama de sintomas de sofrimento de ordem física, psíquica, mental e espiritual. Por isso exige-se uma ação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de especialistas com competências específicas em termos de cuidado entre si (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2002a), para a realização dos cuidados paliativos é indispensável a presença de uma equipe composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistente social, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que devem ser reconhecidos e valorizados, trabalhando em sintonia e interdisciplinarmente, de forma a contemplar a autonomia do paciente e de sua família.

Os princípios da Medicina Paliativa estão centrados nas atitudes, na comunicação e no cuidado. As atitudes éticas estão baseadas no respeito à vida humana e na solidariedade, favorecendo a autonomia do paciente. A comunicação da equipe com paciente e familiares deve ser verdadeira, delicada, misericordiosa e prudente. O cuidado tem de ser planejado, continuado, técnico e, sobretudo, aliado ao humanismo (HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

Nesse cenário, a enfermagem tem um papel primordial nos cuidados paliativos, já que o cuidar é a essência da profissão (ARAÚJO, 2006). No estudo de Smeltzer e Bare (2015), observou-se que muitos pacientes sofrem desnecessariamente quando não recebem a atenção adequada para os sintomas que acompanham sua doença. A cuidadosa avaliação por parte da equipe de enfermagem deveria incluir não somente os problemas físicos, mas também as dimensões psicossociais e espirituais da experiência da doença grave por parte do enfermo e da família. Essa conduta poderia contribuir para uma compreensão mais abrangente da abordagem das necessidades apresentadas e percebidas.

Ao cuidar de uma pessoa em terminalidade, é necessário que a enfermeira conheça o paciente e a sua família, compreendendo as suas necessidades e limitações. Ao mesmo tempo, o indivíduo deve ter a consciência das suas próprias capacidades e limitações enquanto profissional do cuidado, de modo a direcionar as ações para ajudar o doente nesta etapa final da vida e a sua família no processo de adaptação e desadaptação. O ato de cuidar, portanto, não se resume ao doente, uma vez que consiste essencialmente numa

relação de ajuda, na arte de assistir à pessoa e à sua família (GUEDES; BORENSTEIN; SARDO, 2007).

O envelhecimento é um fato sem contestação, contudo, é uma evidência por vezes preocupante, pois a elevação do tempo de vida das pessoas carrega como ônus a vulnerabilidade às doenças, principalmente as crônico-degenerativas (GARCIA, 2012). Com isso, modifica-se o perfil de saúde da população e, ao invés de processos agudos, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações.

Em 2015, a participação relativa dos idosos de 60 anos ou mais de idade foi de 14,3% da população total. O aumento do grupo de pessoas com 60 anos ou mais de idade é e será acentuado, uma vez que as previsões indicam 15,7% em 2024 e 33,7% em 2060 (IBGE, 2014a; 2016a). Na Região Norte, a proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade revela em 2015 o percentual de 10,1% (IBGE, 2016b), enquanto que o Pará apresentou 9,5% da sua população composta por pessoas dessa faixa etária. A região metropolitana de Belém, em específico, apresentou o total de 10,7%. (IBGE, 2014c).

Diante do processo de envelhecimento da população, os idosos ficam mais propensos às doenças crônicas devido às alterações fisiológicas que ocasionam o declínio das funções do organismo e da sua qualidade de vida, podendo dessa forma levá-los à morte (FRATEZI, GUTIERREZ, 2011b). Os pacientes idosos portadores de doenças sem perspectiva de cura têm no cuidado paliativo, portanto, uma importante e nova modalidade de cuidar a eles destinada, essencialmente devido às alterações sistêmicas que ocorrem pelo processo de envelhecimento (ANDRADE et al., 2012).

Ressalta-se que a Filosofia de Cuidados Paliativos aplicada ao idoso não difere da desenvolvida aos pacientes mais jovens. O que se deve considerar, contudo, são algumas peculiaridades referentes às alterações fisiológicas próprias dessa faixa etária. Os principais componentes que englobam a qualidade de vida dos idosos são: o controle dos sintomas, especialmente a dor; a manutenção e melhora da situação funcional, considerando a tendência de nos idosos as doenças gerarem incapacidades; e a melhora das relações afetivas e o especial cuidado aos seus familiares (BORGES et al., 2006).

Nesse contexto, é sob os pressupostos dos cuidados paliativos que o idoso pode encontrar possibilidades de atenção, assistência, planejamento e intervenção distintas, visto que a filosofia desse cuidado é baseada na perspectiva de diminuir desconfortos, na valorização de sentimentos e demandas psíquicas, emocionais, biológicas, espirituais, sociais e ocupacionais acarretadas pelo processo de morte (BENINCÁ; FERNANDEZ; GRUMANN, 2005). Sendo assim, os pacientes idosos que não possuem perspectiva de

cura do quadro patológico devem ser tratados a partir de uma filosofia de tratamento voltada para o conforto, ou seja, os cuidados paliativos tornam-se peça importante dentro do processo de palição e de terminalidade.

O interesse por estudar esta temática surgiu a partir da experiência da pesquisadora como enfermeira assistente de um Hospital Universitário (HU), o que despertou motivos para o desenvolvimento deste estudo, pois observações diárias durante o atendimento instigaram a necessidade de investigar sobre a percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos a pacientes idosos hospitalizados em terminalidade, aliando-se ao fato de o local escolhido para esta pesquisa não possuir um protocolo institucionalizado e estruturado sobre cuidados paliativos.

Durante as atividades profissionais da pesquisadora, esta se deparava frequentemente com idosos portadores de doenças crônico-degenerativas avançadas, sem possibilidade de cura, como o câncer, AIDS e doenças degenerativas de natureza neurológica que evoluíam para tratamento paliativo. Observava-se, nesse cenário, a falta de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre palição, bem como a ausência de integração e comunicação com a família, com o paciente e com a equipe multiprofissional, além da falta de estrutura adequada, fatores rotineiros que dificultam a execução de um cuidado de enfermagem para essa clientela específica, baseada nos princípios e fundamentos do cuidado paliativo.

Com o crescente número de casos de pacientes idosos portadores de doenças crônico-degenerativas sem prognóstico de cura, atendidos e inseridos nos cuidados paliativos no HU, outro fator de grande observância que despertou o interesse da pesquisa foi a constatação da ausência de profissionais enfermeiros especialistas, capacitados ou treinados nesse tipo de assistência paliativa, assim como a falta de educação permanente sobre palição voltada para a equipe de enfermagem, situações essas que se constituem em grandes obstáculos e dificultam uma assistência humanizada, holística e fundamentada nos princípios do cuidado paliativo.

Em um estudo realizado por Caro et al. (2000), observou-se que poucas enfermeiras estavam adequadamente preparadas para assistir pessoas em terminalidade e “aliviar o sofrimento e ajudá-las a morrer” de forma humanizada. Porém, essa deficiência não se deve à falta de boa vontade das profissionais, mas da carência de preparo, informação e educação, acarretando no afastamento da enfermagem em relação aos pacientes. Nesse sentido, faz-se importante que a qualidade de vida desses pacientes seja mantida, e para isso é necessária a utilização de medidas terapêuticas paliativas com

intuito de manter o conforto desses pacientes, mesmo que eles se encontrem em estado de terminalidade. Entretanto, para que isso ocorra, deve haver uma atuação contínua, holística e humanizada por parte dos profissionais, principalmente do enfermeiro, que tem o cuidado como essência de sua profissão. Vale ressaltar que, devido às comorbidades apresentadas pelo paciente idoso, a abordagem terapêutica possui suas dificuldades (BURLÁ, 2016).

Em relação com o que foi descrito, percebe-se, então, a importância do preparo do profissional enfermeiro para promover eficazmente os cuidados aos pacientes idosos em palição, considerando-se as sucessivas mudanças epidemiológicas e demográficas que o país vem vivenciando.

Estando a investigadora a desempenhar funções de enfermagem num Hospital Universitário localizado em Belém (PA), torna-se pertinente analisar a percepção e identificar as necessidades dos enfermeiros que prestam assistência aos idosos em cuidados paliativo internados na clínica médica e na pneumologia, com intuito de aprofundar as evidências e, partir disso, melhorar a qualidade do cuidado prestado ao idoso em palição, reconhecendo assim a real necessidade da clientela estudada. Desse modo, admitiu-se como questão de pesquisa: Como os enfermeiros percebem sua prática assistencial em cuidados paliativos prestados a idosos?

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos enfermeiros sobre sua prática assistencial prestada a idosos em cuidados paliativos, à luz da teoria de Jean Watson.

1.3 JUSTIFICATIVA

Para a realização dos cuidados paliativos necessita-se de estratégias desenvolvidas pelos profissionais da saúde, sendo o enfermeiro o profissional mais habilitado dentro da equipe multiprofissional para o planejamento do cuidado que visa um engajamento humano, o estabelecimento de um vínculo, uma disponibilidade pessoal e, nesse sentido, investir na relação com o doente. Tudo isso requer o estabelecimento de estratégias que humanizem a assistência de forma a contemplar a autonomia do paciente e de sua família nesse processo de morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

Sendo assim, é preciso pensar na inserção da enfermagem nos cuidados paliativos sob a perspectiva da interdisciplinaridade, visto que o cuidado é inseparável da profissão

desde sua concepção. Dessa forma, os enfermeiros podem ajudar a pessoa idosa em cuidados paliativos, tendo como condutor do cuidado a manutenção da dignidade dessa pessoa.

Para a enfermagem, como profissão que tem em sua essência o cuidado, explorar as questões da assistência de enfermagem no processo de morte do idoso no contexto dos cuidados paliativos reforça a relevância de mais estudos que contribuam com a elaboração e implementação de políticas públicas que favoreçam a assistência paliativa como um conjunto de cuidados prestados ao paciente, desde o início de sua terapêutica, configurando, assim, uma abordagem especializada para ajudar as pessoas a viverem melhor, favorecendo todo e qualquer tratamento que promova sua qualidade de vida até o momento de sua morte. Para isso, é essencial que os profissionais de saúde tomem consciência dos fatores determinantes desse processo, compreendendo sua complexidade e magnitude, atuando em prol da qualidade da atenção prestada a essa população em um momento tão frágil da vida, que é o processo de morte.

Portanto, diante desse contexto, estudar e investigar sobre a temática proposta faz-se importante uma vez que o envelhecimento carrega consigo a vulnerabilidade às doenças, principalmente as crônico-degenerativas, e isso requer atenção dos profissionais de saúde, que devem estar sensibilizados quanto à melhoria da qualidade da assistência prestada aos idosos, portadores de doenças que evoluem para cuidados paliativos. Com isso, poder-se-á promover uma transformação na forma de cuidar do idoso com doença grave e terminal, deslocando o paradigma da cura para o cuidado.

Embora o assunto tenha sido pouco abordado por enfermeiros e outros profissionais ligados à área da saúde, esse assunto requer estudos de aprofundamento que orientem uma prática assistencial mais efetiva, humanizada e holística, com interação mais próxima entre o doente em cuidados paliativos e a equipe de enfermagem.

Diante da exposta relevância da temática, este estudo pode contribuir com a promoção e conscientização dos profissionais de enfermagem, dos formuladores de políticas e programas na articulação de mecanismos que incentivem maior parceria entre os participantes desse tipo de assistência, reorganizando serviços no sentido de implementar essa filosofia de cuidado e consolidar tal abordagem terapêutica.

Ademais, a implantação da prática de cuidados paliativos em nossa região ainda é precária e estudos da natureza como o aqui proposto ainda não foram realizados. Sendo assim, a presente pesquisa também se justifica por seu ineditismo na região, além de nos permitir revelar as experiências e problemáticas enfrentadas no cotidiano dos enfermeiros

assistentes diante do cuidado ao paciente em terminalidade, identificando os aspectos que podem ser trabalhados e/ou aperfeiçoados.

Este estudo também trará subsídios para a estruturação e implantação do Protocolo de Cuidados Paliativos do local escolhido pela pesquisadora, visto que este ainda não está efetivamente implantado na instituição, além de fomentar discussões sobre a ação do enfermeiro na assistência paliativa, contribuindo para as mudanças e melhorias na assistência prestada a pacientes em terminalidade e a seus familiares.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo comporta a revisão de literatura que ocorreu por meio de uma busca aos estudos sobre a temática em questão. Portanto, para o aprofundamento desta, traz-se uma revisão narrativa da literatura com os seguintes assuntos abordados: a origem histórica dos cuidados paliativos; cuidados paliativos no Brasil; cuidados paliativos; amparo legal e os cuidados paliativos; o idoso hospitalizado e a assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

A investigação dos artigos científicos foi realizada por meio de busca nas publicações de periódicos nacionais e internacionais indexados entre os anos de 2005 a 2016, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS/BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Biblioteca Virtual em Saúde (MEDLINE/BVS) e Scientific Eletronic Library Online/Biblioteca Virtual em Saúde (Scielo/BVS), Base de Dados de Enfermagem/Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF/BVS), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além de livros e manuais que tratam sobre a temática em questão. Os artigos na íntegra foram obtidos por meio eletrônico. As estratégias de busca consistiram no uso das seguintes palavras chaves/ descritor: cuidados paliativos, idosos, enfermagem, assistência de enfermagem, cuidados no fim da vida, terminalidade.

2.1 A ORIGEM HISTÓRICA E A ATUALIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O *Hospice* foi criado na Europa no século XVII pelas instituições de caridade, assumido pelas igrejas para abrigar órfãos, pobres e doentes. No século XIX, passou a ter

características de hospitais, com alas diferenciadas por doenças, com cuidados precários, voltados mais para a espiritualidade e para o controle da dor (MACIEL, 2008).

Posteriormente, os *hospices* voltaram-se especificamente à atenção aos moribundos, embora nessa época não houvesse uma preocupação com o alívio de seu sofrimento e com a melhoria de sua qualidade de vida. Tais estabelecimentos funcionavam apenas como locais onde as pessoas gravemente doentes eram levadas para morrer. Segundo Pessini (2001), provavelmente o primeiro *hospice* fundado especificamente para a atenção aos moribundos foi o de Lyon, em 1842. Neste local houve o primeiro uso da palavra “hospice”.

Apenas muito tempo depois, no século XX, com a criação do *hospice* moderno, os Cuidados Paliativos tornaram-se uma prática de saúde institucionalizada e surgiram como uma nova modalidade de assistência aos doentes fora de possibilidade terapêuticas curativas. O Movimento teve início em 1967, na Inglaterra, a partir da criação do primeiro *hospice* moderno, conhecido como St. Christopher. Ele foi fundado por Cicely Saunders, médica, enfermeira e assistente social, considerada, portanto, uma pioneira na constituição do *hospice* moderno, que se baseia em uma visão holística e de cuidados integrados, hoje conhecidos como cuidados paliativos. Ela dedicou sua vida em prol da assistência humanizada a doentes oncológicos em fase final de vida, com o objetivo de lhes oferecer uma morte mais digna. O St. Christopher’s hospice “[...] transformou-se em modelo de assistência, ensino e pesquisa no cuidado dos pacientes terminais e de suas famílias” (MENEZES, 2004; MENEZES; GONÇALVES, 2016a).

O St. Christopher’s, além de ser um local para o acolhimento de pacientes em estágio terminal como outros *hospices* mais antigos, foi criado para oferecer a esses doentes o alívio do sofrimento e o controle de sintomas. A filosofia de atenção aos doentes terminais utilizada por Dame Cicely Saunders incentivou a criação de outros *hospices*, que não mais funcionavam como locais de exclusão dos moribundos, nos quais somente aguardava-se o momento da morte. Os *hospices* modernos foram concebidos para garantir uma melhor qualidade de vida às pessoas gravemente adoecidas e em fase final de vida. Para cumprir esse objetivo, eles contam com uma equipe especializada e multidisciplinar.

O cuidado paliativo, em específico, surgiu no Canadá no século XIX e passou a designar o trabalho que era desenvolvido nos *hospices* por meio de uma filosofia de cuidado humanizado e alívio da dor, que aos poucos foi se organizando em diferentes cenários, como: no domicílio, em hospitais e em casas de apoio (MENEZES; GONÇALVES, 2016b). Para Rodríguez (2002), esse tipo de organização permite o

desenvolvimento de programas de atenção integral às necessidades dos doentes e de suas famílias, em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Gradualmente, os cuidados paliativos foram sendo reconhecidos oficialmente pelas instituições médicas e de saúde e se desenvolvendo no mundo todo. Um marco importante para a sua legitimação foi sua conceituação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, mais de vinte anos após o início do movimento paliativista moderno. Naquele ano, essa organização conceituou, pela primeira vez, o cuidado paliativo como o cuidado total e ativo de pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo. São da maior importância: o controle da dor e outros sintomas, como também os psicológicos, espirituais e sociais (WHO, 1990). Essa definição inicial ressaltava sua aplicação a pacientes que não respondiam a terapêuticas curativas, o que facilitava a interpretação de que o método era destinado somente aos pacientes em etapa avançada de doença, em fase final de vida.

Com o apoio da OMS, os Cuidados Paliativos começaram então a ser difundidos no mundo todo (MENEZES; HEILBORN, 2007). Em 1996, o serviço de informações do Saint Christopher's Hospice realizou uma pesquisa sobre a distribuição mundial dos serviços. Na época, constatou-se a existência de mais de 4.700 serviços de Cuidados Paliativos. Juntos, Irlanda e o Reino Unido contavam com 726 e o restante da Europa com 585; na África, havia 85 e na Ásia 75; os Estados Unidos e o Caribe, juntos, possuíam 2.504, enquanto no Canadá existiam 580; na Austrália havia 160 e na Nova Zelândia 35; por fim, a América Latina contava apenas com 15 serviços.

No Brasil, a história dos Cuidados Paliativos é relativamente recente, datando da década de 80 do século passado (FIGUEIREDO, 2006; MACIEL et al., 2006), época em que o país ainda vivia o final da ditadura, cujo sistema de saúde priorizava a medicina hospitalocêntrica, essencialmente voltada à cura das doenças. No decorrer dos anos, os serviços de Cuidados Paliativos no país foram surgindo sem vínculos entre si e sem a elaboração de protocolos ou manuais para sua prática efetiva.

O Rio Grande do Sul foi o primeiro Estado brasileiro a contar com um Serviço de Cuidados Paliativos. Em 1983, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul anexou um Serviço de Cuidados Paliativos ao seu “Serviço de Dor”, coordenado pela Dra. Miriam Marteleite. Três anos depois, teve início o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Ainda na década de 80 surgiram em Florianópolis (1989) e no Rio de Janeiro (1989) unidades de Cuidados Paliativos. Na década de 90, outros 16 grupos vieram a juntar-se aos anteriores. Na virada

do século, a partir do ano 2000, mais seis, totalizando 26 grupos (FIGUEIREDO, 2006). Figueiredo (2006) destaca que esse número é constituído de unidades exclusivamente dedicadas aos cuidados paliativos e que não retrata a totalidade dos grupos existentes, pois é resultado de um cadastramento pessoal. Ainda segundo o estudioso, essas unidades variam muito em sua estrutura multiprofissional e dos 26 grupos por ele cadastrados, 25 estão incluídos em hospitais. Apenas um funciona em consultório particular e atende no domicílio, internando o doente em instituição hospitalar quando necessário.

Em escala mundial, há claras evidências de que os programas de *hospices* e cuidados paliativos estão em franca expansão. Cada vez mais, apresentam-se associações nacionais ativas, realizam-se eventos mundiais e regionais, criam-se redes de apoio internacionais para divulgação e educação ao público, além de assessoria científica na implantação de novos programas de cuidados paliativos. Vale lembrar que já foram realizadas duas cúpulas globais de associações nacionais de *hospice* e cuidados paliativos, e a terceira está programada para 2007, na África, em um país ainda a ser definido. A primeira cúpula global ocorreu em Hague (Holanda), de 30 de março a 1 de abril de 2003, em conexão com a Associação Europeia de Cuidados Paliativos. Nesse evento reuniram-se trinta organizações de cuidados paliativos de todo o mundo, incluindo organizações nacionais e regionais, órgãos intergovernamentais, organizações não-governamentais, bem como pioneiros e fundadores de programas de cuidados paliativos no contexto internacional. A segunda cúpula global de associações nacionais de *hospice* e cuidados paliativos ocorreu na Coreia do Sul, em Seul, nos dias 15 e 16 de março de 2005. Vale registrar alguns pontos da Declaração da Coreia, documento fruto desse evento internacional.

Além disso, foi criada recentemente pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) a comissão de cuidados paliativos, com o intuito de promover informação, discussão, socialização e conhecimento para os profissionais da área. O principal objetivo da comissão é a promoção e humanização dos cuidados paliativos a pessoas idosas em terminalidade (MENEZES; GONÇALVES, 2016c).

O grande desafio existente é este: em termos mundiais, mais de 52 milhões de pessoas morrem anualmente, incluindo adultos, crianças e jovens. Aproximadamente uma em cada dez mortes é causada pelo câncer. Mais de 40 milhões de pessoas, das quais mais de 29 milhões são africanas, estão infectadas com o vírus HIV/AIDS e estão vivendo com a doença. Também existe um número crescente de pessoas com outras doenças crônicas e em condições ameaçadoras de vida. Todos esses indivíduos necessitarão, portanto, de

cuidados paliativos e *hospice* num determinado momento. Assim, faz-se importante que todos os governos apoiem e desenvolvam planos de ação de apoio, prevenção, tratamento e cuidados paliativos.

Outro dado relevante é que 70% dos pacientes com câncer sentem dor, e entre 70% e 90% dos que estão em estágio avançado de AIDS têm a dor não-controlada. Em termos de ação, estabeleceu-se o Dia Mundial de Cuidados Paliativos, a ser celebrado anualmente sempre no dia 8 de outubro.

A primeira definição de cuidados Paliativos pela Organização Mundial da Saúde aconteceu em 1990, sintetizada como o cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Nesse sentido, o controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários. O objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares.

Ressalta-se que a prática dos cuidados paliativos não se baseia em protocolos, mas em princípios norteadores do cuidado, com indicação definida denominada de paliativo, trabalhando a filosofia do processo de morte como algo natural (BARBOSA; VALLENTE MT; OKAY, 2001; MATSUMOTO, 2012). Em 1990, a OMS, ao perceber a necessidade de uma assistência humanizada a ser oferecida a esses pacientes, reconheceu a filosofia dos cuidados paliativos.

Em 2002, a OMS redefiniu o conceito de cuidado paliativo como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. O cuidado requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Esse novo conceito passou a enfatizar, em sua essência, a prevenção do sofrimento.

Hoje, o cuidado paliativo tem seu conceito e sua prática baseada em princípios que se iniciam desde o diagnóstico de doenças que ameaçam a vida ou que têm a possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, daí a importância de abordar a espiritualidade como uma das dimensões do ser humano e de assistir os familiares durante esse processo.

A OMS deixa claro que essa filosofia é a favor da vida e considera a morte como algo natural, sendo contra, portanto, qualquer tipo de procedimento que venha acelerar ou adiar a morte, e a favor da oferta de suporte e auxílio para que o paciente tenha a possibilidade de viver de forma ativa.

Esse novo conceito da OMS sobre CP nos mostra a necessidade e a importância do binômio paciente e família, pois ambos são atores importantes no processo de escolhas feitas para o tratamento, priorizando a qualidade de vida desses pacientes. Para Maciel (2008b, p. 26):

Os CP requerem uma organização própria e específica, com o comprometimento de toda a equipe e uma abordagem adequada ao paciente. Salienta-se, então, que o principal objetivo dos CP é buscar uma melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares, durante todo o processo de cuidar no final da vida, estendendo-se também, na fase do luto.

Desse modo, pode-se dizer que o Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios e em conhecimentos ligado às diversas especialidades e possibilidades de intervenção clínica e terapêutica e de conhecimentos específicos. Para Matsumoto (2012b), os princípios que norteiam esses cuidados são:

a) Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis:

Para promover tal alívio é necessário, por parte dos profissionais, conhecimentos específicos para prescrição de medicamentos (competência médica), assim como adoção das medidas não farmacológicas associadas à abordagem dos aspectos biopsicossociais e espirituais, já que esses fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas.

b) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida:

Os profissionais devem trabalhar em si e nos pacientes a filosofia de que a morte é um evento natural e esperado na vida de pessoas com doença ameaçadora da vida, enfatizando, ao mesmo tempo, a importância de se viver enquanto ainda se tem vida.

c) Não acelerar nem adiar a morte:

Vale ressaltar que o cuidado paliativo não possui relação com a prática da eutanásia, aliás, abomina tal filosofia. Um diagnóstico bem embasado e objetivo, com conhecimento da história natural da doença, assim como um acompanhamento afetivo, respeitoso e acolhedor, além de uma boa relação com pacientes e familiares são fundamentais para as decisões sobre sua a situação e suas necessidades no processo de fim da vida.

d) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente:

Devido às séries de perdas, como da autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, do respeito, além das perdas materiais (emprego, poder aquisitivo, status social), que as doenças que ameaçam a vida trazem junto consigo, o paciente pode

apresentar sintomas como angústia, depressão e desesperança, o que irá interferir na evolução da doença e dos sintomas, dificultando o seu controle. Daí a necessidade de uma abordagem psicológica e espiritual.

e) Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte:

Deve-se estimular o paciente a viver ativamente, e os profissionais devem ser facilitadores nesse processo.

f) Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto:

Nesse caso, a equipe deve estimular a participação da família biológica e adquirida (amigos, parceiros e outros), que serão colaboradores essenciais nesse processo, pois conhecem melhor os pacientes, assim como suas necessidades, seus desejos e suas angústias, o que permite a construção de um plano de assistência mais adequado aos doentes. Além disso, vale ressaltar a importância da equipe em assistir esses familiares, visto que também sofrem, e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado.

g) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e as de seus familiares, incluindo o acompanhamento no luto:

Segundo o Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012), a integração sugerida pelo CP é uma forma de observarmos o paciente sob todas as suas dimensões, isto é, considerando a importância de todos esses aspectos na composição do seu perfil para elaborarmos uma proposta de abordagem. O sujeito da ação é sempre o paciente, devendo-se respeitar a sua autonomia. Incluir a família no processo do cuidar compreende estender o cuidado no luto, que pode e deve ser realizado por toda a equipe e não somente pelo psicólogo. A equipe multiprofissional com seus múltiplos “olhares” e percepções individuais pode realizar esse trabalho de forma abrangente.

h) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença:

Aqui a abordagem holística do paciente é fundamental. Não se deve vê-lo apenas como um ser biológico, mas um ser em suas dimensões biopsicossocial, que tem desejos e necessidades. Com isso, poder-se-á contribuir para que essa fase seja vivida com qualidade e respeito, mediante o controle dos sintomas e o atendimento de seus desejos e das suas necessidades, além da convivência com familiares, colaborando assim para um melhor curso da doença.

i) Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, além de incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes:

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da WHO (2012), esses cuidados devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal. É importante saber que a equipe cuidará do paciente nas diversas fases da evolução da doença, e a utilização dos recursos diagnósticos e terapêuticos oferecidos deve ocorrer de forma hierarquizada, levando sempre em consideração os benefícios que trazem, assim como os malefícios que podem ser evitados. Além disso, deve-se trabalhar a prevenção de sintomas e complicações ligados à doença por meio de um acompanhamento precoce. Nesse sentido, uma boa avaliação e definição de capacidade funcional são necessárias para traçar um plano integralizado de cuidados adequadamente adaptado a cada caso e a cada fase da evolução da doença.

Além dos princípios, modelos de assistência também foram instituídos. A primeira publicação sobre implantação de um serviço de Cuidados Paliativos no Brasil ocorreu em 1993, na Revista Brasileira de Cancerologia, na qual a Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende, oncologista do Instituto Nacional de Câncer, ao lado de outros colegas, descreveu a implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO) naquela instituição. Desde então, temos assistido a um forte crescimento no movimento dos profissionais de saúde em torno dos Cuidados Paliativos no nosso país, principalmente a partir de meados da primeira década de 2000 até os dias de hoje, seguindo uma tendência mundial.

O contraste que observamos, no entanto, diz respeito justamente aos modelos de assistência empregados nos diversos países para atender à necessidade dos cuidados em fim de vida. Na Europa, as referências aos *hospices* são de locais de cuidado intensivo na terminalidade. Porém, a realização dos cuidados paliativos pode ocorrer em qualquer espaço, pois independe de estruturas sofisticadas, dispensando maquinários e tecnologias avançadas, não obstante requeira uma estrutura organizacional básica e equipe capacitada. Em outras palavras, a sua execução depende mais de uma filosofia de cuidado holístico, integral e humano que pode ser desenvolvida em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar (GONÇALVES; SANTOS; POLARO, 2012a; RODRIGUES, 2012).

De acordo com Manual de cuidados paliativos da ANCP, o modelo de organização assistencial se dá nos três níveis de saúde (RODRIGUES, 2012b):

a) Nível hospitalar: deve ser estruturado de três formas:

- *Unidade de cuidados paliativos:* o hospital deverá ter uma área com conjunto de leitos onde se trabalhará dentro da filosofia dos cuidados paliativos, com equipe treinada e capacitada para trabalhar com foco nos princípios da palição.

- *Equipe consultora ou volante:* no caso de não existir leitos específicos em cuidados paliativos, deve-se ter uma equipe multidisciplinar mínima que, acionada pelo médico assistente, deverá direcionar-se até onde o paciente está internado. Essa equipe consultora não assume os cuidados, mas serve de suporte que orienta as condutas da equipe assistente.

- *Equipe itinerante:* também deve ser acionada pelo médico assistente, porém, nesse caso, esta assume os cuidados. Nesse modelo não há leitos específicos e os pacientes em cuidados paliativos estão inseridos em enfermarias gerais.

De acordo com Maciel (2008c), a enfermaria geralmente faz parte de uma ala do hospital, com leitos apropriados e uma equipe especializada, disponível e atenta. Deve-se permitir a permanência dos familiares junto ao paciente nessa enfermaria, com facilitação das visitas externas.

Ainda de acordo com o mesmo autor, nesse tipo de modelo assistencial, o perfil de pacientes portadores de doença grave avançada e em franca progressão demonstra que, normalmente, eles apresentam necessidades agudas de intervenção, como dispneia, náuseas e vômitos, entre outros sintomas que os impossibilita de permanecer no seu domicílio.

b) Nível domiciliar: uma vez que muitos dos pacientes e familiares optam por falecer em casa, a equipe deve avaliar de maneira crítica, analisar as vantagens e desvantagens e reunir uma série de condições que irão propiciar um cuidado eficaz. Além disso, é fundamental avaliar se o paciente e a sua família conseguirão desenvolver a capacidade de lidar com as situações que surgirão com a evolução da doença e com o período de cuidado (RODRIGUES, 2012c).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a assistência domiciliar constitui-se em um conjunto de atividades planejadas e continuadas com finalidade de ações preventivas e assistenciais acompanhada por uma equipe multiprofissional participante.

No caso dos pacientes em cuidados paliativos, a assistência domiciliar irá contribuir no treinamento de pacientes e/ou familiares a partir das necessidades dos primeiros, oferecendo-lhes uma melhor adaptação e autonomia por meio do ensino da prevenção de complicações no domicílio. Além disso, esse modelo assistencial é capaz de permitir a retomada do vínculo familiar e da rotina domiciliar e de vida do doente (SAKURADA; TAQUEMORI, 2008).

c) Ambulatório: é de difícil execução, pois uma única consulta ambulatorial pode não ser suficiente para abordar todos os aspectos envolvidos no planejamento dos cuidados, sendo necessária uma sequência de consultas por períodos de semanas ou meses, que deve ser planejada a fim de se permitir que as dimensões psíquicas, emocionais, sociais e espirituais possam ser avaliadas e acompanhadas adequadamente.

Nesse contexto, é fundamental a parceria junto ao papel das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família no âmbito dos Cuidados Paliativos, que devem ser inseridos dentro de um modelo de atenção à saúde que pode ser descrito como um modelo de atenção compartilhada. Neste modelo, a estrutura de comunicação e a presença de protocolos terapêuticos e diretrizes clínicas, além dos procedimentos padrões para a dimensão administrativa do serviço, são vitais para o bom funcionamento e para a oferta de assistência adequada para o paciente e à sua família. Outro problema que não pode deixar de ser abordado na organização de serviço no nível ambulatorial é a dispensação de analgésicos, principalmente os opióides (RODRIGUES, 2012d).

Nesse tipo de modalidade, os pacientes atendidos são oriundos de outros setores do hospital ou de outras especialidades. Segundo Chiba (2008), tal tipo de atendimento ambulatorial propicia a formação de vínculos e maior interação entre o paciente, a família e a equipe, que dessa forma passa a conhecer sobre o contexto de vida dos pacientes, suas crenças, culturas e necessidades dentro do contexto de palição.

d) Hospedaria: atualmente, este tipo de modalidade é encontrado nas grandes cidades, principalmente no continente Europeu, pois em muitos lugares, como ocorre em nosso país, o processo de morrer na maioria dos casos ocorre em instituições hospitalares. Além disso, no ambiente hospitalar, muita das vezes os profissionais não são preparados para lidar com pacientes em palição, levando a uma insatisfação de suas necessidades. É dentro desse contexto que surgem as hospedarias. Nestes locais, os pacientes contam com profissionais preparados que os assistem nos aspectos biopsicossocial e espiritual, por meio do planejamento de ações com a finalidade de atender as suas necessidades e as das

suas famílias, além de propiciar um ambiente adequado e confortável, onde a família, juntamente com paciente e os profissionais, acompanha o processo de terminalidade (MATSUMOTO; MANNA, 2008). Vale ressaltar que nesse tipo de modelo de assistência os pacientes atendidos são estáveis, com sintomas controlados ou com leve ou moderada intensidade (MACIEL, 2012).

Com o surgimento dos cuidados paliativos, seu avanço e aumento do interesse sobre o assunto nos últimos anos, houve a necessidade de organizar os serviços com intuito de fornecer um maior conhecimento e oferecer respaldo aos profissionais e pacientes. Sendo assim, fez-se necessário a criação de normas positivadas em leis e manuais que norteassem a organização e implementação dos cuidados paliativos nos diferentes países, inclusive no Brasil.

No continente Europeu, nem todos os países possuem legislações voltadas aos Cuidados Paliativos, apenas a França, Bélgica e Catalunha na Espanha. Por outro lado, em países como Reino Unido, EUA, Canadá, Austrália, Itália, Nova Zelândia e França é reconhecida a especialização em medicina Paliativa (PESSINI, 2009).

Em nosso país, o cuidado paliativo vem se fortalecendo aos poucos, e no âmbito do SUS, por meio de legislações como as destacadas a seguir:

- Portaria nº 3.535 de 02 de setembro de 1998, que insere várias modalidades assistenciais como o serviço de CP nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON I);
- Portaria nº 881 de 19 de julho de 2001, que institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar;
- Portaria nº 19 de 03 de janeiro de 2002, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Assistência à Dor e CP;
- Portaria nº 1.319 de 23 de julho de 2002, que cria no âmbito do SUS os Centros de Referência em Tratamento da Dor;
- Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e Cuidados Paliativos a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas da gestão. Foi revogado pela portaria N° 874/GM/MS do dia 16 de maio de 2013;
- Portaria nº 874/GM/MS do dia 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde

das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Portaria GM/MS nº 3.150 de 12 de dezembro de 2006, instituiu a criação da Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos;
- Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina que regulamenta a ortotanásia, assegurando legalmente a prática dos CP.

No Brasil, apesar do progresso nos últimos anos no campo dos Cuidados Paliativos, ainda existem muitas deficiências a serem transpostas, como a carência de regulamentação, definição e inserção nas políticas assistenciais, públicas e privadas. Para que os cuidados paliativos sejam realizados de forma adequada, faz-se necessário um comprometimento maior do Estado brasileiro, assim como melhores estratégias consistentes produzidas pelas três esferas de governo. Ainda hoje, o desenvolvimento dessa filosofia nas instituições ocorre, sobretudo, devido à força de vontade, dedicação e disposição dos profissionais que defendem esse tipo de cuidado. Além disso, a educação em saúde nessa área é de fundamental importância, visto que a prática propicia o desenvolvimento dessa filosofia, orientando comunidades, pacientes, famílias, cuidadores informais e profissionais de saúde.

Com intuito de nortear os serviços e os profissionais de saúde, foram desenvolvidos pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos e o Ministério da Saúde os seguintes manuais:

- Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), 2012;
- Manual de Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas do Ministério da Saúde, 2001.

2.1 O IDOSO EM PROCESSO DE TERMINALIDADE, A ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO

Nas últimas décadas, ocorreu um aumento significativo da população idosa no Brasil. Com isso, houve também um aumento das doenças crônico-degenerativas, que muitas das vezes perduram por anos, associadas a múltiplos problemas, com dependência progressiva e, normalmente, sem perspectiva de melhora, motivo pelo qual necessitam de cuidados especializados (ANDRADE et al., 2012).

A geriatria, como especialidade da medicina, surgiu justamente a partir do aumento da expectativa de vida da população. Essa área de estudo percebeu a necessidade de conhecer sobre o processo de envelhecimento fisiológico e as doenças advindas com a velhice. Além disso, constatou ao longo dos anos que, ao cuidar de idosos, as tecnologias invasivas não eram benéficas frente a doenças degenerativas e às fragilidades do próprio envelhecimento, que cursam sem prognóstico de cura, bem como que os familiares e os próprios pacientes prefeririam uma abordagem mais confortável em relação à mortalidade.

Dentro de tal perspectiva, os cuidados paliativos também passam a ser utilizados nessa especialidade, na qual o foco passou a ser a qualidade de vida e o respeito à dignidade e humanidade de cada idoso no fim da vida, baseado em uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Pode-se dizer que a vida do ser humano é composta por momentos de fragilidade, sejam eles passageiros ou não. Em determinados períodos da vida, por exemplo, nos encontramos bem de saúde e em outros podemos nos encontrar doentes e dependentes, fatores esses que são acentuados com o processo de envelhecimento, o que pode acarretar em uma maior dependência de serviços hospitalares, de aparelhos, de medicações, procedimentos e cuidados específicos para podermos sobreviver ou amenizar nosso sofrimento. É nesse processo que há o envolvimento de profissionais, como os enfermeiros, para o planejamento e para a realização desses cuidados. Diante disso, Braga et al. (2010, p. 29) afirmam que: “É primordial que o cuidado seja praticado por estes profissionais de forma digna e humanizada”. Assim, a enfermagem parece ter um papel fundamental nos cuidados a essa clientela em condições de terminalidade, uma vez que o cuidar constitui-se exatamente na essência da profissão.

Nos cuidados paliativos em geriatria, há o predomínio de doenças crônico-degenerativas, geralmente de evolução lenta e que levam ao comprometimento funcional, causando dependência, declínio funcional, falência orgânica e fragilidades, ocasionando demasiado sofrimento ao paciente e à sua família. Em outras palavras, nos idosos, além de lenta, a morte pode ocorrer com muito sofrimento físico, mental, social, emocional e espiritual.

Nesse contexto, o cuidado paliativo tem o objetivo de diminuir o sofrimento trazido por sintomas desagradáveis gerados pela progressão de doenças crônicas, sem chances de cura. O idoso é a faixa etária mais sujeita a essas intervenções devido às doenças crônicas de longa permanência, como a demência, cardiopatias, pneumopatias,

neoplasias, entre outras. Não obstante os progressivos avanços científicos, da tecnologia em saúde e da medicina em relação ao diagnóstico, tratamentos e prognósticos das doenças senil, não se impediu que doenças agudas se tornassem crônicas, contribuindo assim para longevidade (ALI, 2011; ANDRADE et al., 2012; FONSECA; MENDES; FONSECA, 2012).

Na fase terminal de uma doença, a qualidade de vida dos pacientes pode ser mantida em níveis satisfatórios, utilizando-se adequadamente as técnicas da palição, através de avaliações periódicas e frequentes, priorizando os sintomas que causem sofrimento, prescrição coerente e criteriosa, sempre respeitando a autonomia e a valorização da pessoa doente em busca de uma morte digna com mínimo de stress no local de escolha da pessoa doente.

Mesmo com todo o avanço científico e tecnológico da medicina, algumas situações (como a fragilidade do idoso associada a doenças fora de possibilidade terapêuticas de cura) não podem ser modificadas, sendo elas vivenciadas pelos idosos na terminalidade e por seus familiares. Nesse cenário, a assistência paliativa é de fundamental importância, pois a equipe multiprofissional tem o objetivo de oferecer conforto em relação aos sintomas da doença, estimular a liberdade e a autonomia, além de oferecer apoio psicossocial aos pacientes e familiares, que estão passando pelo processo de terminalidade e, posteriormente, de luto (ANDRADE et al., 2012; GONÇALVES; SANTOS; POLARO, 2012).

Diante do aumento do número de idosos e da longevidade dos brasileiros, os cuidados paliativos passaram a ser trabalhados dentro da geriatria de forma integral, na qual o paciente torna-se o centro dos cuidados, a partir de uma abordagem multidisciplinar, holística e compreensiva.

O próprio processo de envelhecimento traz consigo, muitas vezes, a ideia de morte próxima. Diante disso, “[...] a velhice, então, é identificada com a decadência da vida, a doença, a dor, o sofrimento e como a antessala da morte” (ROSA; VERA; ASSUNÇÃO, 2015, p. 1040). Diferindo desta percepção, os profissionais de enfermagem que atuam no cuidado paliativo devem garantir, na medida do possível, a independência funcional, a autonomia, o conforto e a qualidade de vida ao idoso, para que o processo de morte seja o mais natural possível (ANDRADE et al., 2012).

O processo de cuidar está inserido na humanidade desde os primórdios da história da evolução humana, a princípio como algo instintivo para a manutenção da

sobrevivência, pois o cuidado é parte integrante da vida do homem, único animal que precisa ser cuidado para sobreviver (CARVALHO; MERIGHI, 2005).

O cuidado inicia-se com a gestação, depois com o nascimento e persiste por todas as etapas da vida dos seres humanos, por isso esteve por muito tempo relacionado primeiramente e principalmente à figura da mulher, visto que esta sempre foi a responsável pela dedicação à educação dos filhos, à manutenção da casa e do marido, ao preparo de alimentos e com o cuidado a familiares incapacitados e idosos. Esse mesmo cuidado está intimamente ligado a sentimentos fundamentais: o amor, a compaixão e a misericórdia (LIMA, 2010).

O cuidado no campo da enfermagem no mundo moderno evoluiu juntamente com o sistema político-econômico da sociedade capitalista, que promoveu o surgimento da enfermagem como prática profissional institucionalizada. Esse processo teve início com a Revolução Industrial no século XVI e culminou com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX, com a precursora da enfermagem, Florence Nightingale, que definiu a enfermagem como a “arte e ciência de cuidar do ser humano” (FIRMINO, 2012).

Sendo o cuidado prestado ao homem a essência da profissão da enfermagem, com o intuito de favorecer a vida, realizado por meio da execução de atividades voltadas à cura e recuperação das doenças, surge com o cuidado paliativo a necessidade do cuidar no processo de terminalidade. O cuidado paliativo é uma abordagem multidisciplinar, especializada, com objetivo de proporcionar às pessoas com doenças incuráveis e aos seus familiares a melhor forma de enfrentar o processo de terminalidade. Esse cuidado multidisciplinar é necessário, pois apenas um profissional, isoladamente, não consegue alcançar todas as dimensões biopsicossociais do paciente (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014; FERNANDES et al., 2013; SANTOS, 2011).

Assim, a equipe multiprofissional é de fundamental importância no cuidado paliativo e deve ser formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, entre outros (MACIEL, 2012). Para o desenvolvimento desse trabalho em conjunto, é necessário o uso de algumas ferramentas essenciais na assistência paliativa que estão ligadas a sentimentos envolvendo o próximo, à compaixão para com a dor do outro, ao apoio, à atenção, assim como à capacidade técnica (CHINO, 2012; SILVA, 2012).

Os cuidados paliativos trazem, portanto, uma mudança na forma de cuidar das pessoas com doença terminal, pois deslocam o paradigma da cura para o cuidado

(BRAGA et al., 2010). Dentro desse contexto, o enfermeiro é um profissional de extrema importância na assistência paliativa. Ele deve ter habilidades que deverão estar voltadas à: comunicação, para que haja um melhor desenvolvimento de suas práticas; avaliação sistemática dos sinais e sintomas; interação com familiares, principalmente em relação às orientações clínicas para o alcance dos objetivos traçados pela equipe multiprofissional; educação; sensibilidade; e aos cuidados espirituais. As medidas de conforto e preservação da autonomia do paciente também são requisitos fundamentais para uma atuação eficiente do enfermeiro diante desse novo desafio (FIRMINO, 2012).

Portanto, o principal objetivo do cuidado paliativo é assegurar uma melhor qualidade de vida aos pacientes em terminalidade e aos seus familiares, oferecendo além do alívio dos sinais e sintomas causados pela doença, um apoio psicológico, emocional e espiritual. Para prestar um cuidado competente, de qualidade e diferenciado, é necessário que os profissionais que os assistem, principalmente os enfermeiros, sejam preparados para perceber a morte como um processo natural que não deve ser antecipado e nem prolongado desnecessariamente. Deve-se, além disso, integrar a seus cuidados atitudes que dão suporte aos pacientes, de forma a estimulá-los a viver ativamente, respeitando e preservando a sua autonomia.

Nesse sentido, segundo Silva e Firmino (2008), durante a prática da assistência paliativa, o enfermeiro, por ser o profissional da equipe multiprofissional mais próximo do paciente devido à execução de suas atividades, deve ter sua atenção voltada principalmente para as necessidades holísticas desse indivíduo, identificando e compreendendo precocemente as suas demandas e os seus desejos, planejando e implementando, assim, ações de enfermagem que permitam-no que tenha controle máximo de sua vida, da sua enfermidade, preservando a sua capacidade de autocuidar, reforçando a importância da sua participação e a de seus familiares nas decisões e cuidados na terminalidade. Dessa maneira, um suporte psicológico e social ao doente e a seus familiares é de extrema importância para que ambos enfrentem o momento de terminalidade de forma tranquila e digna (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

De modo geral, a morte gera no ser humano sentimentos variados. No idoso, a forma de expressá-los na fase de terminalidade é diretamente influenciada pelo modo como o indivíduo lida com o envelhecimento, pelas suas crenças e pelo contexto social e cultural em que está inserido. Embora a morte seja um processo biológico, o idoso experimenta uma série de sentimentos em relação a ela, geralmente de forma acentuada, como tristeza, alegria, medo, frustração, raiva, angústia, impotência, não obstante possua

um controle emocional mais desenvolvido, pois já vem vivenciando perdas e lutos, visto que nessa fase da vida é comum a perda de companheiros e amigos. Por isso é importante que os profissionais de equipe multiprofissional proporcionem uma assistência que busque humanizar e amenizar o sofrimento da pessoa idosa e de seus familiares, auxiliando-os na passagem para a vida eterna (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

O enfermeiro, por ser o profissional que está continuamente mais presente junto ao paciente e seus familiares, ao oferecer assistência paliativa, passa a vivenciar e compartilhar momentos de amor, compaixão e compreensão além de oferecer um cuidado holístico, baseado em princípios humanistas, associando sempre a essa assistência o conforto e a autonomia aos pacientes terminais, desmitificando a morte cheia de sofrimentos e dor, seja ela no âmbito biopsicossocial ou espiritual. Dessa forma, o profissional pode amenizar a experiência vivenciada pelo paciente idoso terminal e por seus familiares, auxiliando-os no processo de despedida da vida, mostrando-lhes que é possível morrer com tranquilidade e dignidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico escolhido para fundamentar este estudo tem base em Jean Watson, que nasceu em West Virginia, em 1940, nos EUA. A autora frequentou a Lewis Gale School of Nursing em Roanoke, Virginia. No entanto, fez todo o seu percurso no estado do Colorado, onde obteve o grau de bacharel em enfermagem, mestrado em ciência em enfermagem psiquiátrica e doutorado em psicologia educacional e aconselhamento, todos na Universidade do Colorado.

Jean Watson foi reitora da School of Nursing na University of Colorado e fundou e dirige o Center for Human Caring at the Health Sciences Center, em Denver. Ganhou vários prêmios, incluindo o Clube Internacional de Visiting Kellogg na Austrália e o prêmio de pesquisa Fulbright na Suécia. Watson é autora de inúmeros artigos, capítulos de livros e de alguns livros. Sua pesquisa concentra-se na área do cuidado prestado a pessoas e perdas. A teoria de Jean Watson defende o cuidado como uma ciência humana desenvolvida a partir de fundamentos filosóficos e de valores humanistas.

No ano de 1985, foi publicada a Teoria de Jean Watson denominada “teoria do cuidado humano”, fundamentada no cuidar como um atributo valioso do enfermeiro que o aplica usando filosofias humanísticas e conhecimento científico.

A Teoria Transpessoal do Cuidado de Jean Watson é bastante válida principalmente para os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos, uma vez que contempla a reciprocidade entre o profissional e o cliente, tendo como principal finalidade o cuidado holístico.

3.1 CONCEPÇÕES DA TEORIA DE JEAN WATSON

Os fundamentos da teoria de enfermagem de Jean Watson foram publicados em 1979 em *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Baseada em seu trabalho anterior, a teoria de Watson, a Ciência do Cuidado ou teoria do cuidado humano como é conhecida, foi codificada em 1979 e revisada em 1985, publicada no *Nursing: Human Science and Human Care*. Em 1999, Watson realizou um avanço e ampliou sua teoria.

Watson usou como base para a construção de sua teoria as referências humanistas de Maslow, Heidegger e Erickson. Além disso, retirou partes de sua teoria dos escritores de enfermagem como Nightngale, Rogers, Leininger e Handersotsn para o conhecimento em enfermagem (TALENTO, 2000; MCEWEN; WILLS, 2009). Watson definiu seu trabalho inicial como a Teoria Descritiva do Cuidado e declarou que era a única teoria de enfermagem que incorporava a dimensão espiritual. Em seu mais atual trabalho, Watson sempre descreveu o ser humano como um ser holístico e interativo (MCEWEN; WILLS, 2009).

No trecho a seguir, Watson (1999, p. 8) exprime um de seus desejos:

[...] quero que a enfermagem esteja mais preocupada com [...] o desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença, e em fazer novas descobertas em como estar numa relação profissional de cuidar, para servir a sociedade.

A teoria do cuidado humano é fundamentada no cuidado que deve ser aplicado a partir da filosofia humanística e do conhecimento científico. Em sua teoria, Watson afirma que o foco principal da enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos (GEORGE, 2000).

Nesse sentido:

O desafio atual da enfermagem é romper com os velhos laços da preocupação com os procedimentos, com os fatos, definições rígidas, racionalismo severo, operacionalismo, manipulação variável, e assim sucessivamente. Temos que identificar outras vias de conhecimento e perspectivas alternativas da ciência. Temos necessidades de abordagens adicionais para estudar e investigar a área da experiência humana na saúde-doença e do cuidar, que não esgote o significado dos fatos ou conceitos. É necessário desenvolvermos métodos que preservem o contexto humano e permita o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana. (WATSON, 1999, p. 9).

Em seus estudos, Watson argumenta que para que as enfermeiras desenvolvam a filosofia e o cuidado humanista, faz-se necessário uma base nas ciências humanas, pois são elas que irão auxiliá-las a ampliar a sua visão e perspectiva de mundo, assim como contribuir no desenvolvimento de sua habilidade de pensamento crítico, necessário para o desenvolvimento da ciência do cuidado proposta pela autora. Na construção de sua teoria, ela declara que a atitude do cuidado sempre pertenceu à enfermagem e que a ciência do cuidado visa a promoção da saúde e não a cura da doença. Relata ainda que, atualmente, esse cuidado está sendo ameaçado pelas tarefas e exigências tecnológicas dos fatores curativos. Nesse contexto,

Tem havido uma proliferação da “síndrome da cura” e uma adoção das técnicas de cura, frequentemente sem olhar a custos. No sentido de satisfazer as demandas tecnológicas e burocráticas crescentes do sistema, o cuidar ao nível do indivíduo e do grupo tem recebido cada vez menos ênfase do sistema. Está a torna-se cada vez mais difícil a enfermagem manter sua ideologia do cuidar na prática. (WATSON, 1999, p. 53).

Os sistemas de saúde das instituições e comunidades semelhantes são organizados e administrados de uma forma que é incongruente com o cuidar profissional. Devido à visão unilateral do sistema tradicional de saúde (doença-cura), os valores do cuidar e da enfermagem foram submersos. Além disso, o conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçado pela tecnologia, máquinas, tarefas administrativas e manipulação de pessoas para irem de encontro às necessidades do sistema (WATSON, 1999, p. 54).

O sistema de valor que permeia a teoria do cuidado humano de Watson inclui o profundo respeito pela vida e o reconhecimento de que as dimensões espirituais e éticas são os principais elementos do processo de cuidado humano. A autora acredita que o cuidado e o amor são forças cósmicas universais e misteriosas, além de crer que os enfermeiros, como profissionais de saúde, são responsáveis por contribuir socialmente, moralmente e cientificamente para a humanidade e que o ideal de atendimento desses profissionais pode afetar o desenvolvimento humano. Defende ainda a ideia de que é essencial para a sociedade sustentar os ideais de cuidado humano, assim como a ideologia do atendimento na prática, visto que há uma predominância de tratamentos radicais e de curas técnicas que desconsideram, na maioria das vezes, as condições humanas (WATSON, 1999; MCEWEN; WILLS, 2009).

Com as ameaças humanas da biotecnologia, engenharia científica, tratamentos fragmentados, burocracia e aumento da despersonalização e expansão do nosso sistema de prestação de cuidados, temos a necessidade de aumentar e espalhar a filosofia do cuidar, seus conhecimentos e suas práticas, nos nossos sistemas. Para que a enfermagem corresponda verdadeiramente às necessidades da sociedade e contribua de forma

consistente com as suas raízes e origens, tanto o ensino como o sistema de prestação de cuidados de saúde têm de ser baseados em valores humanos e na preocupação com o bem-estar dos outros (WATSON, 1999).

A visão alternativa da enfermagem que está a ser sugerida irá colocá-la num contexto metafísico e estabelecerá a enfermagem como um processo de cuidar de humano para humano com dimensão espiritual, em vez de uma série de comportamentos que se adaptam ao modelo tradicional ciência\medicina. Sendo assim,

[...] a enfermagem tem possuído a responsabilidade primária do cuidar na saúde e na doença. O grau pelo qual o enfermeiro cuidava do utente, o focar que era importante para o cuidar, mudou e continua a mudar. Contudo o aspecto que perdura, é que os enfermeiros se preocupam com e acerca dos outros. (WATSON, 1999, p. 73).

Para Watson (1999), o cuidar é um processo humano intersubjetivo, e é o ideal moral da enfermagem. A enfermagem tem, assim, um importante papel social na melhoria da dignidade e preservação da humanidade. A função da enfermagem é, sem dúvida, baseada no cuidar. O cuidar é um ideal moral da enfermagem, que consiste em tentativas transpessoais, de humano para humano, para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando os indivíduos a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência. Além disso, ele possui a função de ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controle e auto restabelecimento, no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas.

O transpessoal, segundo Watson (1999), refere-se a uma intersubjetividade da relação humano para humano na qual a pessoa do enfermeiro influencia e é influenciada pela pessoa do outro. Ambos estão plenamente presentes no momento e sentem uma união com o outro. Eles partilham um campo fenomenológico que se torna parte da história de vida de ambos, que são coparticipantes em se tornar no agora e no futuro. Um ideal, assim, de cuidar encaixa-se num ideal de intersubjetividade, no qual ambas as pessoas estão envolvidas. Nesse sentido, a autora afirma que:

Uma relação transpessoal do cuidar, conota uma forma especial da relação de cuidar, elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar no mundo. Cuidar, neste sentido é visionado como a moral ideal da enfermagem onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade. O cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, sendo capaz de detectar a condição de ser da outra pessoa. (WATSON, 1999, p. 111).

O processo simples e, no entanto, complexo do cuidar, é uma fundação básica e um ponto de partida no qual uma relação transpessoal harmonizante pode ocorrer. Uma relação transpessoal do cuidar depende, segundo Watson (1999.p.112), de:

1. Um compromisso moral para proteger e promover a dignidade humana, no qual uma pessoa pode determinar o seu próprio significado.
2. Da intenção e vontade do enfermeiro em afirmar a significância subjetiva da pessoa.
3. Da capacidade de o enfermeiro compreender e, corretamente, detectar sentimentos e a condição íntima do outro. Isso pode ocorrer por meio de ações, palavras, comportamentos, cognição, linguagem corporal, sentimentos, pensamentos, sensação e intuição.
4. Da capacidade do enfermeiro avaliar e verificar a forma dos outros estarem no mundo e de sentir uma união com o outro. A subjetividade do utente é tida como um todo e é tão válida como a do enfermeiro. Reciprocidade é, portanto, um princípio moral da enfermagem.
5. Da própria história de vida do enfermeiro, de experiências prévias e oportunidades de ter vivido ou experienciado os seus próprios sentimentos e de ter imaginado os sentimentos dos outros em variadas condições humanas.

Segundo Talento (2000), Watson propõe em sua teoria sete suposições sobre a ciência do cuidado e dez fatores básicos do cuidado. As sete suposições são:

1. O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal.
2. O cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas.
3. O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar.
4. As respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser.
5. Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite a pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto no tempo.

6. O cuidado é mais “*healthogenic*” (saudável) do que curativo. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover a saúde, bem como para propiciar auxílio àqueles que estão doentes. Uma ciência do cuidado é, assim, um complemento à ciência da cura.

7. A prática do cuidado é fundamental à enfermagem.

Watson acredita que as filosofias humanísticas são formadas a partir da visão de mundo do enfermeiro e do desenvolvimento das suas habilidades de pensamento crítico, ou seja, o enfermeiro tem de ser livre para expor seus conhecimentos e opiniões, usando suas habilidades em promoção da saúde, independente da cura. Watson define a enfermagem como a “[...] ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transações de cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos e ético”. De acordo com a teoria do cuidado, o profissional enfermeiro deve auxiliar o cliente, permitindo sua autonomia e liberdade, além de lhe proporcionar autocontrole e autoconhecimento para que possam promover mudança (TALENTO, 2000). Sendo as intervenções de enfermagem baseadas nesses preceitos, são de extrema importância nesse processo de cuidar os seguintes elementos citados por Watson:

As intervenções nesta teoria estão relacionadas com o processo de cuidar com a total participação do enfermeiro/pessoa, com o utente/pessoa. O cuidar requer reconhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde atuais ou potenciais, conhecimento e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros; conhecimento das nossas forças e limitações, conhecimento de quem a pessoa é, as suas forças e limitações, o significado da situação para ele; e o conhecimento sobre como confortar, oferecer compaixão e conforto. Cuidar também requer ações que permitem que os outros resolvam os problemas, cresçam e transcendam o aqui e o agora, ações que estão relacionadas com o conhecimento geral e específico do cuidar e das respostas humanas. (WATSON, 1999, p. 129).

As intervenções relacionadas com o processo de cuidar requerem uma intenção, uma vontade, uma relação e ações. Esse processo vincula um compromisso com o cuidar como um ideal moral direcionado para a preservação da humanidade. O processo afirma a subjetividade das pessoas e leva a mudanças positivas de bem-estar dos outros, mas também permite que o enfermeiro se beneficie e cresça. A combinação de intervenções pode ser referida como fatores de cuidar e, inclui (MCEWEN; WILLS, 2009; TALENTO 2000; WATSON, 1999):

1. A formação de um sistema de valores humanístico-altruísta: consiste num sistema de valores provenientes das próprias experiências de vida da pessoa, do aprendizado adquirido e da exposição ao que é humano. Para Watson, um cuidado baseado nos valores humanista e altruísta se desenvolve a partir dos nossos próprios pontos de vista, crenças, das interações culturais, das experiências e crescimento pessoal, promovendo assim um comportamento altruísta em relação aos outros.

2. A instilação de Fé-esperança: esse fator é de extrema importância seja no processo de cuidado, como, por exemplo, o paliativo, quanto para o processo de cura. É necessário que a enfermeira auxilie a pessoa para uma compreensão de alternativas além da medicina, tais como a meditação, o poder na crença e no espiritual. Para Watson, quando a ciência moderna não tem mais o que oferecer à pessoa, a enfermeira pode continuar a usar a fé e a esperança para proporcionar sensações de bem-estar por meio de crenças significativas ao indivíduo.

3. O cultivo da sensibilidade para si e para as outras pessoas: nesse fator, Watson afirma que só por meio do desenvolvimento dos próprios sentimentos alguém pode interagir com outro de modo sensível. Assim, quando a enfermeira começa a desenvolver sua própria sensibilidade, tornando-a autêntica, isso encoraja o auto crescimento e a autor realização, melhorando a interação com o seu cliente.

4. O desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança: ocorre quando a enfermeira utiliza um dos seus instrumentos de trabalho, a comunicação, para assim estabelecer uma relação harmoniosa e cuidadosa. Para Watson, nessa relação de ajuda e autoconfiança, deve-se ter coerência, empatia e calor. Quanto à coerência, as relações das enfermeiras precisam ser verdadeiras, ou seja, devem agir de maneira honesta. A empatia, em específico, refere-se à tentativa das enfermeiras em serem simpáticas e entrar em sintonia com os sentimentos do paciente. Por último, o calor relaciona-se com as ações da enfermeira que expressam a aceitação do outro de forma positiva.

5. A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos: esse processo de promoção e aceitação deve ser facilitado pelo enfermeiro, pois melhora o nível de comunicação entre as pessoas, visto que se nos conscientizamos sobre os sentimentos passamos a compreender o comportamento que dele origina-se.

6. O uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisões: para Watson, o método científico é uma necessidade absoluta da enfermagem e faz parte do processo de cuidar. A autora defende também a necessidade do

desenvolvimento de outros métodos de conhecimento com objetivo de proporcionar uma perspectiva holística do cuidado.

7. A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal: esse fator proporciona à pessoa maior controle sobre a sua saúde, fornecendo informações e alternativas. Nesse caso, a enfermeira tem um papel primordial como educadora, já que enfoca o processo de aprendizagem e de ensino, e o aprendizado é a melhor forma de individualizar a informação a ser divulgada. Assim, a compreensão das percepções da pessoa sobre a situação auxilia a enfermeira a preparar um plano direcionado.

8. A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual: nesse fator cuidativo, a enfermeira trata das funções diárias, de rotina, que usa para promover a saúde, restaurá-la ou prevenir a doença. Essas funções foram divididas por Watson em a) variáveis internas: como atividades mentais, espirituais ou culturais; e em b) variáveis externas: como os fatores físicos, de segurança e ambientais. Ambas devem ser manipuladas pela enfermeira para proporcionar bem-estar mental e físico ao indivíduo. Ressalta-se que existe uma interdependência entre o ambiente interno e externo, uma vez que a percepção da pessoa pode tornar o ambiente ameaçador ou não. Diante de eventos estressantes para o paciente, a enfermeira pode investigar e determinar a estimativa da pessoa sobre a situação e sua capacidade de enfrentamento, e a partir daí fornecer apoio situacional a fim de fortalecer o mecanismo de enfrentamento do próprio paciente. Watson sugere também que a enfermeira deve proporcionar conforto, privacidade e segurança, visto que um ambiente agradável melhora o estado afetivo, facilitando assim as interações com os outros e a satisfação com a vida.

9. Assistência com a gratificação das necessidades humanas: nesse caso, Watson criou uma hierarquia para a ciência do cuidado na seguinte ordem: necessidade de sobrevivência, necessidades funcionais, necessidades integradoras e necessidade de busca de crescimento. Cada necessidade é vista no contexto de todas as outras que são valorizadas. Para Watson, é necessário conhecer a estrutura holístico-dinâmica para visualizar as necessidades humanas, bem como a assistência do fator de cuidado com a gratificação das necessidades de forma mais completa. A necessidade é vista no contexto de todas as outras que são valorizadas e igualmente importantes para o atendimento de enfermagem de qualidade e para a promoção da saúde ideal, ou seja, apesar da natureza hierárquica, todas as necessidades merecem atenção e valorização.

10. A permissão de forças existencial-fenomenológicas: a fenomenologia é uma maneira de compreender as pessoas por meio da forma que as coisas aparentam ser para elas, isto é, a partir de sua estrutura de referência. Esse fator cuidativo ajuda a enfermeira a reconciliar e mediar a contradição de ver a pessoa holisticamente e, ao mesmo tempo, cumprir a ordem hierárquica das necessidades. Esses fatores, quando introduzidos à ciência da enfermagem, auxiliam a profissional a compreender significados que as pessoas têm da vida, assim como a ajudá-las a descobrir o seu significado, como ocorre em situações difíceis como a morte e a doença. Com o uso dos fatores cuidativos, a enfermeira pode auxiliar a pessoa a encontrar forças ou coragem para enfrentar a vida ou a morte. Watson sugere que antes de auxiliar os outros a enfrentarem suas condições humanas, cada enfermeira deve olhar para o seu interior e encarar as suas próprias questões existenciais (TALENTO, 2000; WATSON, 1999).

Desses dez fatores cuidativos propostos por Watson, os três primeiros formam uma base dos “fundamentos filosófico para a ciência do cuidado”. Para avaliar os demais setes fatores, é necessário compreender que eles derivam dos fundamentos desenvolvidos nos três primeiros. Logo, segundo Talento (2000, p. 254):

Consequentemente a enfermeira desenvolve um sistema de valores humanista-altruísta, acredita na instalação da fé e da esperança e cultiva a sensibilidade em relação ao self e aos outros para que desenvolva uma relação de ajuda-confiança e os demais fatores do cuidado.

Para compor a elaboração da teoria proposta por Watson (1999), faz-se necessário apresentar alguns conceitos propostos pela autora: “a pessoa” é o foco de atenção da Enfermagem e precisa ser respeitada e valorizada em sua essência. Portanto, os cuidados a ela prestados devem ocorrer de forma integral, de forma que satisfaça as suas necessidades. O “ambiente” é o espaço físico em que habitam o homem e família, onde há influências de fatores internos e/ou externos que podem interferir no processo saúde-doença. A “saúde” é o inter-relacionamento harmônico entre a mente, o corpo e o espírito. A “Enfermagem”, de acordo com pressupostos de Watson, enfoca os aspectos preventivos, curativos e restauradores da saúde, além da promoção da saúde.

Todos esses fatores de cuidar, para Watson (1999), tornam-se atuais no processo de cuidar cotidiano, no qual o enfermeiro está em contato com o paciente (quer seja administrando um tratamento intravenoso de emergência a um doente em estado crítico, ou ao orientar um paciente diabético). Cuidar requer, desse modo, que o profissional possua intenções específicas, vontade, valores e um compromisso com o ideal do cuidar

intersubjetivo, que é direcionado para a preservação do ser pessoa e da humanidade, quer do enfermeiro quer do paciente. Nesse sentido, surge o grau de cuidado:

Embora estes sejam os ideais, enfermeiros diferentes e momentos diferentes permitem elevados níveis de cuidado. O grau dos cuidados é influenciado por forças múltiplas e complexas. Quanto mais os cuidados são atualizados como um ideal moral intersubjetivo, em cada ocasião do cuidar no momento a momento, mais potencial o cuidar detém para que os objetivos da saúde do homem se encontrem através de dar sentido a existência própria de cada um, descobrindo o nosso próprio poder interior e controle, potenciando exemplos de transcendência e auto-recuperação. Finalmente a ciência humana, teoria do cuidar, permite que a enfermagem, individualmente e coletivamente, contribua para a preservação da humanidade, num indivíduo na sociedade: os ideais morais e o processo de intersubjetividade humana aqui propostos para que a enfermagem fomente a evolução espiritual da espécie humana. (WATSON, 1999, p. 131).

Nesse sentido, tanto os pressupostos teóricos quanto os fatores cuidativos propostos pela teoria de Watson contribuem para despertar nos enfermeiros uma visão em direção a um cuidar holístico, integral, incluindo as concepções, a espiritualidade as crenças e os valores do ser cuidado, principalmente sob cuidados paliativos.

3.2 A TEORIA DE JEAN WATSON E OS CUIDADOS PALIATIVOS

O cuidado paliativo, a princípio, era ligado apenas a pacientes oncológicos. Em 2004, todavia, a OMS passou a incluir nessa modalidade pacientes portadores de doenças crônicas sem perspectiva terapêutica, principalmente quando acometem idosos no processo de envelhecimento. Esse cuidado é uma categoria de cuidar que visa auxiliar e melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante dos problemas associados às doenças que ameaçam a vida, por meio de métodos preventivos e alívio do sofrimento a partir da identificação precoce, da avaliação precisa e do tratamento da dor e de outros sintomas, além da integração de aspectos psicossociais e espirituais, a fim de proporcionar auxílio e amparo durante todo o processo (MENEZES; GONÇALVES, 2016; WHO, 2014).

O cuidado paliativo tem como essência a atenção a todas as necessidades do paciente, sejam elas físicas, psicológicas, sociais ou espirituais. O objetivo principal passa a ser a pessoa e não a doença, com um enfoque terapêutico que busca o alívio de sintomas que comprometam a qualidade de vida do indivíduo, por meio da integralidade das ações médicas de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais, de reabilitação e assistência aos familiares (VIANNA; CROSSETTI, 2004).

O acolhimento dos pacientes em fase terminal e aos seus familiares pela enfermagem tem o intuito de atender as mais variadas necessidades apresentada por esse

doente por meio do processo de cuidar. Fica claro que a necessidade dos cuidados paliativos não é apenas uma opção terapêutica, mas um direito de todos que objetivam uma melhor qualidade de vida diante de situações potencialmente ameaçadoras da integridade física, emocional, psicológica e espiritual, não apenas no final da vida, mas em todas as suas fases e no transcurso de doenças ainda consideradas incuráveis.

A enfermagem, desde que surgiu como profissão, sempre cuidou de pacientes em terminalidade, pois antigamente era bastante comum que doentes fossem abandonados devido às doenças contagiosas e incuráveis que evoluíam para a morte. A fundadora da enfermagem, Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia, ao cuidar de soldados gravemente doentes e de doentes pobres, que eram cuidados em ambiente sem higiene e contaminados, propiciando a morte, defendeu a necessidade de criação de ambientes para recuperação desses indivíduos. Documentos dos primórdios da enfermagem norte-americana já tratavam de cuidado de pacientes terminais quando registrou em seu compêndio sobre os cuidados com corpo após a morte. Hoje, várias teóricas conhecidas no campo da enfermagem, como Orem, Leininger, Paterson e Watson, compartilham o ideal de que a profissão tem como particularidade cuidar do ser humano desde o nascimento até a morte (MENEZES; GONÇALVES, 2016).

Contudo, foi Jean Watson, teórica norte-americana, quem propôs o ideal filosófico que considera a enfermagem uma ciência humana de pessoas e da saúde humana, que envolve a ternura e a paixão em seu cuidar, sentimentos que se acentuam diante de situações de sofrimento e morte (GONÇALVES; SANTOS; POLARO, 2012).

Nesse contexto, de busca por um cuidado humano que visa o atendimento integral ao paciente em fase terminal, a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson vem, à luz de seus pressupostos teóricos e fatores cuidativos, ajudar os enfermeiros a ampliar sua visão para efetivar a integralidade do cuidado a esses pacientes. A partir da reflexão sobre o sentido da vida, a morte, o sofrimento, a espiritualidade e os cuidadores passam a entrar em contato com as dimensões que Watson (1999) denominou de forças existenciais-fenomenológicas e espirituais do cuidado. Refletir sobre essas dimensões possibilita a instrumentalização do cuidador para auxiliar o outro a encontrar seus próprios significados. O referencial adotado mostra-se um caminho possível para a construção de um mundo de cuidado de acordo com os princípios e objetivos da assistência paliativa, como afirma a autora:

[...] o cuidador de enfermagem atentar-se para estar ligado aos padrões de referência do ser cuidado, buscando em conjunto com ele significados para o

vivido, potencializando medidas de conforto, controle da dor, sensação de bem-estar e transcendência espiritual do sofrimento. (WATSON, 1999. p. 153).

Em seus trabalhos, Watson defende os valores humanistas e dá grande ênfase à autônoma e à liberdade de escolha, assim como o autoconhecimento e autocontrole que devem ser encarregados pelo próprio cliente.

O modelo de cuidado proposto por Watson tem um conteúdo humanístico e traz uma nova visão do cuidar, na qual o paciente não seja visto como objeto, mas valorizado como ser humano, singular, único e que tem possibilidades de escolha. “A pessoa não é simplesmente um organismo ou um ser físico; a pessoa é também uma parte da natureza, um ser espiritual, nem puramente físico nem puramente espiritual.” (WATSON, 1999, p. 98).

A transpessoalidade é característica desse modelo. Uma relação transpessoal do cuidar conota uma forma especial da relação de cuidar, pois, por meio da intencionalidade e da presença, há uma interconexão de quem cuida com quem é cuidado, para que se desenvolva um cuidado efetivo que contemple o ser total (mente-corpo-espírito) produzindo bem-estar e harmonia (WATSON, 1999).

O cuidado é o atributo mais valioso que a enfermagem possui para oferecer às pessoas. O cuidado é a essência da enfermagem e a enfermeira é coparticipante desse processo, que envolve sensibilidade entre a enfermeira e a pessoa. Cuidar requer muito do profissional, segundo Watson:

Cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha. Há um elevado valor no mundo subjetivo-interno da pessoa em causa e como ela (tanto o utente como o enfermeiro) está a compreender a experiência da condição saúde-doença. É colocado ênfase na ajuda dada ao indivíduo na aquisição de maior conhecimento próprio, autocontrole, independentemente da condição externa de saúde. O enfermeiro é visto como co-participante no processo de cuidar. Portanto, é colocado um elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo. (WATSON, 1999, p. 129).

A preservação e o progresso do cuidar é uma questão crítica para a enfermagem de hoje, sobretudo em nossa sociedade cada vez mais despersonalizada. Nesse contexto, a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana mediante o processo de cuidar com atos humanitários e epistêmicos significativos que contribuam para preservação da humanidade e para um cuidar de qualidade.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Esta pesquisa traz como proposta um estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, com o intuito de perceber o conhecimento das representações do participante do estudo por meio de seu discurso. Nessa perspectiva, há a aproximação do pesquisador com a realidade dos atores sociais para compreender o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionadas ao processo das relações humanas que não podem ser quantificados (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória, conforme Polit e Beck (2011), é uma extensão da pesquisa descritiva. Esses autores destacam que uma das razões básicas do envolvimento do pesquisador com estudos exploratórios é a curiosidade e o desejo da compreensão de forma mais rica do fenômeno de interesse do estudo descritivo. Sendo essa razão particularmente relevante quando uma nova área ou assunto está sendo investigado, para a qual nenhuma teoria satisfatória pode ser identificada.

Já os estudos descritivos possuem como principal objetivo o retrato preciso das características de indivíduos, situações, grupos ou da ocorrência de determinados fenômenos (POLIT; BECK, 2011).

Nesse sentido, a abordagem qualitativa foi uma escolha metodológica coerente a esta pesquisa, uma vez que o cuidado aos idosos em palição é um fenômeno complexo, que envolve as inúmeras situações da vida e das relações sociais no contexto em que está inserido.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em um hospital público da região Norte do Brasil. O desenvolvimento dessa pesquisa teve como cenário a clínica médica e a clínica de pneumologia do hospital, que está situado na cidade de Belém, estado do Pará, denominado Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB). É importante ressaltar que pacientes em cuidados paliativos podem ser encontrados em quase todas as unidades do hospital, porém, para participar do estudo, optou-se pela clínica médica e de pneumologia por atenderem um maior número de pacientes idosos.

O Hospital universitário João de Barros Barreto (HUIBB) é uma instituição de saúde federal de ensino, vinculada à Universidade Federal do Pará (UFPA), que tem como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O HUIBB possui 57 anos de existência. Em seu início, prestava serviços voltados

apenas para tratamento de pacientes portadores de tuberculose, passando, no decorrer do tempo, por diversas transformações. Em 2004, além da implantação do núcleo de vigilância epidemiológica, o HUIBB foi certificado como Hospital de Ensino.

Hoje é considerado um dos principais prestadores de serviços de saúde do estado do Pará e da Região Norte, sendo referência nacional em AIDS e referência estadual em pneumologia, tuberculose, cirurgia do aparelho digestivo e torácica, infectologia, endocrinologia, geriatria, fibrose cística.

As clínicas na quais foi realizada a pesquisa contam com uma equipe multiprofissional, formada por médicos, clínicos gerais, geriatras, endocrinologistas, pneumologistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos residentes e residentes multiprofissionais em saúde do idoso e oncologia.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram treze enfermeiros assistentes que trabalham nas enfermarias de internação das Clínicas Médica e de Pneumologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB).

A escolha dos participantes se deu pelo fato deles exercerem suas atividades assistenciais nas clínicas médica e de pneumologia, onde há um maior número de pacientes idosos internados portadores de doenças crônico-degenerativas.

Os participantes do estudo foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro lotado e exercer atividades de assistência na clínica médica e na de pneumologia do HUIBB. Foram excluídos os enfermeiros que não desenvolviam atividades assistenciais ou as desenvolviam em outras clínicas, bem como os que se encontravam de férias ou licença no período da coleta de dados.

Apenas um enfermeiro não participou da entrevista, pois no período da coleta dos dados encontrava-se de licença saúde.

4.4 TÉCNICA E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas focalizadas com o uso de vinheta e de um roteiro semiestruturado. A vinheta é uma descrição breve fictícia ou não,

de um evento ou situação, a qual o informante é solicitado a reagir, expressando suas percepções, opiniões ou conhecimentos. É possível que com o uso de vinhetas o informante do estudo, além de ser estimulado e direcionado a manifestar-se frente a uma situação específica, sinta-se mais confortável para manifestar-se, para relacionar o descrito com suas próprias vivências. (GALANTE et al, 2013)

Já a entrevista tem como objetivo construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Trata-se de uma interação entre pesquisador e pesquisado, em que o primeiro visa apreender o que o participante da pesquisa pensa, sabe, representa, faz, argumenta e sente (MINAYO, 2014). Além disso, a entrevista é considerada um método vantajoso para a coleta de dados em tipos variados de pesquisa qualitativa, uma vez que permite um exame detalhado de determinado tópico ou experiência, motivo pelo qual representa um método útil para a investigação interpretativa, na qual a sua natureza detalhada promove um esclarecimento da interpretação de cada participante sobre sua própria experiência. Uma entrevista vai além de uma superficial conversa, pois analisa mais de uma vez os eventos, as opiniões e as impressões iniciais (CHARMAZ, 2009).

Para Minayo (2014), parte da elaboração de um roteiro orientador, listando questões levantadas pelo pesquisador, a partir do objeto a ser investigado, deve conduzir para uma forma mais abrangente do tema, sem cercear as falas dos participantes. Já para Charmaz (2009, p. 46), “[...] a estrutura de uma entrevista intensiva pode variar de uma exploração vagamente orientada dos tópicos a questões focais semiestruturadas”.

Na técnica de entrevista focalizada por vinheta, teve-se como base o uso de imagens que projetaram aos enfermeiros um contexto de trabalho cotidiano da assistência de enfermagem prestada a idosos em cuidados paliativos que estão sob seus cuidados. A partir disso, procurou-se discutir com os profissionais divergências e convergências possíveis entre o panorama ideal apresentado, baseado nos princípios do cuidado paliativo, da teoria do cuidado transpessoal e na realidade que eles vivenciavam como enfermeiros assistentes ao cuidar de um idoso em palição.

No instrumento de coleta de dados construído, foram incluídas cinco vinhetas, um roteiro semiestruturado e também os indicadores qualitativos, constituídos a partir dos fatores de cuidado de Jean Watson (1999). As cinco vinhetas utilizadas incorporaram cinco dos dez fatores cuidadosos propostos pela teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. A primeira vinheta incorporou o fator de cuidado sobre a sensibilidade; a segunda, a relação de cuidado humano de ajuda-confiança; a terceira, a assistência com a

gratificação das necessidades humanas; a quarta, a promoção de um ambiente de bem-estar-biopsicossocial; e a última vinheta, sobre a Fé e a Esperança.

O uso de vinhetas durante a entrevista baseia-se na apresentação de um estímulo aos participantes, como: vídeos, imagens sobre pessoas ou situações e estruturas que podem fazer referências importantes do estudo das percepções, crenças e atitudes (HUGHES; HUBY, 2001). Neste estudo, utilizamos a vinheta, que, por meio do embate causado, possibilitou uma coleta de dados com auxílio de um roteiro semiestruturado (FLICK, 2009). A eficácia da vinheta reside em sua capacidade de provocar discussão, envolver diversas perspectivas, incentivar a resolução de problemas, promover a tomada de decisões, aumentar a consciência de si e dos outros e iniciar a reflexão (TETTEGAH; BAILEY; TAYLOR, 2007). Ela pode ser empregada isoladamente ou de maneira integrada com outras técnicas de pesquisa, como a observação e a entrevista, ampliando as possibilidades de geração dos dados, que seriam completamente explorados por meio de outras técnicas (RENOLD, 2002).

O roteiro de entrevista foi composto por questões norteadoras com indicadores qualitativos, parâmetros quantificados ou qualitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos ou foram alcançados. Eles servem ainda como uma espécie de sinalizadores da realidade. A maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido de medida e balizamento de processo de construção da realidade ou de elaboração de investigação avaliativa (MINAYO, 2009). Na pesquisa qualitativa, eles configuram-se como balizas sensíveis construídas a partir dos objetivos do estudo, de modo a auxiliar a revelar, compreender e interpretar processos, ajudando no mapeamento mais profundo das opiniões, concepções e percepções dos enfermeiros participantes deste estudo (ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2005).

Um teste piloto com o roteiro de entrevistas foi realizado com uma enfermeira que não fez parte do grupo de participantes deste estudo, com a finalidade de avaliar a adequação do instrumento aos objetivos da pesquisa, permitindo o aprimoramento e a clareza das perguntas utilizadas, sendo realizados, posteriormente, os devidos ajustes. Também foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado previamente elaborado (APÊNDICE A) e um gravador.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro e dezembro de 2017 na clínica médica e de pneumologia, após aprovação em comitê de ética em pesquisa, a partir das seguintes fases:

- Primeira fase – Aproximação com o campo de pesquisa: ocorreu a aproximação com o cenário do estudo, a unidade de clínica médica e pneumologia, onde primeiramente foi solicitado a autorização à gerente de enfermagem das clínicas para a realização da pesquisa.
- Segunda fase – Aproximação com os participantes do estudo: os enfermeiros com perfil definido para participar do estudo foram contactados no seu horário de trabalho e devidamente esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre o método de coleta de dados utilizado. Em seguida, foi solicitado que se manifestassem sobre o aceite em participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), sendo garantido ainda o anonimato por meio da utilização de codificação (E1, E2, E3...) e o direito de desistência da participação na pesquisa, a qualquer tempo.
- Terceira fase – Realização das entrevistas: nesse momento, foram realizadas com os enfermeiros as entrevistas focalizadas com o uso de vinhetas, sendo estas conduzidas pelo instrumento de coleta de dados. Os encontros foram agendados conforme a conveniência dos colaboradores e realizados em um local privativo, próximo à unidade de trabalho. As entrevistas tiveram uma duração média de 45 minutos cada, sendo gravadas com auxílio de um gravador de voz, após prévia autorização dos entrevistados.
- Quarta fase – leitura do roteiro de entrevista: após a finalização das entrevistas, foi realizada a leitura e a transcrição das entrevistas em sua totalidade e depois validadas. No início de fevereiro de 2018 todas as entrevistas estavam transcritas na íntegra. O processo de validação ocorreu por meio de envio de e-mail e mensagem para o celular com a entrevista do participante transcrita, bem como com o fornecimento de orientações para ajustes e alterações no dia 04 de fevereiro de 2018. Foi fornecido um prazo de 10 dias para validação ou contestação da entrevista, do contrário esta era considerada validada por data. A maioria dos entrevistados respondeu a mensagem de celular informando que validaram e autorizavam o uso da entrevista, porém não foi feita nenhuma alteração do conteúdo. Esse processo pode ser observado no quadro abaixo:

Quadro 1: Realização e validação das entrevistas.

(Continua)

DOCUMENTO	DATA DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	DURAÇÃO DA ENTREVISTA	DATA DA VALIDAÇÃO DA ENTREVISTA TRANSCRITA
E1	29/11/17	41m 34s	06/02/18
E2	29/11/17	45m 24s	05/02/18
E3	29/11/17	49m 20s	08/02/18
E4	29/11/17	48m 11s	09/02/18
E5	30/11/17	48m 45s	11/02/18
E6	30/11/17	49m 05s	02/02/18
E7	06/12/17	57m 03s	07/02/18
E8	09/12/17	46m 54s	13/02/18
E9	17/12/17	22m 59s	11/02/18
E10	17/12/17	40m 21s	13/02/18
E11	20/12/17	53m 42s	14/03/18
E12	16/1/18	42m 21s	31/01/18
E13	20/1/18	34m 05s	14/02/18

Fonte: Elaboração própria da autora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados qualitativos gerados a partir das entrevistas realizadas, foi utilizado o método das comparações constantes da teoria fundamentada de dados construtivista de acordo com Charmaz (2009), ordenado no Atlas TI. Porém, é importante destacar que o uso dessa proposta de análise não foi a de produzir teoria fundamentada, sendo desta forma utilizada apenas o método de análise. Charmaz (2009) considera um método profundamente interativo durante todo o processo de recolha de dados, bem como na análise destes. De acordo com a autora, “[...] os dados revelam as opiniões, os sentimentos, as intenções e as ações dos participantes, bem como os contextos e as estruturas de suas vidas” (CHARMAZ, 2009, p. 30).

Na análise dos dados foi utilizado o uso das fases de codificação inicial, focalizada, axial e teórica da teoria fundamentada nos dados. Para Charmaz (2009, p. 67):

[...] a primeira parte analítica da nossa jornada pela teoria fundamentada nos leva a codificação. A codificação na teoria fundamentada exige uma parada para que possamos questionar de modo analítico os dados que coletamos.

Além disso, a codificação nessa metodologia precisa ser entendida para além de

[...] um começo; ela define a estrutura analítica a partir da qual você constrói a análise. [...] A codificação é o elo fundamental entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Pela

codificação, você define o que ocorre nos dados e começa a debater-se com o que isso significa. (CHARMAZ, 2009, p. 70).

Para Charmaz (2009, p. 69) codificar significa categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que, simultaneamente, resume e representa cada parte dos dados. Os seus códigos revelam a forma como você seleciona, separa e classifica os dados para iniciar uma interpretação analítica sobre eles. Na proposta de Charmaz para a teoria fundamentada são indicadas quatro codificações: a inicial, a focalizada, a axial e a teórica.

4.5.1 Codificação Inicial

Esta consiste na primeira fase de análise dos dados provenientes da entrevista. Nesse momento, devemos fixar de forma rigorosa os dados e observar as ações em cada segmento deles, tentando codificá-los com palavras que reflitam ação. Esses códigos iniciais que surgem são provisórios e comparativos.

São provisórios porque você se procura manter aberto a outras possibilidades analíticas e elabora códigos que melhor se adaptam aos dados de que dispõe. Você segue progressivamente com aqueles códigos que indicam que se ajustam aos dados. Então você reúne dados para investigar e satisfazer esses códigos. (CHARMAZ, 2009, p. 75).

Nesse sentido, vale ressaltar que os códigos têm caráter provisório, visto que podem ser reformulados e aprimorados com o intuito de capturar ou condensar os significados e as ações. As principais estratégias práticas de codificação inicial são a “palavra por palavra”, “linha a linha” ou “incidente por incidente”. Ao longo desse processo, intensas expressões, manifestadas pelos informantes entrevistados, podem ser agregadas potencialmente à teoria de modo literal. Tais expressões são denominadas de códigos *in vivo*.

Diante do exposto, durante a primeira fase da análise de dados, iniciada em fevereiro de 2018, todo o material coletado ia sendo inserido no Atlas T.I, à medida que transcorriam as entrevistas focalizadas por vinhetas. Foi criada ainda uma unidade hermenêutica nesse programa, no qual as 13 entrevistas foram inseridas.

O delineamento da coleta de dados foi dedutivo, visto que partiu dos enunciados gerais e pressupostos que constituem a Teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson, estimulado pela literatura desde o princípio, pois foi ordenado para proporcionar a visualização dos cinco fatores de cuidado de Jean Watson. Contudo, nesta fase da análise, de codificação inicial, foi realizada a tentativa de não codificar inicialmente as unidades de significados a partir dos conceitos de Watson, pois em um desenho dedutivo as particularidades do contexto devem poder se mostrar ao pesquisador, pois mesmo

originando-se de princípios verdadeiros e indiscutíveis, como os fatores de cuidado, deve-se chegar a conclusão formalmente em função de sua lógica, não devendo este induzir os dados e a teoria aos seus pressupostos.

Nessa codificação inicial, também foi realizada a exploração e organização dos textos com a finalidade de organizá-los e torná-los mais administráveis. Sendo assim, os textos foram separados em códigos e em partes distintas, examinados e comparados em busca de similaridades e diferenças.

Na primeira leitura linha a linha realizada na codificação inicial foram gerados 125 códigos, conforme o quadro 2.

Quadro 2: Códigos gerados da codificação inicial.

N	CÓDIGO	QUANT.
1	Ações que promovem conforto e bem-estar ambiental e biopsicossocial do paciente	28
2	Ajudar paciente e família a enfrentar as modificações e adequações necessárias ao ambiente desse idoso	06
3	Ameniza conflitos	02
4	Apoio à família	04
5	Aproximação e cultivo do núcleo familiar	14
6	Assistência à família após a morte do paciente	02
7	Atua de forma comprometida no processo de cuidar, em sintonia com paciente e família	15
8	Autenticidade para consigo e com outro	05
9	Autocontrole e afinidade para trabalhar com paciente idoso em cuidados paliativos	01
10	Auxilia o paciente na busca de alternativas além da medicina	04
11	Auxilia, orienta ou executa os cuidados higiênicos, de alimentação, das necessidades fisiológicas, de ambulação	01
12	Avaliação de enfermagem	0
13	Busca ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades do paciente	06
14	Compreende a importância da família	02
15	Compreende a importância da fé e espiritualidade no cuidado paliativo para aceitação da morte	13
16	Compreensão dos medos, dor e sentimentos dos pacientes e familiares	06
17	Comunicação	01
18	Comunicação com família/paciente	22
19	Conhecimento/preparo dos enfermeiros e demais profissionais	05

N	CÓDIGO	QUANT.
20	Cuidado paliativo e sua finalidade	08
21	Demonstra conhecimento da estrutura holística-dinâmica para visualização das necessidades	04
22	Desconhece a SAE como método de trabalho	07
23	Desenvolve atitudes de empatia, amor, respeito e humanização para com o paciente/família	38
24	Desenvolve a sensibilidade para estar mais próximo possível das soluções propostas e implementadas para melhorar as condições de bem-estar do cliente	02
25	Dificuldade - reconhece a necessidade espiritual, mas a infraestrutura impede	02
26	Dificuldade - sobrecarga de trabalho	02
27	Dificuldade de estabelecer comunicação com paciente/família	05
28	Dificuldade de estabelecer vínculo com paciente	04
29	Dificuldade de interagir com outros profissionais	01
30	Dificuldade de lidar com o processo de morte do paciente	15
31	Dificuldade de lidar com a família	02
32	Dificuldade e limitações	19
33	Dificuldade no atendimento devido à falta de infraestrutura da instituição	36
24	Dificuldades - o saber sobre cuidados paliativos	01
35	Dificuldades - organização do serviço	35
36	Dificuldades - sobrecarga de trabalho	02
37	Dificuldades no processo de trabalho	11
38	Dificuldades - pouco conhecimento em relação ao atendimento do idoso (dificuldade/limitações)	07
39	Dificuldades - pouco conhecimento em relação ao cuidado paliativo e ao papel da família (dificuldades e limitações)	02
40	Estabelece vínculo com o paciente	30
41	Estimula a autoestima, autonomia e liberdade de escolha do paciente	15
42	Estimula o cultivo da fé e da valorização das crenças e participação do paciente/família em grupos religiosos/comunitários	31
43	Estimulo do engajamento o espírito de força e vontade, transcender, preparação espiritual e aceitação da morte	25
44	Evita fatores estressantes (calor, barulho, luminosidade)	03
45	Executa cuidados de enfermagem	01
46	Expressa suas limitações e dificuldades	13
47	Facilidades ao trabalhar com idoso em cuidado paliativo	01
48	Facilita o desenvolvimento das atividades diárias como forma de terapia	01
49	Fortalece a importância de mudanças e adequações de hábitos que sejam prejudiciais à doença e melhoram a qualidade de vida do paciente	03

N	CÓDIGO	QUANT.
50	Fortalecimento de atitudes de fé e esperança no paciente/família para aceitação do processo de mudança e morte	17
51	Gestão do cuidado paliativo	01
52	Humanização dos procedimentos e de suas ações e olhar holístico do paciente	30
53	Identifica a importância das necessidades do idoso	22
54	Implementa medidas de suporte e apoio juntamente com a equipe multiprofissional	01
55	Importância do ambiente domiciliar do paciente	01
56	Importância do enfermeiro na assistência paliativa a idosos	01
57	Importância do suporte emocional para família/paciente	02
58	Inclui familiar no processo de cuidar	03
59	Incorporação das necessidades humanas dos pacientes nos seus cuidados	16
60	Integra a família nas ações de cuidado ao idoso em cuidado paliativo	18
61	Integração da família junto à equipe para identificar as necessidades do paciente	05
62	Interação com família/paciente	01
63	Mesmo com as dificuldades trabalha o bem-estar do paciente	01
64	Morte/terminalidade	02
65	Mostra a hospitalização como forma positiva de cuidar para promover maior conforto ao paciente em palição	01
66	Não identifica as necessidades do paciente	02
67	Não incorpora as necessidades humanas do paciente no seu planejamento	01
68	Não se sente parte do contexto para modificação	01
69	Necessidade de equipe multiprofissional	01
70	Necessidade de mais conhecimento	03
71	Necessidade de trabalhar com equipe multiprofissional/equipe de cuidados paliativos	30
72	Necessidade de treinamento/educação continuada	22
73	Oferece ajuda e apoio ao próximo (idoso/paciente)	09
74	Oferta de qualidade de vida/busca suprir os desejos do paciente	11
75	Orienta/ensina família e pacientes quanto aos cuidados	5
76	Ouve, conversa e orienta com atenção e procura sanar as dúvidas e incertezas do paciente/família	21
77	Papel da família dos pacientes idosos em cuidados paliativos	01
78	Para melhoria da assistência de enfermagem a idosos em cuidados paliativos	03
79	Prioriza ações de maior complexidade	02
80	Prioriza boas ações e as experiências que deram certo	01
81	Prioriza o atendimento das necessidades afetadas	09
82	Procura amenizar os conflitos familiares	01

N	CÓDIGO	QUANT.
89	Procura implementar medidas de apoio e bem-estar do paciente, proporcionando crescimento, amadurecimento e qualidade de vida frente às situações	08
90	Promoção de atitudes de amor, cordialidade e aproximação com o outro	04
91	Proporciona um ambiente de conforto	05
92	Proporciona uma perspectiva holística do cuidado	03
93	Realiza ações diárias e rotineiras para promover conforto e bem-estar biopsicossocial (como atividades mentais, espirituais e culturais)	03
94	Reforça pensamentos e ações positivas	02
95	Reforço de pensamento e ações positivas	01
96	Reforço do aprimoramento do núcleo familiar da importância da oração junto ao paciente	02
97	Reforço dos valores de vida e do processo de morte como algo natural	02
98	Relação da equipe de enfermagem com paciente/família	02
99	Relação de confiança e honestidade com paciente/família	18
100	Relaciona-se de forma humanizada com paciente e família	04
101	Saber ouvir e assim desenvolver uma relação harmoniosa e cuidadosa com paciente /família	01
102	Saber ouvir e desenvolver uma relação harmoniosa e cuidadosa com paciente, seus familiares e equipe	12
103	Se põe no lugar do outro	02
104	Sensação de tristeza/aflição	03
105	Sentimento de angústia	01
106	Sentimento de carinho	03
107	Sentimento de compaixão	01
107	Sentimento de cordialidade/afeto	03
109	Sentimento de esperança	01
110	Sentimento de gratificação	01
111	Sentimento de impotência e frustração	28
112	Sentimento de medo	01
113	Sentimento de sofrimento devido ao envolvimento com paciente (impotência por não poder dar um conforto ou melhora ao paciente)	03
114	Sentimento do enfermeiro em relação à terminalidade	01
115	Sentimento de perda	01
116	Ser beneficente no cuidado paliativo para manter um ambiente adequado ao idosos em cuidado paliativo	01
117	Trabalha o desapego do afeto com paciente na terminalidade	02
118	Transmitir segurança para o paciente/família	02

N	CÓDIGO	QUANT.
119	Utiliza as suas próprias experiências de trabalho e conhecimentos adquiridos para a melhor forma de cuidar do paciente/família	05
120	Utilização de método de trabalho que proporcione uma perspectiva holística do cuidado	01
121	Utilização de método de trabalho SAE para traçar planejamento do cuidado baseado nas necessidades humanas do paciente	14
122	Valoriza e dá atenção às necessidades afetadas do idoso	10
123	Valoriza e dá atenção a todas as necessidades humanas do paciente de forma igual	08
124	Vê a morte como término do sofrimento	01
125	Viabiliza ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades, com o objetivo de ampliar a visão do cuidar	02

Fonte: Elaboração própria da autora.

4.5.2 Codificação Focalizada

A segunda fase do processo é a codificação focalizada. Nessa etapa, os códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais do que os originados na etapa inicial. Para o seu realizar, são utilizados os códigos iniciais mais significativos ou frequentes para analisar minuciosamente grandes quantidades de dados. Essa codificação exige tomada de decisão sobre quais dados permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os outros dados de modo pleno (CHARMAZ, 2009). De outra forma, nessa etapa se definem quais dados têm a potencialidade de se incorporar com outro, formando, assim, uma categoria.

Nessa fase da codificação inicial, não orientada pelos conceitos do marco teórico, estes códigos foram lidos e foi o momento no qual unidades de significados foram mudadas de código, assim como os códigos foram incorporados a outros códigos por não se tratar de aspecto distinto, mas de propriedades e dimensões, características comuns, similaridades e diferenças, eventos e acontecimentos, para então serem incorporados uns aos outros por similaridade. Para isso foi necessária a repetição da leitura e confrontação de um código com outro, realizadas repetidas vezes até efetivar a codificação atual de 40 códigos, conforme o quadro abaixo.

Quadro 3: Códigos gerados da codificação focalizada.

N	CÓDIGO	DEFINIÇÃO	QUANT.
1	Apoio à família através de reforço de pensamentos e ações positivas	Descreve a conduta adotada pelo enfermeiro ao dar apoio à família do	6

		paciente através de pensamentos e ações positivas.	
2	Compreende a importância da aproximação e cultivo do núcleo familiar	Este código demonstra a capacidade que o enfermeiro tem de buscar formas de aproximar o familiar do paciente e a capacidade que tem de compreender a importância da família junto ao paciente no processo de palição.	12
3	Compreensão da importância do suporte emocional, dos medos, dor e sentimentos dos pacientes e familiares	Este código refere-se à capacidade que o enfermeiro tem de oferecer um suporte emocional, de ser capaz de amenizar os medos, as dores e os sentimentos que permeiam os pacientes e familiares além de ser capaz de compreender a importância desse apoio.	9
4	Desenvolve a sensibilidade através de atitudes de empatia, amor, respeito e humanização para com o paciente/família	Este código refere-se à capacidade do enfermeiro desenvolver a sua sensibilidade em relação a si e ao outro, sendo capaz de desenvolver uma relação com a família e o paciente baseado no amor, na empatia e no respeito, levando em consideração a humanização da assistência.	47
5	Expressa suas limitações e dificuldades e, assim, busca autenticidade para consigo e com outro	Este código demonstra a capacidade do enfermeiro em expressar suas limitações e as dificuldades encontradas durante a assistência prestada. Sendo capaz de demonstrar de forma autêntica para si e para o paciente/família.	18
6	Procura implementar medidas de apoio e bem-estar do paciente, proporcionando crescimento, amadurecimento e qualidade de vida frente às situações	Demonstra a capacidade do enfermeiro de implementar medidas de apoio (por exemplo, apoiá-lo nas decisões dele), bem-estar (oferecer ambiente e condições de conforto ao paciente) e assim proporciona-lhe um crescimento, amadurecimento e	16

		qualidade de vida no enfrentamento do processo de palição.	
7	Reforço dos valores de vida e do processo de morte como algo natural	Demonstra a capacidade do enfermeiro em demonstrar aos pacientes que a morte é algo natural e um processo comum da vida.	02
8	Relaciona-se de forma humanizada e comprometida, estabelecendo vínculo com paciente/família	Demonstra a capacidade do enfermeiro em buscar criar vínculo com o paciente, através da escuta, da conversa, do toque, de forma humanizada e, desta forma, criar vínculo com paciente e com o familiar.	36
9	Atua de forma comprometida no processo de cuidar, em sintonia com paciente, integrando a família nas ações de cuidado ao idoso	Demonstra a capacidade do enfermeiro de trazer o paciente e a família para participar juntamente com ele no processo de cuidado.	30
10	Facilita o desenvolvimento das atividades diárias como forma de terapia	Este código procura demonstrar a importância de considerar as atividades diárias desenvolvidas pelo paciente como uma forma de terapia e facilitar para que elas sejam possíveis de ocorrer.	1
11	Ouve, conversa e orienta com atenção e procura sanar as dúvidas e incertezas do paciente/família, desenvolvendo uma ação harmoniosa e cuidadosa	Este código demonstra a capacidade que o enfermeiro tem de escutar, ouvir, orientar com toda atenção e responder as dúvidas e perguntas do paciente familiar	60
12	Relação de confiança e honestidade com paciente/família	Este código demonstra a capacidade do enfermeiro de manter uma relação que traga confiança, baseada na honestidade com o paciente/família.	20
13	Utiliza as suas próprias experiências de trabalho e conhecimentos adquiridos para a melhor forma de cuidar do paciente/família	Capacidade do enfermeiro trazer para a assistência dos pacientes idosos em cuidados paliativos toda sua experiência e	5

			conhecimento de trabalho.	
14	Demonstra conhecimento da estrutura holística-dinâmica para visualização das necessidades		Este código demonstra a capacidade que o enfermeiro tem de ser capaz de utilizar a estrutura holística do paciente para traçar as suas necessidades.	4
15	Identifica, valoriza e dá atenção a todas as necessidades humanas afetadas do paciente de forma igual		Este código demonstra a capacidade do enfermeiro em considerar a mesma importância das necessidades afetadas do paciente.	40
16	Incorpora e prioriza as necessidades humanas dos pacientes nos seus cuidados, buscando ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades do paciente, proporcionando uma visão holística do cuidado		Demonstra a capacidade do enfermeiro em buscar ações e traçar medidas criativas resolutivas com o intuito de colocar e priorizar as necessidades humanas afetadas do paciente.	34
17	Integração da família junto à equipe para identificar as necessidades do paciente		Capacidade que o enfermeiro tem de incluir o familiar do paciente junto à equipe de enfermagem para contribuir na identificação das necessidades humanas afetadas do paciente.	05
18	Utilização do método de trabalho SAE para traçar o planejamento do cuidado baseado nas necessidades humanas do paciente		Este código demonstra a capacidade do enfermeiro de utilizar a SAE como uma metodologia diária de trabalho com objetivo de traçar os planos de cuidado do paciente de	18

			acordo com as suas necessidades afetadas.	
19	Ações que promovam um ambiente de conforto e bem-estar ambiental e biopsicossocial do paciente, evitando fatores estressantes (calor, barulho, luminosidade)		Este código busca demonstrar ações que o enfermeiro é capaz de realizar com o objetivo de promover um ambiente confortável, seguro, limpo, com intuito de trazer conforto e bem-estar em todos os aspectos ao paciente/família.	33
20	Ajuda paciente e família a enfrentar as modificações e adequações necessárias ao ambiente desse idoso, fortalecendo a importância de mudanças e adequações de hábitos que melhoram a qualidade de vida do paciente		Capacidade que o enfermeiro tem de ajudar a família e o paciente a enfrentar, reconhecer e aceitar as mudanças e as adequações que são necessárias na condição em que o paciente se encontra, visando sempre a sua qualidade de vida.	09
21	Estimula a autoestima, autonomia e liberdade de escolha do paciente, ofertando qualidade de vida e buscando suprir os desejos do paciente		Este código demonstra a capacidade que o enfermeiro tem em estimular no paciente atitudes que o proporcione autoestima, autonomia e liberdade de escolha durante os cuidados de enfermagem.	25
22	Mostra a hospitalização como forma positiva de cuidar para promover maior conforto ao paciente em palição		Capacidade do enfermeiro em demonstrar para o paciente/família o processo de internação hospitalar como algo importante e positivo, sempre buscando medidas	01

			para promover o conforto dos pacientes.	
23	Proporciona uma perspectiva holística do cuidado através da humanização dos procedimentos e de suas ações com o paciente		Capacidade do enfermeiro em realizar procedimentos e executar suas ações baseado nos princípios da humanização, sempre considerando o paciente como um ser biopsicossocial.	33
24	Realiza ações diárias e rotineiras para promover conforto e bem-estar biopsicossocial (como atividades mentais, espirituais e culturais)		Capacidade do enfermeiro em incluir em suas atividades diárias e de rotinas ações que promovam conforto e bem-estar holístico para o paciente.	3
25	Auxilia o paciente na busca de alternativas além da medicina		Capacidade do enfermeiro de auxiliar o paciente a buscar outras alternativas de tratamento como meditação, oração, acupuntura.	4
26	Compreende a importância da fé, espiritualidade e estímulo do engajamento o espírito de força e vontade, transcender, preparação espiritual e aceitação da morte		Capacidade do enfermeiro de ver a fé e a espiritualidade como algo importante no processo de palição e estimular no paciente a importância do preparo espiritual.	36
27	Estimula o cultivo da fé e valorização das crenças e participação do paciente/família em grupos religiosos/comunitários		Capacidade do enfermeiro em estimular no paciente e nos familiares o cultivo e a participação no seu grupo religioso, buscando a ter sempre mais fé.	32
28	Fortalecimento de atitudes de fé e esperança no paciente e na		Capacidade do enfermeiro em fortalecer	18

	família para aceitação do processo de mudança e morte		nos pacientes/familiares que apresentam o processo religioso bem presente e assim fortalecer atitudes de fé e esperança com objetivo de uma melhor aceitação do processo de palição e posterior morte.	
29	Dificuldade - sobrecarga de trabalho		Este código demonstra a sobrecarga de serviço e atividades relatada pelos enfermeiros ao executarem suas atividades assistenciais.	06
30	Dificuldade no atendimento devido à falta de infraestrutura da instituição		Este código demonstra as dificuldades estruturais e a falta de infraestrutura adequada relatada pelos enfermeiros, que dificultam a proporção de um ambiente seguro, confortável e limpo.	39
31	Dificuldades - organização do serviço		Este código demonstra a falta organizacional relacionada às atividades e ações (como normas, falta de protocolo, de enfermaria específica) relatadas pelo enfermeiro e que afetam a prestação de uma assistência humanizada pautada nos princípios do cuidado paliativo.	36
32		Dificuldades no processo de trabalho		11
33		Necessidade de trabalhar com equipe	Este código representa a necessidade relatada pelo enfermeiro acerca da	33

		multiprofissional/equipe de cuidados paliativos	importância e necessidade em trabalhar integralmente com a equipe multiprofissional.	
34		Necessidade de treinamento/educação continuada	Este código representa a necessidade do enfermeiro e da equipe multiprofissional em ser treinado sobre cuidados com idosos em palição, assim como a necessidade de educação continuada, relatada pelos enfermeiros.	36
35		Sensação de tristeza/aflição	Este código demonstra o sentimento relatado pelo enfermeiro ao assistir um idoso em cuidado paliativo que gera no profissional sensação de tristeza, decepção, infelicidade em resposta ao sofrimento, desgosto, tristeza ocasionada por alguma dificuldade.	06
36		Sentimento de carinho	Este código demonstra o sentimento relatado pelo enfermeiro ao assistir um idoso em cuidado paliativo que gera no profissional sentimento de carinho, de afago, demonstração de zelo e cuidado, ternura.	02
37		Sentimento de compaixão	Este código demonstra o sentimento relatado pelo enfermeiro ao assistir um idoso em cuidado paliativo que gera no profissional sentimento	01

			de compaixão, ou seja, sentimento de piedade com o sofrimento alheio, sentimento de pena, dó.	
--	--	--	---	--

N	CÓDIGO	DEFINIÇÃO	QUANT.
38	Sentimento de cordialidade/afeto	Este código demonstra o sentimento relatado pelo enfermeiro ao assistir um idoso em cuidado paliativo que gera no profissional sentimento de cordialidade, ou seja, de ser afetuoso, amável, carinhoso.	03
39	Sentimento de gratificação	Este código demonstra o sentimento relatado pelo enfermeiro ao assistir um idoso em cuidado paliativo que gera no profissional a demonstração de reconhecimento.	01
40	Sentimento de impotência e frustração	Este código demonstra o sentimento relatado pelo enfermeiro ao assistir um idoso em cuidado paliativo que gera no profissional o sentimento de frustração, ou seja, de insatisfação, desgosto, de decepção, de fracasso.	28

Fonte: Elaboração própria da autora.

4.5.3 Codificação Axial

Nesse tipo de codificação, as categorias são relacionadas com as subcategorias, ou seja, serão especificadas as propriedades e dimensões de categoria e o reagrupamento dos dados que foram separados na análise inicial para dar coerência a análise emergente (CHARMAZ, 2009). “A codificação axial é uma estratégia de Strauss e Corbin para recompor os dados em um todo coerente” (CHARMAZ, 2009). A codificação axial gera uma forte estrutura de relação em volta de uma categoria, isto é, segue o desenvolvimento de uma categoria principal, em que o objetivo dessa codificação é classificar, sintetizar e organizar grandes montantes de dados e reagrupá-los de novas formas após a codificação aberta (CHARMAZ, 2009).

Como a codificação axial tem o objetivo de associar as categorias às subcategorias e questionar o modo como elas são relacionadas, para Charmaz (2009), ao associá-las, é necessário demonstrar as conexões existentes que há entre elas. Portanto, o que se pretende nessa fase de codificação é compreender o leque de potenciais significados

contidos nas palavras dos entrevistados para desenvolvê-los, uma vez que o fato de conceituar e organizá-los nas categorias não explica o que está acontecendo em um sentido completo, capaz de gerar uma compreensão por parte do pesquisador.

Então, após ter sido realizada a primeira fase da codificação e uma revisão inicial baseada nas propriedades e dimensões, os códigos criados foram chocados com os conceitos do marco teórico e agrupados em cinco categorias: fator de cuidado: o cultivo da sensibilidade para si e para outras pessoas; desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança (o desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança); focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela. (Assistência com a gratificação das necessidades humanas; A promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sociocultural e espiritual; a provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual); Fé e Esperança e dos princípios do cuidado paliativo. Além disso, nessa fase de codificação axial, mais duas categorias livres emergiram da análise dos dados. O agrupamento dos códigos em categorias foi realizado considerando os indicadores qualitativos do roteiro de entrevista, para identificar as ações relacionadas à assistência de enfermagem que pudessem se relacionar aos fatores de cuidado, conforme o demonstrado nos quadros abaixo.

Quadro 4: Codificação Axial – categorias dedutivas e subcategorias.

(Continua)

CATEGORIA (DEDUTIVO)	DESCRIÇÃO	CÓDIGOS RELACIONADOS	QUANT.
<p>FATOR DE CUIDADO 1 O cultivo da sensibilidade para si e para as outras pessoas.</p>	<p>Através do desenvolvimento dos próprios sentimentos é que alguém pode interagir com outro de modo sensível. Assim, quando a enfermeira começa a desenvolver sua própria sensibilidade, torna-se autêntica e isso encoraja o autocrescimento e a autorrealização, melhorando, a partir daí, a interação com seu cliente.</p>	<p>Apoio à família através de reforço de pensamentos e ações positivas</p>	<p>06</p>

		Compreende a importância da aproximação e cultivo do núcleo familiar	12
		Compreensão da importância do suporte emocional, dos medos, dor e sentimentos dos pacientes e familiares	09
		Desenvolve a sensibilidade através de atitudes de empatia, amor, respeito e humanização para com o paciente/família	47
		Expressa suas limitações e dificuldades e assim busca autenticidade para consigo e com o outro	18
		Procura implementar medidas de apoio e bem-estar do paciente, proporcionando crescimento, amadurecimento e qualidade de vida frente às situações	16
		Reforço dos valores de vida e do processo de morte como algo natural	02
		Relaciona-se de forma humanizada e comprometida, estabelecendo vínculo com o paciente/família	36
FATOR DE CUIDADO	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QUANT
2			
Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança.	O estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança é um modo de originar um vínculo entre os participantes do processo de cuidado. A relação necessita acontecer pela presença de empatia, compatibilidade e calor para que se gere ajuda e confiança entre quem cuida e quem é cuidado. Deve haver uma união constante entre a	Atua de forma comprometida no processo de cuidar, em sintonia com o paciente e integrando a família nas ações de cuidado ao idoso	30

	família, o cliente e a enfermagem, de forma que haja comprometimento ético e moral em todo processo de cuidar e ser cuidado.		
		Facilita o desenvolvimento das atividades diárias como forma de terapia	01
		Ouve, conversa e orienta com atenção e procura sanar as dúvidas e incertezas do paciente/família, desenvolvendo uma ação harmoniosa e cuidadosa	60
		Relação de confiança e honestidade com paciente/família	20
		Utiliza as suas próprias experiências de trabalho e conhecimentos adquiridos para a melhor forma de cuidar do paciente/família	05
FATOR DE CUIDADO 3	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QUANT.
Focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela.	Assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas que procura atender aquelas necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais, intra e interpessoal do ser. Todas essas necessidades possuem sua importância e precisam ser analisadas para que o indivíduo se sinta satisfeito e alcance o seu desenvolvimento e a sua saúde. A participação do ser cuidado (paciente/família) está, principalmente, na ajuda	Demonstra conhecimento da estrutura holística-dinâmica para visualização das necessidades	04

	da identificação de suas necessidades e, conseqüentemente, no fornecimento de subsídios para as prioridades no cuidado.		
		Identifica, valoriza e dá atenção a todas as necessidades humanas afetadas do paciente de forma igual	40
		Incorpora e prioriza as necessidades humanas dos pacientes nos seus cuidados, buscando ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades do paciente, proporcionando uma visão holística do cuidado	34
		Integração da família junto à equipe para identificar as necessidades do paciente	05
		Utilização do método de trabalho SAE para traçar o planejamento do cuidado baseado nas necessidades humanas do paciente	18
	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QUANT.
FATOR DE CUIDADO 4 A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual.	Desenvolver meios e formas de atender às necessidades afetadas no ambiente do cliente, buscando a melhoria nas condições de saúde do indivíduo humanizando os procedimentos e ações, confortando, protegendo, apoiando, criando e cultivando o núcleo do cliente/família como um ser total, aberto a mudanças no meio em que vive, estando ou	Ações que promovam um ambiente de conforto e bem-estar ambiental e biopsicossocial do paciente, evitando fatores estressantes (calor, barulho, luminosidade)	33

	<p>tomando-os aptos a adaptar-se a elas, motivando e aceitando as alterações necessárias conforme o cognitivo de cada ser, incrementando e implementando medidas de suporte e apoio conforme as variáveis internas e externas que existem e possuem, na sua grande maioria, uma interdependência, buscando assim ajudar o cliente/família a enfrentar as modificações ou adequações necessárias a este ambiente.</p>		
		Ajuda o paciente e a família a enfrentar as motivações e adequações necessárias ao ambiente desse idoso, fortalecendo a importância de mudanças e adequações de hábitos que melhoram a qualidade de vida do paciente	09
		Estimula a autoestima, autonomia e liberdade de escolha do paciente, ofertando qualidade de vida e buscando suprir os desejos do paciente	25
		Mostra a hospitalização como forma positiva de cuidar para promover maior conforto ao paciente em palição	01
		Proporciona uma perspectiva holística do cuidado através da humanização dos procedimentos e de suas ações com o paciente	33

		Realiza ações diárias e rotineiras para promover conforto e bem-estar biopsicossocial (como atividades mentais, espirituais e culturais)	03
FATOR DE CUIDADO	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QUANT.
5 Fé e esperança	Procurar conversar com o paciente e seus familiares, procurando conhecer suas crenças para que facilite o nosso objetivo de promover fé-esperança em relação à saúde e à vida. Procurar valorizar e despertar sentimentos que os possibilite, de alguma forma, sair daquela situação em que se encontram e a desenvolverem suas forças e capacidades interiores.	Auxilia o paciente na busca de alternativas além da medicina	04
		Compreende a importância da fé, espiritualidade e estímulo do engajamento o espírito de força e vontade, transcender, preparação espiritual e aceitação da morte	36
		Estimula o cultivo da fé e a valorização das crenças e participação do paciente e da família em grupos religiosos/comunitários	32
		Fortalecimento de atitudes de fé e esperança para o paciente/família para aceitação do processo de mudança e morte	18

Quadro 5: Codificação Axial – categorias indutivas e subcategorias relacionadas.

CATEGORIA (INDUTIVO)	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QUANT.
Dificuldades expressas pelos enfermeiros	Demonstração dos fatores que dificultam a assistência de enfermagem no dia a dia de trabalho dos profissionais enfermeiros.	Dificuldade - sobrecarga de trabalho	06
		Dificuldade no atendimento devido à falta de infraestrutura da instituição	39
		Dificuldades - organização do serviço	36
		Dificuldades no processo de trabalho	11
		Necessidade de trabalhar com equipe multiprofissional/equipe de cuidados paliativos	33
		Necessidade de treinamento/educação continuada	36
Sentimentos expressos pelos enfermeiros	Sentimento expresso pelo profissional de enfermagem ao lidar com pacientes idosos em cuidados paliativos.	Sensação de tristeza/aflição	06
		Sentimento de carinho	02
		Sentimento de compaixão	01
		Sentimento de cordialidade/afeto	03
		Sentimento de gratificação	01
		Sentimento de impotência e frustração	28

Fonte: Elaboração própria da autora.

Na codificação axial, surgiram duas classes de categorias, classificadas como dedutivas e indutivas, devido a forma como elas foram surgindo. As categorias dedutivas, que foram originados após os códigos terem sido chocado com o marco teórico, princípios

já reconhecidos, já que esses dados surgiram dos cinco fatores de cuidado proposto por Jean Watson, que em função de sua lógica permitiu-se chegar a conclusões de maneira formal. Além disso, nessa fase de codificação axial, mais duas categorias livres emergiram da análise dos dados, as categorias indutivas, que surgiram a partir das falas das experiências vivenciadas pelos entrevistados, que se deu a partir da observação dos fenômenos oriundo das falas, a relação entre elas e a generalização dessa relação. Nesse caso não houve a influência de princípios teóricos já reconhecidos anteriormente.

4.5.4 Codificação Teórica

Por fim, a quarta etapa refere-se à codificação teórica. Trata-se de um nível sofisticado de codificação que segue os códigos selecionados na codificação focalizada, na qual esses códigos são integrativos e especificam as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas na codificação focalizada (GLASER, 1978 apud CHARMAZ, 2009).

Nesse caso, uma aproximação quantitativa dos dados contribuiu para a identificação dos códigos predominantes e mais expressivos. Observou-se, com isso, que a codificação gerou 759 unidades de significados, dentre estes as unidades com número de significados maiores que 20, descritas no quadro abaixo.

Quadro 6: Códigos com maior número de unidades de significados.

CÓDIGO	UNIDADES DE SIGNIFICADOS (QUANTIDADES)
Desenvolve a sensibilidade através de atitudes de empatia, amor, respeito e humanização para com o paciente/família	47
Relaciona-se de forma humanizada e comprometida, estabelecendo vínculo com paciente/família	36
Ouve, conversa e orienta com atenção e procura sanar as dúvidas e incertezas do paciente/família, desenvolvendo uma ação harmoniosa e cuidadosa	60
Atua de forma comprometida no processo de cuidar, em sintonia com paciente e integrando a família nas ações de cuidado ao idoso	30
Relação de confiança e honestidade com paciente/família	20
Identifica, valoriza e dá atenção a todas as necessidades humanas afetadas do paciente de forma igual	40
Incorpora e prioriza as necessidades humanas dos pacientes nos seus cuidados, buscando ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades do paciente, proporcionando uma visão holística do cuidado	34

CÓDIGO	UNIDADES DE SIGNIFICADOS (QUANTIDADES)
Ações que promovam um ambiente de conforto e bem-estar ambiental e biopsicossocial do paciente, evitando fatores estressantes (calor, barulho, luminosidade)	33
Proporciona uma perspectiva holística do cuidado através da humanização dos procedimentos e de suas ações com o paciente	33
Estimula a autoestima, autonomia e liberdade de escolha do paciente, ofertando qualidade de vida e buscando suprir os seus desejos	25
Compreende a importância da fé, espiritualidade e estímulo do engajamento o espírito de força e vontade, transcender, preparação espiritual e aceitação da morte	36
Estimula o cultivo da fé e valorização das crenças e participação do paciente/família em grupos religiosos/comunitários	32
Dificuldade no atendimento devido à falta de infraestrutura da instituição	39
Necessidade de treinamento/educação continuada	36
Dificuldades - organização do serviço	36
Necessidade de trabalhar com equipe multiprofissional/equipe de cuidados paliativos	33
Sentimento de impotência e frustração	28

Fonte: Elaboração própria da autora.

A elevada frequência com que certas categorias apareceram levou a uma sugestão de núcleos temáticos. A partir deles foi possível avançar na ideia de algumas relações, temas emergentes que pudessem ser retomados aos dados já coletados.

Nesse processo de integração e refinamento das categorias, próprio à fase de codificação teórica, as sete categorias descritas na codificação axial foram articuladas em metacategorias para expor a percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem a idosos em cuidados paliativos e seu reflexo no cuidado de enfermagem.

No decorrer da análise, notou-se que a organização dos dados em categorias isoladas não permitia o entendimento dos significados dos conceitos e das categorias no contexto investigado, motivo pelo qual houve a necessidade do seu agrupamento em metacategorias. Este procedimento, ademais, surgiu quando se percebeu a estreita conexão entre a percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem prestada em cuidados paliativos e a sua visão da realidade do dia a dia de trabalho com as demais

categorias de conhecimento base de Watson (1999), permitindo explicar o contexto investigado.

Em face do exposto, os resultados serão apresentados seguindo tal articulação entre as categorias para demonstrar a percepção do enfermeiro sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos e seu reflexo no contexto real do dia a dia profissional. Nesse sentido, surgiram quatro temas emergentes:

- 1- A relação entre o cultivo da sensibilidade pelos enfermeiros e a formação de uma relação com atitudes de ajuda e confiança aos pacientes idosos em cuidados paliativos.
- 2- Os obstáculos para o estabelecimento da assistência de enfermagem em cuidados paliativos e o provimento de um ambiente espiritual e biopsicossocial favorável aos pacientes idosos em palição.
- 3- O sentimento do enfermeiro ao vivenciar o processo de terminalidade e o apoio a espiritualidade dos idosos em cuidados paliativos
- 4- A relação da assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas e o uso da SAE como instrumento de sistematização da assistência de enfermagem a pacientes idosos em cuidados paliativos.

Delineados a seção dos resultados, cada uma dessas metacategorias articulam as seguintes categorias:

Quadro 7: Articulação entre metacategoria e os códigos.

CATEGORIA	METACATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve a sensibilidade através de atitudes de empatia, amor, respeito e humanização para com o paciente/família - Relaciona -se de forma humanizada e comprometida - O cultivo da sensibilidade para si e para as outras pessoas - Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança - Ouve, conversa e orienta com atenção e procura sanar as dúvidas e incertezas do paciente/família, desenvolvendo uma ação harmoniosa e cuidadosa 	<p>1- A relação entre o cultivo da sensibilidade pelos enfermeiros e a formação de uma relação com atitudes de ajuda e confiança aos pacientes idoso em cuidados paliativos</p>

<p>- Atua de forma comprometida no processo de cuidar, em sintonia com paciente integrando a família nas ações de cuidado ao idoso</p>	
<p>- Dificuldade no atendimento devido falta de infraestrutura da instituição</p> <p>- Dificuldades - organização do serviço</p> <p>- Necessidade de trabalhar com equipe multiprofissional/equipe de cuidados paliativos</p> <p>- Necessidade de treinamento/educação continuada</p> <p>- Ações que promovam um ambiente de conforto e bem-estar ambiental e biopsicossocial do paciente, evitando fatores estressantes (calor, barulho, luminosidade)</p> <p>- Estimula a autoestima, autonomia e liberdade de escolha do paciente, ofertando qualidade de vida e buscando suprir os desejos do paciente</p> <p>- Proporciona uma perspectiva holística do cuidado através da humanização dos procedimentos e de suas ações com o paciente</p>	<p>2- O provimento de um ambiente espiritual e biopsicossocial favorável aos pacientes idosos em palição e os obstáculos para o estabelecimento da assistência de enfermagem em cuidados paliativos.</p>
<p>- Sentimento de impotência e frustração</p> <p>- Relaciona-se de forma humanizada e comprometida estabelecendo vínculo com paciente/família</p> <p>- Expressa suas limitações e dificuldades e assim buscando autenticidade para com si e com outro</p> <p>- Compreende a importância da fé, espiritualidade e estímulo do engajamento o espírito de força e vontade, transcender, preparação espiritual e aceitação da morte</p> <p>- Estimula o cultivo da fé e valorização das crenças e participação do paciente/família em grupos religiosos/comunitário</p>	<p>3- O sentimento do enfermeiro ao vivenciar o processo de terminalidade e o apoio a espiritualidade dos idosos em cuidados paliativos</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Identifica, valoriza e dá atenção as todas as necessidades humanas afetadas do paciente de forma igual - Incorpora e prioriza as necessidades humanas dos pacientes nos seus cuidados, buscando ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades do paciente proporcionando uma visão holística do cuidado - Utilização de método de trabalho- SAE para traçar planejamento do cuidado baseado nas necessidades humanas do paciente 	<p>4- A relação da assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas e o uso da SAE como instrumento da assistência de enfermagem a pacientes idosos em cuidados paliativos</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria da autora.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Atendendo ao disposto na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi então encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Barros Barreto, tendo sido aprovado por parecer no processo protocolado sob o nº 2.260.535 (Anexo A).

5 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 13 enfermeiros com faixa etária variando entre 31 e 60 anos; em sua maioria do sexo feminino; com tempo de formação variando de 10 a 30 anos de tempo; todos possuem pós-graduação, sendo duas com doutorado e três com mestrado e apenas três participantes especialista em oncologia. A maioria (9) dos entrevistados referiu não ter tido aula sobre cuidados paliativos durante a graduação e pós-graduação; a metade nunca realizou nenhum curso, treinamento ou capacitação sobre cuidados paliativos ofertados pela instituição onde trabalha, porém, a maioria refere conhecer sobre os princípios e filosofia da assistência paliativa.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados deste estudo, no qual se trabalhou a percepção em relação à assistência de enfermagem prestada por enfermeiros a idosos em cuidados paliativos e seus familiares sob a luz da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. Para Watson (1999), nessa teoria o cuidado humano tem suas bases fundamentais a partir de filosofias humanísticas e de conhecimento científico, em que o ser humano é um ser holístico e interativo. Nesse sentido, o grande desafio da enfermagem hoje enquanto ciência do cuidar é romper com a ideia de uma profissão tecnicista e preocupada com procedimentos, operacionalismos e racionalismo severo e prestar um cuidado pautado em valores humanos e atento ao bem-estar do paciente.

Diante disso, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa:

6.1 A RELAÇÃO ENTRE O CULTIVO DA SENSIBILIDADE PELOS ENFERMEIROS E SEUS SENTIMENTOS E A FORMAÇÃO DE UMA RELAÇÃO COM ATITUDES DE AJUDA E CONFIANÇA AOS PACIENTES IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Esta metacategoria demonstra a relação entre o cultivo da sensibilidade pelo enfermeiro para si mesmo e para com o outro, de forma a interagir com o paciente de modo sensível e, assim, passar a desenvolver o relacionamento de ajuda-confiança na relação enfermeiro-paciente. Ou seja, o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança é um modo de originar um vínculo entre os participantes do processo de cuidado.

Na área de saúde, nos deparamos diariamente com situações de cuidado. Em todo e qualquer nível de atenção estamos situados entre pessoas que necessitam de assistência. A enfermagem é uma ciência que tem como essência o cuidado ao ser humano, seja no processo de saúde ou doença, através de um cuidado diferenciado: terno, digno e caloroso, inerente à profissão. Para Watson (apud TALENTO, 1993) a enfermagem é uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde/doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas e éticas do cuidado humano.

Nesse contexto, o enfermeiro, como o profissional cuidador, é um ser que existe e interage quando se aproxima do outro (paciente) a ser cuidado, e dessa forma passa a estabelecer uma inter-relação e a troca mútua do *self* (de si mesmo) de forma humanizada e sensibilizada.

Para Watson (1999), a partir do momento em que o enfermeiro é capaz de reconhecer sua sensibilidade e seus sentimentos, este se torna um profissional mais genuíno, autêntico e sensível aos outros, processo iniciado quando há o reconhecimento dos sentimentos de si próprio e da aceitação, seja positiva ou negativa. Assim, a partir dos relatos apresentados pelos enfermeiros sobre seus sentimentos ao prestar assistência a idosos em cuidados paliativos, podemos perceber como eles *cultivam a sensibilidade para si e para outras pessoas*, bem como que sentimentos essa relação lhe traz:

E1- Bom, em relação a sentimento, o que me vêm assim na cabeça é um sentimento às vezes de impotência, porque seja pela minha falta de conhecimento ou seja pela falta de condições de assistência em muitos momentos, a gente tem essa impotência mesmo, essa inadequação “pra” lidar com essa população. Eu pelo menos me sinto assim.

E2- É a sensação de impotência. Você faz de tudo para dar conforto e continua a ver a pessoa sofrendo. [...]. Então assim, por mais que a gente tente trabalhar de não se envolver até o ponto de sofrer, mas a gente sente, eu sinto às vezes aquela sensação de impotência, de me sentir angustiada, eu vejo paciente sofrendo. Às vezes eu chego aqui e peço para o médico fazer a morfina e eu sei que aquilo não vai resolver, mas vai aliviar e é uma coisa assim, a gente sente dentro da gente. Sentimento de tristeza, sentimento de impotência. É isso.

E6- Muitas das vezes é esse sentimento de impotência, eu tenho muita dificuldade em lidar com as perdas. E do idoso ele é muito mais vulnerável, ele tem muitas limitações e um paciente de cuidado paliativo ainda com umas limitações infinitamente maiores e aí gera um sentimento de impotência, de não poder atender a expectativa desse paciente ou de melhora, ou de cura porque não existe, pelo fato de ser paliativo. Mas no sentido de não poder atender às expectativas dele em outras demandas, às vezes até uma questão de alimentação, de um desejo, de uma ansiedade desse paciente e a gente tem limitação e não consegue, e gera esse sentimento de impotência. Às vezes um cansaço, um desgaste mesmo emocional.

E7- É... eu me sinto... às vezes impotente, né?! Porque a gente não tem... assim... aquela cultura de cuidar da pessoa que “tá” morrendo. A gente é preparado “pra” cuidar das pessoas que estão vivendo; a gente quer que as pessoas vivam, né?! A gente não é preparada “pra” isso na nossa academia. Quando a gente se depara com essa situação de paciente que “tá” morrendo, às vezes a gente quer fazer um pouco mais e não consegue.

E9- Acho que quando gente consegue trazer o conforto para ele dentro dos nossos cuidados, a gente se sente. Como é que eu posso dizer? Não sei a palavra que eu posso usar aqui... gratificada, digamos assim, mas diante de algumas situações que a gente quer prestar cuidado e não pode a gente se sente frustrada.

O sentimento de frustração e tristeza apresentado pelos enfermeiros ao prestarem assistência aos idosos em cuidado paliativo é uma realidade vivenciada no dia a dia de trabalho. Apesar de serem sentimentos negativos, eles são capazes de demonstrá-los. O importante, segundo Watson (1999), é saber lidar com suas dificuldades, a ponto de explorá-las, e a partir daí sensibilizar-se para com os outros. Para a enfermagem, a prática

da sensibilidade tem a capacidade de fazer com que o outro se sinta compreendido e aceito. Sem esse fator, o cuidado de enfermagem seria ineficaz.

O cultivo da sensibilidade do “eu” e aos outros, vem nos mostrar a necessidade de explorar a existência de emoção que há nas relações de cuidado entre o eu enfermeiro e o paciente/família. Sendo o cultivo à sensibilidade um fator integrante do cuidado de Jean Watson (1999), isso contribui para a construção de uma relação humanizada, afetiva e amorosa entre o enfermeiro e o paciente/família nos cuidados paliativos.

Sendo assim, mesmo com os sentimentos de frustração e impotência demonstrados pelos enfermeiros, cada um deles, do seu jeito, lidava com os seus sentimentos e com suas limitações, procurando se aceitar e também transformar a forma relativa a como expressar essas percepções. A expressão dessa sensibilidade foi imprescindível para eles transformarem o ambiente e criarem condições para ter uma relação de empatia, respeito e amor, estabelecendo, dessa forma, uma relação de ajuda e apoio aos pacientes idosos em cuidados paliativos e a seus familiares.

Assim, o processo de desenvolvimento da sensibilidade no dia a dia pelos enfermeiros se deu através de *atitudes de empatia, amor, respeito e humanização para com o paciente e seus familiares*.

E2- Olha, é assim: só pelo fato de já ser uma pessoa idosa a gente tem aquele sentimento, assim, de muito carinho, como se diz, assim, de se colocar no lugar dele e aí vem aquela lembrança de nossos avós, nossos pais, né? A enfermagem, eu já falei antes, ela tem que procurar utilizar de todos os instrumentos para amenizar o sofrimento. Atuar como profissionais, mas dar amor, dar carinho, atenção, melhor compreensão, melhor diálogo. Porque se tiver pelo menos isso, compreensão, diálogo e carinho já diminui bastante o sofrimento.

E5- A partir do momento que a gente se aproxima, ele interfere porque a gente fica mais sensibilizado com aquele cuidado, a gente fica mais próximo, mais preocupado. Bem, eu acho que a gente precisa saber como é o nome dele, como ele está naquele momento. A gente precisa saber como é a relação dele com a família, se ele quer alguma coisa, se ele deseja alguma coisa, se ele quer ver algum familiar. Se ele sente algum tipo de fragilidade emocional, espiritual. É isso, eu acho que é a escuta. Eu acho que é mostrar que ele é importante, tanto para a família como para aquela equipe, né? Eu acredito que conversando, ouvindo as angústias, talvez os desabafos, fazer o acolhimento dessa forma, entendeu? Naquele momento ele não quer muita coisa, ele só quer ser escutado, ser ouvido, ele quer sentir que ele está vivo ainda. Ele precisa dessa escuta, de um olhar, de um pegar, de um carinho maior.

E7- É... empatia mesmo... é... eu, no meu caso, eu desenvolvo aquela empatia de se colocar no lugar desse familiar que “tá” sofrendo... então é ter um pouco mais de paciência quando de repente ele é agressivo, de repente é muito exigente... porque são várias situações, ele “tá” perdendo alguém... não é fácil perder alguém... então quando a gente se coloca no lugar do acompanhante, né? Do familiar, a gente consegue conduzir melhor essa situação de... de... aqueles sentimentos dúbios que eles têm, né? Uma mistura de raiva, negação, tudo mais, né?! Então é o sentimento de empatia, se não tiver esse sentimento,

aí... é isolamento... a gente acaba sendo frio, vai lá faz o que tem que fazer e não se envolve... se se envolver tem que ser empático “pra” poder contribuir com alguma. Então a primeira atitude é ser empático, se colocar no lugar deles. Quando eu consigo ser empática eu consigo parar, eu consigo ouvir, eu consigo digerir algumas situações negativas que advém dessa relação aí. Então assim... eu acho que a primeira atitude é ser empático... não fazer as coisas mecanicamente, friamente.

E8- Eu, a partir do momento que estou cuidando, eu começo a visualizar o que está mais próximo de mim, meus pais, eu mesma, entendeu? Porque são cuidados que todo mundo vai precisar um dia, todo o idoso vai precisar um dia. Eu quando ficar idosa, meus pais já idosos.

E11- Eu trato o paciente como ele tem que ser tratado, eu olho o paciente como... eu vejo o paciente como se fosse da minha família, não vejo ele como uma pessoa estranha, para todo o paciente eu procuro dar uma atenção do que eu puder, entendeu? Como se fosse até um membro da minha família. Portanto eu tenho habito de passar a mão na cabeça, tenho habito de abraçar, de pegar na mão, fazer um carinho... tenho esse habito de fazer, e muitas vezes o paciente diz assim: - a senhora é tão meiga... vários pacientes já me disseram isso... que eu tenho esse jeito, né?!

E12- Seria de empatia, assim, tentar trazer para ele um conforto apesar de internamente eu “tá” me sentindo mal, impotente, mas sempre “tá” passando algo positivo e tentar minimizar da melhor maneira possível aquela dor, aquele desconforto respiratório.

Sendo assim, sempre haverá possibilidade de desenvolver o cuidado de enfermagem aos idosos em cuidados paliativos, estando sempre presente e desenvolvendo o processo de ajuda por meio da empatia, apesar do sentimento de frustração e impotência apresentado pelos enfermeiros. Se pôr no lugar do outro e tentar compreender as necessidades do paciente e seus familiares é uma forma de cultivar a sensibilidade, pois é uma maneira de compreender nossos sentimentos assim como dos outros seres com os quais nos relacionamos, diz Watson (1999). A enfermagem pode se fazer presente para poder cultivar a sensibilidade do outro e aí interagir, tornar-se autêntica e verdadeira com seus sentimentos e atitudes encorajando o próprio crescimento, o crescimento da equipe e, conseqüentemente, do ser cuidado. É o sentir e o ser sentido sem medo de apresentar o seu lado humano e deixar que a troca de sentimentos flua naturalmente, segundo Talento (1993).

O processo de confiança que se estabelece na relação paciente e enfermeiro direciona a enfermagem à busca de um cuidado cada vez mais humanizado, que busca aprimorar seus cuidados e conhecimentos para o bem do outro. Para Santos (2009), a enfermagem não só auxilia no provimento de qualidade do cuidado que os clientes recebem, mas também pode oferecer o cuidado que satisfaz a alma. A sensibilidade está em um olhar, um gesto, um toque, uma palavra amiga. Essas são sempre maneiras de desenvolver o transpessoal.

Dessa forma, *ao relaciona-se de forma humanizada e comprometida* o enfermeiro passa a *estabelecer vínculo com paciente/família*, sendo essa uma forma de cultivar a sensibilidade no dia a dia de trabalho:

E4- Na verdade o que me faz desenvolver emoção é se ele já tem mais tempo de casa, mais tempo no hospital, se a gente conseguiu fazer um elo maior. Não é o fato dele ser paliativo ou não, para todos eu tento dar a mesma assistência. Agora quanto tem um que tem uma permanência maior, a gente já brinca, já sente a tua falta, esse te toca um pouco mais. Independente dele ser paliativo ou não. Tem paciente que quando você chega para fazer a visita começa a perguntar, ele é seco e te responde “sim, não”, acabou, fechou o olho, vira de lado, então ele não quer papo. Tem outro paciente, não, tu percebes que ele quer conversar um pouco mais e daí dá para você conversar um pouco mais, buscar mais dele, brincando. Ele vai aceitando. Então você vai começando a fazer troca, isso faz com que a gente comece a se inteirar, interagir melhor.

E5- Envolver mais a equipe de enfermagem e de saúde nessa questão não só do cuidado técnico que é instalar Oxigênio, fazer uma injetável. Aqueles cuidados de rotina que a gente faz no hospital, mas aquela atenção maior que é o pegar, a interação, o conversar. É ficar próximo mesmo que eu não vá fazer “muita coisa”, mas ele vai se sentir que ele está sendo importante naquele momento. E ouvir, ouvir as aflições e o que ele tem para falar, eu acho que é isso. Ele precisa dessa escuta, de um olhar, de um pegar, de um carinho maior.

E6- Eu acho que o envolvimento do paciente no cuidado, o envolvimento da família, a questão do toque a esse paciente de não se distanciar desse paciente, a questão do autocuidado, incentivar esse paciente ao autocuidado, às necessidades que são fisiológicas e básicas. Eu vejo a alimentação, por exemplo, ali a importância da família dentro desse cuidado, porque ele sabe que o cuidado paliativo ele é feito no ambiente hospitalar, mas há uma tendência da gente “desospitalizar” esse paciente. Tem vários estudos que mostram que esse paciente dentro do convívio familiar ele tem um resgate dessas necessidades, então eu acho que é nesse sentido. E a importância de o profissional ser esse elo entre paciente-família, paciente-equipe. O próprio enfermeiro faz muito bem esse elo, consegue manter. Então assim, é personificando, é entender que ele, o paciente, ele é o Seu João diferente da Dona Maria, que ele tem necessidades que são dele muito particulares e aquela família tem necessidades que são muito dela e que essa relação desse paciente com a família, dessa família com a equipe e do paciente com a equipe de saúde, são relações que são diferentes. Então eu tento me aproximar como? Entendendo essa individualidade, entendeu? Entendendo quais são as necessidades de cada um e tentando fazer mesmo que de maneira sistematizada metodologicamente falando, ela tem que ser de maneira individualizada.

E9- A gente tenta desenvolver uma relação de confiança, entendeu? Ele começa a confiar em mim como profissional e vai passando suas necessidades para que eu possa “tá” ajudando. Conversando, né? Sempre conversando. Tentando manter essa relação de confiança para que ele venha me falar suas necessidades para que eu possa “tá” ajudando.

E11- Por que às vezes ali você “tá” deprimido, triste, principalmente aquele idoso que não tem a família próximo; quer dizer muita coisa “pra” gente, ele seguro contigo, você passar confiança “pra” um paciente desse. Eu trato o paciente como ele tem que ser tratado, eu olho o paciente como... eu vejo o paciente como se fosse da minha família, não vejo ele como uma pessoa estranha, “pra” todo o paciente eu procuro dar uma atenção do que eu puder, entendeu? Como se fosse até um membro da minha família, portanto eu tenho habito de passar a mão na cabeça, tenho habito de abraçar, de pegar na mão, fazer um carinho... tenho esse habito de fazer, e muitas vezes o paciente diz

assim: - a senhora é tão meiga... vários pacientes já me disseram isso... que eu tenho esse jeito né?!

E12- Eu acho que é justamente quando você consegue estabelecer esse vínculo com o paciente e a família durante a internação. Então quando tem dentro da instituição, por exemplo, essa divisão de leitos, por exemplo, você vai cuidar de um determinado grupo. Então com aqueles pacientes eu acho que você consegue aquele vínculo, você vai passar uma visita diária, um plano de cuidado, vai checar se “tá” sendo executado, checar a resposta dele, né? Apesar da gente saber que não vai chegar em uma cura, mas é justamente um desfecho menos doloroso aí para o paciente e “pra” família. Eu acho que é esse contato do dia a dia mesmo cuidando, avaliando.

O processo de cuidado de enfermagem para o familiar e o idoso em cuidado paliativo tem um grande significado, pois é capaz de proporcionar conforto, promover o alívio de sintomas e permitir ao paciente viver e morrer com dignidade, segundo defende o ideal filosófico dos cuidados paliativos. Para Watson (2002, p. 2) “O cuidar envolve valores, vontade e compromisso”. É nesse contexto que percebemos a comunicação como instrumento essencial no cuidado prestado pelos enfermeiros, e é por meio da comunicação que se inicia a troca, a aproximação e, conseqüentemente, a criação de vínculos entre o paciente e o cuidador enfermeiro.

Assumir a atitude de cuidar requer do profissional enfermeiro, além da capacitação técnico-científica, sensibilidade para identificar e encaminhar as necessidades específicas de pacientes e familiares. Cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, é o Sagrado referendado por Watson em seus estudos, são valores que estão relacionados com a autonomia e a liberdade de escolha. É o respeito ao indivíduo no que se refere às suas decisões extremas, incluindo a prerrogativa de não querer mais viver sofrendo (FAVERO et al., 2009).

Watson (1999) ressalta ainda que com a crescente evolução da tecnologia no campo da saúde houve um grande aprimoramento das instituições hospitalares e, conseqüentemente, de suas técnicas terapêuticas mais eficazes. E neste momento, ao invés de ser visto apenas como objeto em busca de cura, o ser humano necessita dos cuidados de enfermagem embasados não apenas na cientificidade e no “curativismo”, mas em uma filosofia humanista, de forma que a pessoa seja vista em vários sentidos e de acordo com sua experiência de mundo.

No processo de cuidar na assistência de enfermagem, segundo Lacerda (2013), existem quatro fases. A primeira é o contato inicial entre o enfermeiro/paciente/família, no qual a cada novo ouvir, olhar, novas descobertas surgem. Há ou não um querer de ambas as partes em avançar nessa relação. Depois há a fase de aproximação, em que já se tem uma evolução da relação e existem várias formas de comunicação, com uma

movimentação para uma maior união entre cliente e enfermeiro. A terceira fase é o encontro transpessoal, quando ocorre a intersubjetividade entre os dois, situação de união harmoniosa e mútua. E a última fase refere-se à separação, na qual a enfermeira e o cliente se libertam do vínculo criado, pois é atingido o alcance do seu propósito, seja pela condição de saúde, doença ou até de morte.

Na teoria transpessoal de Watson (1999) este tipo de cuidado é fundamentado no respeito, compromisso, na sensibilidade, na relação de valores humanos e de ajuda, confiança e aprendizado transpessoal, envolvendo o ser humano de forma holística em sua totalidade. Esse modo de cuidar vem se adequando cada vez mais aos modelos fundamentados no cuidado humanizado de enfermagem.

Segundo Favero, Pugliuca e Lacerda (2013, p. 501) em seu estudo sobre cuidado transpessoal:

O cuidado pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência desse vai além da dimensão biológica, material e é capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico.

A teórica (Jean Watson) entende que, na relação de cuidar, a enfermeira não se encontra só; ela necessita do outro para que nessa interação o cuidado aconteça. Portanto, uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, sendo caracterizada como uma união com o outro, elevando a consideração por esse ser e pelo seu estar no mundo. É a partir da relação transpessoal que a enfermeira e o cliente tornam-se apenas um, é o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma na relação.

Dentro da base do cuidado transpessoal em sua visão holística, Watson (1999) tem como um dos seus fatores de cuidado para alcançar a transpessoalidade na assistência de enfermagem o desenvolvimento de um relacionamento pautado na ajuda e confiança entre o enfermeiro e o paciente; de fundamental importância, já que uma relação baseada na confiança implica empatia, afeto e comunicação eficaz.

Segundo Watson (1999), o desenvolvimento de um relacionamento de ajuda e confiança se dá quando o enfermeiro cuidador utiliza um dos seus instrumentos de trabalho, a comunicação, para assim estabelecer uma relação de harmonia com paciente/família. Ao relacionar-se com o cliente, a enfermeira deve ser verdadeira, sempre agindo de maneira clara e honesta, além de ser sempre simpática e entrar em sintonia com os sentimentos dos pacientes, demonstrando de forma positiva a aceitação deste e da sua família.

Considerando essa categoria de cuidado relacionado à relação de ajuda e confiança, para os enfermeiros *ouvir, conversar e orientar com atenção e procura sanar as dúvidas e incertezas do paciente e de seus familiares, desenvolvendo uma ação*

harmoniosa e cuidadosa com os clientes é uma das formas de estabelecer uma relação de confiança.

E3- E a gente tenta conversar com eles. A principal, assim, é a comunicação, é eles estarem cientes do que é o paciente entrar em cuidados paliativos e não seria a decretação da morte dele e sim seria um cuidado para melhorar e dar uma melhor qualidade de vida para esse paciente até a sua morte. Tento conversar com eles e ver qual o nível de entendimento deles e explicar o que a gente vai estar fazendo, melhorar o conforto dele de alguma forma, seja na dor ou uma imobilização, seja até mesmo escutar o que o familiar tem a dizer sobre o que o paciente “tá” passando.

E5- Mas aquela atenção maior que é o pegar, a interação, o conversar. É ficar próximo mesmo que eu não vá fazer “muita coisa”, mas ele vai se sentir que ele está sendo importante naquele momento. E ouvir, ouvir as aflições e o que ele tem para falar, eu acho que é isso.

E6- Eu acho que o ouvir é extremamente importante, a capacidade que a gente tem de ouvir e de fazer julgamento não só clínico, mas um julgamento holístico no sentido de entender que essa família também está completamente desestruturada. Tem todo um cenário que mudou, tem toda uma rotina que muda dessa família. Ouvir, a escuta é muito importante. Que horas o senhor gosta de tomar banho? Porque a rotina do hospital tem que ser banho de manhã, mas “eu gosto de tomar banho à tarde”. “Eu quero tomar dois banhos no dia”, se possível eu vou viabilizar isso. Então eu acho que é sair da rotina, sair do automático, sair do tecnicismo, é ir para a dimensão mais humana da coisa. É esquecer que eu sou o enfermeiro talvez e pensar que eu sou humano. Não de cuidar porque “se fosse meu pai, minha mãe”, eu não gosto muito desse discurso. Eu tenho que tratar ele bem porque ele é um ser humano, porque ele é uma pessoa que tem uma necessidade e precisa ser atendida como ser humano. Então é isso, é sair dessa dimensão técnica para o lado mais humano do cuidado.

E7- Mas quando a enfermeira passa, né? Eles já se abrem mais “pra” gente, porque a gente chega perto do leito, vai mais perto... o que me... eu consigo inferir, daí é justamente isso: empatia, o enfermeiro ele consegue ser mais empático, dar um conforto mais humanizado, ele alivia mais a dor... e isso faz com que eles se sintam melhores (tem até uma frase da precursora do cuidado paliativo, que é a Cecili Sanders, fala que: o sofrimento ele só é insuportável quando ninguém cuida) então quando de repente eles estão... eles sabem que eles vão morrer, mas se de repente “tá” sendo cuidado esse sofrimento ele é amenizado pelo paciente e também pelos seus familiares. Eu procuro ouvir. Eu procuro ouvir, sabe?

E8- Assim, tu falaste assim que eu acho importante, eu lembro muito dos instrumentos de enfermagem, né? Comunicação, observação, né? Então eu acho assim, que a observação vai levar a essa adequada comunicação porque, geralmente, o idoso, muitas vezes, é muito fechado. Chegar numa certa idade não é fácil, né? A mente diz eu posso, mas o corpo diz não dá mais. Então as limitações que ele vai chegando faz com que ele mesmo se feche, né? Eu acho que a observação é fundamental também, é fundamental para você detectar os problemas, tenta ver soluções, dar aos devidos encaminhamentos e direcionar comunicação que tu vais usar com esse idoso e a sua família. É a importância do nosso contato e da nossa interatividade com o paciente e com a família. É o “tá perto”. É contato mesmo que é importante. Na verdade, não só no cuidado paliativo, né?

E9- Com a família a gente está sempre conversando, tentando descobrir coisas sobre o paciente, como era a vida dele antes dele vim para cá para o hospital, buscando descobrir as necessidades dele, as necessidades psicossociais, para a

gente “tá” passando para o serviço social. E sempre estar conversando com o paciente, nas nossas visitas sabendo como ele está, como está se sentindo, dando um *feedback* para ele com relação as suas necessidades, tentando ajudar da melhor forma. Conversando, né? Sempre conversando. Tentando manter essa relação de confiança para que ele venha me falar suas necessidades para que eu possa “tá” ajudando.

E12- Eu acho que é muito a questão da escuta e tentar fazer essa interação mesmo. De repente a gente enquanto enfermeiro não tem esse papel, né? De trabalhar essa questão psicológica nesse sentido, mas a gente tem a escuta, como se diz, como resposta que ele nos dá de determinadas situações. É assim, mais de “tá” ouvindo e dando um retorno das informações, da condução, do que se “tá” esperando, até que ponto a gente “tá” podendo intervir, do que vai ser feito, nesse sentido.

Percebemos que os enfermeiros retratam o fator de cuidado *o desenvolvimento de relação de ajuda e confiança* de Watson ligado a uma relação com seus clientes, baseado na atenção que oferta quando ouve, escuta, orienta e tira as dúvidas desse paciente e de seus familiares. No desenvolvimento do processo de cuidado, esse fator contribui de maneira positiva, pois ao estabelecerem uma relação de confiança com o cliente e ser aceito por eles, a relação se torna mais agradável, não obstante o cliente e seus familiares encontrem-se num momento difícil de suas vidas, no qual é de extrema importância a construção de um vínculo para que o processo de palição seja o mais confortável possível.

Segundo Watson (2007, p. 5), “[...] sentimentos alteram pensamentos e comportamentos, e precisam ser considerados e permitidos para cuidarem um relacionamento”. Nesse processo a comunicação é ferramenta importante, pois estabelece realimentação instantânea na relação. A comunicação inclui a expressão verbal, não verbal e a escuta qualificada, que conota a compreensão empática.

No desenvolvimento do processo de cuidado, *atuar de forma comprometida, em sintonia com paciente integrando a família nas ações de cuidado ao idoso em palição* também foi uma forma de desenvolver uma relação de ajuda e confiança com o doente e seus familiares.

E1- Mas eu tento passar orientações, fazer com que a família entenda as necessidades do paciente, que ela possa escutar o paciente mantendo mesmo, garantindo essa autonomia para ele. Então assim, a minha relação é mais como orientação mesmo, orientador e, orientador basicamente seria isso. Mas é importante com a família que vai estar 24hs com esse paciente, que a família possa se integrar nessa necessidade vendo pelo menos os fatores mais evidentes que a gente tem aqui no nosso trabalho. E aí a gente orienta a família, os acompanhantes sobre essas necessidades, os horários que tem que alimentar, questão de higiene, essas necessidades mais.

E2- Olha, eu digo que sozinha a gente não dá conta. Então o que eu posso fazer é o que está dentro da minha possibilidade que é conversar, orientar, dizer ao paciente o que ele está passando, explicar para a família o que vai acontecer, o

que está acontecendo naquele momento, eu procuro dar carinho e atenção. Mas ao mesmo tempo que a enfermagem faz, a enfermagem orienta. Vai chegar um dia em que ele vai ter que ir para casa dele, se for o caso, um paciente que às vezes a família quer que ele fique em casa, faleça em casa. Então assim, nesse caso a gente vai aos poucos integrando a família dizendo “olha, gente, é importante que vocês saibam como passar a dieta, mas vocês vão fazer isso em casa, o banho como é que tem que ser feito, o cuidado em casa, se tiver que caminhar, botando em uma cadeira de rodas, se ele tiver aborrecido e não quiser medicação ou tomar banho vocês têm que ter paciência”, “ah, não pode agora” “vamos tentar em outro horário”. Então é tipo assim, é na conversa, né? Na tentativa do diálogo e tentando amparar os problemas que aparecem. A partir do núcleo da sociedade que é a família então você ganha muito mais com isso porque você faz o indivíduo se sentir valorizado, se sentir importante, querido, amado porque pior do que a doença é a solidão, a discriminação, o isolamento.

E6- O familiar ele é o principal cuidador, ele é quem vai exercer esse cuidado paliativo. Nós somos apenas os orientadores muita das vezes e esse familiar precisa ser envolvido, ser treinado, habilitado e ele precisa ser assistido porque ele adocece. Ele também adocece, precisa ser assistido, precisa ser cuidado, não pode ser negligenciado. E muita das vezes o nosso olhar vai ser só para o paciente. A gente negligencia muito a família e a gente precisa ter nessa família um aliado dentro desse processo de cuidado paliativo porque ele quem vai estar mais próximo, né?

E9- A participação da família, né? Que o cuidado paliativo ele não ficar só dentro do hospital, ele pode ser levado para casa também, entendeu? Precisa de cuidadores dentro de casa. Então a participação da família e o treinamento da família é muito importante.

E11- A gente tem que ter um trabalho em conjunto com os familiares. Na verdade quando a família é bem interessada, porque tem algumas famílias que não têm... então é melhor ainda que ela se preocupa com o paciente, aí você vai conseguir trabalhar melhor, né? Você tem mais um apoio da família “pra” você prestar um cuidado melhor “pra” ele, aí você procura conversar com a família, explicar “pra” ela o quadro do paciente, explicar que ela precisa falar com o médico na hora que ele vier “pra” que ele esclareça melhor.

Há, portanto, a necessidade de atuar em união constante com a família e o paciente, de forma que haja comprometimento ético e moral em todo processo de cuidar e ser cuidado (WATSON, 1999); fazer uso do conhecimento e da experiência de cada um para melhor cuidar usando a intersubjetividade, buscando comunicar-se verbalmente, mas principalmente com todas as outras formas e meios de falar, ouvir e sentir, que só o ser humano na sua totalidade é capaz de desenvolver. Todo este processo se faz quando a empatia está sendo desenvolvida, aprimorada e vivenciada.

Nesse contexto no qual o processo de cuidar é inerente à assistência de enfermagem, o cultivo da sensibilidade é necessário para que o enfermeiro envolvido no processo seja capaz de desenvolver, expressar seus próprios sentimentos e entender que é parte integrante importante na interação, pois quando expressa seus sentimentos, mesmo de frustração ou impotência, torna-se capaz de expressar a sua humanidade. A expressão da sensibilidade gera condições para desenvolvimento de atitudes de empatia, amor e

respeito, atitudes fundamentais para o desenvolvimento de uma relação baseada na ajuda e na confiança, de extrema importância para a formação de uma assistência de enfermagem efetiva, de qualidade e humanizada.

Para Gonçalves (2008, p. 132):

[...] a aplicação da teoria do cuidado transpessoal concorre para uma relevância relacional entre a enfermeira e a pessoa idosa e a sua família, na medida em que permite e possibilita o envolvimento geral em direção à busca consciente e deliberada por um viver mais digno e cidadão.

Percebe-se que os enfermeiros assistentes ao atender os pacientes idosos em cuidados paliativos e seus familiares, desenvolveram a sensibilidade e foram capazes de expressar seus sentimentos, além de reconhecer que atitudes de empatia, amor, respeito e humanização para com ambos são fundamentais na relação enfermeiro-paciente, relacionando-se de forma humanizada e comprometida de forma a criar vínculo e cultivar a sensibilidade no seu dia a dia de trabalho. A criação de vínculo se deu principalmente porque os enfermeiros foram capazes de manter uma relação harmoniosa, ouvir, conversar, orientar, dar atenção e sanar as dúvidas do enfermo e de seus familiares, assim como de integrar estes na participação das ações de cuidado, construindo uma relação de ajuda e confiança.

6.2 O PROVIMENTO DE UM AMBIENTE ESPIRITUAL E BIOPSISSOCIAL FAVORÁVEL AOS PACIENTES IDOSOS EM PALIAÇÃO E OS OBSTÁCULOS PARA O ESTABELECIMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nesta metacategoria será discutida a importância de um dos fatores de cuidado de Jean Watson: a promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sociocultural e espiritual, de extrema importância para oferecer aos idosos em cuidado paliativo um cuidado humanizado baseado no conforto em todos os seus aspectos, pois inúmeras situações podem afetar a vida e o bem-estar dos pacientes durante o cuidado de enfermagem (WATSON, 1999). Esse fator está muito ligado às funções rotineiras e diárias que Watson classificou de variáveis externas, relacionadas aos fatores físicos, de segurança e ambiental, e às variáveis internas, representadas pelas atividades mentais, espirituais e culturais, manipuladas pela enfermeira para proporcionar ao paciente o bem-estar mental e físico.

Durante a assistência de enfermagem, Watson (1999) afirma que a enfermeira deve oferecer conforto, privacidade e segurança, assim como a oferta de um ambiente limpo, facilitando a interação do paciente com os outros, com objetivo de promover um senso de satisfação desse indivíduo com a vida, para que o processo seja o mais confortável e tranquilo possível.

Nesse sentido proposto pela teórica, o enfermeiro deve buscar desenvolver meios e formas de alcançar as necessidades ambientais afetadas do paciente por meio da humanização das ações de enfermagem, cultivando a aproximação e o fortalecimento do vínculo familiar, implementando medidas de suporte e apoio, além de ajudar o paciente e a família a enfrentar as modificações ou adequações que serão necessárias ao ambiente onde o paciente participa.

Assim, ao questionar os entrevistados sobre a importância da promoção de um ambiente biopsicossocial adequado e confortável, todos foram unânimes em considerar a importância de manter um ambiente saudável. Afirmaram também que buscavam *ter ações que promovessem um ambiente de conforto e bem-estar ambiental e biopsicossocial do paciente*, evitando os fatores estressantes que interfeririam nesse processo:

E1- Às vezes a gente até sai das regras do hospital, a gente permite quantidade de visita mais ampliada, família mais próxima, permitindo objetos que tragam para ele conforto, condições, por exemplo, aqui que não pode entrar travesseiro, ventilador, televisão, nesse caso é até um fator benéfico de trazer nesses casos. A enfermagem ela pode, dentro da sua autonomia enquanto profissão, pode perceber as necessidades do paciente, ela pode estabelecer junto à instituição aberturas em relação às circunstâncias do dia a dia. Por exemplo, como eu já falei antes, a gente tem as regras, mas no caso desse idoso, desse paciente, a enfermagem tem e pode como autonomia permitir a alimentação diferenciada, visitas ampliadas, fatores de distração. Não temos tanta condição aqui nesse hospital, mas a gente pode colaborar com isso, permitir que os familiares estejam mais próximos, acho que nesse sentido. Ter uma relação menos hospitalizada, menos institucionalizada e já mais integrada às questões afetivas mesmo desse paciente, né? Tendo a imagem de animais de estimação, novamente a presença da família, permitir que esse paciente tenha acesso às coisas que ele quer fazer. Eu acho que a doença ou as dificuldades de mobilidade que o idoso possa ter não significa que ele tenha que ficar prisioneiro, em um aprisionamento. Eu acho que isso é importante deixar, dar mais liberdade para ele afinal de contas, já que se fala de terminalidade então por que não aproveitar? Então me traz isso.

E2- Às vezes tem paciente que chega aqui com a gente e diz assim: “Enfermeira eu estou no lado da cama e aqui está muito quente, está muito calor. A senhora não pode pedir para doutora para mudar de posição?” Aí quando pode as próprias médicas ajudam se for paciente delas ou então elas conversam com outra médica para trocar de leito, que é na área que está mais ventilado. Você não vai conseguir a cura, você vai amenizar. Então assim, você vai tentar trazer um certo conforto a esse paciente. Conforto em relação à

questão física, questão emocional, espiritual, psíquica, né? É tentar dar esse conforto, uma qualidade de vida para esses pacientes.

E5- Tipo assim, apesar da gente achar que não dá para fazer muita coisa, mas de repente o mínimo. Eu já fiz algumas coisas, até transgredi as normas do hospital. Uma vez tinha um idoso aqui, uma idosa aliás, lá do interior das ilhas e ela não comia porque a comida não estava boa, não estava isso e ela acostumada a comer peixe com açai. Aí ela não estava comendo uns três, quanto dias, estava fraca, fraca, fraca. Aí eu passando visita ela disse assim “Poxa, minha filha, sabe o que eu queria? Um caribé. Eu tenho certeza que com o caribé eu levantava daqui”. Aí eu perguntei para ela se ela tinha como trazer um caribé já que eram 20h, aí ela “Minha filha pode trazer que ela está aqui no Guamá”. Eu disse então está bom, traga o caribé que eu dou. De manhã ela tinha levantado e foi no banheiro. Para a gente aquele caribé pode não ser nada porque é só carboidrato, que também é energia, mas para ela foi muito mais do que isso. Então eu acho que isso poderia ser inserido no hospital, sabe, a vontade mais deles e tentar atender minimamente como tu falas. Mas a Clínica Médica por receber tantos outros pacientes não é só geriatria, aqui era para ser só geriatria porque a gente até vê na fala do geriatra aqueles que são mais assim “permissivos”, eles falam mais diferenciados do que outros médicos. Se tivesse uma ala só “pra” idoso, eu acho que era diferente.

E6- Esse cuidado tem que estar muito mais próximo da vivência, do cotidiano, do dia a dia, da realidade, das possibilidades. Até porque eu sou daquelas pessoas que eu penso prescrição seja ela de cuidado ou seja ela de um medicamento, ela só é prescrição se ela for executável. Então não adianta eu manter esse paciente dentro de um cenário, dentro de uma realidade, que não é a realidade dele. É tentar trazer para ele a memória aquilo que trouxe ou que trazia e que dava prazer, que era prazeroso, que era gostoso. Então resgatar isso desse paciente um cenário, uma imagem, um local, uma pessoa, um objeto, que dá emoção e traz felicidade e resgate da dignidade do paciente nesse momento eu acho que é muito valoroso. Além disso, o ambiente ele interfere muito, estar dentro de um ambiente hospitalar não é legal, não é agradável. É o ambiente onde eu não posso ter meu urso de pelúcia de estimação que eu durmo toda a noite com ele, que eu não posso olhar para a imagem, que eu não possa assistir um canal de televisão que eu goste, que eu não posso sentir o cheiro da comida que eu gosto, que eu não posso estar perto do meu animal de estimação. Quer dizer, são muito sequestros que esse ambiente pode proporcionar para esse paciente negativamente falando. Então esse ambiente ele interfere positivamente sim se a gente trouxer ele para dentro desse ambiente que é um ambiente mais confortável, um ambiente que vai devolver para ele o que a gente quer, é a tal da morte digna, do cuidado digno.

E10- Dentro de nossas possibilidades, o que a gente puder fazer. Às vezes eles querem ver o neto, querem ouvir uma música, querem que tragam uma foto da família, então o que a gente puder fazer, dentro de nossas possibilidades e dentro das normas do hospital, a gente faz. No aniversário de um dos pacientes fizemos uma homenagem, levamos o máximo de pessoa da família, pessoas que ele disse que gostava, então nós proporcionamos isso junto com os outros profissionais, a serviço social, psicóloga, médicos, então foi muito bom, só ficamos com medo que ele se sentisse ruim nesse momento, mas nós percebemos que ele ficou tão satisfeito.

E11- Se você tem um ambiente calmo, tranquilo, limpinho, nossa, dá um conforto melhor “pro” paciente. Por que tu já pensou? Tu “tá” num ambiente onde o paciente “tá” sujo, você “tá” sentindo... por que tem as vezes que tem idoso que gosta de sujo, fez xixi quer logo se limpar, quer tomar banho toda a hora, tem idoso, tem idoso muito preocupado com a sua aparência física, né? Mas tem uns que ainda relaxam, por exemplo, se a família não tiver em cima... mas quando, ter um ambiente arejado, limpo, ambiente confortável, é importante, né? No caso eu... eu me preocupo muito. Ontem tinha um paciente

sujo, aí eu fui procurar saber e disseram que não tinha lençol, desse jeito, mas tem que ver mesmo se não tem, eu mesma fui atrás de um lençol, aí eu peguei, dei na mão “pra” trocar o paciente; Já pensou? O paciente “tá” sujo, né?! Se não tiver eu mando ir atrás do que ele precisa. “Ah, não tem medicação, não tem aqui a morfina”, por exemplo, eu peço na farmácia “pra” pegar, ligo, o paciente não pode ficar com dor. Assim, por exemplo, uma coisa... principalmente a noite a questão do barulho, né?! Se tiver alguém fazendo barulho em outra enfermaria, porque às vezes tem paciente que quer jogar, e a gente diz que no máximo é até 22h, depois disso tem que dormir, a gente explica que todos que estão internados precisam de repouso, você tem que repousar, tem que fazer o mínimo de barulho, porque às vezes aquele idoso dorme naquele momento, mas depois ele não consegue mais dormir, então isso também é outra coisa. Por exemplo, como é uma enfermaria você tem que ver se todo mundo gosta de luz acesa, tem que ver o que a maioria quer, aí você tem que tentar se adequar àquele ambiente.

E12- De repente estendendo o horário dessa visita, às vezes autorizando a permanência de mais de um acompanhante. Em algumas situações que ele não tenha mais a perspectiva de sair estar autorizando a entrada de uma criança, um neto, de um animalzinho de estimação. Acho que é basicamente isso que a gente consegue fazer aqui.

O bem-estar do paciente idoso e seus familiares é extremamente importante no processo de cuidados paliativos. Para Watson (1999), a falta de conforto é um grande problema para a manutenção do bem-estar físico e mental do paciente, principalmente durante o processo de hospitalização, normalmente considerado uma fonte de desconforto. Para a teórica, há algumas medidas de conforto durante a assistência de enfermagem, como: remoção de estímulos do ambiente externo (claridade, barulho, calor, sujeira, desorganização); mudança frequente do decúbito do paciente e massagem de conforto, cama adequada e com grades; procedimentos terapêuticos que tragam conforto ao paciente; controle da dor.

A manutenção da privacidade é outra medida importante para a manutenção do bem-estar do paciente durante o cuidado de enfermagem. Para Watson (1999), ofertar a privacidade é a forma de manter a dignidade e integridade do paciente. Além disso, a segurança também faz-se fundamental na oferta de uma assistência voltada para o bem-estar do idoso, pois segundo a autora, a enfermeira deve ficar alerta para problemas potenciais que podem causar-lhes danos, como: posição dos mobiliários, idade, mobilidade e nível de consciência, além de medidas básicas de limpeza e controle de infecção.

Sabemos que o ambiente exerce uma grande influência no processo de bem-estar e conforto do paciente, assim como na qualidade da assistência de enfermagem oferecida. O próprio processo de hospitalização já constitui um fator estressante e desconfortável, uma vez que o paciente se encontra fora de seu ambiente. Além disso, as clínicas onde o

estudo foi realizado são consideradas ambientes estressantes pelo perfil de pacientes com condições clínicas graves e pelas condições organizacionais da instituição.

O ambiente hospitalar para que os enfermeiros desenvolvam o fator de cuidado que Watson propõe é precário, já que trabalham com falta de material e infraestrutura deficitária, fatores que dificultam o fornecimento de um ambiente confortável, pois não dispõe de um sistema de ventilação adequado, sendo um ambiente quente, com pintura antiga, com enfermarias abertas (que dificultam controle de ruídos), falta de poltronas para aqueles que acompanham os idosos etc. A privacidade também se mostra de difícil controle, já que temos falta de biombos, o banheiro é utilizado por todos os acompanhantes e pacientes não dispõem de privacidade. A questão da segurança também é complicada, visto que, por exemplo, o banheiro não tem barras de segurança, o piso não é antiderrapante, as cadeiras de rodas estão quebradas assim como o controle para ajuste da altura e posição das camas, conforme podemos constatar nos relatos dos enfermeiros quando questionados sobre como procuravam proporcionar um ambiente adequado aos pacientes idosos em cuidados paliativos internados na clínica. Todos relataram as diversas dificuldades que encontram para um bom atendimento devido à infraestrutura da instituição, organização do serviço, falta de preparo da equipe e a necessidade de trabalho da equipe multidisciplinar.

A *questão da infraestrutura* é um fator que interfere bastante no dia a dia da assistência de enfermagem quando se busca ofertar um ambiente confortável aos pacientes idosos em cuidados paliativos, conforme relatos abaixo:

E1- Bom, em primeiro lugar eu penso que no hospital aqui que a gente trabalha não tem a estrutura adequada. Eu acho que falta é mais condições para trabalhar, ferramentas de atendimentos específicos para esse idoso, porque a gente não tem um ambiente físico adequado, a gente não tem uma separação para esse idoso. Os hospitais precisam se preparar. Assim como existe a clínica médica, clínica de pneumologia e a pediatria deve ter a geriatria com espaços específicos, com toda uma adequação ambiental e estrutural para recebê-los.

E2- Então assim, o ambiente não é muito assim adequado, mas assim: a gente tenta atender na parte física na cama, no leito, no conforto que a gente possa fazer. Mas assim, eu acho que realmente deveria ter um trabalho melhor relacionado à questão do ambiente porque isso é uma coisa que é realmente importante. Aqui no hospital ainda não se viu, mas tem que ter uma adaptação melhor para esses pacientes caminharem até o banheiro por exemplo. Aqui tem paciente que de vez em quando sofre queda, porque o piso não é um piso apropriado, cheio de desnivelamento, não tem corrimão apropriado. A questão estrutural também, porque pessoa idosa é mais risco de queda e de outros problemas que o adulto sofre, mas idoso sofre muito mais, então eu acho que isso poderia se fazendo aos poucos e viabilizar.

E5- Tipo assim, “Ah, eu queria sair um pouquinho mais dessa minha cama e ficar um pouquinho aqui no pátio”. Aí às vezes tu procuras assim uma cadeira

e não tem a cadeira. E o tempo que ele ficaria lá é o tempo que aquela cadeira iria ficar ocupada por uma outra pessoa.

E10- E assim, olha as dificuldades que eles têm, dificuldade para deambular, tem que ser um hospital que traga esse conforto, essa possibilidade de nós andarmos com o doente com tranquilidade, fazer uma caminhada, porque nós vemos um doente prostrado e percebemos a vontade dele querer sair do leito, caminhar um pouquinho, mas às vezes a gente não tem o aparato, não tem uma cadeira de rodas segura, um corredor seguro para andar com ele, às vezes não temos pessoal disponível, família.

E11- A primeira coisa que eu acho que deveria ser, era mudar essas estruturas de enfermarias abertas, deveria ser fechada com privatizador, se pudesse, assim traria mais conforto “pra” eles. Muitas vezes eles chamam: - enfermeira eu quero dormir, mas “tá” muito barulho. Por que idoso em geral dorme cedo e acorda cedo, cedo ele quer comer, ele quer tomar banho, aí é cheio de gente, muita gente no banheiro naquela hora. Isso é tão complicado né?!

E12- Eu acho muito restrito pela nossa estrutura mesmo pelo hospital, as carências que a gente tem. O ideal se tivéssemos realmente setores mais restritos para ficar mais individualizado e que ele pudesse naquele momento no caso da permanência dele no hospital, tipo assim, decorar, que ele pudesse colocar foto e ficar mais à vontade, transformando aquele ambiente. Já que ele não tem condições de ir “pra” casa naquele momento ou de repente daqui ele nem vai mais poder ir “pra” casa, que ele pudesse chamar aquele cantinho de seu de alguma forma, mais individual mesmo. Acho que a gente não “tá” nesse nível.

E13- Da melhor forma possível tentando trabalhar de acordo com os recursos que a gente tem. Então, por exemplo, o paciente idoso paliativo. Só por ser idoso muitas vezes a higiene é feita no leito e banho de inspeção que vai na cadeira. Aí tu vê que não tem cadeira “pro” paciente ir “pro” banho e acaba que ele tem que ficar no leito e eles já ficam muito mais expostos a uma lesão por pressão, então fica muito aquela dificuldade entre o ideal que tu queria fazer e o que é possível fazer e a gente acaba encontrando essa dificuldade. O ideal seria ter condições, o ideal seria ter na nossa realidade de trabalho uma clínica só “pra” atender essa clientela de idosos em cuidados paliativos, não sei se você “tá” especificando, mas paliativos no geral, pois paliativo sempre associa a doenças degenerativas e principalmente o câncer, mas aí outras doenças também que os pacientes têm na condição paliativa.

Sendo assim, diante dessa realidade, os enfermeiros se utilizam de outras estratégias de trabalho para alcançar esse fator de cuidado proposto por Watson. Foi tentando diminuir os problemas relacionados ao ambiente e tentar manter um bem-estar e conforto do paciente que os enfermeiros buscavam *estimular a autonomia, a autoestima e a liberdade de escolha do paciente*, tentando suprir seus desejos quando possível, e assim procurar fornecer certo conforto e qualidade de vida, conforme relatado pelas falas dos enfermeiros assistenciais:

E1- Eu acho assim, a gente aproximar mais a família desse paciente e tentar suprir as necessidades que ele tem na sua totalidade, né? Dando essa condição digna nele na sua terminalidade. Deixando de ser mais, digamos assim, hospitalar e passar dando atenção “pro” indivíduo. Por exemplo, “não tem mais condições”, então vamos permitir que ele tenha mais um pouco de liberdade em relação à alimentação, a horários, entendeu? Eu acho que a gente pode dar

um pouco mais dessa autonomia para ele de opções, optar, autonomia nesse sentido.

E4- Povo vê muito o paliativo como “ai, é paliativo, vai morrer e pronto”, mas ele tem um período de sobrevida antes disso. Nesse período não é só você dar medicação para dor, tem toda uma outra coisa por trás. Os parentes que ele quer ver, o que ele tem vontade de comer e a própria vontade de ir para casa, por que não? Bem, então é assim uma coisa que não dá para a gente explicar, cada pessoa sente falta de algo e isso precisa ser complementado, seja pelo familiar, pelo bichinho de estimação, por desenvolver técnicas ocupacionais (pinturas, bordados, arte em papel). Eles ficam ociosos dentro do hospital sem fazer nada, tem que desenvolver alguma coisa.

E5-Então eu acho que às vezes a própria instituição que a gente trabalha não oferece essa questão de colocar o sujeito como dono de si. “Olha, eu não quero isso, eu não quero esse oxigênio”, mas aí é obrigado pelo médico e ele está dizendo que ele não quer, entendeu? E a gente não está preparado “pra” ouvir isso “pra” dizer assim: “Olha, deixe, mesmo que ele tiver desconfortável mas ele não quer, ele não quer”. “Poxa minha filha sabe o que eu queria? Um caribé. Eu tenho certeza que com o caribé eu levantava daqui”. Aí eu perguntei para ela se ela tinha como trazer um caribé já que eram 20h, aí ela “Minha filha pode trazer que ela está aqui no Guamá”. Eu disse então está bom, traga o caribé que eu dou. De manhã ela tinha levantado e foi no banheiro. Para a gente aquele caribé pode não ser nada porque é só carboidrato que também é energia, mas para ela foi muito mais do que isso. Então eu acho que isso poderia ser inserido no hospital, sabe? A vontade mais deles e permitir que ele tenha algum tipo de escolha “eu quero isso, eu quero aquilo”. Escutar, ouvir a angústia, fazer aquele acolhimento de pelo menos tentar permitir que ele tenha algum tipo de escolha “eu quero isso, eu quero aquilo”.

E6- Eu já tive essa vivência em um hospital que tinha cuidados paliativos, mas era um hospital de reabilitação e que a gente envolvia muito o paciente de ele precisar entender que mesmo que ele não tenha possibilidades terapêuticas, mas tem coisas que ele consegue fazer. Consegue escovar os dentes, ele ainda consegue comer sozinho de repente, consegue pegar um copo com água e beber, consegue sinalizar que ele está com dor, consegue sinalizar que ele tem que mudar de decúbito, por exemplo, eu não tenho que ser responsável pela mudança de decúbito do paciente. Eu tenho que ser no máximo responsável por executar essa mudança de decúbito em limitação, mas ele também tem que supervisionar o cuidado. Ele tem que dizer “Oh, tem 2hs, está na hora de trocar”, “Medicação é tal hora, porque não fizeram?”. Eu vou ver ele nesse sentido porque aí ele se sente corresponsável, participe desse processo.

E11- “Então vamos lá que eu vou lhe levar, bora tentar andar um pouquinho?” Isso ajuda. “Vamos sair desse ambiente, sair um pouquinho “pra” ver outras coisas”, né?! Isso é bom, muito bom, ajuda muito. Já pensou você “tá” todo o tempo limitado ali naquele quarto?

E12- É justamente estimulando ele nessa participação porque eu não posso só jogar ou executar, então, na medida do possível aqueles que ainda têm alguma condição de deambular, de fazer a alimentação, autoalimentação, então estimulando isso para que ele participe desse processo. E mesmo o paciente paliativo que por ventura venham a ter alguma perspectiva de vida de ir “pra” casa, fazer uma condução desse trabalho em casa “pra” que ele ainda tenha alguma autonomia.

Os princípios do cuidado paliativo objetivam melhorar a qualidade de vida do paciente e da sua família, envolvendo os fatores físicos, sociais, emocionais, psicológicos e religiosos, por meio do suporte e conforto, potencializando autonomia e respeitando os

direitos e as decisões do paciente durante esse processo. Aqui nesse contexto, o foco da atenção deixa de ser a doença a ser curada e se volta ao indivíduo, que é visualizado como um ser complexo em suas dimensões físicas, psíquicas e espirituais, ativo e com direito à informação e autonomia plena para suas decisões a respeito de seu tratamento.

A autonomia dos doentes sem possibilidades de cura é um elemento inerente à filosofia dos cuidados paliativos e, através desse modelo de cuidado, pode sustentar um projeto terapêutico ético e coerente com as expectativas e com os direitos individuais (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

Outra forma que os enfermeiros buscaram de oferecer aos pacientes idosos em cuidado paliativo um conforto, uma segurança e o bem-estar, foi por meio de um cuidado de enfermagem de forma holística, a partir da *humanização das ações e dos procedimentos* realizados pelos enfermeiros, conforme relatos destes:

E6- Personificando. Eu acho que é fundamental essa questão da humanização no sentido de identidade do paciente. Personificando no sentido ele é o paciente de nome tal, a família, sem fazer pré-julgamento, sem fazer o que a gente tem muito esse hábito de vivenciar e pré-julgar a família e até mesmo com terminologias que são absurdas. Eu acho que tem muitas coisas que desumanizam demais na assistência de enfermagem como as rotinas, eu acho que elas desumanizam demais.

E7- Conforto humanizado, né? É porque o paciente ele precisa, mas não somente de procedimentos físicos como: cuidados higiênicos, alimentação, é... medicação; ele precisa também de um cuidado humano, ou seja, ele quer ser ouvido, ele quer ser... ele quer receber carinho, receber um toque... e deve ser por isso que essas questões aí são muito mais fortes na enfermagem. E a enfermagem é o que mais se aproxima do paciente... como a gente falou lá no início, né?

E10- Sempre buscando ver se com ele está tudo bem, desde uma punção venosa, desde a administração de medicamentos, se os medicamentos estão fazendo algum efeito, aquela preocupação de saber como ele está reagindo ao tratamento dentro de nossas possibilidades, o que a gente puder fazer. Às vezes eles querem ver o neto, querem ouvir uma música, querem que tragam uma foto da família, então o que a gente puder fazer, dentro de nossas possibilidades e dentro das normas do hospital, a gente faz. No aniversário de um dos pacientes fizemos uma homenagem, levamos o máximo de pessoa da família, pessoas que ele disse que gostava, então nós proporcionamos isso junto com os outros profissionais, a serviço social, psicóloga, médicos, então foi muito bom, só ficamos com medo que ele se sentisse ruim nesse momento, mas nós percebemos que ele ficou tão satisfeito.

E13- Elas representam o trabalho da enfermagem, atendimento humanizado lado a lado do paciente, atender necessidades humanas básicas do paciente, então tu vê aí que “tá” alimentando ou “tá” ajudando o paciente a caminhar, demonstrando carinho pelo paciente durante o procedimento, atender o paciente e a família. Então eu vejo o trabalho a alma do que é enfermagem.

Apesar de todas as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para oferecer aos idosos em cuidados paliativos um ambiente que gere um bem-estar, conforto e segurança, além da infraestrutura inadequada, há por outro lado questões ligadas à organização dos

serviços, como falta de protocolo, normas e rotinas rígidas que não levam em consideração o conforto e os desejos dos pacientes; outra grande dificuldade relatada pelos enfermeiros são os recursos humanos não capacitados.

Para Signor et al. (2015), em uma organização o agrupamento das atividades é necessário para atingir os objetivos da instituição, o que envolve pessoas e recursos, sob a autoridade e coordenação de um gestor. Assim, a organização vai lidar com pessoas, órgãos e relações de autoridade e responsabilidade, para que objetivos sejam atingidos e os planos executados, permitindo que as pessoas possam trabalhar eficientemente.

A ocorrência de mudanças na gestão dos serviços de saúde naturalmente incide em transformações no processo de trabalho e concebe formas diferenciadas de atenção à saúde. Para tanto, a qualificação/aperfeiçoamento da atenção em saúde, necessita ser constantemente revista. A adoção de propostas educativas são umas das estratégias de inovação e a adoção de reconfiguração estrutural e organizacional dos serviços. (SIGNOR et al., 2015, p. 176).

Nesse sentido, a dificuldade ligada à *organização do serviço* interfere diretamente na assistência ofertada pelos enfermeiros, conforme os relatos abaixo:

E4- É toda uma política do paliativo que na verdade eu acho que não funciona direito aqui. Apesar de já terem tido treinamentos, cursos ofertados no hospital, mas parece assim que o negócio não anda, não flui. Povo vê muito o paliativo como “Ai é paliativo, vai morrer e pronto”, mas ele tem um período de sobrevivência antes disso. Nesse período não é só você dar medicação para dor, tem toda uma outra coisa por trás. Os parentes que ele quer ver, o que ele tem vontade de comer e a própria vontade de ir para casa, por que não?

E5- Às vezes a gente não pensa um pouco na vontade dele. Às vezes ele tem que tomar banho de amanhã e tal, mas tem vezes que ele não quer ir. Ele não quer tomar banho 8h da manhã, ele quer tomar só à tarde. E mesmo a gente querendo o serviço não possibilita isso para a gente. Olha, ele não quer tomar banho 8h/9h da manhã, ele quer só à tarde e aí mesmo a gente tentando, a gente não consegue isso mais pelo processo de trabalho do hospital. Não é por falta de vontade. Ou então trazer uma comidinha diferente da casa, a gente precisa sempre do aval da nutrição. E a gente não está muito trabalhado na questão do querer do paciente, às vezes a gente vê assim “Não ele está no hospital e ele tem que fazer o que o hospital tenta oferecer”. Aí mesmo que a família “Eu posso trazer de casa”, mas não pode. Não pode porque tem normas do hospital e pronto. Então eu acho que às vezes a própria instituição que a gente trabalha não oferece essa questão de colocar o sujeito como dono de si.

E5- É tão bom a gente ter no final da vida o que a gente mais quer no mundo e ver o que a gente gosta de ver. Se tocar, “Ah poxa eu quero me despedir do meu cachorro”, “Não, não pode entrar cachorro no hospital”. “Mas ele me acompanha há 10 anos”, “Não, não pode”.

E6- Adaptar desde o colchão ao lençol o tipo de tecido, eu acho muito ruim porque no ambiente hospitalar é um pouco mais complicado porque tem a questão das normas de controle, por exemplo, de infecção. Então não pode liberar um travesseiro, algumas coisas que eu acho que não são impeditivas, mas é adaptação. Então eu acho que é sair da rotina, sair do automático, sair do tecnicismo, é ir para a dimensão mais humana da coisa.

E9- Acho que se tivesse um apoio até que poderia contornar algumas coisas, mas aqui na nossa situação em relação a ambiente é difícil. Difícilmente a gente consegue aqui no hospital, mas já teve casos que o paciente foi “pra” isolamento e a gente conseguiu trazer algumas coisas que ele pedia, tipo ventilador, coisas que não são permitidas na enfermaria. Televisão, ventilador, essas coisa assim, mas é difícil na enfermaria você conseguiu trazer “pra” esse ambiente.

E11- A primeira coisa que eu acho que deveria era mudar essas estruturas de enfermarias abertas, deveria ser fechada com privatizador, se pudesse, assim traria mais conforto “pra” eles. Muitas vezes eles chamam: “enfermeira eu quero dormir, mas “tá” muito barulho”. Por que idoso em geral dorme cedo e acorda cedo, cedo ele quer comer, ele quer tomar banho, aí é cheio de gente, muita gente no banheiro naquela hora. Isso é tão complicado, né?!

E12- Muito pouco, eu acho muito restrito pela nossa estrutura mesmo pelo hospital, as carências que a gente tem. O ideal se tivéssemos realmente setores mais restritos para ficar mais individualizado e que ele pudesse naquele momento no caso da permanência dele no hospital, tipo assim, decorar, que ele pudesse colocar foto e ficar mais à vontade, transformando aquele ambiente.

E13- Da melhor forma possível tentando trabalhar de acordo com os recursos que a gente tem. Então por exemplo, o paciente idoso paliativo. Só por ser idoso muitas vezes a higiene é feita no leito e banho de inspeção que vai na cadeira. Aí tu vê que não tem cadeira “pro” paciente ir “pro” banho e acaba que ele tem que ficar no leito e eles já ficam muito mais expostos a uma lesão por pressão, então fica muito aquela dificuldade entre o ideal que tu queria fazer e o que é possível fazer e a gente acaba encontrando essa dificuldade. O ideal seria ter condições, o ideal seria ter na nossa realidade de trabalho uma clínica só “pra” atender essa clientela de idosos em cuidados paliativos, não sei se você “tá” especificando, mas paliativos no geral, pois paliativo sempre associa a doenças degenerativas e principalmente o câncer, mas aí outras doenças também que os pacientes têm na condição paliativa.

E13- Como te falei, “pra” mim o ideal era a instituição pela demanda de pacientes que tem nessa situação tanto idosos como não idosos que estejam em cuidados paliativos, era que tivesse uma clínica de cuidados paliativos. É uma clientela que precisa de mais atenção e cuidados específicos, aí como você dá a atenção que eles merecem se você “tá” numa clínica que você tem paciente paliativo, pacientes idosos, paciente entubado, paciente de CTI, paciente grave, paciente de isolamento. Tudo em um lugar só, várias coisas em um lugar só. Essa clientela merecia uma clínica específica “pra” eles “pra” que eles pudessem receber uma assistência especializada. Então você acaba tendo que ser de várias áreas “pra” atender diversos pacientes, mas trabalhando com uma clientela só você pode dar um atenção melhor, se dedicar muito melhor a esses pacientes.

Em uma organização o agrupamento das atividades é necessário para atingir os objetivos da instituição, o que envolve pessoas e recursos, sob a autoridade e coordenação de um gestor. Assim, a organização vai lidar com pessoas, órgãos e relações de autoridade e responsabilidade, para que objetivos sejam atingidos, os planos executados para que as pessoas possam trabalhar eficientemente.

Nesse sentido, conforme o relato dos enfermeiros, a falta de organização dos serviços, principalmente em relação aos cuidados paliativos, é algo presente e que acaba interferindo no cuidado de enfermagem, visto que a infraestrutura da instituição é precária

e inadequada, o que dificulta a oferta de uma assistência baseada no conforto, na segurança e privacidade. Há, ainda, normas e rotinas rígidas que não permitem a autonomia e escolha do paciente quanto a horário de banho e alimentação. Por último, existe a carência no treinamento da equipe de enfermagem e a falta de integração da equipe multiprofissional.

Para uma melhor qualidade da atenção em saúde aos usuários, faz-se necessária a vinculação de diversos elementos: no caso da gestão, acrescentando formas de organização do processo de trabalho, aderência a novas tecnologias, equipamentos, definição quantitativa e qualitativa de pessoal, materiais, medicações e, sobretudo, de ações educativas suficientemente abrangentes que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores de saúde (SIGNOR et al., 2015).

No Brasil, a prática de cuidados paliativos é recente (MACIEL, 2012). Na instituição onde o estudo foi realizado, falta organização em relação aos serviços e à prática em cuidados paliativos, visto que não há nem enfermaria específica, protocolo de serviços em cuidados paliativos instituídos ou pessoal capacitado. Nesse sentido, a organização se encarrega do agrupamento das atividades necessárias para atingir os objetivos da instituição, o que envolve a reunião de pessoas e recursos, sob a autoridade e coordenação de um gestor. Assim, a organização vai lidar com pessoas, órgãos e relações de autoridade e responsabilidade, para que objetivos sejam atingidos e os planos executados, para que as pessoas possam trabalhar eficientemente.

A ocorrência de mudanças na gestão dos serviços de saúde naturalmente incide em transformações no processo de trabalho e concebe formas diferenciadas de atenção à saúde. Para tanto, a qualificação/aperfeiçoamento da atenção em saúde, necessita ser constantemente revista. A adoção de propostas educativas são umas das estratégias de inovação e a adoção de reconfiguração estrutural e organizacional dos serviços. (SIGNOR et al., 2015, p. 176).

Para a qualificação da atenção em saúde aos usuários, faz-se necessária a vinculação de diversos elementos: no caso da gestão, acrescentando formas de organização do processo de trabalho, aderência a novas tecnologias, equipamentos, definição quantitativa e qualitativa de pessoal, materiais, medicações e, sobretudo, de ações educativas suficientemente abrangentes que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores de saúde.

Para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) a enfermaria de cuidados paliativos consiste numa ala do hospital que funciona com seus leitos próprios e com equipe especializada em Cuidados Paliativos, composta por médicos, enfermeiras e equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeutas. Funciona como

uma clínica de especialidade no hospital, com equipe constante e bem treinada, maior flexibilidade com relação às visitas de familiares, alimentação e regras do hospital. A família deve ficar bem acomodada e receber atenção da equipe. Preferencialmente, a acomodação deve ser em quarto individual para a preservação da privacidade e particularidades do paciente com sua família (MACIEL, 2012).

A ANCP, informa as vantagens e desvantagens de se ter uma enfermaria em cuidados paliativos (MACIEL, 2012, p. 98):

Vantagens

- Integração dos Cuidados Paliativos com todas as especialidades do hospital.
- Acesso de pacientes à internação pode ser facilitado nas 24 horas.
- Facilidade de acesso aos profissionais das equipes que até então o acompanhavam.
- Menor sensação de abandono.
- Respostas rápidas ao doente e maior segurança à família.
- Facilidade para o ensino de Cuidados Paliativos.
- Disseminação de uma cultura de Cuidados Paliativos de forma científica e controlada dentro de um grande hospital, o que contribui para a desmistificação de conceitos inadequados sobre a questão.

Desvantagens

O ambiente hospitalar é um fator limitante. As internações devem sempre ser curtas pelas dificuldades relativas a:

- Acesso do paciente a áreas verdes e jardins e facilidades de reabilitação.
- Ambiente hospitalar como fator de agravo ao humor, em especial para pacientes idosos.
- Em hospitais pequenos o custo de uma unidade menor que dez leitos pode ser demasiadamente elevado pela necessidade da equipe treinada em período integral.

Os cuidados paliativos são uma nova forma de cuidados que buscam o alívio da dor e o controle dos sintomas dos pacientes cujas medidas terapêuticas curativas já não são mais possíveis (DOMINGUES et al., 2013). É uma prática de cuidar que não visa a cura, sendo pautada em princípios que norteiam a atuação dos profissionais da equipe de CP. Os Cuidados Paliativos exigem um trabalho em equipe que busca possibilitar a vivência do doente como um ser global, que necessita ser enxergado em todos os seus aspectos, biopsicossocial e espiritual (BRITTO, 2010; DOMINGUES et al., 2013).

A *necessidade de trabalhar com uma equipe multiprofissional em cuidados paliativos* foi outra dificuldade encontrada e relatadas pelos enfermeiros ao assistirem os idosos em cuidados paliativos. Eles reconhecem a necessidade de trabalhar com profissionais de outra categoria e consideram importante que haja a integração entre os membros da equipe e a enfermagem, para assim assistirem tais pacientes, baseados na filosofia paliativa, conforme referem:

E2- Mas eu busco muito ajuda dos outros profissionais, da psicologia, do serviço social, procuro conversar com as meninas da equipe quando eu percebo

que existe algum tipo de diferença no tratamento, algum tipo de rejeição e também com os médicos na medida do possível. Então eu tento ajudar e agir dessa forma para que eu possa dar a essa paciente uma qualidade de vida, digamos assim.

E3- Ele tem que ter uma equipe multidisciplinar treinada para isso, mas quem toma as decisões maiores claro que é o médico, que tipo de cuidado esse paciente vai ter, que manejo ele vai ter. Então às vezes a gente percebe que não é feito de maneira correta do que esse paciente estava precisando, então isso me traz um pouco de preocupação. Eu fico um pouco preocupado no nosso dia a dia. Acho que podia fazer muito mais, principalmente não só controlando a dor desse paciente, mas sim se fosse um paciente que pudesse, se fosse um paciente consciente, orientado ainda, determinar com a equipe multidisciplinar várias condutas com ele, condutas ativas com ele: terapêuticas, fisioterapêuticas. Então a gente podia fazer muito mais.

E5- Para melhorar eu acho que precisa de uma integração da equipe multiprofissional. Eu acho que não dá para a enfermagem para quando se fala em cuidado paliativo não é trabalhar com um só profissional, “Ai eu vou trabalhar só com o geriatra, só com a enfermeira, só com o técnico de enfermagem”. Não, o cuidado paliativo ele é feito em equipe: psicólogo, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional. Eu acho que é em conjunto e é difícil a gente perceber isso aqui.

E7- O médico, ele pode perceber o lado psicológico, ele aciona o psicólogo, mas não é “pra” ser cuidado paliativo... ah, tipo “a ação só do psicólogo... deixa ele fazer trabalho dele, vá lá e eu não quero nem saber...”. Não, o médico teria que “tá” integrado, interagindo com esse psicólogo, com esse enfermeiro, com o serviço social, “pra” poder atingir o cuidado nos aspectos totais aí. O profissional sozinho não consegue fazer isso, porque, por exemplo, o enfermeiro “pra” ter cuidado paliativo tem que ter uma equipe atuando de forma integrada. A gente tem a equipe multi e tem a equipe, então cada um vem faz a sua parte e pronto. Não integra, não escreve no prontuário, não integra; então eu acredito que nós, por mais que a gente tente, não alcança a eficácia da coisa, né?! Porque, por exemplo, eu posso ter o meu lado... fazer o meu lado psicológico, ajudar, mas não tenho o olho clínico do psicólogo; eu posso ter o lado social, mas não tenho o olho clínico do social, é por isso que as pessoas não entendem, né? Quando a gente diz assim: - vai fazer a visita, vai ver. Cada um tem um olho; então “pra” integrar... eu acho que não tem como integrar isso se não tiver ajuda dos profissionais; a gente pode até tentar, mas não tem eficácia, entendeu? Então como é que eu faço isso? Eu não consigo fazer, eu tenho que ter a ajuda do meu colega psicólogo, eu tenho que ter... claro, a gente pode chegar conversar, mas não tem uma eficácia que seria se fosse todos os profissionais juntos, unidos “pra” fazer valer esse cuidado paliativo no verdadeiro sentido da palavra.

E8- Então nesse momento, principalmente nas complicações potenciais, em que eu preciso do auxílio de outro profissional é que eu vejo que ele não tem a mesma percepção e sensibilidade diante de um cuidado paliativo a ser prestado para esse idoso, a gente se sente impotente. Então os pacientes estão precisando no momento, porque cada momento é um momento e interagir com outras equipes, né? Porque existe TO, existe psicólogo que podem interagir de tal forma a trazer melhor, até entendimento para família, porque tem família aqui que não se sabe da realidade do caso, a família não aceita.

E13- E nesses casos esse paciente deveria ter atendimento de toda uma equipe voltada “pra” cuidados paliativos. Muitas vezes o paciente paliativo é um paciente que tem muita dor, se o próprio colega médico “tá” preparado “pra” atender a dor do paciente porque ele tem receio de passar medicações mais forte como morfina, porque quando passa morfina de concentração muito

diluída que não vai fazer efeito nenhum. Quando a gente trabalha com um colega que tem o conhecimento paliativo, ele já faz sem medo a morfina, entendeu? Então eu vejo muito nessa questão que tem que ter um preparo maior e cuidado com o paciente paliativo e a minha sugestão seria ter uma clínica de cuidados paliativos, em uma instituição como a nossa deveria ter.

Assim, tendo em vista todos os aspectos da filosofia e princípios dos cuidados paliativos, deve-se considerar que estes dependem:

[...] de uma abordagem multidisciplinar para produzir uma assistência harmônica e convergente ao indivíduo, sem possibilidades de cura, e à sua família, os integrantes da equipe multiprofissional necessitam ter, como meta, uma opção de tratamento adequado para estes pacientes. Neste sentido, torna-se primordial o resgate da humanização do processo de morrer, ou seja, a morte é vista como parte de um processo da vida. (CARDOSO et al., 2013, p. 1135).

Nesse sentido, a equipe multiprofissional deve estar preparada para, de forma integralizada, atender as necessidades dos pacientes e de seus familiares de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevida digna e o controle adequado dos sintomas biopsicossocial e espiritual, conforme recomenda a filosofia paliativista, compreendendo o paciente e sua família em sua subjetividade e complexidade, a quem ainda se tem o que viver com qualidade.

Para que a equipe multiprofissional assista esse paciente em cuidados paliativos no hospital e consiga alcançar, ou ao menos se aproximar, os princípios filosóficos que norteiam um cuidar em pacientes sem perspectiva de cura, os profissionais, assim como o enfermeiro, vislumbram como ferramenta para o alcance dessa assistência o desenvolvimento de treinamentos e educação em serviço (CARDOSO et al., 2013). Essa *necessidade de treinamento e educação continuada da equipe de enfermagem e multiprofissional em cuidados paliativos* foi observada e relatada como uma outra dificuldade presente no dia a dia dos enfermeiros assistentes:

E6- E eu acho que a gente precisa mais estudar sobre isso, se qualificar mais sobre isso, precisa vivenciar mais isso de fato. E às vezes até criar uma forma da gente instrumentalizar a assistência para esses domínios que a gente negligencia e acaba ficando muito mais nos domínios físicos do paciente. Qualificação dos profissionais. Eu tenho a impressão de que não é claro para as pessoas o que são cuidados paliativos. A impressão que eu tenho para as pessoas é que cuidados paliativos é aquele assim “vamos só esperar morrer”, eu tenho percebido muito isso. “Ah, já está em cuidados paliativos, não tem muito o que fazer, não vamos investir, deixa lá né”. Até as pessoas dizem “olha, ainda não morreu?”, é um discurso muito agressivo aos olhos do lado humano da coisa, então eu acho que esse é o maior problema. Tem um monte de questões aí que a gente não tem preparo, talvez qualificação, não sei de que forma a gente pode contemplar isso dentro da assistência de enfermagem. Eu honestamente me sinto completamente impotente com relação a isso.

E8- Assistência de enfermagem de qualidade, em que eles precisam saber... Bem, primeiro eles têm que entender, né? Sobre cuidados paliativos e a partir

daí identificar tudo para aplicar esses cuidados, identificação de métodos, de cuidado os mesmos, mas isso é com a capacitação, é através da capacitação. Agora o que eles precisam saber... na verdade a gente tem que conhecer o cuidado paliativo através da qualificação mesmo. Palestras com os familiares, mais habilitações, mais qualificação para o pessoal, seja de enfermagem, seja de medicina, muitos não têm tempo como eu (risos), mas a sensibilidade mesmo já ajuda muito porque mesmo não tendo tempo, mas você acaba escutando alguma coisa.

E11- Tem tantas dificuldades.... Por exemplo, aqui no hospital tem essa equipe de cuidados paliativos, eu acho que eles deveriam ser mais presentes. Aqui tem grupo que tem terapeuta, né? Tem enfermeiro, tem o médico, tem psicólogo, eu acho eles muito ausentes; e outra coisa, eu acho também que eles deveriam treinar as pessoas, porque nem todo mundo tem esse treinamento “pra” cuidar daquele paciente, tem gente que não dá muita atenção.

E12- Eu acho que era trabalhar assim muito a questão de educação continuada em serviço em todas as unidades, porque tem esse déficit aqui e a gente tem o idoso espalhado basicamente em todo hospital. Promover capacitação dos grupos de cada unidade, fortalecer a equipe, ter uma equipe central de cuidados paliativos que hoje “tá” com déficit de recursos humanos. Então começar fortalecendo eles “pra” que eles pudessem trabalhar com a gente e com os demais, porque existe um movimento no início e foi interrompido dessa educação em lócus de “tá” indo, de “tá” promovendo, mas que “tá” ainda devagar hoje basicamente por conta desse déficit de pessoas. E aí vem, além disso, como a gente é hospital escola deveria “tá” bem inserido, né? Eu não sei como é que “tá” a grade curricular hoje do nosso curso de graduação e das demais profissionais envolvidas na equipe multi aí, né? O psicólogo, o médico, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, também já “tá” trazendo da academia mais informações, já algo assim mais concretizado que também pudesse facilitar o desenvolvimento desse atendimento, né? De pacientes idoso em cuidados paliativos.

E13- E nesses casos esse paciente deveria ter atendimento de toda uma equipe voltada “pra” cuidados paliativos. Muitas vezes o paciente paliativo é um paciente que tem muita dor, se o próprio colega médico não “tá” preparado “pra” atender a dor do paciente porque ele tem receio de passar medicações mais forte como morfina, porque quando passa morfina de concentração muito diluída que não vai fazer efeito nenhum. Quando a gente trabalha com um colega que tem o conhecimento paliativo, ele já faz sem medo a morfina, entendeu? Então eu vejo muito nessa questão que tem que ter um preparo maior e cuidado com o paciente paliativo e a minha sugestão seria ter uma clínica de cuidados paliativos, em uma instituição como a nossa deveria ter.

Em suma, os cuidados paliativos são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar e não de um só profissional, contexto em que essa equipe deve ter preparo para lidar de forma humanizada com as diversas necessidades afetadas do paciente idoso em cuidados paliativos, tendo sempre em mente agir com respeito frente à realidade do fim da vida e às necessidades biopsicossocial e espiritual do doente e seu familiar.

O conhecimento geral da equipe multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas e enfermeiros) acerca de temas relacionados à terminalidade ainda é muito deficiente. Nos dias de hoje, com o aumento do número de doenças crônico-degenerativas, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente os que atuam com idosos em cuidados paliativos e vivenciam o processo de morte e sofrimento humano em seu

cotidiano, adquiram habilidade, experiência e conhecimentos necessários ao atendimento de casos sem possibilidades terapêuticas.

Em um estudo sobre equipe multiprofissional de cuidados paliativos, outro aspecto que ficou evidente diante dos resultados é o fato de que a preparação acadêmica é insuficiente para atuação nos cuidados paliativos, sendo necessária aos profissionais uma qualificação específica para manejar esse cuidado e lidar com as demandas presentes nesse tipo de serviço (OLIVEIRA; MARANHÃ; BARROSO, 2017).

Nesse sentido, Cardoso (2013, p. 1139) reforça que:

[...] o preparo e a formação desses profissionais, seja durante a graduação ou em educação continuada, estão em geral voltados para formar profissionais técnicos, criando uma lacuna na formação humanística, da qual o profissional sente falta ao se deparar com dilemas que requerem tomadas de decisão no seu dia-a-dia. A participação de toda a equipe multidisciplinar é muito importante, além de profissionais capacitados, a discutir os temas embasados sempre na ética e, acima de tudo, no respeito à dignidade humana.

Para a realização dos cuidados paliativos é necessário que os profissionais tenham conhecimentos sobre a filosofia paliativista. O que podemos observar neste estudo é que existem muitas barreiras para a efetivação desses cuidados, tais como: ausência sobre o conhecimento teórico, falta de capacitação profissional, dificuldade de integração da equipe, falta de estrutura física e organizacional. Essas dificuldades existentes no dia a dia dos enfermeiros assistentes que executam assistência aos idosos em palição acabam interferindo na provisão de um ambiente de conforto, proteção e de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual que é proposto pelo fator de cuidado de Jean Watson. Contudo, diante das interferências, em alguns casos os enfermeiros foram capazes de criar estratégias para contornar situações e conseguir oferecer um cuidado mais próximo do confortável, seguro, e gerar um bem-estar aos idosos em processo de palição atendidos nas clínicas.

6.3 O SENTIMENTO DO ENFERMEIRO AO VIVENCIAR O PROCESSO DE TERMINALIDADE E O APOIO À ESPIRITUALIDADE DOS IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nessa metacategoria será trabalhado o fator de cuidado referente à instalação da fé-esperança de Jean Watson e os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros ao cuidar de idosos em processo de terminalidade. Para Watson, essa metacategoria é de extrema importância no processo de cuidado, principalmente no paliativo. Para alcance desse fator, Watson argumenta que a enfermeira deve ser capaz de compreender e auxiliar o doente a aceitar o processo de morte como algo natural, bem como buscar alternativas

espirituais que o levem a ter um engajamento de espírito de força, transcender e ter uma preparação espiritual, compreendendo a importância da fé e da espiritualidade nesse processo por meio da cultivação da fé.

Antigamente, a morte era um processo que ocorria muito comumente no domicílio do doente, porém, devido aos grandes avanços na área da biotecnologia e no próprio contexto cultural a situação do término da vida tem ocorrido atualmente no âmbito hospitalar. O processo de morte é uma etapa comum da vida de qualquer ser humano, principalmente na velhice, contudo, em nossa cultura ainda é enfrentado como algo negativo, triste, encarado com grande pesar e luto. Diante desse contexto, independentemente de onde ocorra o processo de morte, este deve acontecer de forma digna e humanizada.

Quando se tem um idoso portador de doença crônica degenerativa – no qual normalmente se instala um estado de fragilidade, declínio das funções orgânicas e da qualidade de vida –, a possibilidade de evolução para a morte é fortemente possível, sendo extremamente importante que a enfermeira promova uma atenção integral ao paciente e a seus familiares, visto que a aproximação da morte desperta nestes e no doente um desgaste emocional.

Daí a importância de um novo modelo de cuidar que tenha por objetivo oferecer medidas de conforto para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças incuráveis até a sua finitude. *“O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.”* (MATSUMOTO, 2012, p. 27. Grifos nossos).

Um dos principais desafios do cuidado paliativo é a abordagem da espiritualidade, pois a natureza religiosa do paciente é algo pouco abordado pelos profissionais de saúde. Para Saporetti et al. (2012, p. 51. Grifos nossos) no cuidado paliativo, *“[...] a espiritualidade é considerada uma condição vital e o sofrimento espiritual uma questão médica que dever ser abordada como qualquer outra”* e a espiritualidade pode ser definida como: *“Um aspecto da humanidade que se refere ao modo como as pessoas buscam e expressam significado e sentido, assim como o modo pelo qual elas experimentam sua conexão com o momento, o si mesmo, os outros, a natureza, o que é significativo ou sagrado”*. Nesse sentido, de acordo com a ANCP, a abordagem das questões espirituais e religiosas devem fazer parte do plano de cuidados do paciente para

que medidas necessárias sejam tomadas para resolução de possíveis demandas do paciente e seus familiares.

Promover a fé e a esperança, um dos fatores de cuidado proposto pela teórica Jean Watson (1999), é de extrema importância no processo de cuidado, principalmente no paliativo, mas também no processo de cura. Para a autora, quando o paciente tem uma doença sem perspectiva de cura pela medicina e a ciência não tem mais o que oferecer à pessoa, usar a fé, a esperança e auxiliar o doente para uma compreensão de alternativas além da medicina, como meditação e oração, são estratégias para proporcionar uma sensação de bem-estar e conforto por meio do cultivo a crenças significativas ao indivíduo.

Segundo Watson (1999) o enfermeiro enquanto cuidador deve ser capaz de compreender o importante papel da fé e da esperança no cuidado prestados aos idosos em palição e a seus familiares. Ela afirma que o cultivo da fé e esperança tem efeitos terapêuticos no tratamento para aliviar os sintomas da doença, na possibilidade de mudança da realidade vivenciada pelo doente, favorecendo o bem-estar.

Nesse sentido, *a compreensão da importância da fé, espiritualidade e a importância do estímulo do engajamento, espírito de força e vontade de transcender, preparação espiritual e aceitação da morte* pelos enfermeiros assistentes foram reforçados pelas suas colocações em relação à promoção do estímulo da fé e espiritualidade, conforme seus relatos:

E1- Eu entendo que a fé, sempre que tem um paciente que se diz de alguma forma crente em algo, vejo isso como motivação de fé e espiritualidade, esses pacientes se predem mais às questões de melhora. Eu acho que a fé melhora muito, é um ponto positivo onde a gente possa se apoiar e achar que possam ter é, digamos assim, seja “transdecendente”, ou seja, mesmo que eu me vá eu tenho um lugar melhor, um espaço melhor. Quando a gente tem fé a gente consegue passar por situações mais facilmente do que outras pessoas que dizem que não têm. Então isso traz uma esperança melhor “pro” paciente.

E3- É o lado espiritual, religiosidade desse paciente. O que ele acredita, né? O que ele acredita até mesmo nos pós-morte ou na morte, qual é o entendimento dele relacionado à morte? Eu vou ficar, eu vou para aí, eu vou para cá, eu vou subir, eu vou descer? Saber o que esse paciente entende por morte e tentar confortar ele dentro do entendimento dele que às vezes a gente esquece. Então se a gente puder fazer isso até mesmo através de um amigo que segue a religião dele tudinho para a gente confortar esse paciente. Talvez ele precise de alguma palavra pronta, aquela palavra foi suficiente e ele entendeu e de lá ele partiu uma paz, a paz que ele queria, a paz que ele estava precisando. A parte espiritual reflete muito na paz e a paz acaba te trazendo um entendimento e um conforto muito grande relacionado à morte para os pacientes e para os familiares também, os que vão ficar principalmente. Para eles é bem importante, né? Para os idosos, porque geralmente os idosos eles são mais religiosos que a gente. Eles têm, não nós dessa geração, mas os antigos mesmos

de andar com o seu terço na mão, o terço para ele é fundamental, a bíblia “pra” ele é fundamental e se tiver ali do lado dele é um conforto que ele vai ter.

E5- Lado espiritual, é o acreditar que a vida vai além do que a gente possa imaginar e não termina ali. Pode ter um outro caminho, continuidade e eu acho que é um momento de orar, rezar, se for umbandista faz outro tipo que eu não sei o que é, mas aí eu acho que é um momento de pedir perdão, pedir perdão, de ser escutado e dizer “Olha eu te perdoo, tu és filho de Deus”, essas coisas. Eu acho que o espiritualismo espiritual.

E7- Como eu sou muito voltada “pra” questão religiosa então eu me sinto na obrigação assim... de rezar um “Pai nosso”, levar a pessoa a si desprender da matéria, né verdade?! (Mais “pro” lado espiritual, mas isso é muito individual) num todo eu acho que o profissional da saúde... assim... não tem preparo “pra” trabalhar com que “tá” morrendo. E a questão da morte ela é algo assim que... as pessoas... nós na verdade como sociedade a gente não entende, não é vista com bons olhos, né? Morte... a gente tem medo da morte, né?! E nessa situação aí... é... a religião, o contato com Deus, crer em alguma coisa ele traz uma serenidade, uma paz, né? Até “pra” nós que temos conhecimento das coisas de Deus, cremos em Deus, isso aí se torna... se torna assim... algo assim... digamos assim... confortante e isso aí, esse cuidado aí espiritual ele traz o conforto tanto “pra” quem “tá” na situação de morte, de finitude iminente como “pra” quem “tá” cuidando. Você se preparar “pra” passar “pro” outro lado, independente da religião, você traz uma serenidade na morte que traz um bem estar tanto “pra” família, quanto “pra” quem foi, quanto “pra” quem cuida, então é aquela sensação de dever cumprido.

E9- Ele é muito importante “pro” paciente, ter fé em algo, acreditar em algo. Até mesmo porque um paciente paliativo tem aquela ideia de que ele já vai partir, né? Então, eu acho que muitos ficam naquela ideia de céu, de inferno ou de nada. Então ter esse conforto de, digamos espiritual, de que vai ficar tudo bem após a morte é muito importante que o paciente.

E11- É a fé, é o momento que a gente precisa de algo “pra” gente buscar forças, buscar força “pra” superar aqueles momentos difíceis, porque eu vejo que só através da fé, não importa qual tua religião, o importante é que você acredite em algo que te de força “pra” levantar o teu animo, o teu astral, que te ajude a seguir o teu caminho, por que o caminho até quando tu vais ficar viva? Se tu pode ou não sair desse momento? Só Deus sabe. Cada um tem o seu... a sua jornada, alguns mais pesada, a gente não sabe nem por que, mas só a fé... e a gente sempre precisa disso, um profissional que dê... “poxa, bora fazer uma oração?” ou então: “ore!”. Às vezes eu passo a visita aí: - ah enfermeira eu não consigo dormir! Aí eu digo: - a senhora já experimentou orar um pouco? Faça uma oração, peça “pra” Deus “pra” lhe dar sono, porque às vezes você não “tá” precisando de medicação, a sua medicação é Deus, faça uma oração... a fé é muito importante...

E13- Todos nós temos a necessidade da questão espiritual, né? De acreditar em algo, de acreditar que a morte é só uma passagem e não é o fim, então nesse ponto o paciente “tá” com a necessidade espiritual afetada, dependendo, respeitando a crença de cada um. Por exemplo, eu acabei de passar na enfermaria e a moça “tava” cantando hinos evangélicos lá para todos os quatro pacientes e os quatro estavam lá relaxados e paciente sente dor, paciente que “tá” sempre passando mal, paciente relativamente grave. Mas, apenas com a mensagem espiritual, eles conseguiram ficar mais tranquilos. Então é uma necessidade humana a ser atendida a questão espiritual.

As colocações dos entrevistados reforçam o que Watson propõe no seu fator de cuidado relativo à promoção da fé e espiritualidade, em que se deve promover junto ao paciente e familiar a forma que melhor convier para o doente, o engajamento do espírito

de força, de luta e vontade, de crer em algo ou em alguém que dê sentido a sua vida e o leve a transcender, e assim lhe traga conforto e bem-estar para aceitação do processo de morte como algo natural, sem medo ou angústias.

Nesse momento, trazer para a assistência de enfermagem esse fator como meta de cuidado deve ser algo trabalhado no dia a dia, como buscar descobrir se o paciente segue algum tipo de religião, o interesse ou a necessidade de participar de um rito, de criar no serviço uma assistência espiritual que auxilie de alguma forma o suprimento dessa necessidade, apresentada pelo paciente ou por seus familiares. A importância da fé e da espiritualidade por meio da participação em comunidades espirituais e sociais pode, portanto, auxiliar no processo de aceitação da morte, tanto para o paciente quanto para a família (SAPORETTI, 2012).

Para Watson, o enfermeiro deve ser capaz de usar a fé e a esperança para proporcionar sensação de bem-estar ao doente. De acordo com os enfermeiros entrevistados ao serem questionados sobre a estratégia relacionada à fé e à espiritualidade que utilizavam na sua assistência aos idosos em cuidado paliativo e seus familiares, a maioria respondeu que não. Porém, o interessante foi que em seus relatos percebemos que de alguma forma, por mais mínima e imperceptível que fosse, eles buscavam no seu dia a dia alguma maneira de *estimular o cultivo da fé e a valorização das crenças, assim como a participação do paciente/família em grupos religiosos/comunitários*, conforme mostram suas falas:

E2- Muitas das vezes, não é sempre, mas eu dou uma palavra e falo alguma coisa. Tem uma colega nossa aqui que ela é católica, muito religiosa. Ela mesmo às vezes lê algum texto da bíblia para eles, não sei se chega a rezar o terço mas acho que ela pode até rezar o terço. E assim, a gente até que gostaria que fossem mais estimuladas as visitas, né? Pastores, padres. Às vezes até a gente vê, mas não é muito assim, não é constante. Mas assim, eu acho que poderia trabalhar melhor porque essas visitas são muito raras e às vezes a gente não tem tempo pelo trabalho agitado de parar para ler uma passagem da bíblia, rezar um terço, mas a gente tenta fazer dessa forma. Eu acho que a gente deveria ter um apoio melhor, ter mais visitas, algum tipo de evento religioso.

E3- Se ele tem algum segmento religioso para ver um padre, pastor, alguma coisa espiritual que ele acredite. Tentar trazer, tentar fazer uma liberação para que o paciente receba uma oração, alguma coisa, alguma uma reza que possa trazer algum conforto para ele. O que a gente tenta fazer aqui na verdade é o mínimo relacionado ao que a gente poderia fazer se tivesse alguma capacitação específica ou trabalhasse em uma clínica específica para isso. Além disso, eu procuro assim levar alguma palavra de conforto para esse paciente, né? Principalmente assim, não que eu vá impor alguma coisa para ele, mas a bíblia é uma linguagem universal. Eu tento levar alguma palavra da bíblia que possa levar algum conforto para esse paciente ou para os familiares dele, sempre acreditando em Deus e na fé e buscar que a vontade de Deus esteja sendo feita, né?

E6- Procuo dentro da minha fé e da minha religião, claro sem falar de religião ali no caso, mas falando de fé mesmo enquanto atitude. Procuo falar de Deus que é quem eu acredito, mas eu sempre costumo dizer em quem você tem fé, em quem você acredita e mostrar para essas pessoas que essa busca desse suporte espiritual ela é muito positiva, ela traz muitos benefícios, comprovados cientificamente, inclusive. E procuro conversar muito com o paciente que se permite ouvir, eu converso abertamente com a família que se permite ouvir.

E7- Qual a estratégia que eu uso? Eu procuro saber se tem alguma religião, se gostaria de receber uma prece, às vezes eu canso de fazer isso nos meus plantões de ter aquela primeira conversa... dizer que Deus é tudo, que nós somos passageiros, e aí não sei... acho que Deus vai conduzindo e quando eu vejo a pessoa já “tá” conversando comigo, eu já “tô” conversando com a pessoa e o final a gente acaba orando, rezando como e gente chama. Então é isso... isso faz parte do meu “eu” assim... eu tenho essa formação...

E8- Sim, né? Embora a gente não tenha muito tempo, mas a gente... não é que vai tirar esse tempo para prestar essa assistência, mas é naquele tempo rápido mesmo de visita. Aquela pessoa só precisa ouvir mesmo que tu digas: “olha, tem fé, tenha fé, acredita”. Uma coisa muito rápida, mas que às vezes a pessoa precisa ver isso, se tu falares isso algo que ela “tá” precisando ouvir falar.

E11- Você tem que levar aquela palavra de conforto, falar um pouco de Deus, sabe? Às vezes se der vontade de cantar eu canto, às vezes falar um pouco de Deus “pra” pessoa, à noite, antes de dormir falar da importância da oração, “pra” pedir “pra” Deus aliviar o sofrimento. Todos nós passamos por momentos difíceis, então a gente precisa desse momento de fé. Eu uso muito isso.

E13- Eu procuro, tipo assim, falar de Deus, questão fé em Deus, que acreditem, que a gente fez tudo o que tinha “pra” fazer por aqui mas quem sabe é Deus, se Deus quiser e você for merecedor um milagre pode acontecer. Assim como você tem que pensar de tudo de bom que aconteceu na tua vida, na família que tu tens, nas coisas que tu tens ou que te deixaram, ou se te abandonaram, sei lá, eu tento trabalhar a questão da espiritualidade respeitando a religião de cada um. Muitas vezes o paciente vem aqui e a família traz “ah, lá vem um pastor” ou alguma coisa assim, aí eles perguntam “a gente vai fazer visita ‘pra’ ele” e tudo bem, existe, mas em cada enfermaria pergunte se o paciente deseja receber aquela porque muitas vezes tem que se respeitar a religião de cada um, é de um credo e o outro paciente é de outro, mas o que vale é a mensagem de Deus.

As falas enfatizam que a fé e a espiritualidade são importantes nesse processo de cuidado aos pacientes idosos em terminalidade, bem como que o apoio ofertado pela equipe de enfermagem nesse momento é essencial para buscar promover no outro a fé e a esperança. O fato dos enfermeiros estarem juntos ao paciente e à sua família nessa fase delicada de sua vida lhes desperta a necessidade de ofertar tal apoio, seja da forma mais simples, procurando conhecer a crença do paciente, conhecer aquilo que ele acredita, levar uma palavra de Deus, ou permitindo a visita da comunidade e do seu líder religioso. Essas foram as principais formas que os entrevistados tiveram de estimular a fé e a valorização da crença nos pacientes e nos seus familiares para que assim buscassem transcender da maneira que mais lhes confortasse.

Mesmo com todo esforço para ajudar e dar apoio aos idosos e seus familiares na promoção da fé e espiritualidade, a equipe de enfermagem é quem mais percebe de perto

as angústias e os estresses espirituais vivenciados pelos doentes, e por esse motivo também precisa fortalecer a sua fé e espiritualidade interior, necessárias para que possam auxiliar os pacientes, já que em muitos momentos os profissionais também se sentem desesperançados. E considerando o desafio vivenciado pelos enfermeiros, que como profissionais de saúde devem também estar preparados para dar esse apoio espiritual aos pacientes e seus familiares, Spoletti (2012, p. 51) nos diz que:

Outro desafio importante é a falta de treinamento para abordar o tema e a falta de compreensão da própria espiritualidade. Nossas próprias questões sobre finitude, religião e espiritualidade são o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes. A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, não impondo conceitos próprios, mas respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática.

Essa é uma questão que precisa ser realmente trabalhada e fazer parte da rotina das instituições de saúde, isto é, sobre haver tal apoio espiritual ao profissional para que ele trabalhe em si essa questão, além de capacitação para que os enfermeiros que atuam com a clientela em finalidade possam dar um melhor suporte a essa necessidade afetada tão importante nesse estágio da vida dos pacientes idosos em cuidados paliativos e que essa não se torne “negligenciada”, como relatado por um dos entrevistados:

E6- É o que gente mais negligencia, né? Que é a questão da espiritualidade e de como a gente trabalhar isso com esse paciente. Até a gente faz isso, muito mais para a questão epidemiológica e estatística, a gente pergunta, por exemplo, em uma dimensão “qual é a sua religião?” e a gente marca lá com um “X” se é católico, evangélico, espírita, enfim. Mas de que forma a gente trabalha isso? Como se tem trabalhado? Isso na minha opinião é o que é mais negligenciado, isso gera feridas que talvez a gente não tenha como curar, né? São as feridas da alma. É a invisibilidade do paciente que a gente não consegue trabalhar, não consegue ver, que é invisível mesmo isso para a gente. Mas eu acho que é um segmento que a enfermagem não sabe, ela precisa transcender nesse aspecto. A gente precisa estar preparada não para ir lá e evangelizar ninguém porque não é esse o papel, mas é de que forma eu posso contemplar essa dimensão do paciente nesse momento, né? Que é um momento de passagem independente para quem seja. É um momento de fim, de término, vai acabar, né? Pelo menos aqui nessa vida terrena e gera talvez angústia “para onde eu vou?”. Esse paciente pode ter essa angústia “Para onde eu vou? Eu vou morrer agora e vai acabar? Existe vida após a morte?”, tem um monte de questões aí que a gente não tem preparo talvez, qualificação, não sei de que forma a gente pode contemplar isso dentro da assistência de enfermagem. Eu honestamente me sinto completamente impotente com relação a isso.

E10- Essa questão da morte apesar da gente saber que é a única certeza que eles têm, entender que ela é inevitável e que ela vai acontecer, mas que ela foge a nossa governabilidade, foge a nossa possibilidade, seja ela terapêutica ou de outras possibilidades. Nós não temos a capacidade de definir quando ela vai acontecer e começar a ir trabalhando nesse familiar e nesse paciente de que ela vai acontecer no tempo que for “pra” acontecer, que é uma coisa que a ciência não explica como é a morte. A única coisa que eu acho que tem que ser muito clara é de que se esse paciente “tá” em cuidado paliativo, especial o idoso que “tá” em cuidados paliativos, de que muitas das vezes o investimento terapêutico mesmo que não haja possibilidade terapêutica, ele pode protelar

um sofrimento que é inevitável. Ou seja, eu posso protelar uma coisa que seja inevitável que aí se a gente for “pro” lado ético da coisa é a prática da distanásia, é você protelar o sofrimento. Então, a morte existe e ela vai acontecer, mas que a gente precisa preparar esse paciente e essa família “pra” que essa passagem, esse fim, esse fenômeno chamado morte aconteça de maneira natural porque ela vai ter que acontecer. Acho que é isso.

Sabemos que os profissionais de saúde ao cuidar de pacientes devem ter competências técnico-científicas e ética, e quando se trata de idosos em cuidados paliativos, mais que a capacidade técnica, a capacidade humana e espiritual é de extrema importância para que possamos ter uma relação mais humanizada que tecnicista. Dessa forma, para Santana (2008, p. 80):

Preocupar-se com o lado emocional é, acima de tudo, agir em prol da melhoria a qualidade de vida do paciente terminal e de sua família, capacitando-o deste modo, a acompanhar e suportar a dor e a angústia e resgatar a vida num contexto de morte eminente.

Em nosso país ainda existem vários desafios a serem vencidos em relação ao processo de palição, principalmente em relação ao fim da vida, incluindo uma possível deficiência na formação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade (ANCP, 2012). Para Cardoso (2013), em seu estudo sobre cuidado paliativo hospitalar, vivenciar o processo de terminalidade no cotidiano de trabalho é algo que deve ser trabalhado, pois os profissionais encontram dificuldades em aceitar o fim da vida, o que muitas das vezes traz sentimentos de sofrimentos e angústia, pelo fato de se sentirem impotentes e frustrados frente à perda desses pacientes. Nesse sentido, podemos observar o que os entrevistados relatam sobre a sua percepção da morte dos pacientes idosos em terminalidade:

E3- Pois é, a morte ela acaba sendo um processo muito doloroso e sofrido, porque a gente vê a forma que esses pacientes acabam partindo. Alguns acabam ficando eu não sei se alguma coisa poderia ser feita, mas acabam ficando deformados. Não sei se tem uma falta de um cuidado específico e eles acabam ficando assim, mas o fator morte “pra” esse paciente deve ser muito doloroso porque acaba eles ficando muito à mercê e carente de muita coisa que a gente acaba não fazendo.

E5- Ah, eu não sei. Às vezes eu penso que impotência, mesmo que seja paciente idoso, sabe? Eu acho que a gente acaba pensando, assim, “pra” ele ter uma morte mais tranquila, né? Principalmente que não fosse nesse ambiente do hospital, um ambiente mais feliz.

E8- É aquilo que a gente fala no momento descansando. Que muitos já estão sofrendo há tanto tempo. Então quando você percebe a morte como enquanto há vida, e muitas vezes esse paciente está sofrendo a primeira percepção que vem na minha mente é essa, ele já estava caminhando para esse descanso. Então ele descansou. Nesse momento que ele manteve a fé, que ele realmente possa ter alcançado a paz. Essa percepção que tenho da morte para esse paciente. Porque eu quero que ele tenha paz. O que eu quero que ele descanse. Já não tem jeito, então pelo menos que ele descanse, ele tenha paz enquanto ele ainda esteja vivo, né? É a percepção que eu tenho da morte, é esse alcance à paz, porque ele já estava sofrendo muito.

E10- É algo sim, é a perda de um ser humano, em que uma doença que foi além dos cuidados que a gente pode prestar foi muito mais forte, uma perda sempre fica “pra” gente aquela sensação, que não fomos capazes de vencer. Câncer é uma dessas doenças que traz uma insatisfação tanto “pra” família quanto “pra” quem cuida deles, é algo que está além das nossas possibilidades.

E11- Representa uma coisa tão triste... mas infelizmente a gente às vezes tem momentos que você não quer perder aquela pessoa que você gosta ou até aquele paciente que você criou aquele carinho, mas às vezes você vê que o sofrimento é tão grande que é melhor partir, mais antes partir do que... eu vejo que quando você vê uma pessoa sofrendo você sofre muito mais que ele, porque você é um profissional de saúde, quando você vê que ele “tá” em uma fase terminal, “tá” morrendo e você se sente inútil, você não pode fazer nada a não ser o conforto, trazer algum conforto “pra” ele naquele momento, mas você não pode evitar que ele morra, né?!

Nos depoimentos, observou-se que os profissionais ainda veem a morte como um fracasso, algo triste, que lhe traz uma frustração devido ao sofrimento que o paciente passa nessa fase de finitude, decorrente da impossibilidade de evitá-la. Isso porque os profissionais de saúde, desde a academia, são preparados para obter a cura da doença e a recuperação do doente.

Além disso, o trabalho desses profissionais, principalmente os da equipe de enfermagem, que estão mais próximos ao paciente e seus familiares, leva a diversas formas de estresse, sobretudo ao se depararem com pacientes em cuidados paliativos, o que muitas das vezes gera angústia, *sentimento de impotência e frustração* em relação à impossibilidade de impedir a evolução da doença e, conseqüentemente, da morte, conforme exposto nos relatos a seguir:

E1- em relação a sentimento o que me vêm assim na cabeça é um sentimento às vezes de impotência, porque seja pela minha falta de conhecimento ou seja pela falta de condições de assistência, em muitos momentos, a gente tem essa impotência mesmo, essa inadequação “pra” lidar com essa população. Eu pelo menos me sinto assim.

E2- É a sensação de impotência. Você faz de tudo para dar conforto e continua a ver a pessoa sofrendo. Por mais que você chegue com o médico e fale “Doutor, vamos colocar o paciente na macro, bora fazer uma morfina”, e a gente vê o paciente sofrendo. Por mais que a gente tente trabalhar de não se envolver até o ponto de sofrer, mas a gente sente, eu sinto às vezes aquela sensação de impotência, de me sentir angustiada, eu vejo paciente sofrendo. Às vezes eu chego aqui e peço para o médico fazer a morfina e eu sei que aquilo não vai resolver, mas vai aliviar e é uma coisa assim, a gente sente dentro da gente. Sentimento de tristeza, sentimento de impotência. É isso.

E4- Depende. Porque assim, tem vários tipos de paliativo. Tem aquele paliativo que já está extremamente grave e a gente sabe que ele vai partir. Mas tem aquele outro que foi definido hoje, já está consciente e de repente ele parte, né? Tem aquele outro que só porque é paliativo, isso acaba acontecendo muito, aí zera-se alimentação e a gente acaba ficando chateado, situação de impotência.

E5- Bem, às vezes é um sentimento de impotência que eu não posso fazer muita coisa. Mas eu acho que só no escutar, no perceber e tentar amenizar aquele

sofrimento naquele momento eu acho que já é alguma coisa. Eu acho que é isso.

E6- Muita das vezes é esse sentimento de impotência, eu tenho muita dificuldade em lidar com as perdas. As perdas elas são traumáticas quase sempre para mim, porque por mais que a gente seja profissional e tenha que se colocar em uma posição de relação paciente e profissional, é inevitável que uma vez ou outra a gente se sensibilize com a situação de um paciente. A gente tem limitação e não consegue, e gera esse sentimento de impotência. Às vezes um cansaço, um desgaste mesmo emocional.

E12- Eu penso assim: apesar de ser um idoso que teoricamente já viveu e tem ali seus 70, 80 anos ou a partir dos 60 mesmo, como é considerado já o idoso que “tá” muito jovem ainda. Mas a partir dos 80 anos já seria tipo assim, poderia realmente “tá” no final da vida só que o fato dele “tá” em cuidados paliativos é, tipo assim, virá a falecer de um câncer ou já algo assim mais agressivo, eu me sinto impotente assim. Eu acho que não deveria ser assim, né?

Sendo o profissional de enfermagem o cuidador que permanece mais tempo com pacientes idosos em palição e seus familiares, evidenciamos que essa jornada de trabalho é permeada por sofrimento, pois, conforme os relatos, os entrevistados se sentem frustrados e impotentes no seu dia a dia de trabalho. Logo, conviver com o sofrimento do paciente e de seus familiares, assim como com o processo de morte, tornam os enfermeiros vulneráveis, dificultando-lhes expressar sensibilidade a uma situação de dor fora de seus próprios interesses, pois desencandeia-lhes uma serie de sentimentos.

O que se percebe também é que a falta de conhecimentos sobre a filosofia e os principios do cuidado paliativo pelos enfermeiros é algo que influencia nos seus sentimentos, pois em suas falas podemos observar ainda o desconforto gerado por sentimentos de impotência e frustração ao observarem que a assistência não está focada na cura, sendo assim notório em seus discursos que o desconhecimento sobre esse cuidado especializado interfere em seus sentimentos. Além disso, muitas vezes se culpam e se consideram omissos ao perceberem que deixaram de prestar um cuidado ou mesmo algo que consideram importante ao idoso nessa fase final da vida.

E7- É... eu me sinto... às vezes impotente, né?! Porque a gente não tem... assim... aquela cultura de cuidar da pessoa que “tá” morrendo, a gente é preparado “pra” cuidar das pessoas que estão vivendo; a gente quer que as pessoas vivam, né?! A gente não é preparado “pra” isso na nossa academia. Quando a gente se depara com essa situação de paciente que “tá” morrendo, às vezes a gente quer fazer um pouco mais e não consegue (eu falo na questão profissional, na questão espiritual eu já tenho outra conduta, né?).

E8- Mas, quando chega na hora em que o nosso cuidado esbarra naquelas complicações potenciais que já vai precisar do auxílio de outro profissional, é aí que a gente se sente impotente, né? Porque a nossa visão de prestar esse cuidado muitas vezes não é a mesma que o outro profissional tem. Entendeu? Então a gente se sente impotente mesmo, porque a gente não consegue dar o andamento, a gente sabe que precisa...

E13- Aí gera, ou seja, uma frustração que tu poderia ter feito uma coisa melhor, poderia ter dado um conforto melhor “pra” qualidade de vida daquele paciente. Imagina o cara com uma lesão que a gente poderia ter tratado o paciente melhor, muitas vezes a lesão “tá” infectada e tem odor e causa um mal estar “pra” aquele paciente, etc. e que não pode melhorar aquela situação.

Constantemente o profissional de enfermagem está imerso diante de condições delicadas da vida dos doentes, como a presença de sofrimento em fase terminal, condições que acabam por afetar o estado emocional e sentimental dos enfermeiros. Dessa forma, é essencial que os profissionais criem estratégias de controle dessas emoções geradas sem alterar o seu desempenho no trabalho e a qualidade da assistência prestada aos idosos em cuidados paliativos e a seus familiares. Durante o atendimento de pacientes oncológicos, segundo Aguilar e Barzallo (2018), o enfermeiro pode sentir angústia e desconforto devido às experiências que ocorrem em seu trabalho, podendo gerar impactos psicológicos quando expostos a situações difíceis, já que esses profissionais desempenham um papel importante na sensibilidade às emoções e aprender a reconhecê-los é um passo importante para manter um estado emocional adequado.

Desse modo, cuidar de pessoas em terminalidade mobiliza emoções nos enfermeiros, pois o processo de morte passa a fazer parte do seu cotidiano, gerando conflitos e necessidade de reflexão, sendo necessário um suporte para esses profissionais. Para Cardoso (2013, p. 1140):

A formação de grupos que possibilitem aos profissionais expressar ansiedades e dificuldades relacionadas ao processo de morte e morrer pode promover conforto, e contribuir na sua prática de cuidado a esta clientela. Assim, é preciso atentar para as necessidades do trabalhador da saúde, como um ser humano que cuida, mas que também precisa ser cuidado, pois esta condição parece influenciar sua disposição para cuidar do próximo, especialmente ao oferecer atenção voltada para os aspectos espirituais.

Nesse sentido, é fundamental que as instituições de saúde identifiquem essas fragilidades dos profissionais que atuam com pacientes em terminalidade e assim procurem criar estratégias de suporte adequado no seu ambiente de trabalho, além de contribuir para qualificar as suas habilidades e, assim, garantir um cuidado paliativo científico e humano de excelência aos pacientes e familiares que enfrentam o processo de terminalidade (SANTANA et al., 2009). Além disso, ficou claro que os profissionais que atuam nesse contexto, onde o processo de terminalidade está presente no dia a dia de trabalho, sofrem com a tensão das emoções e dos sentimentos, já que a maioria deles sente-se frustrada e impotente frente à condição dos doentes, ou seja, sobre como melhorar o cuidado destes, principalmente no estágio da finitude de vida.

Na realização de uma assistência voltada para o cuidado paliativo, é necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, tenham conhecimento sobre a filosofia paliativista, porém é evidente que as barreiras existentes são várias, como: a falta de conhecimento teórico sobre palição, dificuldade de oferecer apoio espiritual e dificuldade de trabalhar com sentimentos interiores. As angústias geradas sobre como atuar com um doente em terminalidade e prestar um cuidado paliativo adequado de acordo com a filosofia de palição rodam a atuação dos profissionais, pois estes são preparados desde a academia para curar o paciente, além de não terem um referencial teórico que norteie a assistência paliativa em enfermagem.

Os resultados deste estudo são compatíveis com os encontrados por Silva et al. (2015) em pesquisa realizada com enfermeiros de um hospital, onde estes narraram não terem tido amparo acadêmico para lidar com situações relacionadas à complexidade do ser humano e com o processo de morrer. Ainda, evidenciou-se que os profissionais necessitam de treinamento em serviço e capacitação por meio de programas de educação permanente. Os enfermeiros também elucidaram em suas narrativas que é necessário um acompanhamento psicológico para os profissionais deste setor.

Nesse sentido, de acordo com os relatos dos enfermeiros entrevistados, estes enfrentam dificuldades consideráveis na oferta dos cuidados paliativos, principalmente quando o paciente se encontra no estágio de finitude, no qual o apoio espiritual é um dos principais cuidados a ser ofertado aos idosos em terminalidade e a seus familiares. Apesar desses enfermeiros serem capazes de compreender a importância da fé, da espiritualidade e da importância do estímulo do engajamento, bem como do espírito de força e da vontade de transcender, da preparação espiritual e aceitação da morte e estimular o cultivo da fé e a valorização das crenças, assim como a participação do paciente/família em grupos religiosos/comunitários, eles não estão habituados a planejar nos seus cuidados de enfermagem a questão da espiritualidade, sendo necessário um programa de capacitação que considere as questões espirituais.

Quanto ao sofrimento dos enfermeiros advindos da rotina de cuidados a idosos em fase terminal da vida, eles se sentem frustrados ou impotentes ao prestar seus cuidados a essa clientela. Assim, faz-se interessante que a instituição ofereça suporte psicológico e crie grupos de apoio a esses profissionais para discussão do processo de morte para que possam trabalhar suas emoções e, dessa forma, prestar seus cuidados de forma tranquila e com prazer.

6.4 A RELAÇÃO DA ASSISTÊNCIA VOLTADA PARA A GRATIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS E O USO DA SAE COMO INSTRUMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nessa metacategoria será discutido sobre a compreensão dos enfermeiros sobre o fator de cuidado referente à assistência focalizada com gratificação das necessidades humanas de Jean Watson e o uso da SAE como um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem. Uma assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas, segundo Watson (1999), procura atender aquelas necessidades do ser, que são: as de *ordem inferior*, como as necessidades biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou necessidades funcionais; ou de *ordem superior*, necessidades de busca de conhecimento como as psicossociais ou integradoras e as intrapessoais/interpessoais. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por sua vez, é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem, segundo Tannure e Pinheiro (2014). A SAE é a base científica, oriunda das teorias de enfermagem. O processo de enfermagem é a parte operacional, ou seja, o método.

Contudo, vale ressaltar que esse fator de cuidado propõe uma assistência focada nas necessidades do paciente, proposto por Watson para que seja contemplado pelos enfermeiros no seu dia a dia de trabalho. Primeiro, é necessário que eles saibam o que são e qual a importância das necessidades humanas no contexto do cuidado de enfermagem a pacientes idosos em cuidados paliativos. Nesse sentido, podemos observar o entendimento dos enfermeiros sobre essa necessidade nos relatos a seguir:

E1- Bom, as necessidades humanas são as necessidades gerais do ser humano desde alimentação, repouso, a questão da religiosidade, o estado espiritual, emocional, todas essas necessidades são gerais do ser humano e aí vai variar de indivíduo para indivíduo.

E2- São necessidades humanas básicas, do ser humano e que devem ser atendidas. Então acho assim, no momento que você percebe que tem todos esses pontos aí mental, físico e espiritual tudo isso aí tem a ver com as necessidades humanas básicas. Todo ser humano tem que ter um pouquinho de cada coisa, como diz o nome “básico”, se ele não tiver isso, se desestrutura. Então você tem que ver a questão do conforto físico, emocional, espiritual, o lazer, o lado mental então tudo isso você tem que ver.

E4- O indivíduo ele tem todos esses centros de domínio, eles são inter-relacionados: mental, físico, emocional, espiritual e o ser. E a gente não pode focar só no físico, só no espiritual, precisa ter essa mente aberta para ver um todo.

E5- Olha eu acredito que é assim, seria até um conceito do cuidado paliativo. Eu “tô” vendo assim mais ou menos, é ver o paciente como um todo não só a parte do cuidado físico, mas o mental, emocional, espiritual que a gente deixa às vezes “pra” depois mas que “tá” inserido. Eu acho que é o conceito do cuidado paliativo.

E9- Necessidade Humana, “pra” mim, abrange tanto a parte físico, mas também a parte emocional, a parte psicológica, a questão da humanização, do bem-estar consigo, da sua saúde.

E10- Necessidades humanas é tudo aquilo que precisamos para sobreviver: do ar, do alimento, da espiritualidade, do bem-estar.

Em relação às necessidades humanas proposta por Watson (1999), todas elas têm sua importância e devem ser analisadas e valoradas pelo profissional com o objetivo de satisfazer o paciente. Por isso é essencial a participação do paciente e seus familiares junto ao enfermeiro nesse processo, para ajudá-lo a identificar as demandas do idoso e, conseqüentemente, o fornecimento de suporte para que haja a priorização das necessidades afetadas durante o cuidado.

Apesar de existir uma hierarquia entre as necessidades humanas criadas por Watson (1999), de grande relevância para o processo de cuidar, cada uma é igualmente importante para a qualidade da assistência de enfermagem.

Com ações que visam atender as necessidades básicas dos idosos em cuidados paliativos, os entrevistados buscaram integrar as necessidades humanas no seu processo de trabalho quando procuram *identificar, valorizar e dar atenção a todas as necessidades humanas afetadas do paciente de forma igual:*

E1- Eu acho que como toda pessoa deve ser atendida na sua totalidade, na tentativa da totalidade, nesse apoio emocional, afetivo, nas condições de conforto, alimentação, enfim. Essas aí a gente procura atender. É verificando no dia a dia aquelas necessidades que estão mais evidentes que a gente consegue perceber, por exemplo, o déficit alimentar, as dificuldades psicológicas, dos apoios que a gente precisa ter, em relação a conforto, dor, controle da dor. Isso a gente acaba fazendo ao longo do dia a dia, né? Um dia você tem que trabalhar um tipo de necessidade (uma ou duas), no outro outras, mas, assim, quando elas acontecem.

E3- Às vezes a gente olha só a parte do físico desse paciente e esquece de muita coisa, esquece o emocional dele, muito mesmo a gente esquece o espiritual não se dá muito valor. Ah, escutar uma história, estar escutando o relato do paciente dando o devido valor a isso e vê o que a gente tem que fazer e mediante a isso determinar uma conduta adequada e individualizada a esse paciente. Porque o que acontece no cuidado paliativo, o cuidado paliativo visa atender esses quatro itens físico, mental, emocional e espiritual e o psicossocial dos pacientes às vezes é muito esquecido por nós, pela equipe como um todo. Então se a gente trabalhar adequadamente esse paciente em cuidados paliativos, não só o físico dele, mas o psicossocial e o espiritual, acho que a gente consegue dar uma qualidade de vida melhor “pra” esses pacientes, mas aí a gente precisa de um preparo “pra” isso e acho que não é tão simples.

E6- Que a gente precisa entender o ser humano como um ser muito complexo no sentido de que ele tem muitas necessidades, várias dimensões. Se a gente pensar nas teorias de necessidades humanas básicas de Maslow, que trabalha desde as necessidades fisiológicas, chamadas necessidades vitais, até outras necessidades que fogem da nossa governabilidade inclusive de qualificação. Eu acho que o enfermeiro tem algumas limitações, por exemplo, de que forma trabalhar a questão da espiritualidade desse paciente. Então eu tento me aproximar. Como? Entendendo essa individualidade, entendeu? Entendendo quais são as necessidades de cada um e tentando fazer mesmo que de maneira sistematizada, metodologicamente falando; ela tem que ser de maneira individualizada. A gente acaba muitas vezes restringindo o nosso cuidado para a questão física da coisa e isso é muito ruim. Tem vários textos que mostram “Centros de Domínio do Ser”, então tem vários níveis de domínio, mas eu acho que a nossa assistência está muito limitada nessa questão física.

E7- Porque o paciente ele não é só o físico, ele é o mental, emocional e o espiritual... e isso aí é.. vai dar a ideia que a (Cecili Sanders) falou, da dor total. O paciente não é só físico, às vezes ele “tá” com um problema psicológico, “tá” com problema na família, “tá” com problema social, e a coisa que “tá” machucando mais ele do que o físico... e essa questão muitas vezes ela é negligenciada no nosso dia a dia, porque a gente se fixa mais só no físico... “ah, faz o remédio ‘pra’ dor” E acha que isso daí... “ah, ‘tá’ com dor...” E acha que isso daí já é o suficiente, e não é, e não é.

E8- Então é saber identificar cada uma, cada momento, para aplicar cada satisfação dessa necessidade humana. E para isso você precisa saber identificar, você vai, tem que saber seja chegar perto, você vai ter que saber implementar, identificar mudanças de necessidades, porque cada momento desse as necessidades vão mudando, né? Então eu vejo dessa forma. Vai prevalecer a necessidade do paciente, já que é para uma melhor qualidade de vida.

E11- Uma avaliação total, integral do paciente “pra” ver o estado como ele “tá”, se ele “tá” com dor, o que ele precisa no momento “pra” ti poder dar um conforto “pra” ele; se é trocar um lençol, todas aquelas medidas que você vai trazer conforto “pra” ele, aí com isso você já “tá” avaliando o que ele precisa no primeiro momento.

E12- Eu acho que tentando traçar mesmo na hora da prescrição de enfermagem fazer um plano de ação e atividade bem individual direcionado mesmo “pra” cada caso. Tentando com a nossa alimentação estimular, supervisionar, auxiliar aqueles que, se for no caso de sonda, conseguindo proceder com a sondagem, tentar proporcionar um sono melhor, de acordo com cada caso também. É tentar traçar a prescrição de enfermagem bem individualizada de acordo com a necessidade de cada um. Porque assim, eu acho que não se trabalha só a parte física. A pessoa estar entrando em um quadro de depressão, quando ele “tá” com o estado emocional muito abalado, tento dar aquela palavra de ânimo.

Nos depoimentos dos enfermeiros percebe-se que estes reconhecem as necessidades humanas afetadas dos idosos em cuidados paliativos, e veem o paciente com demandas biopsicossocial e espiritual, e que de alguma forma tentam, mesmo que informalmente, atender a maioria das necessidades do doente. Para Watson (1999), o enfermeiro ao prestar seu cuidado para com o outro, deve desenvolver a capacidade de perceber cada uma das necessidades básicas do paciente, além de atendê-las e valorá-las igualmente. Além disso, deve reconhecer o ser humano para além do aspecto físico, mas

composto também por emoções e pensamentos; é matéria, mas também é espírito, ou seja, buscar alinhar o corpo, a mente e o espírito por meio da consciência intencional do cuidado, administrando aquilo que é essencial ao cuidado humano: um olhar holístico, buscando igualar a totalidade do ser em todos os seus aspectos.

Ao procurar atender as necessidades básicas afetadas dos idosos em cuidados paliativos, os enfermeiros entrevistados buscavam *incorporar e priorizar as necessidades humanas dos pacientes nos seus cuidados, buscando ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades do paciente, proporcionando uma visão holística do cuidado.*

E2- É exatamente o fato de que essas necessidades, ao serem atendidas, elas vão fazer com que esse paciente, apesar da gente saber que esse sofrimento vai existir, a gente não vai conseguir com que o paciente pare de sofrer, mas se você atende essas necessidades básicas você dá a ele uma oportunidade de que, eu digo assim, na questão não só de qualidade de vida, mas dele aproveitar esse pouco tempo que ele tem para valorizar a vida, fazendo alguma coisa. Então a gente tenta passar uma sonda para ver se dá um suporte calórico nutricional para ela melhor, poder passar a medicação. Outra coisa, o paciente está com uma LPP [lesão por pressão], aí o que a gente vai fazer? Orientar mudança de decúbito, fazer um curativo. Se existe alguma limitação e o paciente não pode ir ao banheiro a gente providencia um oxigênio, máscara. Paciente não tem acompanhante e família não está aparecendo, e eu vou lá no serviço social e a gente tenta localizar alguém, um amigo, cuidador, alguém que possa aparecer. Então assim, a gente tenta integrar dessa forma e a gente vai vendo dessa forma e tentar localizar quais são os pontos para tentar amenizar um pouco a situação.

E3- Acho que o principal é atender a necessidade daquele momento. O que o paciente está sentindo, dor ou está expressando face de dor e o seu familiar vem questionar com a gente, e a gente tentar atuar de forma rápida. E a gente tenta conversar com eles, vê se esse paciente tem alguma outra necessidade principalmente nesse momento que ele está, necessidade espiritual. Se ele tem algum segmento religioso para ver um padre, pastor, alguma coisa espiritual que ele acredite. Tentar trazer, tentar fazer uma liberação para que o paciente receba uma oração, alguma coisa, alguma uma reza que possa trazer algum conforto para ele. O que a gente tenta fazer aqui na verdade é o mínimo relacionado ao que a gente poderia fazer se tivesse alguma capacitação específica ou trabalhasse em uma clínica específica para isso.

E6- Com todas as necessidades que podem ser contempladas para esse paciente naquele momento. Necessidades é aquilo que de fato deve ser suprido, precisa ser atendido. Então são essas necessidades, aquilo que precisa ser suprido e assistido. Eu tenho trabalhado necessidades que são vitais e aí dentro disso fazer um plano de cuidados que vai muito mais para a questão técnica da nossa profissão, de fazer o cuidado direto mesmo assistido a esse paciente. E essa outra parte de necessidades que a gente não tem tanta habilidade e não tem muito domínio sobre isso, eu devo te confessar que não trabalho. Dentro do possível converso com o paciente, vou lá, tento ouvir e tento trocar um pouco de vivência com esse paciente, dar algum relato de um outro caso ou relato próprio para fazer esse paciente entender que as necessidades dele estão ali postas. A gente percebe, sabe? As reconhece enquanto necessidade, mas muitas vezes a gente não tem o que fazer, a gente tem nossas limitações.

E11- Já faz uma avaliação total, integral do paciente “pra” ver o estado como ele “tá”, se ele “tá” com dor, o que ele precisa no momento “pra” ti poder dar

um conforto “pra” ele; se é trocar um lençol, todas aquelas medidas que você vai trazer conforto “pra” ele, aí com isso você já “tá” avaliando o que ele precisa no primeiro momento. Aqui eu creio que ela talvez esteja colocando as coisas necessárias nos planos de cuidados, porque hoje o paciente “tá” de um jeito e amanhã ele “tá” de outro, então tem que ser uma avaliação diária.

E12- Eu acho que tentando traçar mesmo na hora da prescrição de enfermagem fazer um plano de ação e atividade bem individual direcionado mesmo “pra” cada caso. Tentando com a nossa alimentação estimular, supervisionar, auxiliar aqueles que se for no caso de sonda conseguindo proceder com a sondagem, tentar proporcionar um sono melhor de acordo com cada caso também. É tentar traçar a prescrição de enfermagem bem individualizada de acordo com a necessidade de cada um.

E13- Elas representam o trabalho da enfermagem, atendimento humanizado lado a lado do paciente, atender necessidades humanas básicas do paciente. [...] Olha, ele permanece um bom desafio, no caso a equipe tem que ter força de vontade, tem que ter criatividade. A nossa enfermagem é uma arte e essa é nossa maior arte de improvisar e contornar situações. Então tanto a parte física como emocional, de cuidado do paciente a gente tenta fazer da melhor forma possível com os recursos que a gente tem.

Percebe-se que a atuação do enfermeiro, apesar dele incorporar e priorizar as demandas do idoso em cuidado paliativo, ainda sobressai às necessidades de ordem inferior, como as biofísicas e psicofísicas no seu processo de cuidar, talvez pelo fato de que a resolução para atendê-las ainda está ligada a uma prática tecnicista. Já as necessidades de ordem superior (psicossociais e intra-interpessoal), como a necessidade espiritual, por exemplo, mesmo sendo identificadas pelos profissionais, requerem destes qualificação e capacitação para trabalhar e buscar estratégias para seu atendimento. Em um estudo feito por Carvalho et al. (2013) sobre dificuldades de enfermeiros assistentes frente à espiritualidade em cuidados paliativos, constatou-se que essas carências advêm desde a formação acadêmica e permanecem durante o cotidiano de trabalho, representadas por insegurança ao lidar com o paciente terminal, afastamento das situações mais críticas e rejeição da morte, muitas vezes, justificadas pela falta de tempo.

É importante considerar que a finalidade da assistência paliativa, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), consiste na promoção da qualidade de vida e do conforto dos pacientes e seus familiares, que enfrentam juntos a doença que põe em risco a vida, mediante prevenção e alívio dos sintomas e apoio às necessidades psicossociais, emocionais e espirituais. A abordagem da complexidade nesta área de atuação da enfermagem admite o fundamental empenho do enfermeiro, por meio do trabalho sistematizado, para atender às necessidades de cuidado do cliente e da família.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem consiste na forma acerca de como o trabalho da enfermagem é organizado de acordo com o método científico e o

referencial teórico adotado, no qual o enfermeiro, com objetivo de melhor atender as necessidades de cuidado do paciente, com seu conhecimento científico, suas habilidades e capacidade afetiva executa as fases do processo de enfermagem (MODESTO et al., 2014).

Dessa forma, ao questionar se os enfermeiros utilizavam algum método sistemático de trabalho ao cuidar dos idosos em cuidados paliativos, a maioria afirmou que não reconhece a SAE como tal, conforme relatos:

E2- Método mesmo não. Seguindo algum roteiro, que tu dizes? Não. O que a gente tem é a SAE.

E3- Não, não utilizo nenhum método de trabalho.

E6- Não, eu trabalho muito como eu te falei: de maneira situacional. O hoje, o agora eu analiso, vivencio e a partir disso eu vou dimensionando essas necessidades e a partir delas vou traçando um plano de cuidados, de ação, envolvendo quem deve ser envolvido. Se outros membros da equipe e o próprio paciente, se a família, mas é muito vivencial, muito da hora.

E8- Não. Assim, especificamente, não na verdade eu busco aplicar tudo que eu te passei agora, aplicação de tudo isso que a gente sabe, né? Aplicação do nosso conhecimento. Aqui, por exemplo, nesse momento a gente conversou sobre necessidades humanas básicas, dos instrumentos de enfermagem. Eu acredito que você identificando as suas necessidades, utilizando devidamente esses instrumentos é... é como o nome diz: são os instrumentos que tu vais utilizar, talvez, acredito que exista assim algum método, mas infelizmente aqui acho que a gente não tem, deve, existe dinâmica, mas aqui, às vezes, a gente nem tem tempo. Se tivesse nem sei se teria tempo de aplicar, mas a princípio é isso mesmo que eu conheço com relação às necessidades humanas e instrumentos.

E9- Específico, não. Só no geral mesmo. Com tudo que a gente “tá” percebendo no dia, mas nenhum instrumento específico.

E10- Não necessariamente.

E11- A sistematização... acho que é essencial mesmo, você avalia e vê, e traça o plano de acordo com aquele idoso, do que ele precisa...

E12- Eu acho que tentando traçar mesmo na hora da prescrição de enfermagem fazer um plano de ação e atividade bem individual direcionado mesmo “pra” cada caso. Tentando com a nossa alimentação estimular, supervisionar, auxiliar aqueles que, se for no caso de sonda, conseguindo proceder com a sondagem, tentar proporcionar um sono melhor, de acordo com cada caso também. É tentar traçar a prescrição de enfermagem bem individualizada de acordo com a necessidade de cada um.

Para o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2009), a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem, além de ser um instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional. Além disso, o COFEN preconizou que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o processo de enfermagem.

Dessa forma, considera-se que a prática de enfermagem sistematizada favorece a identificação das necessidades de cuidado manifestadas pelos pacientes em sua totalidade, para a concretização e melhorias do cuidado, constituindo uma estratégia adequada a uma prática focalizada na pessoa e não apenas nas tarefas. Para Amorim (2014), a primeira etapa da SAE constitui uma estratégia capaz de favorecer o levantamento individual das necessidades humanas e representa um dos momentos autênticos de interação entre o profissional e o usuário, sendo instrumento que otimiza o cuidado, no qual o enfermeiro atua de maneira expressiva, proporcionando apoio emocional, atenção e orientações nesses instantes em que o usuário experimentará diversos sentimentos.

“A assistência prestada pelo enfermeiro, com a evolução da enfermagem enquanto ciência, necessita de um embasamento teórico para o alcance de uma melhor qualidade de cuidado prestado ao paciente e à comunidade.” (CARVALHO, 2016, p. 89). Portanto, considerando a necessidade de um referencial teórico como base para a utilização da SAE e o perfil dos pacientes idosos em cuidados paliativos, mostra-se como ideal um suporte teórico capaz de qualificar o cuidado de enfermagem e criar um ambiente terapêutico centrado no paciente em direção ao alcance de suas necessidades afetadas, como defende a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, e assim obter resultados favoráveis a partir dos diagnósticos e das intervenções implementadas.

Dessa forma, a relação entre os fatores de cuidado relativos à assistência focada nas necessidades do paciente e a sistematização da assistência de enfermagem sempre estarão interligados, a partir do momento que o enfermeiro utilizar o processo de enfermagem focalizado no atendimento de um cuidado holístico, de forma a contemplar as necessidades do doente.

Nesse sentido, é necessário que a instituição faça treinamento e capacitação dos enfermeiros para que estes reconheçam a SAE como um método de trabalho da enfermagem, para que o utilizem de forma científica, e não meramente tecnicista. Para isso é preciso estudar a teoria que vai embasar esse sistema, para que os enfermeiros reconheçam dentro do contexto da assistência ao cuidado ao qual eles são os responsáveis. Dessa maneira, torna-se indispensável que as instituições de referência no tratamento do câncer na infância invistam em treinamento e programas de educação continuada para melhor preparar os profissionais das equipes de enfermagem nos cuidados paliativos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos traçados, a análise e discussão aqui empreendidas, entende-se que este estudo permitiu descrever a percepção dos enfermeiros sobre a assistência prestada a idosos em cuidados paliativos sob a luz da teoria de Jean Watson. Além disso, permitiu a caracterização dos enfermeiros participantes, na qual houve predominância do sexo feminino, idade que variou de 31 a 60 anos; tempo de formação variando de 10 a 30 anos; todos possuíam pós-graduação (incluindo strito senso e lato senso); e desses, apenas três entrevistados têm pós-graduação na área de oncologia. A maioria dos participantes referem não ter tido aula sobre cuidados paliativos durante graduação e pós-graduação.

Os participantes deste estudo conseguiram mostrar como desenvolviam a assistência de enfermagem aos idosos em cuidados paliativos de acordo com os fatores de cuidado da teórica Jean Watson. Dos dez fatores de cuidado, foram escolhidos cinco para a avaliação da assistência dos participantes.

Em relação ao fator de cuidado *o cultivo da sensibilidade para as outras pessoas e a relação de ajuda e confiança*, percebeu-se que os enfermeiros foram capazes de referir os sentimentos e as emoções ao cuidar de pacientes idosos em cuidados paliativos, e apesar da maioria relatar sentimento de frustração e tristeza, foram capazes de reconhecer seus sentimentos. Para eles, o processo de cuidar de um idoso em palição trazia tais sensações, pois achavam que poderiam ter feito mais, ter oferecido mais conforto, motivo pelo qual tiveram dificuldade em lidar com a perda desses pacientes. Mesmo com esses sentimentos demonstrados pelos enfermeiros, eles desenvolviam no seu dia a dia de trabalho a sensibilidade em relação ao paciente e a sua família por meio de atitudes de empatia, amor e respeito com o próximo, bem como com a humanização das atitudes, já que os tratavam de forma carinhosa, com cuidado humanizado, dando atenção e dialogando, se aproximando, se preocupando e se pondo no lugar do outro.

A partir do momento que esses enfermeiros desenvolviam atitudes humanizadas, de empatia e de compromisso no seu ambiente de trabalho, surgia o estabelecimento da formação de vínculos com o paciente idoso em cuidados paliativos e com seus familiares. Esse vínculo passava a se formar a partir das visitas diárias dos profissionais, pois assim conheciam melhor os idosos, suas necessidades e angústias, bem como as de seus familiares, por meio de um diálogo que diariamente ia tornando-se mais aprofundado, mais íntimo. Um fato importante constatado foi que esse vínculo não se constitui só com o idoso, mas também com os familiares. Assim, os profissionais passaram a ter uma

relação comprometida em sintonia com o paciente idoso em palição, com a integração da família nas ações de cuidado desse doente.

Nesse sentido, essas atitudes que os enfermeiros entrevistados apresentavam ao se relacionar com os idosos em cuidados paliativos e seus familiares, assim como os sentimentos resultantes dessa relação, foram as formas que eles encontraram de cultivar sensibilidade para si e com o outro. A partir daí, foram capazes de, por meio do vínculo estabelecido entre eles, o doente e a família, criar uma relação de confiança e atitudes de ajuda, pois os buscavam, diariamente, ouvi-los, orientá-los e conversar com atenção, almejando sanar as dúvidas e incertezas, além de manter uma relação de total harmonia e cuidado humanizado. Esses fatores são importantes no processo de cuidar, já que uma relação de confiança e a criação de vínculos contribuem positivamente para que o processo de palição seja o mais confortável possível.

Em relação ao fator de cuidado *promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sociocultural e espiritual*, todos os enfermeiros entendem-no como de extrema importância para o bem-estar dos pacientes, e buscam, no seu dia a dia de trabalho, ações e atitudes que promovam um ambiente de conforto e bem-estar para os idosos em cuidados paliativos, evitando fatores estressantes, como barulho, e descumprindo regras do hospital: ao autorizar visitas ampliadas, visitas de líderes religiosos; ao permitir a entrada de objetos como travesseiro, ventilador, computador; ao autorizar o acesso a comidas caseiras; tudo para que o paciente possa ter um ambiente agradável e o processo de palição seja o menos sofrido possível, pois o meio exerce grande influência no processo de bem-estar e o próprio processo de hospitalização é um fator que por si só gera estresse e desconforto aos pacientes e a seus familiares.

Apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância desse fator de cuidado e se esforçarem para oferecer tal ambiente de conforto e bem-estar, muitos fatores dificultam o seu provimento. Os aspectos que mais interferiram foram: a falta de infraestrutura da instituição, que se encontra precária, como a falta de mobiliários, de pintura, excesso de claridade, enfermarias e banheiros abertos, o que dificulta a manutenção da privacidade do paciente. A deficiência na organização do serviço também interfere na assistência prestada aos idosos, pois mantém ainda normas e rotinas rígidas, como o banho pelo horário da manhã, horário restrito de visita, ausência de uma enfermaria específica para pacientes em cuidados paliativos. Há ainda a falta de integração e comunicação da equipe multiprofissional e de um protocolo de atendimento voltado para esses pacientes, além da carência de conhecimento por parte dos profissionais sobre a filosofia e princípios dos

cuidados paliativos, o que reflete na assistência, pois os profissionais devem conhecer e ser sensibilizados para que compreendam o fundamento da assistência paliativa e assim busquem oferecer a esses idosos em palição um ambiente confortável, que lhes traga bem-estar e a possibilidade de lidar com esse momento da vida de forma mais tranquila.

Mesmo com essas dificuldades, os enfermeiros buscam estimular nos idosos a sua autonomia, autoestima e liberdade de escolha, com o objetivo de suprir seus desejos, permitindo-lhes ter escolhas e decidir por seus atos e vontades. Busca-se, apoiar e mostrar a eles que enquanto há vida ela deve ser vivida da melhor forma possível.

Em relação ao fator de cuidado *Fé e espiritualidade*, os enfermeiros, mesmo não se sentindo preparados para abordar esse fator, compreendiam a sua importância, e buscavam estimular o espírito de força, da transcendência e a da preparação espiritual do paciente, através de palavras de força, frases positivas, mostrando a importância de ter fé, de crer em algo transcendente, da função da oração, do arrependimento e do perdão. Relatam também que auxiliam os pacientes a acreditar em algo que traga o conforto espiritual e a aceitação para o seu processo de terminalidade, além de estimular o cultivo da fé e a valorização das crenças e a participação em grupos religiosos. Uma das medidas concretas, nesse sentido, reside na liberação da visita de líderes religiosos, dos amigos da comunidade e da participação da família nesse processo.

Apesar de oferecerem um apoio espiritual de forma informal, os enfermeiros não se sentem preparados, acreditando que acabam “negligenciando” esse aspecto. Além disso, a maioria não tem uma boa percepção da morte, fator esse que deve ser trabalhado, pois ainda a percebem como um processo doloroso, de sofrimento para o doente e à sua família. Esse contexto usualmente gera frustração pela perda do paciente, já que estes profissionais foram preparados para curar doenças e não prepará-los para uma partida mediante uma morte digna.

Sobre o fator de cuidado voltado para a *gratificação das necessidades humanas*, os enfermeiros compreendem o que são e qual a importância delas para os pacientes, bem como valorizam e buscam dar atenção a todas as necessidades afetadas, ao incorporar e priorizar as necessidades dos doentes durante o planejamento de seus cuidados de enfermagem, procurando ações e medidas dentro de suas possibilidades de resolutividade. A principal dificuldade que os enfermeiros relatam refere-se à necessidade espiritual, pois não se sentem preparados para oferecer apoio espiritual aos pacientes e aos familiares, não obstante tentem, dentro de suas limitações, estimular a oração, a liberação de líderes religiosos e o apoio dos familiares. Além disso, as dificuldades como falta de

infraestrutura, organização atual do serviço, de integração e de conhecimento da equipe multiprofissional são fatores que dificultam, em algumas situações, a resolatividade das necessidades afetadas do doente.

Um fato interessante é que embora os enfermeiros busquem atender as necessidades afetadas de seus pacientes, a maioria relata que não o faz com a utilização de um método ou instrumento de trabalho. É importante destacar que a instituição tem como rotina institucional padronizada a implantação da sistematização de enfermagem (SAE), que é um método de trabalho, porém não reconhecido como tal pelos enfermeiros assistentes.

A instituição onde ocorreu a pesquisa não possui protocolo de serviço para pacientes idosos em cuidado paliativo e também não utiliza a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson como base teórica para fundamentar a sistematização de enfermagem utilizada no Hospital. Porém, percebeu-se que os enfermeiros assistentes ao cuidar dos idosos em cuidados paliativos, mesmo desconhecendo a teoria e sem embasamento teórico, foram capazes, de forma informal, de utilizar no seu dia a dia de trabalho os fatores de cuidados que Jean Watson propõe.

Portanto, considerando a necessidade de um referencial teórico como base para a utilização da SAE e o perfil dos pacientes idosos em cuidados paliativos atendidos na instituição, a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson mostra-se ideal, por ser um suporte teórico capaz de qualificar o cuidado de enfermagem e criar um ambiente terapêutico centrado no paciente em direção ao alcance de suas necessidades afetadas, e assim obter resultados favoráveis a partir dos diagnósticos e intervenções implementadas para essa clientela.

Dessa forma, a teoria de Jean Watson, associada à de Wanda Horta, teoria utilizada na instituição como fundamentação da SAE, será de extrema importância para o pensamento crítico holístico do enfermeiro. A teoria também poderá contribuir para a dimensão holística do processo de enfermagem e para a tomada de decisão dos enfermeiros no atendimento desses pacientes.

Diante dos dados colhidos durante a pesquisa e das conclusões obtidas no estudo, estes nos permitem relacionar algumas sugestões para que de fato os enfermeiros possam oferecer um cuidar pautado na filosofia, princípios do cuidado paliativo e nos fatores de cuidado proposto por Jean Watson:

Em relação à assistência e infra-estrutura na instituição:

- Associar a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson a de Wanda Horta, utilizada na instituição como fundamentação da SAE. Nesse sentido, a Watson será de extrema importância para o pensamento crítico holístico do enfermeiro, além de poder contribuir para a dimensão holística do processo de enfermagem e a tomada de decisão dos profissionais no atendimento desses pacientes.

- Educação Continuada à equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos, SAE e teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.

- Criação de protocolo institucional sobre assistência paliativa a idosos.

- Ações que promovam a integralidade entre a equipe multiprofissional na atenção ao paciente em cuidado paliativo.

- Mudanças das normas e rotinas rígidas da organização do serviço, para uma que seja voltado para o atendimento das necessidades e dos desejos dos pacientes idosos em cuidados paliativos.

- Melhoria da infraestrutura da instituição com objetivo de oferecer um ambiente confortável a estes pacientes.

- Criação de enfermarias específicas para pacientes em cuidados paliativos.

- Espaços de apoio e reflexão sobre temas como o processo de morte e a espiritualidade, para que os profissionais possam se preparar para lidar com o processo de morte.

Em relação ao ensino:

- Formação de base contemplando a temática sobre cuidados paliativos deve ser explorada na formação dos enfermeiros, desde sua formação acadêmica até a continuidade dos estudos após a graduação, com objetivo de qualificar, sustentar e modelar o pensamento dos futuros profissionais de modo a refletir diretamente sobre o processo de cuidar no contexto do cuidado paliativo voltado para idosos. Almejam-se, com isso, enfermeiros capazes de reunir qualidades técnicas e relacionais, com um exercício profissional completo e holístico.

- Abordar no ensino teórico e prático da graduação de enfermagem aspectos de um cuidado psicológico e espiritual, bem como sobre o processo de morte e morrer, com objetivo de uma formação que busque não apenas cuidar para o processo de cura, mas que entenda o processo de morte como algo natural e inerente à vida do ser humano, que também carece de uma assistência cuidativa.

- Implementação de Cursos pós-graduados em cuidados paliativos integrando a temática da pessoa idosa nesse contexto, numa perspectiva de qualidade científica, técnica e humana no cuidar da pessoa idosa em fase terminal.

Em relação a pesquisa:

- O estudo aponta a necessidade de novas pesquisas que possam mostrar a experiência de pacientes, familiares, cuidadores e profissionais envolvidos nos cuidados paliativos a pessoa idosa, utilizando outras metodologias.

Este estudo se mostrou importante na medida em que trouxe mais conhecimento sobre o cuidado paliativo, a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson e sua aplicação no dia a dia de trabalho dos enfermeiros, além de expor as dificuldades durante a prestação da assistência aos idosos em cuidado paliativo. Tudo isso demonstra a possibilidade da utilização da teoria do cuidado transpessoal como base teórica na prática da enfermagem em cuidados paliativos. Ademais, esses resultados revestiram-se de relevância institucional enquanto estudo de avaliação e implicações para o aperfeiçoamento do serviço de cuidados paliativos, em especial da assistência de enfermagem.

Desse modo, acredita-se que este estudo apontou que há uma acentuada necessidade de mais produções brasileiras que apliquem a teoria do cuidado transpessoal de enfermagem como forma de abordagem do cuidar, ainda pouquíssimo utilizada na prática assistencial, com o objetivo de estimular a implantação dos serviços de saúde e assim melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes idosos em cuidados paliativos.

Além disso, espera-se que as descobertas reveladas na pesquisa, sejam capazes de gerar inquietações que levem a necessidade de mudanças e principalmente, gerar nos enfermeiros o compromisso de oferecer um cuidado integral, holístico com um perfil humanizado, possibilitando assim a estes profissionais, uma nova forma de promover um cuidado a pessoa idosa em palição, através do cuidado transpessoal, para que assim possam da melhor forma possível, colaborar para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos – ANCP**. ed. 2. ago, 2012.

ALI, Angela Maria A. S. A. Cuidados Paliativos e a Saúde dos Idosos no Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 125-136, 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6931/5023>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

AMORIN, T. V.; ARREGUY-SENA, C.; ALVES, M. S.; SALIMENA, A. M. O. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 568-574, 2014.

ANDRADE, Cristiani Garrido et al. Cuidados paliativos ao Paciente Idoso: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Brasileira de Ciências e Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 411-418, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/12587/7883>>. Acesso: 1 jul. 2016.

ARAÚJO, M. M. T. **Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”**: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-14415>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

BARBOSA, S.M. M.; VALLENTE, M. T.; OKAY, Y. Medicina paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer. **Revista dor**, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 61-68, 2001.

BENINCÁ, Ciomara R.; FERNANDEZ, Márcia.; GRUMANN, Cristiane. Cuidado e morte do idoso no hospital – vivência da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 17-29, 2005. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/27/19>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BETTEGA, R. T. C. Desarrollo de la medicina paliativa en Latinoamérica. In: SANCHO, M. G. (Org.). **Medicina Paliativa en la cultura latina**. Espanha: Arán, 1999. p. 317-56.

BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L. Palição: Cuidados ao fim da vida. In: FREITAS, Elizabeth Viana de (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1722-1744.

BORGES, Alini Daniéli V. S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRAGA, Estefânia Maria et al. Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal. **Investigação**, Franca, v. 10, n. 1, p. 26-31, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/150/107150-234-1-PB.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

BRITTO, Lúcia Castro. A criança hospitalizada: relato de uma experiência. In: FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares; RODRIGUES, Fernanda Deotti; BENFICA, Tânia Maria Silva (Org.). **Psicologia hospitalar e da saúde: consolidando práticas e saberes na residência**. 1ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 27-52.

CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013.

CARO, S. B. et al. Cuidar personas enfermas o curar enfermedades. In: ARIAS, M. D. E. (Org.) **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 23-31.

CARVALHO, G. D. A.; ACIOLY, C. M. C.; SANTOS, S. R.; LIMA, O. B. A.; ALVES, A. M. P. M. A., VALDEVINO, S. C. Dificuldades de enfermeiros assistenciais frente à espiritualidade em cuidados paliativos. **Rev. enferm.**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6814, 2013.

CARVALHO, Mara Villas Boas de; MERIGHI, Mirian Aparecida B. O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Riberão Preto, v. 13, n. 6, p. 951-959, 2005. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a06.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

CARVALHO, N. V.; REZENDE NETA, D. S.; SILVA, G. R. F.; ARAÚJO, T. M. E. O processo Clínico Caritas de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. **Cuatrimestre**, Ano 15, n. 2, p. 85-88, 2011.

CEBRIÁN, C. M.; JIMÉNEZ, E. P. Cuidados paliativos en geriatría. In: ARIAS, M. D. E. (Org.). **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 117-123.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIBA, Toshio. Ambulatório. In: MACIEL, M. G. S. (Org.) **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.115-119.

CHINO, Fabiana Tomie B. C. Plano de cuidado: cuidado com o paciente e a família. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampl. Atual. 2 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 392-399.

DOMINGUES, Glaucia Regina et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 2-24, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002>. Acesso em: 12 mai. 2018.

FAVERO, L.; MEIER, M. J.; LACERDA, M. R. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, R. M. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013.

FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 8, v. 47, p. 36-40, 2006.

FIRMINO, Flávia. O Papel do enfermeiro na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H.A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampl. Atual. 2 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: 2012. p. 335-336.

FONSECA, Anelise Coelho da; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; FONSECA, Maria de Jesus Mendes da. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: Revisão sistemática. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000200017>. Acesso em: 21 set. 2016.

FRATEZI, Flavia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 1027-1044, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800023>. Acesso em: 2 out. 2016.

GARCIA, João Batista S. Prefácio. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampl. Atual. 2 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 13-14.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; SANTOS, Maristela Jeci dos; POLARO, Sandra Helena Isse. Acolhimento no final da vida de pessoas idosas e suas famílias. In: GONÇALVES, L. H. T; TOURINHO, F. S. H. (Org.). **Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado**. Barueri: Manole, 2012.

GONÇALVES, L. H. T. O cuidado da pessoa idosa em seu processo saúde doença. SCHWANKE, A.; HELENA, C.; SCHNEIDER, R. H. (Org.). **Atualizações em Geriatria e Gerontologia I: Da Pesquisa Básica á Prática Clínica**. Cap. 17.

GUEDES, Jenifer Adriana D.; BORENSTEIN, Mirian Susskind; SARDO, Pedro Miguel G. A enfermagem nos cuidados paliativos. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2007.740/198>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian. Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 18-25, 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=322>. Acesso em: 5ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE - **Síntese de Indicadores Sociais** – Uma análise das condições de vida da população Brasileira – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 7 dez.2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais** – Uma análise das condições de vida da população Brasileira – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/d_detalhes.php?id=266778>. Acesso em: 01 mai. 2016.

LACERDA, M. R.; MARTINS, D. A. Quando há um doente em casa é possível um cuidado de enfermagem transpessoal. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM - EDUCAÇÃO E SAÚDE, 5., 2013, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: Faculdades Franciscanas, 2013.

LIMA, Marcos Paulo de O. **Significado do cuidado de enfermagem para enfermeiras no contexto hospitalar**: uma visão interacionista. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final%20Marco%20Paulo.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Enfermaria. In: MACIEL, M. G. S. (Org.). **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 108-114.

_____. Definições e Princípios. In: MACIEL, M. G. S. (Org.). **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.15-32.

_____. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampl. Atual. 2 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

MATSUMOTO, Dalva Yukie; MANNA, Mônica Cecília B. Hospedaria. In: MACIEL, M. G. S. (Org.). **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 94-112.

_____. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampl. Atual. 2 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30.

MAY, Tim. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução: Ana Maria Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENEZES, Tânia Maria O.; GONÇALVES, Lucia Hisako T. O processo de morte/morrer no entardece da vida e cuidados de enfermagem. In: MENEZES, T. M. O.; AMARAL, J. B.; SILVA, V. A.; ALVES, M. B. (Org.). **Enfermagem Gerontológica**: um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural. São Paulo: Martinare, 2016.

MENEZES, Rachel Aisengart; HEILBORN, Maria Luiza. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 563-580, 2007.

_____. **Em busca da “boa morte”**: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos. 2004. 255 f. Tese (Doutorado), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

MERCÊS, N. A.; MARCELINO, S. R. **Enfermagem Oncológica**: A representação social do câncer e o cuidado no domicílio. Blumenau: Nova Letra, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília. MS, 2001. Disponível: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso: 5 ago. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Assistência Especializada – DAE. **Curso de Direito e Saúde. Oncologia no SUS**. Natal, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/02/AOncologianoSUS_19_03_2012.pdf>. Acesso em: 25 jan.2016.

MODESTO, C. L.; PORTELA, R. B. M; AMORIM, F. C. M; RIBEIRO, I. P. R.; BRANCO, F. M. F. C.; LAGO, E. C. O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 1, p. 113-122, 2014.

OLIVEIRA, Aline Cristine de. SILVA, Maria Júlia Paes da. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 2, p. 212-217, 2010.

OLIVEIRA, Cibele B.; GRANGEIRO, Thércia G. Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática. **Id on Line – Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 35, p. 492-530, 2017.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo Da Saúde**, São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

PESSINI, Leo. **Distanásia**: até quando prolongar a Vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2001.

_____. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.) **Humanização e Cuidados Paliativos**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSA, Carlos Mendes; VERA, Lana; ASSUNÇÃO, Alysson. Reflexos do tempo: uma reflexão sobre o envelhecimento nos dias de hoje. **Estud. pesq. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1027-1044, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844505014>>. Acesso em: 2 out. 2016.

RODRIGUES, Luis Fernando. Modalidades de atuação e modelos de assistência. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampl. Atual. 2 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 86-93.

RODRIGUÉZ, Enrique Villamizar. El morir y la muerte en la sociedad contemporánea: problemas médicos y bioéticos. **Revista Gerencia y Políticas de Salud.**, Colombia, n. 2. p. 66-79, 2002

SAKARUDA, Cláudio Katsushigue; TAQUEMORI, Lais Yassue. Assistência domiciliar. In: MACIEL, M. G. S. (Org.). **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 120-127.

SANTANA, J. C. B. Avanços tecnológicos e os limites dentro de uma unidade de Terapia Intensiva no processo ético do cuidar: significado para os acadêmicos de enfermagem. **Rev. Bioethikos**, São Paulo, v. 2., n. 1, p. 73-80, 2008.

_____. DE PAULA, K. F.; CAMPOS, A. C. V.; REZENDE, M. A. E.; BARBOSA, B. D. G.; DUTRA, B. S. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009.

SANTOS, M. J. **O cuidado à família do idoso com câncer em cuidados paliativos: perspectiva da equipe enfermagem e usuários**. 2009. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SIGNOR, E. et al. Desafios na estruturação e organização de serviços de pronto atendimento no sistema público de saúde. **Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 175-182, 2015.

SILVA, M. M., SANTANDA, N. G. M., SANTOS, M. C., CIRILO, J. D., BARROCAS, D. L. R.; MOREIRA, M. C. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 460-466, 2015.

SILVA, Rudval Souza da; SILVA, Maria Julia Paes. Enfermagem e os Cuidados Paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em cuidado paliativo: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013. p. 3-36.

SILVA, Maria Júlia Paes da; FIRMINO, Mônica Trovo Araújo e Flávia. Enfermagem. In: MACIEL, M. G. S. (Org.). **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 61-63.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOARES, C. **Barros Barreto está pronto para alta complexidade em Oncologia**. Portal UFPA. 08.06.2012. Disponível em: <<http://www.portal.ufpa.br/imprensa/noticia.php?cod=6160>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

TALENTO, B. Watson J. In: GEORGE, Júlia et al. (Org.). **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 254-267.

_____. Jean Watson. In: GEORGE, Julia B. (Org.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 253-265.

VIANNA, Ana Cristina A.; CROSSETTI Maria da Graça O. O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 56-69, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4494/2431>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.

WATSON, Jean. **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem**. Tradução: João Enes. Loures (Portugal): Lusociência, 1999.

_____. **Nursing the philosophy and science of caring**. 2. ed. Colorado: Associated University press, 1985. 321 p.

_____. **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – uma teoria de enfermagem**. Tradução de João Enes. Portugal: Lusociência, 2002a. 181 p.

_____. **Enfermagem pós-moderna e futura: Um novo paradigma da enfermagem**. Tradução de João Enes. Portugal: Lusociência, 2002b. 299 p.

_____. Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living Experiences: Carative Factores/ Caritas Processes as a Disciplinary Guide to the Professional Nursing Practice. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2007.

_____. Love and Caring. Disponível em: <http://www.altjn.com/perspectives/love_caring.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). "How many people are in need of palliative care worldwide?" In: **Global atlas of palliative care at the end of life**. Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of Palliative Care**. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/enx>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care for older people: better practices.** [on-line]. Copenhagen: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). **Mapping levels of palliative care development: a global update 2011.** London, 2011. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/resources/item/mapping-levels-of-palliative-care-development-a-global-update-2011>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief and palliative care report. Geneva: WHO, 1990.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA

• **PERFIL PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ASSISTENTES**

I – Identificação

Nome: _____

Codificação: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Ano de Conclusão da Graduação: _____ Instituição: _____

Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado

Se sim, qual? _____

Você teve aulas sobre de Cuidados Paliativos:

- Durante a graduação? () SIM () NÃO

- Durante Pós-graduação ou Residência? () SIM () NÃO

- Em cursos extracurriculares? () SIM () NÃO

A instituição de saúde em que você trabalha oferece cursos, capacitações e treinamento em cuidados paliativos? ()SIM ()NÃO. Se sim, Quais você já fez? _____

- **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Fator cuidativo de Watson – O cultivo da sensibilidade para si e para as outras pessoas



Fonte: Internet.

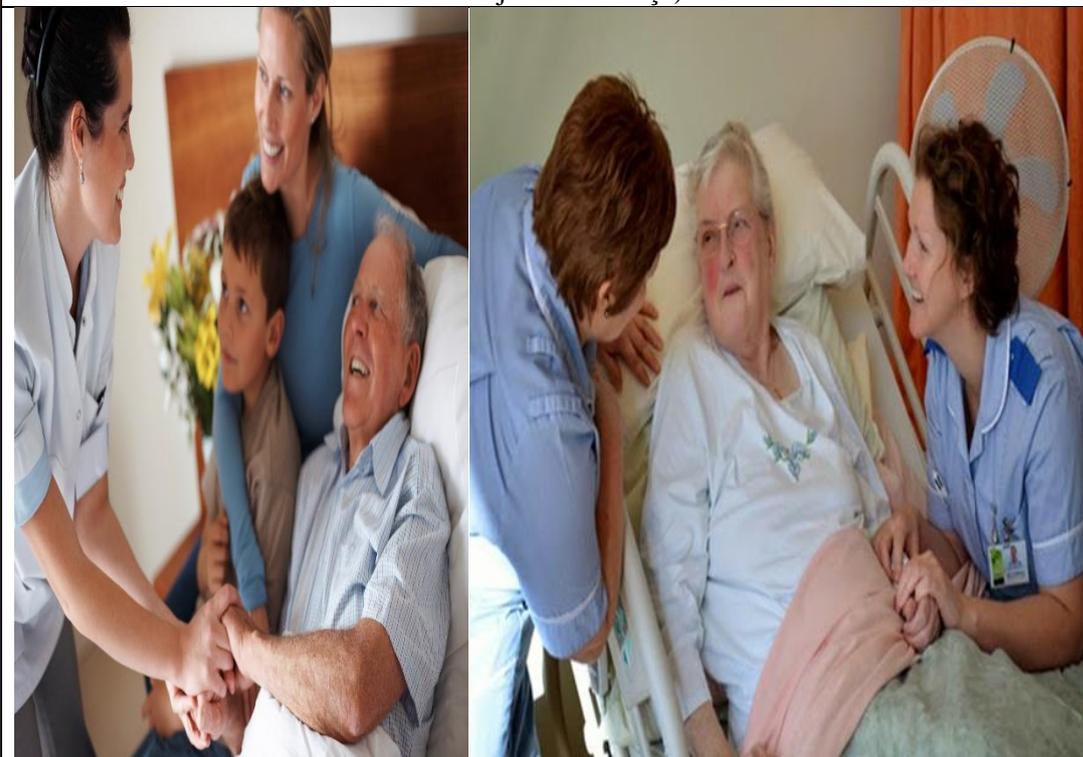
ROTEIRO

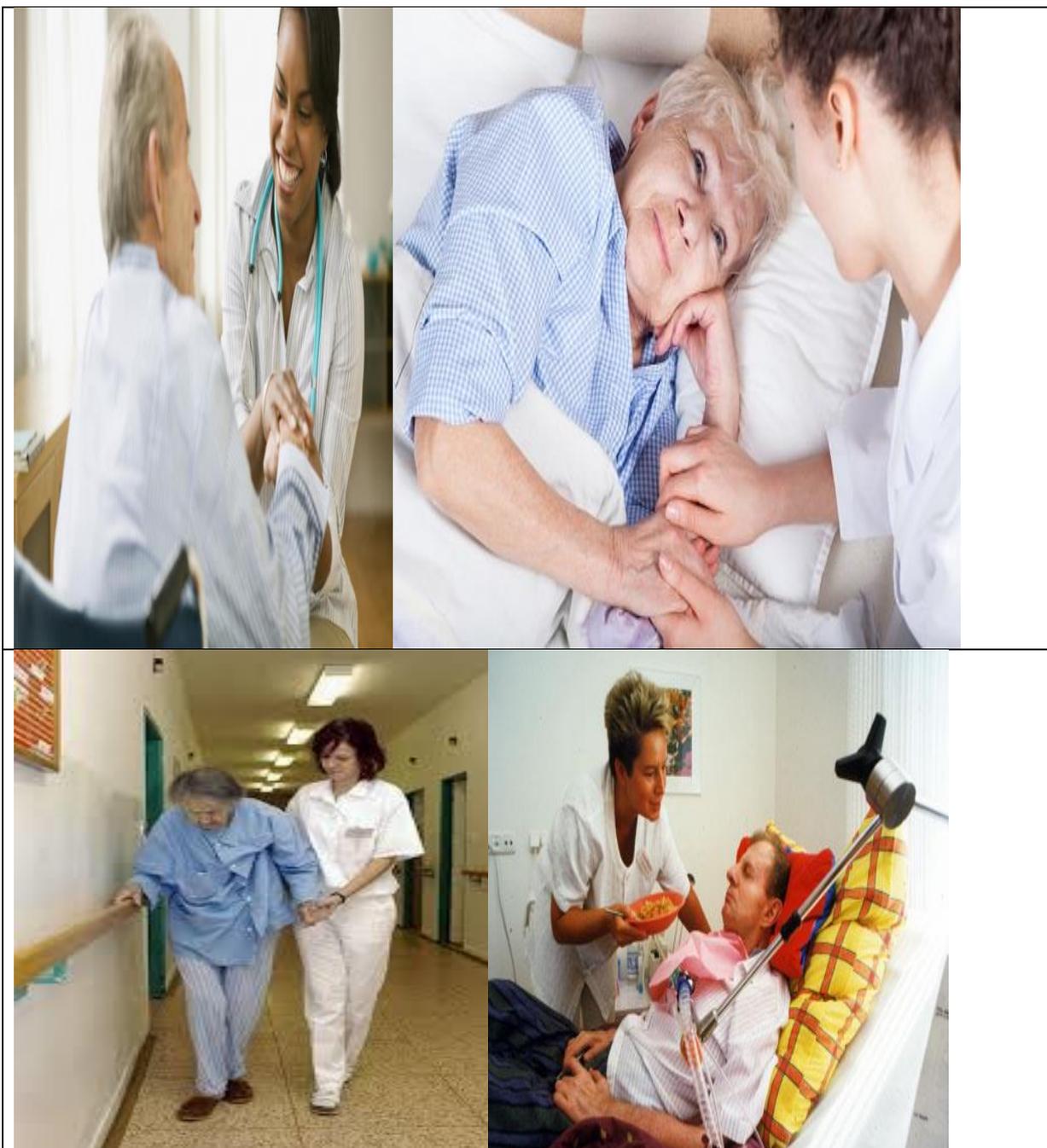
- 1- O que as imagens acima lhe causam de impressão?
- 2- Como você se sente ao cuidar de pacientes idosos em CP?
- 3- Como você percebe os sentimentos do enfermeiro no processo de cuidar de um idoso em palição?
- 4- Que sentimentos e emoções você, como enfermeiro, desenvolve ao cuidar de um paciente idoso em CP? Como você acha que isso interfere na relação com paciente idoso em CP?

INDICADORES QUALITATIVOS

- Apresenta atitudes de empatia, respeito, amor ao próximo
- Autenticidade para consigo e com paciente/família
- Expressa suas limitações e dificuldades
- Oferece ajuda e apoio ao outro
- Promoção de autodesenvolvimento e autorrealização
- Encorajamento dos pacientes em relação aos seus sentimentos e sensibilidade
- Compreende os medos e sentimentos dos pacientes e familiares
- desenvolver a autoestima;
- reforçando os valores da vida e do processo de morte como algo natural;
- acreditando no poder de autoajuda e dos familiares;
- priorizando as boas ações e as experiências que deram certo;
- fortalecendo as relações e os sentimentos;
- reforçando pensamentos e ações positivas;
- valorizando cada dificuldade como sendo parte de um processo de amadurecimento;
- valorizando o aprendizado;
- promovendo auto-estima, amor e aproximação com outro.

Fator Cuidativo De Watson – desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda- confiança (o desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança)





Fonte: internet.

ROTEIRO

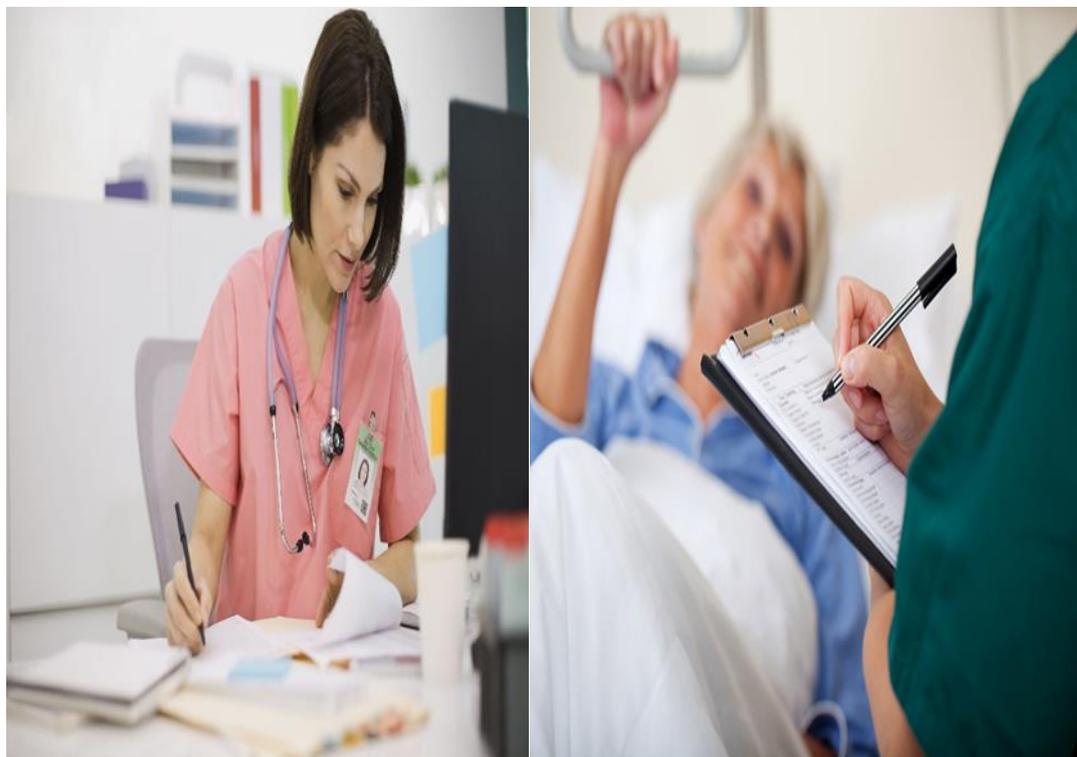
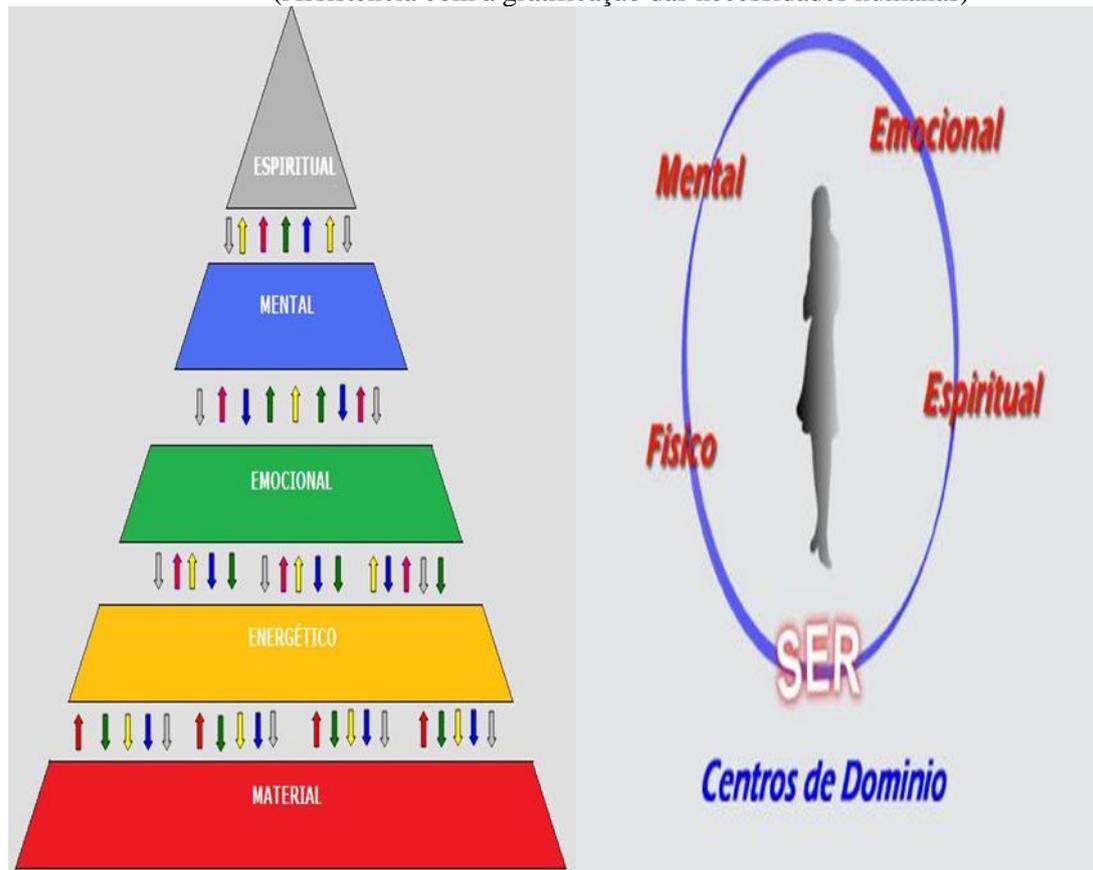
- 1- O que essas imagens lhe trazem de impressão geral? Fale o que você acha.
- 2- Que atitudes você considera importante ao cuidar de um paciente idoso em CP e seus familiares?
- 3- Como você desenvolve a relação enfermeiro paciente/família no seu dia a dia ao cuidar de um doente em CP?
- 4- Como você trabalha a questão da ajuda e da confiança no seu relacionamento com o paciente?

INDICADORES QUALITATIVOS

- Atua de forma comprometida no processo de cuidar, em sintonia com paciente e família

- Utilização das suas próprias experiências de trabalho e conhecimentos e de cada um (paciente /família) para a melhor forma de cuidar
- Comunicar-se com paciente/família
- Sabe ouvir e assim desenvolver uma relação harmoniosa e cuidadosa com paciente e seus familiares
- Desenvolve atitudes de empatia (ser simpática)
- Desenvolve atitudes de honestidade (ter coerência, não dar falsa esperança) e calor (aceitação de forma positiva)
- Integra a família nas ações de cuidado com o seu paciente
- Ensina aos pacientes e seus familiares quanto aos cuidados
- Relaciona-se de forma humanizada com paciente/familiares
- Ouve com atenção, orienta e procura sanar as dúvidas e incertezas dos clientes
- Desenvolve a sensibilidade para estar mais próximo possível das soluções propostas e implementadas para melhorar as condições de saúde do cliente
- Ensina e estimula o autocuidado ao paciente
- Auxilia ou executa os cuidados higiênicos (leva ou encaminha ao banho, orientando os cuidados), na alimentação (estimula e oferece dieta, orienta importância da ingestão e cuidados com uso de sondas), nas necessidades fisiológicas (troca fraldas, lenções, uso de comadre e papagaio, encaminha ao banheiro), auxilia na deambulação

Fator Cuidativo De Watson – focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela.
(Assistência com a gratificação das necessidades humanas)



ROTEIRO

- 1- Qual a impressão geral que essas imagens lhe causam? Fale sobre isso.

- 2- O que você entende por necessidades humanas e qual a importância delas no processo de cuidar?
- 3- Que método de trabalho você utiliza ao cuidar de um idoso em CP?
- 4- Como você integra as necessidades humanas no seu processo de trabalho? Me fale sobre isso?
- 5- Como você insere o paciente e a família nesse processo de cuidar integrado às necessidades humanas?

INDICADORES QUALITATIVOS

- Identifica as necessidades humanas do paciente
- Incorpora as necessidades humanas do paciente no planejamento dos seus cuidados
- Procura implementar medidas de apoio ao bem-estar do paciente, proporcionando a este o crescimento e amadurecimento frente às situações
- Valoriza e dá atenção a todas as necessidades humanas do paciente de forma igual
- Demonstra conhecimento da estrutura holístico-dinâmica para visualização das necessidades
- Prioriza o atendimento às necessidades humanas básicas afetadas
- Facilita o desenvolvimento das atividades diárias como forma de terapia
- Estimula a boa alimentação através de alimentação propícia
- Favorece horários de repouso intercalando-os com escala e horários dos medicamentos
- Incentiva e aconselha sobre o uso correto dos medicamentos
- Orienta coisas para minimizar efeitos colaterais dos remédios (uso de chá de camomila, chupar gelo, picolé, uso de hidratantes, uso de laxantes naturais)
- Estimula a autoestima do paciente
- Estimula a autoajuda e o autocuidado
- Utiliza-se de método de trabalho (sistematização) para traçar planejamento do cuidado baseado nas necessidades humanas do paciente
- Utilização de métodos de trabalho que proporcionam uma perspectiva holística do cuidado (holístico exemplo planejamento)
- Viabiliza ações e medidas criativas e resolutivas de acordo com as necessidades, com objetivo de ampliar a visão do cuidar (realiza discussão com equipe, uso da internet, artigos, contato com outras unidades para conseguir materiais específicos)
- Faz uso de métodos criativos para resolução de problemas e tomada de decisão, ensinando a cuidar e cuidando (uso de cartilhas, folder, ilustrações para ensinar paciente e familiar)
- Priorizando ações de maior complexidade (necessidades mais urgentes a serem trabalhadas)

Fator Cuidativo De Watson – A promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sociocultural e espiritual (a provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual)



Mejor calidad de vida





ROTEIRO

- 1- Qual a impressão geral que essas imagens lhe causam? Fale sobre isso.
- 2- Você acha que existe uma relação entre o ambiente, o processo de cuidar e o bem-estar? Como você compreende isso?
- 3- De que forma você procura proporcionar um ambiente adequado a pacientes idosos em CP? Me diga o que você faz?
- 4- Como você acha que a assistência de enfermagem pode contornar as necessidades ambientais durante o processo de hospitalização de pacientes idosos em CP?

INDICADORES QUALITATIVOS

- Realiza ações diárias e rotineiras para promover conforto e bem-estar biopsicossocial (como atividades mentais, espirituais e culturais, fatores físicos, de segurança e ambientais)
- Promove o conforto através de massagem de conforto, uso de travesseiros, ventiladores, cobertores
- Evita eventos estressantes (como calor, barulho, luminosidade)
- Proporciona um ambiente de conforto (arejado, limpo, boa ventilação, uso de TV, rádio, trabalhos educativos, atividades de artesanato, pintura, etc.), privacidade (portas fechadas, uso de biombos, espaço reservado para seu uso e de suas coisas) e segurança (camas travadas, ajuste da altura da cama, escadinha, orienta uso de sandália antiderrapante, cuidados com sondas e cateteres, identificação do paciente, disponibilidade de álcool gel, uso de EPIs pelos profissionais e familiares)
- Estimula a autoestima do paciente (se vestir, arrumar, higienizar, exercitar, fazer atividades ocupacionais, ver programas, leitura)
- Humanização dos procedimentos e de suas ações
- Apoiando, criando e cultivando núcleo cliente família (aciona familiares, orienta-os para auxiliar o paciente nos cuidados)
- Implementa medidas de suporte e apoio (suporte e apoio da equipe multiprofissional para auxiliar nas atividades ocupacionais)
- Ajuda família e paciente a enfrentar as modificações e/ou adequações necessárias a este ambiente
- Fortalece a importância de mudança e adequação de hábitos que sejam prejudiciais à atual situação da doença

- Apoia os familiares e o cliente nas ações tomadas, que sejam relacionadas à melhoria da condição de saúde do paciente
- Mostra a hospitalização como forma positiva de cuidar para promover maior conforto ao paciente em palição
- Inclui os familiares em todo o processo de cuidar, de forma interativa
- Orientação com relação às fases de possíveis dificuldades e alterações em relação à doença e ao tratamento
- Estimulando atividades físicas (exercícios, caminhadas)

Fator cuidativo de Watson – Fé e Esperança



ROTEIRO

- 1- Qual a impressão geral que essas imagens lhe causam? Fale sobre isso.
- 2- Como você vê e compreende o papel da fé e esperança no cuidado paliativo de idosos?

- 3- Já teve uma situação que o marcou, na qual esses aspectos da fé e espiritualidade foram importantes no processo de cuidar de um idoso em CP e de seus familiares?
- 4- Você utiliza alguma estratégia relacionada à espiritualidade no seu trabalho de enfermagem ao cuidar de idosos em CP e de seus familiares? Como você faz isso?

INDICADORES QUALITATIVOS

- Estimula o paciente-família a engajar o espírito de força e vontade com transcender, preparação do espírito, para aceitação da morte
- Estimula o paciente/família na valorização das crenças, cultivo da fé e da esperança
- Estimula a participação do paciente/família em grupos religiosos e ou comunitários
- Reforço do aprimoramento no núcleo familiar da importância da oração junto ao paciente
- Fortalece as atitudes de fé e esperança no paciente/família como fonte facilitadora para aceitar processo de mudanças e aceitação da morte e buscar minimizar a dor e o sofrimento
- Auxilia o paciente na busca de alternativas além da medicina (exemplo: meditação, oração)
- Planeja trabalho buscando alívio ao sentimento de perda dos familiares e do cliente



APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO: a percepção dos enfermeiros assistente

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado "**CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO: a percepção dos enfermeiros assistente**". É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços na saúde e sua participação é de fundamental importância.

O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos prestado a pacientes idosos internados em um hospital universitário de Belém-Pa.

A realização de um trabalho deste caráter sempre pode apresentar alguns riscos, dentre os quais se destaca o vazamento de informações referentes ao sujeito pesquisado. Com a finalidade de prevenir esse problema, somente os pesquisadores terão acesso a estes dados, garantindo assim sigilo e privacidade. Caso haja extravio das informações, os que se sentirem prejudicados serão ressarcidos na forma da lei.

A sua colaboração é fundamental para a realização deste estudo, pois os seus resultados podem contribuir para o contexto e serviços envolvidos, visto que oferecerá subsídios para revelar as experiências e problemáticas enfrentadas no cotidiano, identificando os aspectos que podem ser trabalhados e/ou aperfeiçoados, bem como oferecer subsídios para a avaliação e/ou reestruturação dos novos protocolos, cursos para aprimoramento da equipe, visando assistência adequada aos pacientes que merecerem receber cuidados paliativos. Além da produção do conhecimento científico, pois o término da pesquisa resultará na elaboração final da Dissertação de Mestrado em Enfermagem do pesquisador, seguido da divulgação dos resultados em nível local, nacional e/ou internacional, por meio da publicação de artigo(s) em periódicos da área.

Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista, na qual será utilizado um gravador de voz, ressaltando a liberdade de aceitar ou não do entrevistado, explicando que o fato de não aceitar inviabilizará o desenvolvimento da entrevista; comunicando que a entrevista será realizada em ambiente reservado, previamente agendada, conforme a disponibilidade de horário e local; assegurando o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa, não havendo identificação pessoal dos dados fornecidos, mesmo quando os resultados desta forem divulgados sob qualquer forma, pois serão adotados codinomes ou códigos específicos para o estudo; as informações serão mantidas em arquivo

confidencial em computador e dispositivos eletrônicos, sob a responsabilidade do pesquisador responsável; os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando o pesquisador juntamente com a sua orientadora responsáveis de apresentar o relatório final da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo. A participação na entrevista não representará risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação é voluntária, e você pode desistir de participar a qualquer momento. Você também tem o direito de deixar de responder qualquer questão que não queira responder. Todo material será mantido anônimo. Todas as informações individuais são confidenciais. Você poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Você tem direito de se manter informado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. O material coletado nesta pesquisa será guardado em local seguro por cinco anos onde somente os pesquisadores terão acesso e, então, serão incinerados. Este trabalho será realizado com recursos próprios dos autores. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação. O pesquisador utilizará os dados somente para esta pesquisa. Em qualquer momento do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas.

Os investigadores são: mestranda/enfermeira Luciana Cristina Paiva Leal, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Prof.^a Dra. Sandra Helena Isse Polaro.

Declaro que compreendi as informações do que li ou que me foram explicadas sobre o trabalho em questão. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Belém, _____, de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste profissional para participação no presente estudo.

Pesquisador responsável

ANEXO A–PARECER DO CEP

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CUIDADO PALIATIVO AO IDOSO: a percepção dos enfermeiros assistentes

Pesquisador: LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69932617.8.0000.0017

Instituição Proponente: Hospital Universitário João de Barros Barreto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.260.535

Apresentação do Projeto:

O estudo sustenta o cuidado humanizado baseado nos fundamentos dos Cuidados Paliativos, que objetivam melhor qualidade de vida do paciente e famílias. A Enfermagem tem como essência o Cuidar, e conseguinte os cuidados paliativos diretamente voltado aos profissionais da profissão. Estudo exploratório do tipo descritivo com abordagem qualitativa, o cenário será as Unidades de internação da Clínica Médica e Pneumologia de um Hospital Universitário em Belém do Pará, a amostra selecionada serão enfermeiros que desempenham suas atividades nessas unidades. A técnica escolhida para a coleta dos dados será a entrevista, objetivo construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Trata-se de uma interação entre pesquisador e pesquisado, em que o pesquisador visa apreender o que o participante de pesquisa pensa, sabe, representa, faz, argumenta e sente (MINAYO, 2014). Será utilizado roteiro de entrevista semi estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos enfermeiros sobre sua prática assistencial em cuidados paliativos prestados a idosos na terminalidade, sob a luz da teoria de Jean Watson.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios referidos são direcionados para o conhecimento do diagnóstico situacional, e proporcionando aos serviços envolvidos a possibilitando subsídios para aprimoramentos,

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.260.535

avaliações e/ou melhorar a realidade da assistência prestada pelos enfermeiros aos idosos sob cuidado paliativos, contribuir para criação de protocolo para aplicação na instituição fundamentada cientificamente, proporcionando melhoria na qualidade de assistência.

Os riscos são relacionados a segurança e garantia do anonimato de identidade dos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo relevante cientificamente, tem o propósito em retornar para comunidade melhoria de assistência tanto local como divulgar o conhecimento para literatura da área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

No TCLE incluir contato da pesquisadora e do CEP/UHJBB.

Recomendações:

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá também ser informado ao CEP:

Relatório Semestral;

Relatório Final;

Envio de Relatório de Cancelamento;

Envio de Relatório de Suspensão de projeto;

Comunicação de Término do projeto na Plataforma Brasil.

No TCLE incluir contato da pesquisadora e do CEP/UHJBB

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi aprovado, ficando apenas a condição a liberação para iniciar coleta de dados após contemplar as recomendações sugeridas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA **CEP:** 66.073-000
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-6754 **Fax:** (91)3201-6663 **E-mail:** cepuhjbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.260.535

iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Cabe ainda ao pesquisador:

- 1- desenvolver o projeto conforme delineado;
- 2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;
- 4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- 6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905525.pdf	15/06/2017 12:42:54		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/06/2017 12:40:25	LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocompleto.docx	06/06/2017 11:18:20	LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	06/06/2017 11:18:03	LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/06/2017 11:14:56	LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	06/06/2017 11:14:18	LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL	Aceito
Brochura Pesquisa	projetocorrigido.docx	06/06/2017 11:14:02	LUCIANA CRISTINA PAIVA LEAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA



Continuação do Parecer: 2.260.535

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 05 de Setembro de 2017

Assinado por:
João Soares Felício
(Coordenador)

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br