



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



ERIDA DE OLIVEIRA SOARES

**CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma contribuição
para enfermagem**

**TERESINA
2015**

ERIDA DE OLIVEIRA SOARES

**CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma contribuição
para enfermagem**

Relatório de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria do
Livramento Fortes Figueiredo

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

**TERESINA
2015**

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

Soares, Erida de Oliveira.

S676c Cuidados paliativos ao idoso na Atenção Básica : uma
contribuição para a enfermagem / Erida de Oliveira Soares. –
Teresina, 2015.
145 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

Bibliografia

1. Cuidados Paliativos. 2. Enfermagem. 3. Idoso. I. Título. II.
Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD: 610.736 5

ERIDA DE OLIVEIRA SOARES

**CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma contribuição
para enfermagem**

Relatório de Dissertação apresentado ao
Programa de Pós-Graduação Mestrado
em Enfermagem da Universidade Federal
do Piauí, como parte dos requisitos
necessários para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Célia Pereira Caldas
1^a Examinadora – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ribeiro dos Santos
2^a Examinadora – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Suplente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dedico este trabalho aos meus pais, que não mediram esforços para promover minha educação; às duas bênçãos que Deus colocou na minha vida, meus filhos Pedro Henrique e Maria Cecília, fonte inesgotável de amor e entusiasmo para seguir em frente; e ao meu querido esposo, Carlos Henrique, pelo companheirismo e confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de misericórdia, inspiração, fé e esperança, autor da minha vida, pela oportunidade de iniciar o mestrado e por ter fortalecido a minha fé para poder concluí-lo, diante de tantas adversidades que se projetaram em meu caminho. As pedras foram muitas, mas diante de Sua presença, apenas purificaram o meu espírito e permitiram-me acreditar “que tudo posso naquele que me fortalece” e que sempre existirão motivos para seguir em frente.

Ao Painho, pela incansável dedicação em busca da realização dos meus sonhos e por ter constituído uma base familiar sólida, sempre pautada no amor e respeito ao próximo. A Mainha (*in memoriam*) pelo amor e carinho que me fazem uma falta imensurável, pelas lições de fé e perseverança que foram essenciais nessa jornada e por saber direcionar seus filhos à formação superior.

Ao meu querido esposo Carlos Henrique, pelo amor, apoio, companheirismo e compreensão de minha ausência. Aos meus amados filhos Pedro Henrique e Maria Cecília (luzes da minha vida), pelo bem que fazem à minha alma, por serem fontes de inspiração para seguir em frente e por permanecerem ao meu lado durante a construção deste trabalho, com suas inocentes interrupções, aliviando minhas tensões e fortalecendo-me com suas energias pueris.

Aos meus irmãos, por acreditarem que eu conseguiria vencer. À minha sogra Santana e à minha cunhada Marina, por acreditarem em meu potencial, por estarem sempre presentes nos momentos de alegria e adversidades, e por assumirem meus filhos nas minhas ausências. Serei eternamente grata a vocês.

À professora Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, minha orientadora, agradeço pela excelente orientação, sua competência e conhecimento foram inspiradores para a elaboração desse trabalho. Meus sinceros agradecimentos e gratidão pela sua paciência inquestionável, dedicação, disponibilidade, confiança, compreensão, incentivo, grande apoio e por todos os ensinamentos compartilhados.

Às Professoras Dra. Célia Pereira Caldas, Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos e Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia, por aceitarem contribuir com suas experiências e saberes na avaliação e melhor elaboração deste estudo. Professora Márcia, muito obrigada pelas mensagens de apoio, pela contribuição científica e por me transmitir paz.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI pela contribuição na minha formação.

À minha querida amiga Daniele, pelo apoio incondicional e por acreditar que eu venceria, sempre me fortalecendo nos momentos de fraqueza. Aos meus amigos Patrícia, Weliton, Erika Wanessa e Arnaldo pelo incentivo na busca das superações; à Juliana e Thais pelos momentos prazerosos de estudo na busca da aprovação do mestrado, pelo apoio e pelas mensagens de carinho; à Fernanda Matos e Jaqueline pelas orientações e incentivo.

A uma grande e inesquecível companheira de trabalho, Dra. Aldir, que me contagia com sua alegria e incentivou-me na busca da qualificação.

Aos amigos de turma do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, que estiveram ao meu lado nesta jornada, sempre me incentivando e acreditando que eu venceria.

Ao Centro Universitário UNINOVAFAP, onde me graduei e atualmente sou docente, realizando meu sonho de ser professora nesta instituição. Às queridas professoras Lia Moura, Adriana Parente e Adélia Oliveira, por acreditarem no meu

trabalho e por terem contribuído na minha formação profissional. Serei eternamente grata pelo carinho, confiança e apoio.

À Prof.^a Msc. Natália Maia, pela compreensão, apoio, incentivo, confiança diária e pela oportunidade de trabalho.

Aos enfermeiros, participantes deste estudo, meu sincero agradecimento pela disponibilidade, atenção dispensada, sem a qual não seria possível a realização desta investigação.

À minha equipe de pesquisa: Daniele Martins de Sousa; Laís Monteiro Araújo Campos Arêa Leão, Henrique Galeno; Anderson, Carla e Poliana pela doação e por me auxiliarem na execução deste trabalho.

Aos meus queridos alunos pela torcida desde a seleção do mestrado, pelas palavras de carinho, confiança e entusiasmo e por me compreenderem.

E a todos que estão direta ou indiretamente presentes em minha vida, meus profundos agradecimentos.

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida. Faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Dame Cicely Saunders

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade em ascensão no Brasil e no mundo. Fenômeno decorrente das transformações epidemiológicas, sanitárias, socioeconômicas e tecnológicas. Concomitantemente a esse processo ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, com a predominância de doenças crônicas, o que exige do setor saúde e dos profissionais novos modos de cuidar com abordagem holística, multidimensional e multidisciplinar que visem proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos que enfrentam doenças incuráveis com prognóstico limitado. Entre as estratégias assistenciais, destacam-se os Cuidados Paliativos, que podem ser prestados, tanto no ambiente hospitalar, como na atenção básica, atendendo além das pessoas idosas enfermas, as suas famílias. Diante da evidente lacuna na produção científica focalizando esta problemática, especialmente na realidade local, delimitou-se como objeto de estudo: o conhecimento e a prática de cuidados paliativos ao idoso realizado pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Objetivou-se descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos ao idoso; caracterizar as práticas de cuidados paliativos realizadas pelos enfermeiros ao idoso, discutir as possibilidades e dificuldades dos enfermeiros para a realização de cuidados paliativos ao idoso, analisar o conhecimento e as práticas dos enfermeiros em cuidados paliativos ao idoso com vistas à proposição de um plano de intervenção para esta modalidade assistencial baseada nos pressupostos da Teoria Holística. Investigação de abordagem qualitativa por meio da estratégia metodológica da pesquisa-ação, tendo como cenário a área de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Norte da cidade de Teresina, Piauí. Participaram do estudo 21 enfermeiros desta regional de saúde. A produção dos dados se deu por meio de reuniões e seminários temáticos, nos quais foram desenvolvidas dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, que permitiram a livre expressão dos participantes acerca das questões da pesquisa. Posteriormente, os dados foram agrupados em três categorias temáticas: Concepções dos enfermeiros sobre cuidados paliativos ao idoso; A atuação dos enfermeiros em cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família e Das possibilidades às limitações para a prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica. A análise e interpretação dos achados revelaram que o conhecimento dos enfermeiros participantes do estudo é empírico e incipiente, demonstrando fragilidades desde os conceitos à seleção da clientela prioritária para os cuidados paliativos na atenção básica. Outra evidência relevante trata-se da necessidade de implantação de um programa de educação permanente para os enfermeiros em cuidados paliativos ao idoso, para que, assim, estes profissionais possam prestar uma assistência holística e multidimensional capaz de prevenir e aliviar a dor e o sofrimento do indivíduo e da família. Desta forma, acredita-se nas contribuições deste estudo tanto no âmbito assistencial, como no ensino, bem como poderá ser base para futuras pesquisas congêneres.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Idoso; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Population aging is a reality on the rise in Brazil and worldwide. A phenomenon resulting from epidemiological, health, socio-economic and technological changes. Concurrently with this process there are changes in the population's mortality profile, with the prevalence of chronic disease, which requires the health sector and professionals, new models of care with holistic, multidimensional and multidisciplinary approach, aimed at providing a better quality of life for seniors who face incurable diseases with limited prognosis. Among the care strategies stand out palliative care that can be provided, both in the hospital environment, such as in primary care, serving beyond the infirm elderly, their families. Faced with the obvious gap in the scientific literature focusing on this issue, especially in the local community, it was delimited as object of study: the knowledge and the practice of palliative care to the elderly performed by nurses in the Family Health Strategy. This study aimed to describe the knowledge of nurses on palliative care to the elderly; characterize the palliative care practices performed by nurses to the elderly, discuss the possibilities and difficulties of nurses to perform palliative care to the elderly, to analyze the knowledge and practices of nurses in palliative care to the elderly with a view to proposing an action plan for this type of care based on the assumptions of Holistic theory. The research used a qualitative approach through methodological strategy of action research, in the scenery the area covered by the Regional Health Coordination Centre-North of the city of Teresina, Piauí. Study participants were 21 nurses of this regional health. Data production was accomplished through meetings and thematic workshops, in which were developed dynamics of creativity and sensitivity, which enabled the free expression of the participants about the research questions. Later, the data were grouped into three thematic categories: Conceptions of nurses on palliative care to the elderly; The role of nurses in palliative care in the Family Health Strategy and From possibilities to limitations to the practice of palliative care to the elderly in primary care. The analysis and interpretation of the findings revealed that participants' knowledge of the nurses is empirical and incipient, demonstrating weaknesses from concept to the selection of priority clientele for palliative care in primary care. Other relevant evidence it is the implementation of need for a continuing education program for nurses in palliative care to the elderly, so that these professionals can provide a holistic and multidimensional assistance can prevent and relieve pain and suffering of the individual and of the family. Thus, it is believed the contributions of this study both in caring for patients, such as in teaching. As well may serve as a basis for future research counterparts.

Keywords: Palliative Care; Nursing; Elder; Family Health Strategy.

RESUMEN

Envejecimiento de la población es una realidad en aumento en Brasil y en todo el mundo. Fenómeno que resulta de los cambios epidemiológicos, de salud, socio-económicos y tecnológicos. Concurrentemente con este proceso se producen cambios en el perfil de la mortalidad de la población, con la prevalencia de las enfermedades crónicas, lo que requiere el sector y los profesionales de la salud, las nuevas modalidades de atención con enfoque integral, multidimensional y multidisciplinario destinado a proporcionar una mejor calidad de vida para las personas mayores que se enfrentan a enfermedades incurables con el pronóstico limitado. Entre las estrategias de atención destacan los cuidados paliativos que se puede proporcionar, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, sirviendo más allá de los ancianos enfermos, sus familias. Ante el vacío evidente en la literatura científica se centra en este tema, especialmente en la comunidad local, se delimitó como objeto de estudio: el conocimiento y la práctica de los cuidados paliativos para las personas mayores realizado por las enfermeras en la Estrategia Salud de la Familia. Este estudio tuvo como objetivo describir el conocimiento de las enfermeras en cuidados paliativos para las personas mayores; caracterizar las prácticas de cuidados paliativos realizadas por las enfermeras a los ancianos, discutir las posibilidades y dificultades de las enfermeras para llevar a cabo los cuidados paliativos para las personas mayores, para analizar los conocimientos y prácticas de enfermería en cuidados paliativos a las personas mayores con el fin de proponer un plan de acción para este tipo de atención en base a los supuestos de la teoría holística. Investigación de enfoque cualitativo a través de la estrategia metodológica de la investigación-acción, en el contexto de la zona cubierta por la Coordinación Regional de Salud Centro-Norte de la ciudad de Teresina, Piauí. Los participantes del estudio fueron 21 enfermeras de esta regional de salud. La investigación utilizó un enfoque cualitativo a través de la estrategia metodológica de la investigación-acción, en el contexto de la zona cubierta por la Coordinación Regional de Salud Centro-Norte de la ciudad de Teresina, Piauí. Los participantes del estudio fueron 21 enfermeras de esta regional de salud. La producción de datos se llevó a cabo a través de reuniones y talleres temáticos, en los que se desarrollaron dinámicas de creatividad y sensibilidad, lo que permitió la libre expresión de los participantes acerca de las preguntas de investigación. Posteriormente, los datos se agruparon en tres categorías temáticas: Conceptos del personal de enfermería en los cuidados paliativos para las personas mayores; El papel de la enfermera en los cuidados paliativos en la Estrategia de Salud Familiar y De las posibilidades de limitaciones a la práctica de los cuidados paliativos para las personas mayores en la atención primaria. El análisis e interpretación de los resultados revelaron que el conocimiento de los participantes del estudio empírico y enfermeras es incipiente, lo que demuestra las debilidades desde el concepto a la selección de la clientela prioridad para los cuidados paliativos en la atención primaria. Otra evidencia relevante que está desplegando necesidad de un programa de educación continua para las enfermeras en cuidados paliativos a las personas mayores, por lo que estos profesionales pueden proporcionar una asistencia integral y multidimensional puede prevenir y aliviar el dolor y el sufrimiento de la persona y de la familia. Por lo tanto, se cree las aportaciones de este estudio, tanto en el cuidado de los pacientes, como en la enseñanza. Y puede servir como base para futuras contrapartes de investigación.

Palabras-claves: Cuidados Paliativos; Enfermería; Anciano; Estrategia de Salud Familiar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Primeiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	52
Figura 2 - Segundo slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	52
Figura 3 - Terceiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	53
Figura 4 - Produção Artística do grupo 1 sobre ser velho na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	53
Figura 5 - Produção Artística do grupo 2 sobre ser velho na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	54
Figura 6 - Produção Artística do grupo 3 sobre ser velho na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	54
Figura 7 - Produção Artística do grupo 4 sobre ser velho na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	54
Figura 8 - Produção Artística do grupo 1 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	55
Figura 9 - Produção Artística do grupo 2 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	55
Figura 10 - Produção Artística do grupo 3 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	55
Figura 11 - Produção Artística do grupo 4 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	55
Figura 12 - Produção Artística do grupo 1 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	56
Figura 13 - Produção Artística do grupo 2 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	56
Figura 14 - Produção Artística do grupo 3 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	56
Figura 15 - Produção Artística do grupo 4 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015	56
Figura 16 - Primeiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Brainstorming) do Seminário II. Teresina, PI, 2015	58
Figura 17 - Segundo slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Brainstorming) do Seminário II. Teresina, PI, 2015	58
Figura 18 - Terceiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Brainstorming) do Seminário II. Teresina, PI, 2015	59
Figura 19 - Slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Semáforo) do Seminário III. Teresina, PI, 2015	61
Figura 20 - Base para os cartazes utilizados na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Semáforo) do Seminário III. Teresina, PI, 2015	61
Figura 21 - Cartazes utilizados na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Semáforo) do Seminário III. Teresina, PI, 2015	62

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Caracterização dos participantes do estudo (n=21) quanto aos aspectos sociodemográficos e de formação. Teresina, PI, 2015 **64**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CP	Cuidados Paliativos
DRSCN	Diretoria Regional de Saúde Centro-Norte
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NCP	Núcleo de Cuidados Paliativos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1	Descrevendo a situação-problema	15
1.2	Questão norteadora e objetivos do estudo	17
1.3	Justificativa e relevância do estudo	18
2	CONCEPÇÕES E CONCEITOS SOBRE A TEMÁTICA	19
2.1	O envelhecimento populacional e as políticas públicas de atenção à pessoa idosa.	19
2.2	Contextualizando os cuidados paliativos	23
2.3	A enfermagem em cuidados paliativos ao idoso na perspectiva holística	33
2.4	Bases da Teoria Holística para instrumentalizar a prática de enfermagem em cuidados paliativos ao idoso	39
3	CAMINHO METODOLÓGICO	44
3.1	Tipo de estudo	44
3.2	Cenário do estudo	45
3.3	Participantes do estudo	45
3.4	Análise dos dados	46
3.5	Aspectos éticos	47
3.6	Percurso e etapas do processo metodológico da pesquisa-ação aplicada ao estudo	48
3.6.1	Etapla introdutória ou reunião de negociação	49
3.6.2	Desenvolvimento	50
3.6.2.1	Seminário Temático I – Envelhecimento: aspectos biopsicossociais e epidemiológicos	50
3.6.2.2	Seminário Temático II – Contextualizando os Cuidados Paliativos ao Idoso	57
3.6.2.3	Seminário Temático III – A Enfermagem em Cuidados Paliativos	59
3.6.3	Mapeamento e categorização dos dados	62
3.6.4	Análise e interpretação dos dados	62
3.6.5	Etapla de Conclusão	63
4	ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS	64
4.1	Concepções do enfermeiro sobre cuidados paliativos ao idoso.	66
4.2	A atuação dos enfermeiros em cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família.	73
4.3	Das possibilidades às limitações para a prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica.	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	100
	ANEXOS	135

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Descrevendo a situação-problema

A população mundial vem passando por um processo de mudança em seu panorama demográfico e epidemiológico. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram o avanço da população idosa no Brasil, que passou de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010. Esse crescimento segue se consolidando nas projeções do IBGE para 2050, nas quais são estimados cerca de 20% de idosos comparados à população geral do país (IBGE, 2010).

Partindo da premissa de que o crescimento demográfico do idoso é um fato marcante mundialmente, surge a preocupação com a saúde deste grupo populacional, que é o principal contribuinte para a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiocirculatórias, cerebrovasculares, neurológicas, doenças pulmonares crônicas e neoplásicas. São consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a causa de morte mais frequente da população até o ano de 2030, as quais frequentemente promovem um prolongado período de terminalidade, causando a deterioração da qualidade de vida dos pacientes muito antes da ocorrência do óbito (BRASIL, 2007; FONSECA; FONSECA, 2010; LEMOS; SANTANA, 2011).

Nesse sentido, o estudo de Pereira, Schneider e Schwanke (2009) demonstra que as pessoas idosas são responsáveis por mais de 20% das internações hospitalares geradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este percentual corresponde a 26,5% dos gastos totais com essa forma de assistência, o que chama a atenção para o desafio de atender a uma sociedade progressivamente mais envelhecida por meio de formulação de políticas públicas e oferta de serviços e benefícios que lhes permitam uma vida digna e ativa (MARINHO et al., 2013; VIEIRA et al., 2013).

Nesse contexto, são discutidas as alternativas existentes que podem ser proporcionadas a esses idosos com finalidade de amenizar as perdas e o sofrimento originados não somente pelo envelhecimento, mas também pelas doenças. Uma opção para esses casos, principalmente quando o quadro se encontra em fase avançada, são os Cuidados Paliativos (CP).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002), os cuidados paliativos consistem na assistência desenvolvida por uma equipe multiprofissional que valoriza a qualidade de vida do paciente e seus familiares, pela prevenção e alívio do sofrimento e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, frente a uma doença progressiva e incurável que ameaça a vida.

Os cuidados paliativos iniciam no momento em que o paciente não responde mais ao tratamento curativo e necessita de uma assistência voltada ao controle dos sinais e sintomas da doença irreversível ou crônico-degenerativa. Ademais, recebe suporte psicossocial e espiritual buscando uma melhor qualidade de vida (SALES et al., 2011).

Dessa forma, essa modalidade de assistência requer ações multiprofissionais que articulem intervenções prolongadas e persistentes em função de uma abordagem que minimize o sofrimento dos pacientes e seus familiares. Estas podem ser prestadas a nível básico de atenção no próprio domicílio, tendo em vista que ultrapassam a esfera de uma ação curativa e promovem medidas de conforto essenciais ao paciente em processo de terminalidade (FONSECA; REBELO, 2011; MARCUCCI; CABRERA, 2015).

Destaca-se a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma alternativa para o cuidado integral a saúde, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação. Além disso, atenta-se para a atuação do enfermeiro junto ao idoso e sua família na prestação de cuidados paliativos, gerando um impacto positivo na qualidade de vida dessas pessoas.

Os cuidados paliativos foram normatizados no âmbito do SUS em 2002 pelas portarias ministeriais n.º 19, de 03 de janeiro de 2002, e n.º 1.319, de 23 de julho de 2002. A primeira se propõe a instituir a Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, tendo como alguns de seus objetivos a organização dos serviços de saúde e equipes multidisciplinares para assistir aos usuários que necessitem da palição de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, além de promover a educação continuada de profissionais de saúde sobre essa modalidade de cuidado. A segunda, por sua vez, assegura aos pacientes com dor crônica o direito à vida, dignidade, cidadania, bem estar, acesso ao tratamento, inclusive, com o uso de opiáceos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria n.º 874 de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede, a

qual determinou que a prestação de cuidados paliativos deve ser contemplada desde a atenção básica até os níveis de maior complexidade. Assim, as unidades básicas de saúde e equipes da ESF deverão realizar ações voltadas para promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como realizar cuidados paliativos (BRASIL, 2013b).

Diante do exposto, ressalta-se a importância do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prática desses cuidados, visto que esse profissional tem como uma de suas atribuições manter uma relação próxima com o paciente e sua família, considerando o indivíduo em sua singularidade, integralidade e inserção sociocultural. Isto implica não somente na prestação de serviços, mas no estabelecimento de uma relação de confiança e amizade.

Ressalta-se que a formação do enfermeiro possibilita o desenvolvimento da capacidade para identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais da pessoa ou da família receptora do cuidado. Propicia, ainda, a atuação na prevenção, promoção do alívio da dor e outros sintomas estressantes, com vistas à manutenção da qualidade de vida e à prestação do cuidado holístico intensamente almejado pela enfermagem.

Diante disso, o presente trabalho tem como objeto de estudo o conhecimento e a prática de cuidados paliativos ao idoso realizado pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF).

1.2 Questão norteadora e objetivos do estudo

Tomando como referência o objeto deste estudo, elegeu-se como questões norteadoras: Qual o conhecimento do enfermeiro da ESF sobre cuidados paliativos ao idoso? Quais práticas de cuidados paliativos ao idoso são realizadas pelo enfermeiro da ESF? Quais as possibilidades e dificuldades do enfermeiro para os cuidados paliativos ao idoso na ESF?

No intuito de responder às questões norteadoras e buscando compreender o conhecimento e a prática de cuidados paliativos ao idoso realizado pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), foram elaborados os seguintes objetivos: descrever o conhecimento dos enfermeiros da ESF sobre os cuidados paliativos ao idoso; caracterizar as práticas de cuidados paliativos realizadas pelo enfermeiro da ESF ao idoso, discutir as possibilidades e dificuldades do enfermeiro para a

realização de cuidados paliativos ao idoso na ESF; analisar o conhecimento e as práticas dos enfermeiros da ESF em cuidados paliativos ao idoso com vistas à proposição de um plano de intervenção para esta modalidade assistencial.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

O interesse pela temática partiu da experiência de realização de uma pesquisa sobre a vivência do enfermeiro no processo de morte e morrer de pacientes oncológicos. Na oportunidade, foi possível identificar a necessidade de maiores conhecimentos dos enfermeiros sobre o processo de terminalidade, no qual se inserem os cuidados paliativos.

A prática como enfermeira em um hospital da rede municipal de Teresina-PI permitiu a convivência com uma parcela considerável de idosos portadores de doenças crônicas em fase avançada. Estes se encontravam internados por um longo período de tempo para receber cuidados paliativos que poderiam ser prestados no próprio domicílio, desde que houvesse a capacitação dos profissionais da atenção básica.

Os CP que os pacientes acometidos por doenças crônicas que ameaçam a vida necessitam são, em sua maioria, de baixa complexidade e peculiares à enfermagem como: alimentação, higiene, curativos, administração e avaliação da efetividade de analgésicos. São cuidados que objetivam a diminuição da dor e sofrimento, sendo passíveis de realização na atenção básica, o que se constituiria em uma alternativa para garantir a utilização adequada dos leitos hospitalares e oportunizar ao paciente vivenciar a fase final de sua vida em um ambiente menos hostil ao lado de seus familiares.

Outro fator motivador foi a possibilidade de, com os resultados deste estudo, poder contribuir para a divulgação do conhecimento sobre cuidados paliativos como uma alternativa de assistência fora do ambiente hospitalar, especialmente abordando idosos portadores de doenças crônicas que ameacem a vida.

2 CONCEPÇÕES E CONCEITOS SOBRE A TEMÁTICA

2.1 O envelhecimento populacional e as políticas públicas de atenção à pessoa idosa.

O envelhecimento populacional, que pode ser entendido como o crescimento elevado do contingente idoso em relação aos demais grupos etários, era uma preocupação apenas dos países desenvolvidos, nos quais esse fenômeno foi observado há algum tempo. O que se verifica, na atualidade, são maiores índices de mudanças no perfil populacional nos países em desenvolvimento. No Brasil, percebe-se que, embora retardada, a projeção desse fenômeno está acontecendo de forma rápida, especialmente na população acima de 80 anos, o que ocasiona uma alteração da composição etária dentro do próprio grupo devido, em grande parte, ao aumento na expectativa de vida dos brasileiros associada à queda da taxa de natalidade (VERAS, 2012).

Hoje, no Brasil, tem-se uma população de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que, destas, 20.590.599 milhões se constituem de idosos, o que equivale a aproximadamente 10,8% da população total. Dentre os idosos, 55,5% (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens. O Piauí, assim como os demais estados brasileiros, apresenta o mesmo crescimento da população idosa e conta com 289.210 idosos, o que corresponde a 9,9% dos habitantes (IBGE, 2011).

Um ponto marcante nesse processo de transição demográfica é a feminização da velhice, caracterizando o envelhecimento populacional como uma questão de gênero. As mulheres vivem mais que os homens e existe a possibilidade de experimentarem essa velhice em situações econômicas desvantajosas, contribuindo para uma maior fragilidade diante de doenças ameaçadoras da vida (CAMARANO, 2013).

Para a OPAS, o envelhecimento é definido como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie. Apresenta-se de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Silva e Figueiredo (2010) entendem o envelhecimento como um processo natural e fisiológico que tem início no nascimento e continua por toda vida. Porém, não apenas relacionado ao aspecto biológico, mas também ao psicológico e social.

É, assim, um processo dinâmico e ocorre de forma progressiva. O que se verifica com o envelhecimento são alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem acarretar uma redução significativa na capacidade de adaptação ao meio em que o idoso vive, tornando-o mais vulnerável para a aquisição de patologias que podem ameaçar a sua vida (FERREIRA et al., 2012).

O envelhecimento está aliado a mudanças do perfil de morbimortalidade da população, no qual predominam doenças e agravos crônicos, em detrimento das doenças infecciosas. Essa transição epidemiológica gera complexas mudanças nos padrões de saúde-doença e na inter-relação com seus determinantes, afetando a pessoa que envelhece e, também, a família e a sociedade em geral. O aumento acentuado do número de idosos trouxe consequências para a sociedade, bem como para os indivíduos que compõem este segmento populacional, cujo impacto social é, muitas vezes, mais importante que o biológico, notabilizando a necessidade de profundas transformações socioeconômicas no país (KUCHEMANN, 2012).

Debert (2004) afirma que, no Brasil, a velhice tornou-se uma preocupação social, motivando uma socialização progressiva de gestão da mesma. A autora defende que, por muito tempo, a velhice foi considerada como própria da esfera privada e familiar e hoje se transforma em uma questão pública, na qual um conjunto de orientações e intervenções são definidas e implementadas pelo Estado.

Diante do crescimento progressivo da população idosa, verificaram-se no Brasil muitas transformações quanto à assistência à saúde do idoso, onde doenças próprias do envelhecimento foram visualizadas de maneira mais expressiva pela sociedade e evidenciaram que o país estava diante de um desafio: dispor de recursos para atender de forma efetiva a essa demanda crescente. O direito universal e integral à saúde, firmado pela Constituição de 1988, significou uma conquista da sociedade em sua totalidade, na qual está incluída a população idosa (VERAS, 2011).

Com essa nova realidade, o Brasil passou frequentemente a formular dispositivos constitucionais e medidas legais que pudessem proteger o idoso, garantindo o princípio da equidade, além de reestruturar os programas de atenção à saúde, assistência e lazer para que pudessem atender aos anseios da população

idosa. As políticas públicas voltadas ao idoso tornaram-se prioridade, pois sendo o envelhecimento um processo dinâmico, torna-se necessário adequar os serviços de saúde a essa nova realidade. É obrigação do Estado garantir à população idosa proteção à vida e à saúde para um envelhecimento digno (KUCHEMANN, 2012).

Instituída pela lei n.º 8.842, de 04 de janeiro de 1994, e posteriormente regulamentada pelo decreto n.º 1948, de 13 de julho de 1996, a Política Nacional do Idoso (PNI) foi o marco inicial nas formulações das estratégias e ações sociais, legais e de saúde para amparar os idosos. Teve por objetivo assegurar aos idosos seus direitos sociais por meio da divisão de competências entre os órgãos e entidades públicas, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva em todos os setores da sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerada idosa a pessoa com mais de 60 anos de idade (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1996b).

Essa lei também viabilizou a criação do Conselho Nacional do Idoso, responsável por oportunizar o convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, proporcionando uma articulação entre os ministérios das áreas de Previdência e Assistência Social, do Planejamento e Orçamento, da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, da Cultura e da Justiça. Vale ressaltar que a implementação desse preceito legal apresentou dificuldades como: falta de captação de recursos, indisponibilidade de um sistema de informação capaz de gerar dados concretos e fidedignos, bem como a deficiência de capacitação de recursos humanos especializados para a prestação de uma assistência humanizada e igualitária aos idosos (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1996b; DEL LUCA et al., 2012; SILVA; FIGUEIREDO, 2010).

Com vistas a dirimir tais dificuldades e amenizar as insatisfações, surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), estabelecida pela portaria n.º 1395, de 10 de dezembro de 1999, sendo parte da PNI. A PNSI fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, definindo como diretrizes essenciais para o seu alcance a promoção do envelhecimento com adoção de hábitos saudáveis de vida, assistência às necessidades de saúde do idoso, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e a estudos e pesquisas na área de envelhecimento (BRASIL, 1999).

As diretrizes propostas pela PNSI dispõem sobre a forma integralizada de atendimento à saúde abrangendo a universalização do atendimento e o princípio da

equidade na prestação da assistência voltada para a população idosa, com garantia da participação popular e do controle social, dando visibilidade ao idoso quando o considera como sujeito ativo na defesa da sua vida. Dessa forma, corroboram com os preceitos preconizados pelo SUS (ACIOLI; BATISTA, 2013).

Tendo em vista as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em todo o mundo, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou no ano de 2002, em Madri, a 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, onde governantes de todos os países do mundo decidiram adotar um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, constituindo-se como uma orientação para a adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI (SCHNEIDER et al., 2007).

No Brasil, foi aprovado em 2003 pelo Congresso Nacional Brasileiro, com expressiva participação de entidades de defesa dos direitos e interesses da população idosa, o Estatuto Nacional do Idoso. Este apresenta como finalidade a ampliação da resposta do Estado às questões que envolvem os idosos, bem como a resposta da sociedade às necessidades deste grupo populacional (BRASIL, 2007).

Com o objetivo de adequar-se ao Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, foi implantado no Brasil, em fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde como uma tentativa de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS, destacando a pessoa idosa. Este pacto contempla três grandes áreas: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS (SCHNEIDER et al., 2007).

O Pacto pela Vida, no contexto do idoso, contemplou a necessidade do setor de dispor de uma política atualizada e instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) por meio da portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Seus objetivos foram recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos pela promoção do envelhecimento ativo, atenção integral ao idoso, estímulo às ações intersetoriais, provimento de recursos humanos e financeiros, estímulo ao controle social, formação e educação permanente dos profissionais da saúde na área da saúde da pessoa idosa, divulgação da PNSPI, promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde do idoso, além de incentivar estudos e pesquisas que abordem a temática do envelhecimento (BRASIL, 2006a).

Percebe-se que atender às necessidades da pessoa idosa se constitui um grande desafio e exige ações e atitudes inovadoras dos serviços de saúde. É notório

que os idosos representam a parcela da população que mais utiliza os serviços de saúde, com internações frequentes, devido às peculiaridades que envolvem o envelhecer e que não são passíveis de total controle, como o surgimento de doenças crônicas inerentes a essa faixa etária (FIGUEIREDO et al., 2008).

2.2 Contextualizando os cuidados paliativos

A expressão cuidado paliativo advém de uma discussão a respeito de como prestar assistência aos pacientes que eram considerados “fora das possibilidades terapêuticas” e passavam a ser denominados como “pacientes terminais”. Esta mudança propôs uma transformação na sua abordagem, que redireciona o paradigma da cura para a prestação dos cuidados.

Essa modalidade de assistência integra um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, que tem como prioridade melhorar a qualidade de vida do paciente sem possibilidades de cura e dos seus familiares, por meio de uma correta avaliação e da adequabilidade de tratamento, pela prevenção e alívio do sofrimento, priorizando a identificação e o controle da dor e dos demais sintomas decorrentes da fase avançada de uma patologia. Além disso, visa proporcionar suporte psicossocial e espiritual, em todos os estágios, desde o diagnóstico de uma doença incurável e que ameaça a vida até o período de luto da família (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Considerados como a filosofia do cuidar, os cuidados paliativos não objetivam controlar a morte, e nem pretendem acelerar ou retardar esse processo. O que se busca, na realidade, é humanizar o tratamento dos pacientes que se encontram vitimados por doenças avançadas que ameacem a continuidade da vida, realizando uma abordagem holística com vistas a amenizar o seu sofrimento e o de sua família (SOUSA et al., 2010).

Etimologicamente, a palavra “paliativa” é originada do latim *palliun*, que significa manto, proteção, ou seja, proteger os pacientes em que a ação curativa não mais o acolhe, pontuando a reflexão sobre a dimensão dessa modalidade de assistência. Mello (2009), ao analisar o vocábulo, afirma que seria um manto que ocultaria os sintomas que irão emergir da progressão da doença.

A compreensão sobre os CP teve alterações com o passar dos anos, pois se percebe que, durante muito tempo, os pacientes fora de possibilidades de cura

foram esquecidos pelos serviços de saúde, visto que não se constituíam como foco principal da medicina. Com a Revolução Industrial e, conseqüentemente, a implementação de avanços tecnológicos na área da saúde, a população se viu diante da possibilidade de cura para toda e qualquer patologia, refutando-se a ideia de terminalidade dos interesses médicos, contribuindo para uma constante negação da morte que pode ser percebida inclusive quanto ao local deste acontecimento, que passou de um espaço acolhedor, que era o seio da família e toda a sua proteção, para um ambiente que nem sempre consegue atender às necessidades reais do paciente no seu processo de finitude, que é o hospital (BENEDETTO et al., 2009).

Assim, para Kubler-Ross (2008, p.12):

Morrer se torna um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. Qualquer um que tenha estado muito doente e necessitado de conforto se lembrará de ter sido posto numa maca sob o som estridente da sirene, e da corrida desenfreada até se abrirem os portões do hospital.

Contudo, essa realidade vem sendo modificada, gerando uma melhor aceitação da finitude do ser humano e da limitação da cura, tendo em vista que o avanço tecnológico aliado à terapêutica transformou algumas doenças que eram consideradas mortais em crônicas, contribuindo para o aumento da longevidade da população. Assim, a compreensão da morte foi sendo integrada nos cuidados de saúde, com a observação de que a ausência de cura para uma doença e sua possível progressão poderiam não indicar o final do tratamento, mas a mudança do alvo das intervenções (MORITZ et al., 2011).

O cuidado paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma. Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, adquiriram características de hospitais (SANTOS, 2011).

Pessini (2006) afirma que, por serem mantidas por religiosos, essas instituições se pautavam em uma perspectiva de cuidado baseada na caridade,

visando apenas ao alívio do sofrimento devido à falta de cientificidade da época, o que posteriormente torna-se um cuidado especializado, objetivando o controle da dor e dos demais sintomas. Segundo o mesmo autor, o primeiro *hospice* que se dedicou exclusivamente aos moribundos data de 1842, em Lyon na França, fundado por Madame Jeanne Garnier, que atendia com cuidados específicos os pacientes vitimados pelo câncer que, inicialmente, morriam sem nenhuma assistência no seio familiar, sendo o termo *hospice* associado ao cuidado de pacientes em estágios finais da doença. Florence Nigthingale, em 1846, fundou em Dublin o *Our Lady's Hospice*, destinado a abrigar os pacientes em fase terminal da doença, e sua contemporânea Madre Mary Aikenhead, em 1905, criou na Inglaterra o *St Joseph Hospice*.

No início do Século XX, o médico William Osler escreveu sobre cuidados paliativos com uma abordagem centrada nas pessoas e não em suas doenças, baseando-se no respeito ao sofrimento humano. Por volta de 1960, surgiram os conceitos atuais com Cecily Saunders, criadora do Movimento *Hospice* e Cuidados Paliativos e fundadora do *Saint Christophe's Hospice*, em Londres, o primeiro hospital destinado ao tratamento de pacientes na fase do fim da vida, além do desenvolvimento do ensino e da pesquisa, com abertura para bolsistas de vários países (BENEDETTO et al., 2009).

Saunders buscava identificar as reais necessidades dos pacientes, enfatizando a excelência no tratamento de sintomas e abordando o indivíduo em sua totalidade, incluindo seus aspectos físicos, emocionais e espirituais. Contribuições importantes também foram realizadas pela psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross que, em seu livro *On Death and Dying*, publicado em 1968, descreve a crise psicológica dos pacientes terminais, apontando suas necessidades e discutindo autonomia e a ideia de morrer com dignidade (PINHEIRO; BENEDETTO; BLASCO, 2011).

A contribuição de Saunders para a prática de cuidados paliativos foi extraordinária, analisando durante sete anos o aspecto da dor em mais de mil pacientes. Pautada em uma visão holística do cuidado, introduziu ao tratamento medicamentoso o apoio sociopsicológico e espiritual, importante iniciativa que levou, em 1985, à fundação da Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda e, em 1987, o Reino Unido foi o primeiro país a reconhecer a Medicina Paliativa como especialidade. O que se verificou a partir de então foi que os

cuidados paliativos passaram a fazer parte dos currículos de Enfermagem e Medicina (PESSINI; BERTACHIN, 2004).

Cicely Saunders, enfermeira, assistente social, médica e com formação humanística, incomodada com o sofrimento dos seus pacientes, resolveu intervir buscando uma melhora na qualidade de vida dos que sofriam com doenças terminais, independente do tempo de vida que lhes restavam, o que remete à essência da humanização nessa modalidade de assistência. A partir desse momento, o conceito de *hospices* teve uma mudança no seu significado, configurando-se como unidades de cuidados paliativos, ligadas ao hospital ou ao atendimento domiciliar, associando aos cuidados modernas técnicas de controle de dor e outros sintomas (PASTRANA et al., 2008).

Os cuidados paliativos têm a função de desmistificar a visão errônea de que o único foco do cuidado é a cura do paciente, que muitas vezes é visto de forma fragmentada. Reafirma a necessidade de uma assistência holística, como defendia Saunders ao estabelecer seus objetivos: o cuidado do paciente e da família como uma unidade, a abordagem interdisciplinar, a continuidade do cuidado no domicílio e o acompanhamento da família após a morte (LEMOS; SANTANA, 2011).

A legitimação dos cuidados paliativos teve como marco essencial a conceituação formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990. Foram definidos como o cuidado total e ativo de pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo, sendo de maior importância: o controle da dor e outros sintomas, como também os aspectos psicológicos, espirituais e sociais.

Essa definição foi importante, pois reafirmou a busca pela qualidade de vida. No entanto, ao ressaltar a aplicabilidade dos cuidados paliativos aos pacientes não responsivos à terapêutica curativa, gerava a interpretação de que apenas poderiam ser administrados nos estágios avançados das doenças na fase final da vida. Porém, sabe-se que muitas condições crônicas de saúde não apresentam cura, mas são passíveis de uma expectativa de vida prolongada (DELACORTE et al., 2012).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos:

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio

do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) considera que a partir da reformulação do conceito fica evidente que: a prática de cuidados paliativos não se constitui de protocolos, mas sim de princípios; a terminologia doença que ameace a vida deve substituir terminalidade; e que não se fala mais em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, para reafirmar que paliativismo se afasta do significado de não ter mais nada a fazer. Ademais, reitera que o cuidado deve ser iniciado desde o diagnóstico e que a família deverá ser assistida após a morte do paciente, no período do luto.

Analisando o conceito formulado pela OMS, depreende-se que os princípios que norteiam os CP devem ter a sua aplicabilidade o mais precocemente possível, no diagnóstico da doença, e referem-se a qualquer patologia crônica que possa potencialmente ocasionar a morte, reafirmando que essa modalidade de assistência não se inicia apenas na fase final da vida. Busca-se, dessa forma, atenuar os sintomas que, caso não fossem tratados no momento do diagnóstico da doença, teriam o seu controle dificultado nos últimos dias de vida (MACIEL, 2008).

Segundo a OPAS (2002), são oito os princípios fundamentais dos cuidados paliativos:

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis.

Para assegurar esse princípio, tornam-se necessários o conhecimento científico para a prescrição de medicamentos adequados, e a habilidade e sensibilidade aguçada para utilizar medidas não farmacológicas com vistas a minimizar os sintomas advindos dos aspectos psicossociais e espirituais. Isso decorre do fato de a dor física, na maioria das vezes, ser possivelmente controlada com o medicamento, mas o sofrimento advindo do medo de perder o ente querido, a dor de não ter conseguido executar os planos traçados para a vida, de como a família ficará após sua morte, são questões mais complexas.

O controle da dor na prática de cuidados paliativos se constitui em um dos pontos primordiais, tendo em vista que esse sintoma afeta consideravelmente a qualidade de vida, gerando um grande estresse emocional. Ao sentir dor, o paciente não conseguirá ter sono e repouso satisfatórios, dificilmente conseguirá se

alimentar, além de ter comprometimento no seu raciocínio e relacionamento com familiares e profissionais de saúde, comprometendo a sua assistência.

2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.

Ao considerar a possibilidade da morte como evento natural e esperado diante de uma patologia ameaçadora da vida, o cuidado paliativo reafirma a necessidade de melhorar a qualidade de vida, diante da prioridade não ser o tempo vivido, mas a qualidade para vivenciá-lo. Isso poderá ser efetivado na conquista diária de cada paciente, na realização de seus desejos, pois cada dia é único e deve ser valorizado e vivenciado efetivamente.

3. Não acelerar nem adiar a morte.

Esse princípio estabelece a reflexão de que a prática de cuidado paliativo não deve ser confundida com eutanásia e que, para alcançá-lo, a equipe paliativista deve ter competência para diagnosticar de forma embasada, conhecendo a história natural da doença e, acima de tudo, colocando-se disponível para estabelecer uma relação de empatia com o paciente e seus familiares para que as decisões sejam compartilhadas.

4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.

As patologias ameaçadoras da vida acompanham uma série de perdas para o paciente e seus familiares, dentre elas, pode-se citar a perda da identidade, autoimagem, segurança, independência, além de algumas perdas materiais como a condição social, devido às limitações impostas pela doença, o que gera no paciente e seus familiares sentimentos de profunda angústia, depressão e desesperança, que contribuem para exacerbar sintomas e a evolução da doença. Torna-se necessária a abordagem interdisciplinar, valorizando os aspectos psicológicos e espirituais, considerando o significado da vida para o paciente de acordo com as suas crenças e princípios.

5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.

A qualidade de vida, que é inerente aos cuidados paliativos, será alcançada se os profissionais de saúde perceberem alguns problemas que distanciam esse princípio, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de medicamentos e outros problemas sociais. Esses devem funcionar como agentes facilitadores na sua resolução.

6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.

É importante ressaltar que nunca adoecemos sozinhos, o processo de doença envolve familiares e amigos que devem ter também o seu sofrimento cuidado. Não se percebe a prática de cuidados paliativos isolada do contexto familiar, tendo em vista que, em muitos momentos, esta consegue traçar peculiaridades do paciente que não foram ditas, e é no seu seio que, na maioria das vezes, é encontrado o suporte necessário para as adversidades oriundas do adoecimento.

7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.

A equipe composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente espiritual, dentre outros, permite que o paciente seja visto de uma forma holística, para que se tenha uma prática de cuidado efetiva, valorizando cada sintoma apresentado, respeitando a sua autonomia, mesmo diante do envolvimento familiar. Refere-se, também, aos cuidados a serem prestados aos familiares no momento do luto, de forma que todos os profissionais devem estar atuando nessa fase.

8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

Ao abordar holisticamente o paciente, controlando os sintomas da doença e respeitando os seus desejos, o curso do adoecimento será melhorado e consequentemente haverá aumento na sua sobrevida, oportunizando ao paciente a realização de planos. Deve ser iniciado o mais precocemente, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Os CP devem ser iniciados no momento do diagnóstico da doença e, segundo a ANCP, os recursos diagnósticos e terapêuticos devem ser utilizados de forma hierarquizada priorizando sempre os benefícios de cada procedimento. Além de ressaltar que, sendo abordado prematuramente, controla-se de forma mais efetiva os sintomas da doença de base e outros sintomas de patologias que podem surgir concomitantemente à esta, favorecendo um plano de cuidados mais elaborado e eficaz.

Os cenários de atuação para a prática de Cuidados Paliativos são diversificados, sendo classificados desde o nível 1(um), executado por equipes da Estratégia Saúde da Família, assistindo às necessidades mais básicas, até os de nível 3(três), com equipes capacitadas para resolução de problemas complexos. A assistência poderá ser realizada a nível hospitalar, domiciliar e ambulatorial.

Em ambiente hospitalar, pode ser realizado de três formas. A primeira compreende a Unidade de Cuidados Paliativos, que implica em um conjunto de leitos em determinada área do hospital em que se trabalha a filosofia dessa modalidade de assistência, com uma equipe treinada e capacitada para atuar com foco em alívio de sintomas físicos e resolução de problemas psicossocioespirituais, bem como entender a morte como um processo natural da vida, inserida no corpo do hospital ou como uma unidade separada e a certa distância da unidade central.

A segunda é a Equipe Consultora ou Volante, na qual não existem leitos específicos para CP, mas conta-se com uma equipe interdisciplinar mínima, que é acionada conforme a percepção do médico assistente, e que se dirige ao paciente, apresentando-se como um grupo de suporte que orienta condutas. Por fim, existe a Equipe Itinerante, que é acionada conforme a percepção do médico assistente, todavia, assume os cuidados, sendo uma prerrogativa do médico assistente continuar acompanhando o caso em conjunto. Neste caso, não há leitos específicos e os pacientes elegíveis para essa prática estão inseridos em enfermarias gerais, junto a outros clientes.

Para a execução da modalidade de atenção a nível domiciliar, é necessária a anuência do paciente e/ou família, pois existe a possibilidade do óbito acontecer em casa, devendo os profissionais perceberem se eles terão a habilidade de lidar com o processo de terminalidade durante a evolução da doença. São considerados critérios de inclusão para atendimento domiciliar: ter diagnóstico definido, um plano terapêutico estabelecido e registrado, residir em domicílio que ofereça as condições

mínimas para higiene (luz e água encanada), ter um cuidador responsável e apto a compreender as orientações dadas pela equipe, além do desejo e/ou permissão expressa para permanecer no domicílio dado pelo paciente ou familiar no impedimento deste.

A nível ambulatorial, evidencia-se a prestação de cuidados paliativos oferecida pela Estratégia Saúde da Família, que deve acontecer dentro de um modelo de atenção compartilhada. Nesta, as unidades de CP compartilham a responsabilização pela assistência dos pacientes em etapa final de enfermidade, oferecendo suporte de níveis 1 ou 3, com equipes especializadas em resolução de problemas difíceis.

No Brasil, essa modalidade de assistência surgiu no início da década de 1980, pois o regime ditatorial vigente à época influenciava o sistema de saúde, priorizando a modalidade hospitalocêntrica, que é essencialmente curativa, com o paciente fragmentado e visto de forma individualizada, desintegrada pelas diversas especialidades. Os profissionais de saúde não conduziam de forma adequada a dor crônica e sequer ousavam em discutir sobre a doença e a morte com seus pacientes e/ou familiares. A apropriação dos cuidados paliativos no Brasil ocorreu depois que médicos, teólogos e psicólogos retornaram do exterior e adaptaram a filosofia *hospice* de outros países à realidade brasileira, tornando-se multiplicadores da assistência paliativista (FIGUEREDO, 2006; MACIEL, 2006).

Por volta de 1983, foi instituído no Rio Grande do Sul o primeiro serviço de cuidados paliativos; em 1986, amplia-se para São Paulo e, em 1989, para Santa Catarina. Em 2004, houve a inauguração da Hospedaria, fazendo uma referência ao termo *hospice* de Cuidados Especiais do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. O avanço nessa prestação de cuidados ocorreu na última década do século XX e primeira década do século XXI, com a fundação, em outubro de 1997, da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), a proliferação dos serviços de cuidados com ênfase no atendimento domiciliar e a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2005, que visou estabelecer a Medicina Paliativa como especialidade médica, em articulação com a Associação Médica Brasileira (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

Em 1998, o Ministério da Saúde inaugurou a primeira Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos no Instituto Nacional do Câncer (INCA), a qual recebeu o nome de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico e, após essa data, esta forma de

cuidado se expandiu para outras instituições. No ano de 2007, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital universitário, inaugurou o Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP), unidade do Serviço de Enfermagem Cirúrgica da instituição (BRASIL, 2001; CRESCENTE, 2009).

A ABCP realizou um levantamento, identificando no Brasil 31 serviços que se cadastraram como prestadores de cuidados paliativos, onde a maioria constituiu desdobramentos das clínicas de dor. Os CP vêm se consolidando em nosso país formalmente por meio das portarias do Ministério da Saúde. Em janeiro de 2002, foi publicada a portaria ministerial n.º 19, que instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos, que tem como objetivos gerais:

“a) articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;

b) estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;

c) articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos;

d) desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e populações em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos;

e) desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria” (BRASIL, 2002a).

A portaria ministerial n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica e inseriu os cuidados paliativos como elemento essencial a uma assistência integral às pessoas com câncer. Esta ação foi acompanhada da prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e, em

dezembro de 2006, foi criada a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos a partir da portaria ministerial n.º 3.150 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006b)

Notabiliza-se que os cuidados paliativos se constituem em uma modalidade de prestação de assistência recente no nosso país e que vem se consolidando de forma incipiente, tendo em vista o desconhecimento por parte de muitos profissionais da área de saúde, que ainda se encontram atrelados ao modelo hospitalocêntrico, e a falta de políticas públicas destinadas a lidar com o processo de terminalidade. Portanto, ciência e tecnologias sofisticadas são insuficientes se não forem praticadas por profissionais que as conheçam e saibam integrá-las a uma assistência humanizada e holística, que valorize e respeite o ser humano em sua totalidade (ANDRADE et al., 2013).

2.3 A enfermagem em cuidados paliativos ao idoso na perspectiva holística

Percebe-se nas últimas décadas um envelhecimento progressivo da população e, concomitantemente, um aumento das doenças crônicas que ameaçam a vida, como as neoplasias, demências e outras enfermidades que contribuirão para a dependência progressiva. Há, ainda, a necessidade de cuidados intensos, tornando essa parcela da população usuários constantes dos serviços de saúde hospitalares ou no próprio domicílio para a promoção de cuidados paliativos (VERAS, 2009).

Os idosos estão mais suscetíveis às doenças crônicas pelas alterações na sua fisiologia que são inerentes ao processo de envelhecimento. Isto acarreta o declínio das funções orgânicas e qualidade de vida, e até mesmo ameaça a sua continuidade, o que os insere no contexto dos cuidados paliativos (FRATEZI, GUTIERREZ, 2011).

No contexto da geriatria, o paliativismo pode ser considerado um sistema de medidas que deverá ser utilizado por uma equipe multiprofissional que presta assistência ao idoso portador de toda e qualquer patologia que porventura venha ameaçar a continuidade de sua vida. Os princípios norteadores são o controle de sintomas físicos e psíquicos que possam atingir o paciente, bem como seus familiares e cuidadores, com uma abordagem holística visando à adoção de medidas que proporcionem o alívio do sofrimento e uma melhor qualidade de vida (DELACORTE et al., 2012)

Os cuidados paliativos, para a enfermagem, são inerentes à sua prática cotidiana. É dever desse profissional aliar ciência e arte para prestar uma assistência que ampare, suporte e conforto desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da continuidade da vida, e que deve ser fortalecido e tornar-se ainda mais presente na terminalidade, continuando durante o período de luto. Esse cuidado em geriatria está centrado no idoso com a participação da família, para que possa fornecer qualidade de vida e atenção a todas as vertentes do seu sofrimento. O enfermeiro deve estar preparado para atuar na transformação que o estresse causado por algum desequilíbrio possa alterar o funcionamento do organismo humano e deve ajudar o idoso na adaptação às mudanças oriundas da doença (PIMENTA, 2010).

Muitos idosos não podem tomar as decisões que tangem à sua saúde de forma independente, sendo que, na maioria das vezes, são realizadas por um responsável que, normalmente, decide em seu benefício. Do ponto de vista ético e legal, os responsáveis devem proteger os seus idosos do dano e agir em prol destes, mas a todo o momento o enfermeiro deverá envolver o idoso nas decisões pertinentes ao seu cuidado em toda extensão possível. As informações a respeito da doença e do cuidado devem ser fornecidas de uma forma clara, para que pacientes e responsáveis possam escolher com base nos seus valores, crenças e interesses, cabendo também ao enfermeiro utilizar a comunicação não verbal para expor a verdadeira condição de saúde (BOUSSO et al., 2012).

A Enfermagem, ao incluir na sua prática o cuidado paliativo, aliará a arte do cuidar que faz parte de sua essência ao conhecimento científico. Esse cuidado será prestado de forma humanizada, visto que o que se busca com essa abordagem é o alívio do sofrimento, percebendo o cliente holisticamente e ampliando essa atenção para a família (PIMENTA, 2010).

O cuidado exercido pela enfermagem é fundamentado em teorias que embasam a sistematização de sua assistência, promovendo intervenções devidamente planejadas e individualizadas, o que torna a prática desse profissional compatível com os preceitos dos cuidados paliativos. Ao individualizar o paciente e assistir direcionado ao cuidado e não à patologia em si, estará habilitado para detectar sinais e sintomas, intervindo precocemente com a abordagem paliativa, mediante a prevenção, promoção do alívio da dor e de outros sintomas estressantes, com vistas à qualidade de vida (MONTEIRO; OLIVEIRA ; VALL, 2010).

Ao assistir um idoso sob cuidados paliativos, o enfermeiro, além de atender às peculiaridades que envolvem a multidimensionalidade do envelhecimento, deverá afastar qualquer preconceito que permeia essa fase da vida para a prática efetiva do cuidado. Assim, ajudando-o a viver melhor o tempo que lhe resta, primando pela sua qualidade e não pela quantidade, proporcionando uma sobrevida digna e consequentemente uma morte tranquila.

A visão holística e humanizada da enfermagem tem suas bases históricas com a precursora da enfermagem moderna Florence Nightingale. Ainda em seu tempo, percebeu que o ser humano deveria ser visto em sua totalidade, priorizando os aspectos biopsíquico, social e espiritual, que transcendem o aspecto físico, devendo ser tratados com dignidade durante o processo de adoecimento, priorizando o cuidado e não a cura (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011).

Essa percepção foi consolidada com a Teoria Holística de Myra Levine, que visualiza o homem como um todo dinâmico, interagindo com o ambiente que o cerca, sendo a enfermagem responsável pela conservação das energias do paciente, nesse caso, o idoso portador de doença ameaçadora da vida. Percebe-se que os princípios do cuidado paliativo foram inseridos na enfermagem mesmo antes de se constituírem como uma modalidade de assistência. Ao assistir ao idoso, o enfermeiro deverá usar da empatia para atender todas as suas necessidades, minimizado o seu sofrimento, sustentado no fato de que, apesar de todo um legado histórico de humanismo, em alguns momentos a assistência holística fica prejudicada (FONSECA; REBELO, 2011).

A atuação nos cuidados paliativos aos idosos requer do enfermeiro o conhecimento aprofundado de todo o processo fisiopatológico das doenças crônico-degenerativas que ameacem a vida, como da farmacologia, principalmente a analgésica, anatomia e fisiologia, além das medidas alternativas que promovem conforto e alívio da dor, e outros sintomas desagradáveis. Para exercer a palição é preciso conhecimento técnico e científico (MONTEIRO; OLIVEIRA; VALL, 2010).

Segundo a ANCP, o enfermeiro, para uma boa atuação nessa modalidade de cuidar, deverá saber controlar a dor, ter domínio da técnica de hipodermóclise, realizar a terapia tópica em lesões malignas cutâneas, dotar de boas técnicas de comunicação terapêutica e prestar cuidados espirituais. Ademais, deverá zelar pela manutenção do asseio, da higiene, das medidas de conforto, gerenciamento da

equipe de enfermagem, e trabalhar junto às famílias, promovendo a comunicação com a equipe multidisciplinar (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Como demonstrado, existe uma proximidade entre os princípios dos cuidados paliativos e a essência do cuidado desenvolvido pela enfermagem no exercício da sua prática, o que supostamente tornaria a prática do paliativismo uma tarefa de fácil execução. Contudo, o que se verifica é que os enfermeiros ainda não se sentem seguros para atuar nessa assistência, principalmente quando envolve o processo de morte e morrer; ainda que tenham conhecimento sobre as necessidades reais do paciente e da família que estão inseridos nesse processo, sentem dificuldades para apoiá-los e confortá-los (POLES; BOUSSO, 2009).

O enfermeiro precisa reconhecer que, quando não há metas de cura ao idoso sob cuidados paliativos, há as metas do cuidado, e sempre existe algo a fazer a este indivíduo. Em suma, é necessário obter serenidade e equilíbrio para enfrentar as tensões que envolvem o processo de morrer, além de promover os cuidados que supram as necessidades do idoso, traçando metas para atender aos desafios envoltos na assistência paliativista.

Percebe-se que as habilidades exigidas ao enfermeiro para a atuação nos cuidados paliativos ao idoso requerem ações de proximidade física e afetiva, para que muitas orientações se efetivem na prática, e tais exigências condizem com a atuação desse profissional na Estratégia Saúde da Família. Nesse contexto, o que se verifica é um acúmulo de idosos com doenças ameaçadoras da continuidade da vida em instituições hospitalares, nas quais, muitas vezes, recebem uma assistência inadequada com a utilização de tecnologias e procedimentos invasivos com foco no estabelecimento da cura, tendo o seu sofrimento e sintomas mais frequentes colocados em um segundo plano, além de isolar o idoso do seu convívio familiar, onde estaria envolto de proteção, tornando essa jornada ainda mais árdua.

Outro ponto agravante é que, com a hospitalização, muitas vezes a morte ocorre de forma solitária e os familiares não dispõem de uma assistência adequada para o enfrentamento do processo de luto. Os profissionais de saúde não devem negar as tecnologias, mas devem a todo o momento refletir sobre até que ponto o seu uso é benéfico para a assistência a esses idosos.

Em alguns países onde a prática de cuidados paliativos é uma realidade crescente, considera-se a atenção primária à saúde o nível de assistência que melhor se aplica à execução dessa modalidade de cuidar, visto que a proximidade

geográfica e o envolvimento que os profissionais de saúde que atuam nesse nível estabelecem com os seus usuários contribui para uma assistência holística e humanizada, preservando a autonomia do paciente e as relações familiares, além da assistência ser exercida de forma integral contemplando este conjunto. Ao prestar essa assistência ao idoso no domicílio, evita-se que todo o processo que se estabelece, desde o diagnóstico da doença ameaçadora da vida até a sua morte, aconteça de forma solitária, contribuindo para sua qualidade de vida (SILVA, 2014).

Define-se a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, desenvolvidas em caráter individual ou coletivo, visando à promoção e à proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O objetivo é garantir a autonomia da população e influenciar positivamente nos condicionantes e determinantes da saúde coletiva voltada à atenção integral (CANELLA et al., 2013).

Para maior cobertura e fortalecimento da atenção primária de saúde de modo a atender a dinâmica da população, implementou-se a ESF como elo entre as políticas do SUS e o usuário mediante ampliação do acesso, qualificação dos profissionais e reorientação das suas atividades focadas na unidade familiar. Outro ponto foi a redistribuição organizada a partir de um perfil que gere um desempenho capilar para atender o indivíduo conforme suas necessidades no âmbito comunitário (KELL; SHIMIZU, 2010)

Instituída no Brasil, em 1994, a ESF tem por finalidade organizar o modelo assistencial à saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Objetiva-se prestar uma assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita tanto na unidade de saúde como no domicílio; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 1996a).

Visando oportunizar o indivíduo à saúde pública, em consonância com o seu contexto social, sem gerar descontentamento ao usuário em decorrência das mudanças do perfil populacional e da saúde, surgiu a necessidade de implantação da PNSPI no contexto da atenção básica. Essa iniciativa do Ministério da Saúde teve o intuito de implementar políticas públicas com o potencial de otimizar a

atenção à saúde da população idosa, para promover melhor qualidade de vida mediante aplicação de ações para redução dos riscos e agravos, assim como favorecer medidas que contribuam para o alcance de um envelhecimento saudável e garantam uma melhor qualidade de vida e saúde, tendo essa proposta de mudança como ponto de partida e estruturação a atenção básica em saúde (BRASIL, 2006a). Sendo assim, o enfermeiro inserido nesse modelo assistencial pode se deparar com idosos que estarão precisando de abordagem paliativa, devido à prevalência das doenças crônicas que acometem esse grupo populacional.

Como mencionado, a prática de cuidados paliativos abrange além do aspecto físico, os aspectos biopsicossociais do paciente envolvendo todo o núcleo familiar e inserindo-o na prestação de cuidados, situação favorecida quando essa assistência é prestada a nível domiciliar, contribuindo para a qualidade da palição. Estudos apontam que o domicílio é o lugar preferencial para a prática da assistência paliativista, e que os profissionais de saúde que compõem a atenção primária, onde se inserem os enfermeiros da ESF, são os agentes facilitadores para promoção dessa realidade, por estarem mais próximos do paciente em termos geográficos, conhecerem a realidade das famílias que assistem e ainda pelo estabelecimento de vínculos afetivos que emergem da sua assistência (BARNES et al., 2007; NEERGAARD et al., 2010).

Outro fator que aproxima os princípios do CP com a assistência prestada pelo enfermeiro da ESF é a integralidade. Esse profissional deve possuir um olhar ampliado, holístico, percebendo as reais necessidades do núcleo familiar e adequando a sua assistência para a realidade sociocultural da família.

A proximidade com o núcleo familiar assistido permite ao enfermeiro da ESF conhecer o idoso e a sua família mesmo antes do estabelecimento de uma doença que ameace a continuidade da vida. Isto se apresenta como um facilitador da sua assistência, pois previamente conhece as dificuldades e potencialidades, articulando-as de maneira adequada para a manutenção da prática paliativista (SCHNEIDER et al., 2010).

Dentre os níveis de assistência em cuidados paliativos preconizados pela ANCP, a atuação da Estratégia Saúde da Família tem um papel central nas duas primeiras modalidades, quais sejam Ação Paliativa e Cuidados Paliativos de nível 1. Nos demais níveis, sua importância é fundamentada na continuidade da assistência, o que reitera que é imprescindível a participação do enfermeiro da ESF nos

cuidados paliativos ao idoso. A autora ainda reafirma que nenhum outro serviço de saúde se coloca lado a lado com as famílias com tanta propriedade, orientação e acolhimento favorecendo a palição (SILVA, 2014).

O enfermeiro, por ser um intermediador na promoção da saúde, torna-se responsável para atender às necessidades do processo de senilidade, devendo estar apto para desenvolver ações de saúde nas mais complexas situações que exijam habilidades de atendimento organizado, principalmente na assistência à pessoa idosa sob cuidados paliativos. Faz-se necessário o atendimento especializado que ultrapasse o campo das patologias e penetre nas dimensões socioculturais e espirituais (ROCHA et al., 2011).

Percebe-se que o papel do enfermeiro adquire relevância para o cuidado paliativo com a pessoa idosa, pois, no cenário atual do processo de enfermagem, as condutas devem ser construídas considerando-se a multidimensionalidade em que o idoso se encontra, e buscando atender da melhor maneira os seus anseios em saúde e suas necessidades psicossociais. Todo esse processo deve ser desenvolvido com base nas premissas de uma atenção humanizada e holística, respeitando a autonomia e garantindo a funcionalidade da pessoa idosa.

2.4. Bases da Teoria Holística para instrumentalizar a prática de enfermagem em cuidados paliativos ao idoso

Buscando identificar as necessidades de idosos em cuidados paliativos, encontrou-se apoio na teoria holística de Myra Estrin Levine, por se tratar de um referencial teórico que oferece uma visão total do ser humano. Cabe enfatizar que, nesta pesquisa, a Teoria Holística foi referenciada para melhor embasar a prática assistencial dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que prestam assistência aos idosos que necessitam de paliativismo na proposição de um plano de intervenção que direcionará a sua atuação.

Muitas teorias foram propostas na enfermagem. Entre estas, destacou-se a Teoria de Myra Estrin Levine, que compreende o ser humano holisticamente. Também conhecida como um “modelo de conservação”, sua projeção lida com as interações do enfermeiro e do paciente. As intervenções de enfermagem são baseadas na conservação da integridade do paciente em cada um dos domínios de conservação: energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade

social. Conservação implica em manter um equilíbrio adequado e a integridade da pessoa (WILLS, 2009).

O modelo proposto por Levine está centrado na intervenção da enfermagem, na adaptação e na reação dos pacientes à doença. A teórica entende que o "ser humano" deve ser visto como um ser complexo que é dependente de sua relação com os outros, e as dimensões dessa dependência, presentes em todas as passagens de sua existência e sobrevivência, estão ligadas aos princípios de conservação. Visto isso, o enfermeiro deve estar consciente dessa dependência e apto para atuar nas modificações que possam alterar o funcionamento do organismo, auxiliando o paciente a enfrentar e se adaptar às condições oriundas do estabelecimento do processo de enfermidade (GEORGE et al., 2000).

Para Levine, enquanto a Enfermagem se constitui em uma disciplina, o seu atendimento é visto como um processo no qual as intervenções estão fundamentadas na avaliação, utilização de princípios de conservação e reconhecimento de mudanças comportamentais. Ressalta-se que esse atendimento deve estar embasado em um método científico para a promoção do cuidado holístico (PICCOLI; GALVÃO, 2006).

A autora afirma que o enfermeiro, ao executar as suas ações pautadas no conhecimento científico, ajuda na promoção da adaptação do paciente a sua enfermidade, e subdivide essas ações em dois tipos: terapêuticas, quando influenciam a adaptação ou bem-estar social; e de apoio, quando não se pode alterar o curso da adaptação. Mediante estas, mantêm-se os quatro princípios de conservação que são utilizados pela enfermagem para manter ou recuperar um indivíduo para um estado de saúde (WILLS, 2009).

A conservação da energia, que consiste no primeiro princípio, refere-se ao equilíbrio entre a energia de saída e a energia de entrada, com a finalidade de evitar cansaço excessivo utilizando repouso, nutrição e exercícios adequados. A habilidade do corpo humano é dependente do seu balanço de energia; a energia exigida pelas alterações fisiológicas durante a doença representa uma exigência adicional nos sistemas de produção para o restabelecimento do corpo (PICCOLI; GALVÃO, 2006).

Sendo assim, o enfermeiro, ao prestar assistência ao idoso sob cuidados paliativos para a conservação da energia, deve realizar ações que visam equilibrar a entrada e a saída das fontes de energia, tais como: oferecer nutrição adequada,

promover sono e repouso satisfatórios, uso de terapêutica medicamentosa, diminuição de estresses emocionais e sociais, dentre outras, objetivando o aumento da entrada de energia. Em alguns casos, poderá ainda atuar evitando perdas por meio de orientações sobre as mudanças nas atividades dos idosos e na execução de algumas tarefas, como um banho no leito naquele que se encontra com dispneia.

O idoso sob cuidados paliativos apresentará um maior consumo de energia pelos esforços realizados para sua recuperação. Essa energia pode ser identificada, mensurada e controlada na prática de enfermagem; como exemplo, a mensuração dos sinais vitais diariamente (FLORIO; GALVÃO, 2003).

O princípio da conservação da integridade estrutural está relacionado à manutenção ou recuperação da estrutura do corpo. O organismo possui mecanismos de defesa para proteger o indivíduo contra possíveis perdas de fluídos (especialmente de sangue), evitando entrada de microrganismos, adaptações rápidas nas mudanças de temperaturas externas, umidade e outras, prevenindo um colapso físico e promovendo a recuperação ou cura (PICCOLI; GALVÃO, 2006).

A enfermagem deverá ter a sensibilidade em perceber os aspectos que são inerentes ao processo de envelhecimento, como a dificuldade de locomover-se, a fragilidade, a diminuição da força muscular, o retardo no processamento de ideias, além da presença dos sintomas inerentes à patologia. Com o objetivo de atender a esse princípio, deverá realizar intervenções para restaurar a integridade estrutural do idoso; por exemplo, um correto posicionamento e uma variação de movimento irão prevenir e limitar o aparecimento de lesões e úlceras por pressão, reduzindo a sua incapacitação e promovendo qualidade de vida.

O princípio da conservação da integridade pessoal está relacionado à identidade e autoestima do paciente no tocante à manutenção ou recuperação, com o objetivo de preservar a sua privacidade e individualidade. A teórica afirma que existe uma parte de nossa vida que compartilhamos com os outros, mas que sempre temos momentos que apenas nos pertencem e não procuramos dividir nem com as pessoas mais íntimas; e a entrada nos serviços de saúde, de certa forma, irá limitar a execução desse princípio, pois outros passarão a tomar decisões que outrora fazíamos sozinhos (WILLS, 2009).

No tocante ao idoso sob palição, essa situação é intensificada, visto que evidencia-se a dependência que, em alguns casos, é inerente ao processo de envelhecimento, associada à condição da patologia que ameaça a vida, devendo o

enfermeiro zelar pela sua privacidade e autonomia, envolvendo-os nos processos decisórios que irão conduzir a sua assistência a partir da sua perspectiva. Cabe a esse profissional auxiliar o idoso na condução do seu processo de doença, compartilhando com seus familiares, valorizando os sentimentos expressados e experimentados por ele, na busca pela melhoria da qualidade de vida.

Por último, tem-se o princípio da conservação da integridade social, que visualiza o paciente como um ser social, interagindo com aqueles que os cercam. A estudiosa referencia que comumente o processo de adoecimento é uma condição solitária e estressante que se torna mais amena quando estamos cercados pelas pessoas a quem atribuímos importância, reafirmando a necessidade de interações (GEORGE et al., 2000). Sendo assim, a assistência de enfermagem será considerada falha se não estiver envolvendo a família e os amigos do idoso que está sob seus cuidados. Para conservar a sua integridade social, o enfermeiro deverá estar disponível para uma escuta ativa que propiciará a criação de vínculos e estabelecimento da confiança.

A teoria torna-se relevante por preocupar-se com o paciente que adentra em um serviço de saúde necessitando de assistência biopsicossocial. Sua aplicabilidade é amplamente necessária e atual, singular à atuação da enfermagem, uma vez que este profissional exerce influência direta e constante durante todo o tratamento do paciente. Por conta disso, assenta-se a necessidade de compreender os propósitos da teoria de Myra Estrin Levine, assim como a sua aplicabilidade durante os cuidados paliativos em idosos.

O enfermeiro compartilha o repertório de habilidade, conhecimento e compaixão, auxiliando cada paciente a enfrentar os desafios inerentes ao processo de adoecimento e respeitando a sua autonomia. Para o idoso em cuidados paliativos criticamente enfermo, tem como função promover o seu bem-estar, minimizar a sua dor e sofrimento e tentar ao máximo que se alcance uma morte com dignidade. Não há dúvidas de que, em decisões que envolvem juízo de valor sobre a qualidade da vida durante a terminalidade, deficiências podem surgir, tendo em vista que as emoções que envolvem o idoso, seus familiares e os profissionais de saúde que lhe prestam assistência podem influenciar na tomada de decisões (BARBOSA; LECUSSAN; OLIVEIRA, 2008).

Como focos principais da teoria, a autora menciona e direciona o cuidar como uma prática acessível, humanizada e preponderante no contexto da saúde. Levine

entende que o "ser humano" deve ser visto holisticamente, o que pressupõe a compreensão do indivíduo como um ser complexo. A prática da enfermagem holística baseia-se em uma filosofia que prioriza o cuidado total com o paciente, considerando as necessidades físicas, emocionais, sociais, econômicas e espirituais, o que condiz com a filosofia dos cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem holística e a prática profissional interdisciplinar.

Ao prestar cuidados paliativos ao idoso, o enfermeiro desempenha uma abordagem holística, pois direciona o seu olhar não somente para a dimensão física, mas também procura amenizar as preocupações psicológicas, sociais e espirituais do idoso e da família, e acredita que, mesmo não sendo possível obter a cura da enfermidade, estará melhorando a qualidade de vida do ser cuidado, ajudando-o nesse momento particular de sua vida. Realizar uma associação da prática de cuidados paliativos com a Teoria Holística de Enfermagem é relevante por envolver a valorização do ser humano no processo saúde-doença, beneficiando o paciente, sem violar a sua autonomia e capacidade de tomar decisões.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que utilizou a estratégia metodológica da pesquisa-ação. Essa modalidade de investigação responde a questões particulares, num espaço mais profundo das relações considerando como participantes do estudo pessoas pertencentes à determinada condição social, com suas crenças, valores e significados, sendo esta forma de abordagem relevante para o alcance dos objetivos propostos (MINAYO, 2014).

A pesquisa-ação é uma forma de pesquisa que objetiva uma ação coletiva para resolver problemas ou transformar uma dada realidade. Isto justifica a sua aplicabilidade na área da Enfermagem, tendo em vista que o seu objeto de pesquisa direciona-se à ação de cuidar para que se estabeleça uma melhoria na qualidade de vida da população (SILVA et al., 2011).

A pesquisa-ação pode originar novos conhecimentos e experiências, além de contribuir de modo significativo para a discussão e ampliar o debate sobre as questões abordadas (THIOLLENT, 2011). Para Severino (2007), esse método de estudo, ao tempo em que analisa uma dada situação de forma objetiva, se propõe a modificá-la sugerindo aos indivíduos envolvidos que realizem uma mudança ou aprimorem as práticas vivenciadas.

Trata-se de uma estratégia metodológica da pesquisa social que tem como objetivo resolver ou, no mínimo, esclarecer os problemas da situação observada, não se limitando a uma forma de ação, mas contribuindo para o conhecimento dos pesquisadores ou o nível de consciência crítica dos participantes, constituindo-se de três fases: exploratória, onde são realizados o levantamento da situação-problema e a negociação com os sujeitos da pesquisa; de desenvolvimento, constituída de seminários; e de conclusão, sendo realizada a análise, argumentação, interpretação e a divulgação interna e externa dos resultados. Apesar desse tipo de pesquisa possibilitar certa flexibilidade no seu planejamento, a sua execução deve ser pautada no objetivo de transformar a realidade vivida ou esclarecer os problemas da situação observada com a participação efetiva dos indivíduos investigados (THIOLLENT, 2011).

Nota-se, então, que a metodologia da pesquisa-ação permitirá que o enfermeiro tenha uma visão crítico-reflexiva dos problemas sociais advindos da velhice. Destacam-se, neste contexto, as doenças crônico-degenerativas, que culminam com a prática de cuidados paliativos, dando a esses profissionais a oportunidade de reorientar suas ações, pois esse método oportuniza aos participantes ampliar o conhecimento acerca da problemática investigada, bem como o planejamento de ações para a prática de cuidados paliativos.

3.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a área de abrangência da Diretoria Regional de Saúde Centro-Norte (DRSCN), da Rede Municipal de Teresina – Piauí, que conta com 26 Unidades Básicas de Saúde, onde estão inseridas atualmente 81 Equipes da Estratégia Saúde da Família. A escolha desse local decorreu da inserção da pesquisadora em um Hospital da Rede Municipal de Teresina vinculado à DRSCN onde estão inseridas duas equipes da Estratégia Saúde da Família, responsáveis pelo encaminhamento ao referido hospital de uma parcela significativa de idosos sob cuidados paliativos.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 21 enfermeiros da ESF da DRSCN, selecionados de acordo com o interesse em participar da pesquisa e disponibilidade para participar dos seminários temáticos não se opondo aos horários pré-estabelecidos. Os critérios de inclusão dos participantes foram: enfermeiros de ambos os sexos, com vínculo efetivo, que atuam na ESF de Teresina, na Regional Centro-Norte, há pelo menos um ano de efetivo exercício da atividade na área.

Os enfermeiros foram convidados a participar da investigação por meio de um ofício encaminhado pelas pesquisadoras à Gerência Executiva da Saúde da Diretoria Regional de Saúde Centro-Norte (APÊNDICE A). Aos que demonstraram interesse na pesquisa foi enviado um convite individual (APÊNDICE B).

Aos enfermeiros que aceitaram participar foram prestados os esclarecimentos sobre o estudo e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foi recolhida a assinatura dos mesmos (APÊNDICE C).

Foi informado que os encontros seriam filmados, as falas gravadas para posterior transcrição e análise, e as cenas fotografadas para que se obtivesse uma apreensão efetiva dos dados. No intuito de preservar o anonimato dos participantes, ficou estabelecido que os seus nomes fossem substituídos pelo número da frequência assinada no início de cada seminário temático, assegurando-se, assim, o sigilo dos envolvidos e o rigor ético da pesquisa. Solicitou-se nessa oportunidade que os participantes colocassem os seguintes dados para posterior caracterização sociodemográfica: iniciais do nome, idade, sexo, estado civil, religião, nível de formação, tempo de atuação na área de enfermagem e especializações na área.

3.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à análise temática que, de acordo com Minayo (2014), consiste em agrupar elementos, ideias ou expressões a respeito de um conceito que permita abranger elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionem entre si. Esta análise tem por objetivo descobrir os núcleos de sentido das falas dos participantes que fazem parte de uma comunicação cuja frequência ou presença tenham significado para o objetivo analítico visado. Dessa maneira, as informações extraídas dos participantes durante os seminários temáticos foram organizadas com base na operacionalização da Análise Temática proposta por Minayo (2014) que se desdobra nas três etapas descritas a seguir.

A primeira etapa é denominada Pré-análise e consiste em retomar os objetivos iniciais da pesquisa fazendo uma reformulação frente ao material que foi coletado e na elaboração de indicadores que servirão como fonte de orientação para interpretação final. Essa etapa pode ser decomposta em leitura flutuante, que consiste no contato exaustivo do material e impregnação do seu conteúdo; constituição do corpus, que é a organização do material, considerando-se a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e, por fim, a formulação de hipóteses e objetivos.

A segunda etapa é a fase de exploração do material e consiste na operação de codificação, realizada a partir da transformação dos dados brutos com a finalidade de alcançar o núcleo de compreensão do texto. A terceira e última etapa proposta compreende o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os

resultados brutos podem ser submetidos a estatísticas simples ou complexas permitindo colocar em relevo as informações obtidas.

Essas etapas acima citadas, iniciaram após a realização dos seminários temáticos e leitura minuciosa das descrições dos participantes e identificação dos aspectos comuns contidos nas falas e escritos dos enfermeiros, isto é, as convergências e divergências. Em seguida, foi realizada a constituição das categorias temáticas que serão apresentadas separadamente na análise e discussão dos dados.

3.5 Aspectos éticos

O estudo atendeu à Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). A coleta de dados ocorreu por meio de seminários temáticos a cada quinze dias e teve início no dia 18 de setembro de 2014, conforme cronograma (APÊNDICE D).

O Projeto de Pesquisa foi analisado e aprovado pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI (FMS) onde se requereu a liberação dos enfermeiros para a coleta de dados (ANEXO A). Concomitantemente a essa análise, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) para submissão e apreciação, sendo cadastrado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 30957913.0.0000.5214, e aprovado sob protocolo n.º 729.150 (ANEXO B).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que constavam os objetivos do estudo, a garantia de sigilo e anonimato, assim como a garantia do direito de a qualquer momento, retirarem-se da pesquisa, sem qualquer tipo de dano. O mesmo foi assinado em duas vias, uma permaneceu com a pesquisadora responsável e a outra com o participante da pesquisa. Ressalta-se que a coleta de dados foi iniciada após a aprovação da proposta por parte do CEP da UFPI.

Os riscos para os participantes deste estudo foram mínimos, no entanto, entende-se que, a partir do momento que se entrou em contato com os enfermeiros, os mesmos poderiam ficar constrangidos com relação aos questionamentos que foram feitos, bem como poderiam temer que as informações fornecidas por eles se tornassem de conhecimento público. Este risco foi minimizado pelo compromisso

ético assumido pelas pesquisadoras de garantir a confidencialidade de dados que poderiam de certa forma, identificá-los, tornando público aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada.

3.6 Percurso e etapas do processo metodológico da pesquisa-ação aplicada ao estudo

A estratégia metodológica da pesquisa-ação aplicada neste estudo foi executada em três fases: a exploratória, na qual são realizados o levantamento da situação problema e a negociação com os sujeitos da pesquisa; a de desenvolvimento, que se constitui dos seminários; e, por fim, a de conclusão, na qual é feita a análise, argumentação, interpretação e a divulgação interna e externa dos resultados (THIOLLENT, 2011). Para a operacionalização da pesquisa foi realizada com os enfermeiros uma negociação; três seminários temáticos e uma reunião de conclusão ou divulgação interna dos dados.

Vale ressaltar que o seminário consiste na principal técnica de coleta de dados do método da pesquisa-ação, pois centraliza todas as informações coletadas, discute as interpretações, além de nortear decisões acerca do processo de investigação (THIOLLENT, 2011). Os temas de debate para os seminários foram eleitos conforme o foco principal da investigação, visando obter resposta à questão norteadora deste estudo e facilitar a produção de dados capazes de atingir os objetivos propostos.

Para o alcance desses objetivos foram escolhidos os seguintes temas para os seminários: “Envelhecimento: aspectos biopsicossociais e epidemiológicos”; “Contextualizando os Cuidados Paliativos ao Idoso” e “A Enfermagem em Cuidados Paliativos”.

Antes de iniciar a coleta de dados foi apresentada aos participantes do estudo a equipe de pesquisa. Thiollent (2011) enfatiza que, para que se proceda à realização da técnica de seminários, é necessária a participação de outras pessoas que prestarão auxílio à pesquisadora.

A equipe de pesquisa dessa investigação foi composta pelos seguintes membros: mestrande Erida de Oliveira Soares, orientadora Prof.^a Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, monitores (dois alunos bolsistas de Iniciação

Científica da UFPI; três graduandos do nono período de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI), que foram responsáveis por auxiliar os enfermeiros durante os seminários, bem como pelos registros fotográficos e as filmagens de toda a coleta de dados; uma secretária administrativa, sendo outra mestranda, responsável por registrar em atas as reuniões ou seminários, além de especialistas convidados. É oportuno ressaltar que em alguns encontros uma das alunas desempenhou o papel de registrar as atas pela ausência da secretária.

Após a apresentação individual dos membros da equipe de pesquisa, os enfermeiros participantes do estudo tiveram a oportunidade de apresentarem-se e expressar o interesse e a expectativa em participar da investigação. Os dados que foram produzidos pelos participantes tiveram seus registros da seguinte forma: as falas e as dinâmicas foram gravadas e filmadas em gravador digital e filmadora e posteriormente transcritas para análise, procedeu-se aos registros em atas (APÊNDICES E, F e G) e os materiais utilizados nas dinâmicas foram fotografados, escaneados e apresentados neste estudo.

Primeiramente, foi realizada uma divulgação interna onde se deu um retorno aos enfermeiros participantes do estudo do resultado da pesquisa. Posteriormente, ocorreu a divulgação externa que, segundo Thiollent (2011), pode ocorrer mediante de apresentação em eventos científicos, publicação de artigos em periódicos científicos e ainda por meio de variados meios de comunicação.

3.6.1 Etapa introdutória ou reunião de negociação

A etapa introdutória ou de negociação é a primeira etapa operacional da pesquisa-ação. Momento em que serão apresentados o objeto e objetivos do estudo, o planejamento e as estratégias da pesquisa, bem como o cronograma com as datas dos seminários temáticos que serão promovidos posteriormente (THIOLLENT, 2011).

A Negociação foi realizada por meio de ofício encaminhado à Gerência da Regional Centro-Norte, no dia 15 de julho de 2014 (APÊNDICE A), no qual foram apresentados o objeto e objetivos do estudo, o planejamento e as estratégias da pesquisa, bem como o cronograma com as datas dos seminários temáticos que iriam acontecer posteriormente. Após o contato com os enfermeiros, obteve-se a aprovação de alguns que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa.

Nesta oportunidade, foi sugerido como local para realização dos Seminários Temáticos as salas de aula do Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS), localizadas no Bloco 12 – Departamento de Enfermagem, Campus Ininga, da Universidade Federal do Piauí. Os seminários tiveram duração de 4(quatro) horas e ocorreram nas seguintes datas: 18.9.2014, 02.10.2014 e 16.10.2014. Os mesmos foram previamente agendados e comunicados aos participantes do estudo.

3.6.2. Desenvolvimento

Nessa fase, foram realizados 3(três) seminários temáticos que ocorreram às quintas-feiras, nas datas previamente estabelecidas, no turno da tarde, no horário de 14 às 18 horas. Contaram com a participação dos enfermeiros e com a equipe de pesquisa; os trabalhos foram coordenados pela mestranda com auxílio da orientadora do estudo.

Thiollent (2011) destaca que o seminário se constitui em uma reunião de membros da equipe de pesquisadores e membros significativos do grupo que implicam no problema em observação, desta forma assume a função de agregar as informações que serão coletadas e posteriormente interpretadas. Assim, é imprescindível que todas essas ações sejam devidamente registradas em atas. Reitera, ainda, que o mesmo se constitui na principal técnica de coleta de dados utilizada na estratégia da pesquisa-ação.

Com o objetivo de uma maior interação com os participantes do estudo e melhor apreensão dos dados foram desenvolvidas dinâmicas de sensibilidade e criatividade e a dinâmica brainstorming, específicas para cada seminário. Vale ressaltar que as dinâmicas foram programadas com a finalidade de responder os objetivos do estudo e valorizaram a expressão verbal e não verbal com a oportunização de produções artísticas de cartazes pela técnica de recorte e colagem. A seguir são descritas as estruturações dos três seminários temáticos desenvolvidos.

3.6.2.1 Seminário Temático I – Envelhecimento: aspectos biopsicossociais e epidemiológicos

- Data: 18.9.2014 (quinta-feira)

▪ Ementa: a reflexão sobre o processo de envelhecimento humano é o ponto de partida para a abordagem da temática “cuidados paliativos, velhice e atenção básica”. Os conhecimentos relacionados aos aspectos singulares do envelhecimento humano são norteadores do cuidado prestado pelo enfermeiro; assim, é necessário a este o conhecimento acerca das transformações físicas, sociais e emocionais próprias da pessoa idosa.

▪ Objetivos: levantar o conhecimento e as práticas do enfermeiro na atenção ao idoso na Estratégia Saúde da Família; estimular a reflexão sobre o processo de envelhecimento e suas particularidades; favorecer a discussão quanto às implicações do processo de envelhecimento e sua importância na implementação de uma assistência de enfermagem holística.

- Conteúdo: envelhecimento, saúde e cuidado holístico.

▪ Dinâmica proposta: foi utilizada a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade para motivar os enfermeiros a expressarem seus conhecimentos, práticas, vivências e experiências sobre o envelhecimento através da técnica de recorte e colagem para a produção de cartazes.

O ponto de partida para desenvolvimento dessa dinâmica se fez por meio de uma apresentação de slides em *datashow* e, com os seguintes questionamentos: O que é ser velho em nossa sociedade? Quais as principais patologias que acometem os idosos da sua área de atuação? Como está sendo a sua atuação na Estratégia Saúde da Família junto aos idosos com doenças crônicas?

Em seguida, foi solicitado que os enfermeiros se reunissem em pequenos grupos e foram entregues para cada grupo revistas variadas, tesouras, cola e folhas de papel cartão, para confecção de cartazes visando responder os questionamentos propostos. Foram formados 4(quatro) grupos. Após a confecção dos cartazes pelos enfermeiros foi solicitada a apresentação de cada grupo, explicando cada imagem idealizada. Depois deste momento procederam-se as discussões e a sistematização dos temas que emergiram no seminário sobre o envelhecimento.

Entretanto, como a pesquisa-ação é uma metodologia crítica e reflexiva que propõe a realização de uma ação, após o debate sobre a temática, foi realizada uma roda de discussão com especialista em atenção à saúde da pessoa idosa, sobre os conhecimentos levantados e prováveis dificuldades encontradas na implementação da assistência de enfermagem ao idoso na Estratégia Saúde da Família. Todos os

passos do seminário temático foram filmados, fotografados e registrados em ata, enquanto as falas dos enfermeiros participantes do estudo foram gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra para análise.

Objetivando consolidar a ação educativa deste seminário foi distribuído aos participantes do estudo um texto de apoio intitulado: A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável, de autoria de Tânia Maria de Oliveira Menezes, Regina Lúcia Mendonça Lopes e Rosana Freitas Azevedo, adaptado pela mestranda (APÊNDICE H), para uma posterior leitura e maior fixação do conteúdo abordado. Vale ressaltar que, neste encontro, participaram 16 enfermeiros.

A seguir são apresentados, nas figuras de 1 a 3, os slides utilizados na dinâmica de Criatividade e Sensibilidade, considerando terem sido norteadores da expressão dos enfermeiros sobre a temática do seminário, bem como a produção artística dos mesmos.



Figura 1 - Primeiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

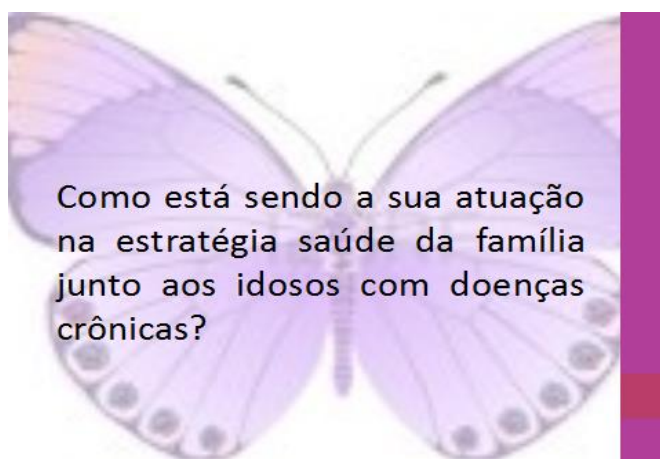


Figura 2 - Segundo slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

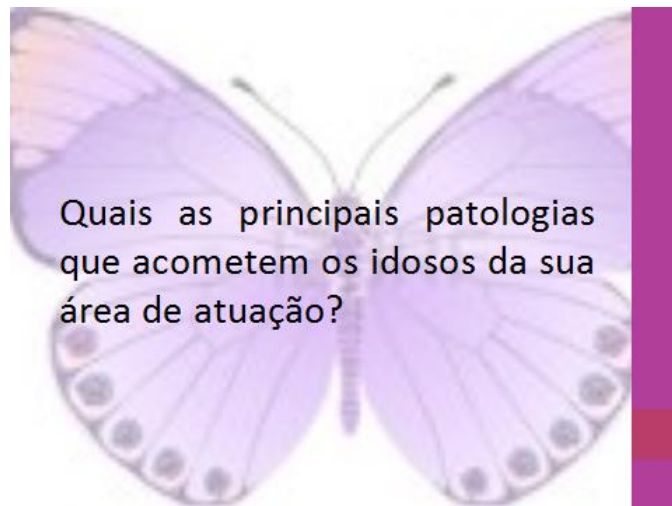


Figura 3 - Terceiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

A produção artística dos quatro grupos formados para a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade está apresentada nas figuras de 4 a 15, distribuídas por questionamentos realizados. As figuras de 4 a 7 representam “o que é ser velho em nossa sociedade”, de 8 a 11 compreendem as principais patologias que acometem os idosos da área de atuação dos enfermeiros, e as de 12 a 15 representam a atuação destes na Estratégia Saúde da Família junto aos idosos com doenças crônicas.



Figura 4 - Produção Artística do grupo 1 sobre ser velho na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015



Figura 8 - Produção Artística do grupo 1 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015



Figura 9 - Produção Artística do grupo 2 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

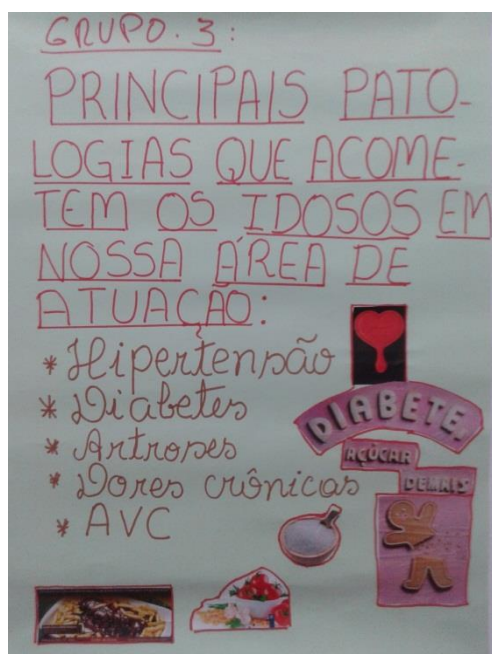


Figura 10 - Produção Artística do grupo 3 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

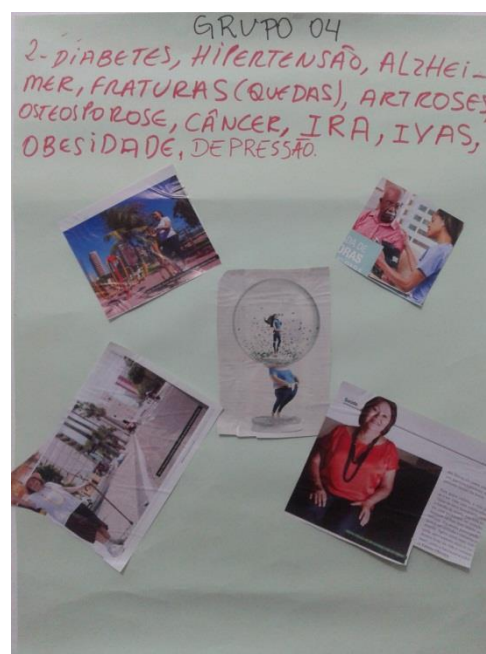


Figura 11 - Produção Artística do grupo 4 sobre patologias na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015



Figura 12 - Produção Artística do grupo 1 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015



Figura 13 - Produção Artística do grupo 2 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

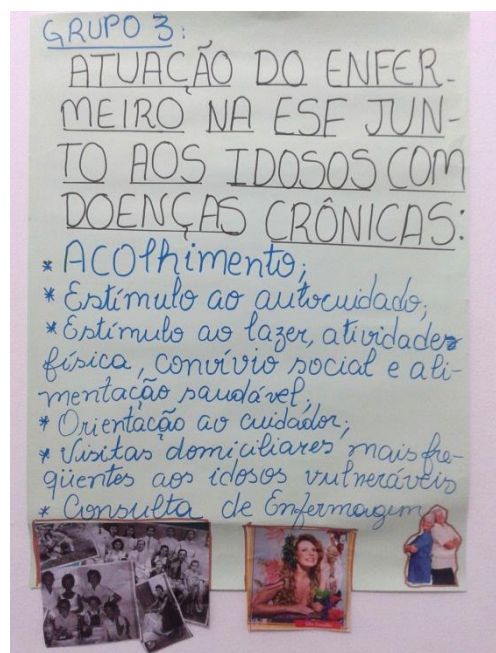


Figura 14 - Produção Artística do grupo 3 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

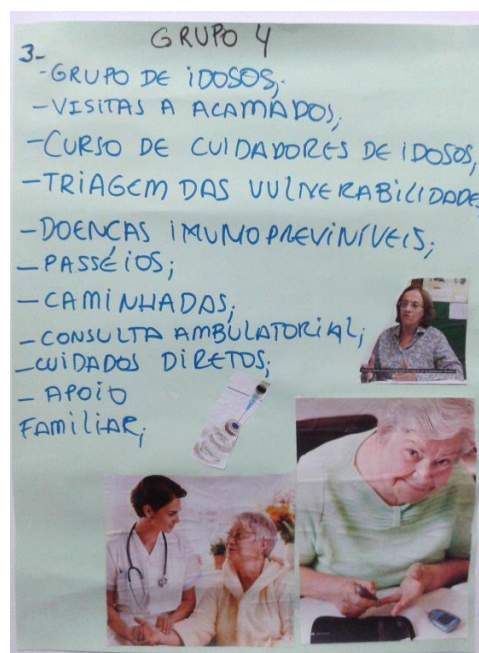


Figura 15 - Produção Artística do grupo 4 sobre atuação na ESF na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade do Seminário I. Teresina, PI, 2015

3.6.2.2 Seminário Temático II – Contextualizando os Cuidados Paliativos ao Idoso

- Data: 02.10.2014 (quinta-feira).
- Ementa: o envelhecimento populacional mundial e, especificamente, no Brasil vem ocasionando uma mudança no perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis, nessa perspectiva nos próximos anos haverá um aumento de enfermidades como demências e neoplasias contribuindo para que se tenham mais idosos com perda de qualidade de vida e variados graus de dependência. Diante desta realidade, torna-se necessário saber abordar adequadamente esse idoso de maneira holística, o que pode ser alcançado com a prática dos Cuidados Paliativos.
- Objetivos: levantar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos Cuidados Paliativos; estimular a reflexão sobre Cuidados Paliativos, enfatizando conceitos e a aplicabilidade na população idosa; favorecer a discussão quanto às implicações dos Cuidados Paliativos ao Idoso e sua importância na implementação de uma assistência de enfermagem holística.
- Conteúdo: cuidados Paliativos, envelhecimento, cuidado holístico.
- Dinâmica proposta: foi utilizada a dinâmica brainstorming, que significa tempestade de ideias, para motivar os enfermeiros a discorrerem sobre o conhecimento acerca dos cuidados paliativos. Inicialmente, foram apresentados os questionamentos: O que você entende sobre cuidado paliativo? Existe demanda de cuidado paliativo em sua prática cotidiana? Qual (is) prática (as) de Cuidados Paliativos ao Idoso que você já desenvolveu na Estratégia Saúde da Família?

Na sequência, os participantes do estudo descreveram sucintamente suas ideias em resposta aos 3(três) questionamentos apresentados acerca dos cuidados paliativos. Os relatos individuais (identificados pelo n.º da frequência do(a) participante foram arquivados em três pastas específicas para cada questão (Vermelha – 1ª Questão, Azul – 2ª Questão e Branca – 3ª Questão).

Posteriormente, a equipe procedeu à leitura dos relatos dos (as) participantes sobre cada um dos questionamentos acerca dos Cuidados Paliativos na Atenção Básica, abrindo a discussão e complementação dos temas no grupo. Entretanto, como a pesquisa-ação é uma metodologia crítica e reflexiva que propõe a realização de uma ação, após o debate sobre a temática, foi ministrada uma palestra por uma especialista em Geriatria e em Cuidados Paliativos sobre paliativismo com ênfase na assistência ao idoso para consolidação do conhecimento.

Na continuidade à ação educativa no seminário, foi lido e discutido um texto de apoio: Cuidados Paliativos ao Paciente Idoso: uma revisão integrativa da literatura, de Andrade et al. (2012), adaptado pela mestrandia (APÊNDICE I), para uma maior fixação do conteúdo abordado e consolidação dos relatos. O encontro contou com a participação de 21 enfermeiros.

A seguir, nas figuras de 16 a 18, são apresentados os slides utilizados na dinâmica Brainstorming, norteadores da expressão dos enfermeiros sobre a temática do seminário. Todos os passos foram filmados, fotografados e registrados em ata, enquanto as falas do debate foram gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra.



Figura 16 - Primeiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Brainstorming) do Seminário II. Teresina, PI, 2015

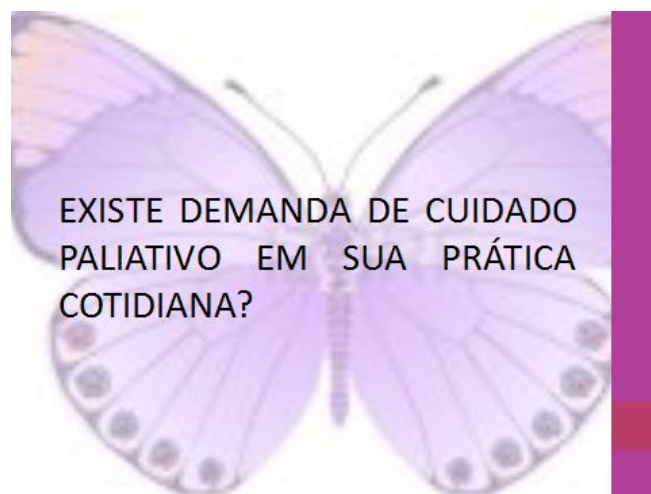


Figura 17 - Segundo slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Brainstorming) do Seminário II. Teresina, PI, 2015

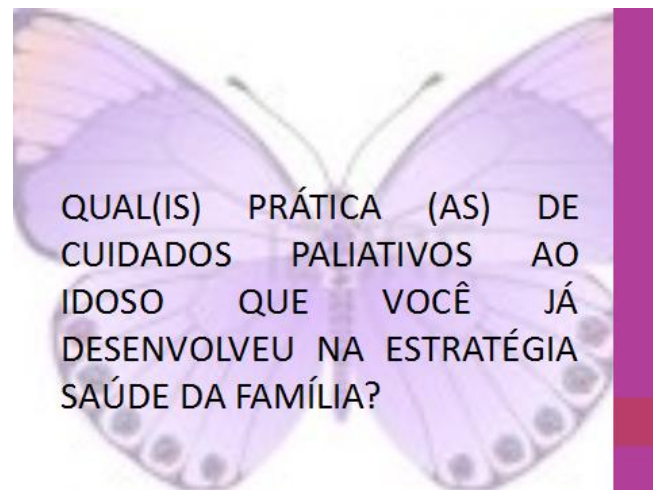


Figura 18 - Terceiro slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Brainstorming) do Seminário II. Teresina, PI, 2015

3.6.2.3 Seminário Temático III – A Enfermagem em Cuidados Paliativos

- Data: 16.10.2014 (quinta-feira).
- Ementa: o enfermeiro desempenha um papel fundamental na prestação de Cuidados Paliativos, possuindo uma abordagem holística que visa não somente a dimensão física, mas também as preocupações sociais, psicológicas e espirituais que ocorrem com o idoso diante de uma patologia que ameace a sua vida. Frente ao exposto, é necessário conhecer as possibilidades e dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro, na prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica.
 - Objetivos: identificar as possibilidades e as dificuldades para o desenvolvimento da prática de cuidados paliativos ao idoso na Estratégia Saúde da Família.
 - Conteúdo: cuidados paliativos, enfermagem, atenção básica.
 - Dinâmica proposta: foi utilizada a dinâmica do Semáforo, que se constitui de uma estratégia motivacional que favoreceu a discussão dos enfermeiros participantes sobre as possibilidades e as dificuldades para o desenvolvimento da prática de Cuidados Paliativos ao idoso na Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, foram apresentados em *slides* os seguintes questionamentos: Quais as possibilidades para o desenvolvimento da prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica? Quais as dificuldades para o desenvolvimento dessa prática? Na sequência os participantes do estudo, descreveram sucintamente suas ideias em resposta aos 02 (dois) questionamentos apresentados acerca das

possibilidades e das dificuldades para o desenvolvimento da prática de cuidados paliativos ao idoso na Estratégia Saúde da Família.

Os relatos individuais, identificados pelo n.º da frequência do(a) participante, foram arquivados em duas pastas específicas para cada questão (Vermelha – foram arquivados as dificuldades para o desenvolvimento da prática e Verde – foram arquivados as possibilidades para o desenvolvimento da prática).

Posteriormente, a equipe de pesquisa procedeu à colagem dos relatos no semáforo verde (possibilidades) e vermelho (dificuldades). Procedeu-se com a leitura dos relatos sobre cada questionamento acerca dos fatores facilitadores e as dificuldades para o desenvolvimento da prática de cuidados paliativos ao idoso na ESF, abrindo a discussão e complementação dos temas no grupo.

Após o debate sobre a temática, foi exibido o vídeo “A morte um dia que vale a pena viver” da Dr.^a Ana Cláudia Arantes e, posteriormente, a mestrandia realizou uma palestra intitulada: A atuação da Enfermagem em Cuidados Paliativos, com ênfase na assistência ao idoso para consolidação do conhecimento. Todos os passos foram registrados em ata e fotografados, e as falas oriundas do debate foram gravadas com recursos audiovisuais e posteriormente transcritas na íntegra.

Para a finalização do seminário e da ação educativa foi lido e discutido um texto de apoio: O papel do profissional da atenção primária à saúde em cuidados paliativos, de autoria de Mariana Lobato dos Santos Ribeiro Silva, adaptado pela mestrandia (APÊNDICE J), para uma maior fixação do conteúdo abordado e consolidação dos relatos. Participaram do encontro 16 enfermeiros.

Sendo este o último seminário, as pesquisadoras finalizaram esta fase de produção dos dados da pesquisa, agradecendo a participação de todos os enfermeiros, assim como à equipe de pesquisa (monitores e secretária). Nesse momento, os enfermeiros participantes do estudo enfatizaram a importância e a adequação da pesquisa-ação como estratégia metodológica utilizada, pela sua flexibilidade e por permitir transpor a produção de dados, possibilitando uma intervenção por meio da ação educativa, que permitiu discutir e debater temáticas esclarecedoras da situação problema.

Nessa oportunidade, também foram entregues os certificados de participação aos enfermeiros (APÊNDICE K). Posteriormente, para concluir esta etapa operacional, a pesquisadora informou aos participantes do estudo que a divulgação dos resultados da pesquisa aconteceria após a qualificação, no momento da defesa

pública. O seminário contou com a participação de 17 enfermeiros.

A seguir são apresentados os *slides*, na figura 19, e os cartazes dos semáforos utilizados na Dinâmica de Sensibilidade e Criatividade, nas figuras 20 e 21. Estes materiais foram norteadores da expressão dos enfermeiros sobre a temática do seminário.

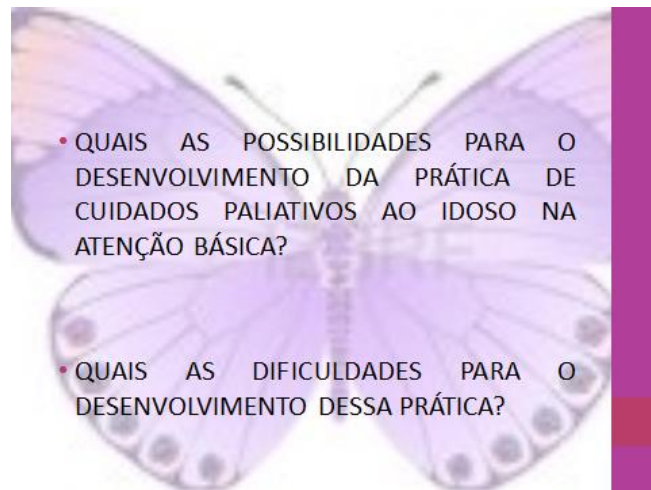


Figura 19 - Slide utilizado na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Semáforo) do Seminário III. Teresina, PI, 2015

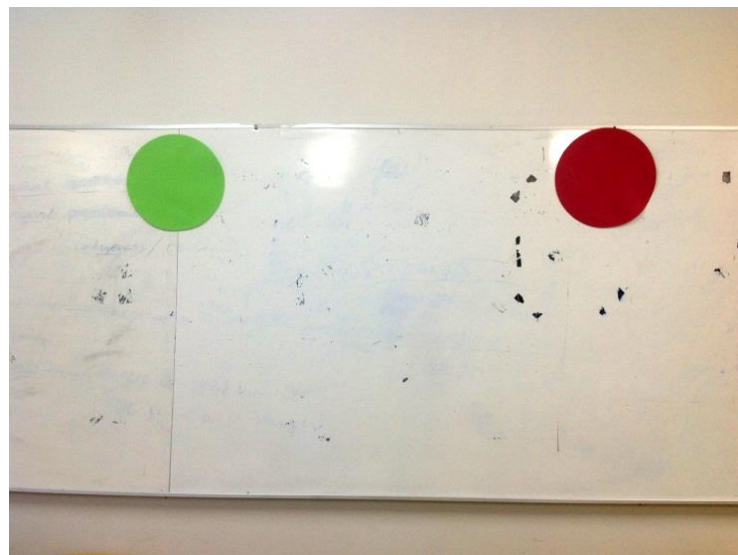


Figura 20 - Base para os cartazes utilizados na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Semáforo) do Seminário III. Teresina, PI, 2015



Figura 21 - Cartazes utilizados na Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (Semáforo) do Seminário III. Teresina, PI, 2015

3.6.3 Mapeamento e categorização dos dados

Após a produção dos dados obtidos pela técnica dos seminários temáticos, gravações audiovisuais, registros fotográficos, transcrições em atas, leitura e interpretação do material produzido, partiu-se para o agrupamento dos achados em quadros sistematizadores (APÊNDICES L, M, N). A utilização de quadros sistematizadores visa favorecer objetivamente o registro dos dados conduzindo o agrupamento dos achados em categorias de análise.

Minayo (2014) afirma que essas categorias têm por finalidade estabelecer a classificação de elementos ou aspectos com características comuns entre si em um determinado grupo. As três categorias formuladas a partir dos dados que emergiram dos participantes foram: Concepções do Enfermeiro sobre cuidados paliativos ao idoso; A atuação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família; e Das possibilidades às limitações para a prática de Cuidados Paliativos ao Idoso na atenção básica.

3.6.4 Análise e interpretação dos dados

Posteriormente à etapa de mapeamento e categorização, foi iniciada a análise, interpretação e discussão dos dados, articulando com o referencial temático delimitado.

3.6.5 Etapa de Conclusão

A etapa de conclusão da pesquisa-ação deve ser realizada em dois momentos: o da implantação do plano de ação e o da divulgação interna e externa dos achados da pesquisa. Corresponde ao que precisa ser feito ou transformado para a solução do problema estudado (THIOLLENT, 2011).

Dessa forma, procedeu-se à realização de um plano de ação que iniciou a partir das estratégias educativas e informativas desenvolvidas durante os seminários temáticos por meio de dinâmicas de criatividade e sensibilidade, palestras com especialistas, textos complementares e vídeos educativos. Estes consolidaram os debates entre os participantes e a equipe de pesquisa, estimulando o aprendizado e a incorporação de práticas paliativistas a pessoa idosa na atenção básica.

A continuidade da ação educativa desse estudo se dará no momento da divulgação externa dos achados produzidos na defesa final da dissertação, para a qual os enfermeiros participantes serão previamente convidados e receberão folder educativo produzido pela mestrandia com conteúdos do passo a passo do enfermeiro da ESF na atenção ao idoso em Cuidados Paliativos (APÊNDICE O). Visando ampliar a divulgação deste material educativo, o mesmo será disponibilizado no site do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, para livre acesso, bem como será enviado por meio eletrônico a todos os enfermeiros da ESF do município de Teresina (PI).

Outra forma de divulgação externa será a apresentação de trabalhos em eventos científicos, publicação de artigos em periódicos, além dos mais variados meios de comunicação. Em relação às divulgações interna e externa, Thiollent (2011) afirma que, primeiramente, deve ser realizada a interna, ou seja, o retorno dos resultados da pesquisa ao grupo de enfermeiros participantes do estudo. Este momento acontecerá na data da defesa onde os enfermeiros serão previamente convidados.

4 ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Após o mapeamento dos dados que foram obtidos da técnica de seminários, dos escritos das atas e das dinâmicas realizadas, emergiram núcleos temáticos de informações. Estes convergiram para a formação de três categorias que foram assim denominadas: “Concepções do enfermeiro sobre cuidados paliativos ao idoso”; “A atuação dos enfermeiros em cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família”; e “Das possibilidades às limitações para a prática de cuidados paliativos ao Idoso na atenção básica”.

As discussões e argumentações dos dados contidos nas categorias temáticas seguiram os passos metodológicos da pesquisa-ação e foram articuladas com as concepções sobre cuidados paliativos. Embora a pesquisadora responsável e a mestranda tenham se empenhado na articulação para estimular e propiciar a participação dos enfermeiros nos seminários temáticos, alguns não se fizeram presentes em todos os encontros. Todavia, não houve prejuízo significativo para o desenvolvimento da pesquisa.

Os 21 participantes da pesquisa estão caracterizados no quadro 1, identificados pela frequência (denominados de A a U), quanto aos seguintes aspectos: idade (em anos completos), sexo, estado civil, religião, nível de formação, anos de atuação na enfermagem, e especialização na área de enfermagem.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo (n=21) quanto aos aspectos sociodemográficos e de formação. Teresina, PI, 2015

Continua.							
Participante	Idade	Sexo	Estado civil	Religião	Formação	Atuação (anos)	Especialização
A	34	F	S	E	Graduado	7	Terapia intensiva (incompleta)
B	43	F	C	C	Especialista	19	Materno-infantil; Saúde da Família; Centro de Atenção Psicossocial; Sanitarista.
C	43	F	C	C	Especialista	18	Saúde pública
D	47	F	C	E	Especialista	18	Saúde pública; Saúde da família; Materno-infantil.
E	60	F	C	E	Mestranda	32	Saúde Pública; Gestão de Clínica; Educação na Área de Saúde
F	27	M	S	CA	Especialista	5	Saúde da Família; Gestão em Saúde
G	40	F	C	CA	Especialista	13	Saúde da Criança e Adolescente; Educação em Saúde; Enfermagem Obstétrica.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo (n=21) quanto aos aspectos sociodemográficos e de formação. Teresina, PI, 2015

							Conclusão.
Participante	Idade	Sexo	Estado civil	Religião	Formação	Atuação (anos)	Especialização
H	50	F	S	CA	Especialista	17	Materno-infantil; Capacitação Pedagógica.
I	28	M	S	CA	Graduado	4	Enfermagem do Trabalho
J	45	F	C	CA	Especialista	3	Saúde da Família.
K	48	F	D	CA	Mestre	20	Saúde da Família; Obstetrícia.
L	43	F	UE	ES	Mestre	18	Saúde Pública; Psicologia Educacional; Terapia Comunitária em Saúde; Formação para Técnico.
M	32	F	C	CA	Especialista	9	Obstetrícia; Saúde da Família.
N	52	F	S	CA	Especialista	27	Saúde Pública; Auditoria; Regulação no SUS.
O	51	F	S	ES	Especialista	27	Auditoria em Saúde; Saúde Pública; Regulação no SUS.
P	33	F	C	CA	Especialista	7	Terapia Intensiva.
Q	39	F	C	CA	Especialista	7	Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho.
R	61	F	V	CA	Especialista	35	Saúde Pública; Saúde da Família; Educação Profissional.
S	42	F	C	ES	Mestre	20	Terapia Intensiva.
T	43	F	C	CA	Especialista	18	Saúde Pública; Educação em Enfermagem; Obstetrícia.
U	27	F	S	CA	Mestre	4	Enfermagem do Trabalho; Saúde da Família.

Legenda: M: masculino, F: feminino; C: casado, S: solteiro, V: viúvo, D: divorciado, EU: união estável; CA: católica, ES: espírita, E: evangélica; G: graduado, E: especialista, M: mestre.

Pela observação do quadro acima, percebe-se que os participantes deste estudo apresentaram um perfil heterogêneo, com a faixa etária variando de 27 a 61 anos, com maioria do sexo feminino, o que pode ser justificado pelo fato da enfermagem ser historicamente uma profissão desempenhada por mulheres, casados e da religião católica. Quanto à formação, predominaram especialistas e, em relação ao tempo de atuação na área de enfermagem, houve uma variação de 3(três) a 35 anos, o que permitiu a análise de diferentes vivências, sendo que nenhum dos enfermeiros possuía especialização na área de Cuidados Paliativos, o que reitera a necessidade de capacitações para a atuação nessa modalidade de assistência que é uma realidade na sua área de atuação.

As três categorias temáticas emergentes da análise dos dados são apresentadas a seguir.

4.1 Concepções do enfermeiro sobre cuidados paliativos ao idoso

Essa categoria foi formulada a partir da convergência das falas da maioria dos depoentes acerca do conhecimento sobre a temática Cuidados Paliativos. Outro fator foram as contradições evidenciadas entre o seu entendimento e os usuários por eles elencados para usufruírem dessa modalidade de assistência.

O conhecimento empírico revelado pelos participantes do estudo sobre cuidados paliativos mostrou-se incipiente, constituído a partir de sua prática cotidiana, embora alguns preceitos preconizados pela OMS tenham sido expressados nas falas dos depoentes, uma vez que os enfermeiros consideram que essa modalidade de cuidados visa à melhoria da qualidade de vida e conforto dos pacientes e familiares e, na prática, isso se faz mediante o alívio da dor e dos problemas de ordem física, emocional, psicossocial e espiritual. Percebe-se nos discursos certa fragilidade no tocante à caracterização dos cuidados paliativos, bem como na seleção prioritária de usuários para receber essa assistência na comunidade.

Os enfermeiros compreendem o cuidado paliativo como um modelo destinado aos idosos portadores de doenças que ameaçam a continuidade da existência. A finalidade expressada foi a de assistir mediante uma abordagem destinada a oferecer qualidade de vida digna, controlando ou diminuindo os sintomas de sofrimento físico, psicológico, espiritual e mental, com inclusão da família e preservação dos direitos individuais do idoso.

Durante a realização dos seminários temáticos, foi identificado que, apesar do conhecimento fragmentado sobre a temática, o conceito de cuidados paliativos expressado transcende o objetivo do cuidado focalizado na cura da doença, o que os aproxima semanticamente do conceito formulado pelos manuais e referenciais apresentados na pesquisa, como se depreende das falas:

Os cuidados paliativos são aqueles que objetivam a melhoria da qualidade de vida do paciente e muitas vezes, no caso de idosos, de seus familiares. Aliviam o sofrimento frente a ameaça à vida. Protegem nos aspectos psicológicos, físicos, espirituais e emocionais (DEPOENTE S).

Cuidado paliativo se refere ao cuidado que é destinado a pacientes que apresentam condições de saúde para as quais a medicina atual não dispõe de recursos suficientes para reversão do quadro apresentado. Assim, o cuidado paliativo visa assegurar a qualidade

de vida dos pacientes nessas situações, dentro das possibilidades disponíveis atualmente (DEPOENTE U).

Entendo que cuidado paliativo significa todo e qualquer procedimento que tenha por finalidade diminuir o sofrimento de nosso paciente. Pode ser sofrimento físico ou mental. Quando falamos em cuidado paliativo fica claro que não estamos curando aquela enfermidade, mas além de promover uma melhora do sofrimento, podemos instrumentar nosso paciente para ele mesmo aprender a se cuidar também, e a ser feliz apesar de (DEPOENTE R).

Os enfermeiros compreendem que o processo assistencial, para encontrar-se plenamente coerente com os princípios que norteiam a prática paliativista, deve contemplar a subjetividade humana, priorizando, sobretudo, a qualidade de vida dos pacientes e familiares pela humanização do cuidado e minimização do sofrimento, pautada na abordagem holística. O conhecimento expressado pela maioria dos depoentes apontou como significado dos cuidados paliativos a melhoria da qualidade de vida.

São cuidados prestados ao paciente com intuito de promover um bem estar, melhor qualidade de vida mesmo diante da idade avançada e das enfermidades que muitas vezes os acomete (DEPOENTE P).

São os cuidados prestados ao cliente para melhorar sua qualidade de vida, proporcionando-lhe mais conforto e prevenindo futuras complicações (DEPOENTE C).

Cuidados paliativos são ações e cuidados realizados com objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida do idoso, garantindo sua integridade física e mental e prevenindo doenças relacionadas ao processo do envelhecimento (DEPOENTE I).

Entendo que cuidado paliativo é algo que vou realizar para melhorar a situação de alguém ou modo de vida de alguém, por exemplo um doente de algo incurável, vou fazer com que ele tenha dias melhores, mais alegres (DEPOENTE O).

Queiroz et al. (2013) enfatizam que o termo qualidade de vida, propulsor do paliativismo, deve ser compreendido no contexto multidimensional, englobando os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais. O idoso sob cuidados paliativos usufruirá da qualidade de vida somente se houver controle dos sintomas advindos da doença, minoração do sofrimento, conforto espiritual e fortalecimento de vínculos afetivos.

O idoso, diante de uma patologia que ameace a vida, pode apresentar em algum momento diminuição das funções física, emocional, cognitiva e social, além de vivenciar sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite e diarreia. Esses fatores dificultam a mensuração da qualidade de vida, devendo esta ser compreendida como o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental, e na própria estética existencial (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; SAWADA et al., 2009).

Alguns enfermeiros entendem que a pessoa idosa sob cuidados paliativos não deve ser rotulada como “terminal”, isto é, referida erroneamente como “aquela a quem nada mais há o que se fazer”. Em suas falas, ressaltam a necessidade de buscar qualidade de vida, independentemente do quadro clínico, com planejamento do cuidado que alivie e controle sintomas, ofereça suporte psicossocial, espiritual, promova conforto, e que apoie a família.

A prática da palição se direciona à pessoa e não para a doença ou cura. Assim, pode ser disponibilizada ao idoso que se encontra fragilizado por declínio orgânico e de sua funcionalidade, contribuindo para sua qualidade de vida e da sua família, quando aplicada satisfatoriamente (SILVA, 2014; ZUCOLO et al., 2014).

Ao elaborarem o conhecimento sobre cuidado paliativo, os enfermeiros o expressaram, também, como medida de conforto, o que apresenta relação com as definições de cuidados paliativos elencadas neste estudo. Analisando-se a palavra conforto, percebe-se que esta abrange significados variados como alívio, consolo e bem-estar. Para a enfermagem, o cuidado envolve a prática de todas essas acepções elencadas, pois, para este profissional, o ato de cuidar se reveste do caráter humanizado e holístico (FERREIRA, 2003; MONTEIRO; OLIVEIRA; VALL, 2010).

Para os enfermeiros participantes deste estudo, o conforto se constituiu em um dos alicerces da assistência efetiva para consolidar a prestação do cuidado paliativo de forma humanizada, primando pela qualidade de vida dos idosos, pelo que se depreende dos seguintes discursos:

São os cuidados prestados ao cliente para melhorar sua qualidade de vida, proporcionando-lhe mais conforto e prevenindo futuras complicações (DEPOENTE C).

São cuidados adicionais aos tratamentos terapêuticos convencionais. Não vão levar a cura, mas trarão mais conforto ao paciente (DEPOENTE D).

Cuidado que objetiva amenizar o sofrimento causado por doenças crônicas e/ou enfermidades que trazem mudanças significativas na vida do doente e de sua família. Visa diminuir as possibilidades de agravamento de determinadas patologias, trazer o máximo de conforto e vida “agradável” para o paciente e sua família na convivência diária com as limitações produzidas por estas patologias (DEPOENTE F).

Os enfermeiros afirmam, em seus discursos, que o paliativismo busca atender às necessidades reais dos pacientes, independente do prognóstico da doença, e para viabilizar essa intervenção é necessário otimizar o conforto e a qualidade de vida dos idosos com o controle rigoroso dos sintomas de sofrimento físico, psíquico, espiritual e social, em conformidade com os princípios dessa assistência pautada no holismo. As falas dos depoentes evidenciaram que a promoção do conforto para uma melhor qualidade de vida envolve o controle da dor e alívio do sofrimento.

Sei que sabermos identificar como diminuir a dor ou fadiga, desconforto, ajuda para que este paciente tenha uma melhor qualidade de vida (DEPOENTE J).

Cuidados destinados ao paciente que se encontra em estado terminal com vista a reduzir o sofrimento, manter a vida, suprimir a dor, acolher especialmente a família e o próprio paciente (DEPOENTE L).

[...] visando amenizar a dor e prevenir danos maiores à saúde e até evitar futuras internações (DEPOENTE Q).

[...] a melhoria de qualidade envolve alívio à dor (avaliando a escala da dor, administrando analgesia, supervisionando o uso do analgésico prescrito), apoio em depressão, tristezas, conversando, se fazendo presente ao lado do paciente, estimulando o valor da vida, não importando o tempo [...] (DEPOENTE S).

Para um controle efetivo da dor em cuidados paliativos, deve-se entender o conceito de dor total, que ultrapassa os limites da dor física, abrangendo, além do seu controle propriamente dito, as dimensões físicas, mentais, sociais e espirituais. Cabe ao enfermeiro avaliar e utilizar apropriadamente as medidas terapêuticas para o alívio desse sintoma, visto que o controle da dor ultrapassa a oferta de analgésicos. Envolve a capacidade de compreender o sofrimento do outro, que pode estar associado a sentimentos de abandono, medo, angústia, culpa, insegurança quanto ao tratamento, preocupação com a família, com condições econômicas, além

da necessidade de perdoar e ser perdoado (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI, 2010). De fato, observa-se nos depoimentos que os enfermeiros buscam a compreensão ampla desses sintomas.

A abordagem espiritual incluída na prática de cuidado tem sido considerada cada vez mais significativa. Funciona como um mecanismo de enfrentamento biológico, emocional e social diante de situações difíceis, como as doenças ameaçadoras da vida, e relaciona-se à busca de significado para a própria vida (NASCIMENTO et al., 2010).

A espiritualidade contemplada no conceito e na filosofia dos cuidados paliativos refere-se à busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida e pode ser entendida na perspectiva de atenção às necessidades humanas universais, incluindo crenças religiosas específicas e fornecendo uma filosofia ou perspectiva que norteia as escolhas do indivíduo. Em situação de fragilidade decorrente de doenças que ameacem a vida, as pessoas tendem a utilizar estratégias para lidar com as dificuldades e, frequentemente, trata-se da espiritualidade e religião (CERVELIN; KRUSE, 2014; LIPMAN, 2012).

O estudo de Faller et al. (2010) apontou que os idosos consideram a espiritualidade e a religiosidade fontes de apoio emocional, influenciando de maneira positiva a sua saúde física e mental. A enfermagem, no exercício de sua prática de cuidar, elenca como fundamentais à essa abordagem os aspectos biopsíquico, social e espiritual do indivíduo. No entanto, a preocupação com o aspecto espiritual foi mencionado por apenas três participantes do estudo:

[...] numa abordagem mais ampla como estamos tratando de idosos, condição irreversível de todo ser humano, os cuidados paliativos são aqueles prestados ao idoso com objetivo de tornar a velhice mais agradável, com diminuição dos problemas físicos e da alma (DEPOENTE E).

Entendo como sendo os cuidados prestados a pessoa ou para um grupo de pessoas que sofrem com determinado problema ou enfermidade para que este tenha melhor qualidade de vida, seja no campo espiritual, físico ou psíquico (DEPOENTE K).

Os cuidados paliativos são aqueles que objetivam a melhoria da qualidade de vida do paciente e muitas vezes, no caso de idosos, de seus familiares. Aliviam o sofrimento frente a ameaça à vida. Protegem nos aspectos psicológicos, físicos, espirituais e emocionais (DEPOENTE S).

Estudos apontam que cabe ao enfermeiro reconhecer a importância da espiritualidade na prestação dos seus cuidados, devendo utilizar como mecanismo para auxiliar essa abordagem a sensibilidade e comunicação eficaz. Enfatizam, ainda, que este aspecto do cuidado não pode ser ignorado quando se coloca à disposição uma atenção pautada no holismo, visto que todo ser humano possui necessidades espirituais (GUERRERO et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2010; SILVA et al., 2011).

A percepção do significado de cuidado paliativo na sua totalidade e a aplicabilidade ao idoso e sua família se constitui na garantia da prestação de um cuidado holístico, humanizado e individual, tornando o processo de finitude mais sereno tanto para este conjunto quanto para o enfermeiro. A família deve ser vista, ao mesmo tempo, como um sujeito ativo e passivo da prestação desses cuidados (ZUCOLO et al., 2014), entendimento demonstrado pelos enfermeiros inclusive no que se refere à continuidade dos cuidados após a morte, com o apoio durante o processo de luto:

[...] apoio ao paciente e familiar com doença terminal. Apoio na busca de conformação dos familiares pós-morte do ente querido [...] (DEPOENTE T).

[...] visa diminuir as possibilidades de agravamento de determinadas patologias, trazer o máximo de conforto e vida “agradável” para o paciente e sua família na convivência diária com as limitações produzidas por estas patologias (DEPOENTE F).

Cuidados paliativos é a assistência e cuidados prestados a uma pessoa acometida de uma doença e seus familiares para que tenha um melhor desenvolvimento terapêutico (DEPOENTE J).

Cuidados destinados ao paciente que se encontra em estado terminal com vista a reduzir o sofrimento, manter a vida, suprimir a dor, acolher especialmente a família e o próprio paciente (DEPOENTE L).

O estudo de Fonseca e Rebelo (2011) referencia intervenções que devem ser utilizadas para fornecer suporte à família que vivencia a prática paliativa. Destacam-se a necessidade de promover uma comunicação efetiva, o envolvimento da família nos cuidados, a atenção das necessidades mais urgentes, e o controle de excelência da dor e outros sintomas desagradáveis, o suporte existencial, e a

abordagem efetiva para proporcionar suporte no luto. Essas intervenções também foram elencadas durante os depoimentos.

Ao serem questionados sobre a demanda de cuidados paliativos na sua prática cotidiana, houve uma unanimidade por parte dos participantes da pesquisa em reconhecerem-na. No entanto, houve uma discordância por parte dos enfermeiros em relação ao conceito e filosofia dos cuidados paliativos e os pacientes por eles elegíveis para o beneficiamento dessa modalidade de assistência, conforme depreende-se dos discursos:

Sim. Acamados vítimas de acidentes ou sequelados de AVC, HAS, DM, gestantes com vômitos frequentes, criança com dermatites, pacientes com gastrite, constipação (DEPOENTE A).

Sim. Em grande parte das demandas de ESF existe a necessidade de cuidados, orientações que visão amenizar o sofrimento do paciente e de sua família. Como exemplo, em atendimentos para pacientes hipertensos, diabéticos, com outras doenças crônicas, pacientes com câncer, pacientes em tratamento de hanseníase, em tratamento de tuberculose, pacientes acamados, pacientes com alguma deficiência, pacientes e familiares que convivem com transtornos mentais (DEPOENTE F).

Sim. Idoso que mora só e que tem carências as mais diversas, conversar, ser acolhido com carinho, ajudado na sua higiene pessoal. Adolescente grávida com problemas familiares. Famílias com algum membro usuário de drogas necessitando de conforto (DEPOENTE E).

Sim. Normalmente são idosos acamados; pessoas com distúrbios psiquiátricos e pessoas com limitações físicas como consequência de AVC; autismo; hanseníase, diabetes e paralisia cerebral (DEPOENTE K).

Notabiliza-se uma divergência entre a fala conceitual dos enfermeiros e a elegibilidade dos usuários para essa prática, reiterando a demonstração de uma compreensão de cuidados paliativos fragmentada e dissociada. Foi expressado que os cuidados paliativos emergiram da necessidade de assistir a pacientes que possuem doenças graves, progressivas e incuráveis que ameaçam a continuidade da vida, evidenciando que os enfermeiros possuem um conhecimento limitado sobre o tema abordado.

A ANCP, ao analisar a demanda de pessoas que se beneficiariam dessa abordagem, tendo em vista a dimensão da sua aplicabilidade, ressalta que o desenvolvimento dessa prática no Brasil não pode ser negada, pois a cada dia nos deparamos com um número crescente de pessoas portadoras de doenças crônicas e/ou degenerativas. Estes indicadores implicam a maior necessidade de recursos humanos para atender a esta população, o que reforça a importância da compreensão dessa modalidade de assistência pelos enfermeiros, em sua totalidade.

4.2 A atuação dos enfermeiros em cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família

Diante dos relatos dos enfermeiros, percebe-se que a prática de cuidados paliativos ao idoso na ESF é instrumentalizada, mais frequentemente, por meio da visita domiciliar e desenvolve-se de maneira fragmentada e diversa, fruto de um saber baseado em atividades rotineiras, de modo que a maioria dos enfermeiros descreveu a prática paliativista como um cuidado técnico característico de suas ações cotidianas. No entanto, identificou-se, também, a expressão de atividades direcionadas ao alívio do sofrimento com uma abordagem holística e humanizada.

Os discursos mostraram que a visita domiciliar é uma das estratégias por eles utilizada para desenvolver a prática de cuidados paliativos, tendo em vista que possibilita uma maior aproximação com a realidade do cotidiano familiar desse idoso, favorecendo suas orientações para controle da dor e atendimento de suas necessidades básicas. Esses aspectos corroboram com o estudo de Queiroz et al. (2013), no qual reafirmam o papel preponderante assumido pela assistência domiciliar na palição, justificada pelo alto grau de humanização e integralidade que propicia aos pacientes, mediante o envolvimento da família nos cuidados, além de fornecer amparo afetivo e minimizar as complicações e gastos que decorrem de internações hospitalares.

No atendimento individual na unidade de saúde, através da visita domiciliar, através das orientações quanto ao uso de produtos naturais como o uso da multimistura, orientações ao uso correto das medicações, orientações ao cuidador do idoso sobre higiene e cuidados com o repouso do idoso (Depoente B).

[...] visita domiciliar não só para tratamento curativo. Administrar algum medicamento analgésico, mesmo que não cure sua patologia isto é cuidado paliativo (DEPOENTE E).

A visita domiciliar se constitui numa ferramenta fundamental para se conheça de que forma vive o idoso em casa com ou sem familiares, conhecendo a prática cotidiana de como se dá a dependência de necessidade de cuidados e essa modalidade de cuidado se dá para aqueles que têm limitações de dirigir-se a unidade de saúde e a onde são colhidas informações essenciais quanto ao estilo de vida (DEPOENTE H).

Na estratégia saúde da família já foram desenvolvidas ações de cuidados paliativos como visitas domiciliares ao idoso acamado, com promoção da saúde em orientações sobre dieta, prevenção de úlcera de decúbito, uso correto da medicação [...] (DEPOENTE M).

Orientações relativas ao uso da medicação para pacientes terminais com câncer. Visitas domiciliares com objetivo de orientar sobre o manejo com o paciente acamado na maioria dos casos [...] (DEPOENTE N)

A visita domiciliar, para esses participantes, compreende um mecanismo de viabilização da prática de cuidados paliativos. Ademais, possibilitam o conhecimento da realidade vivenciada pelo idoso, favorecendo a assistência individualizada e funcionando, também, como instrumento de inclusão de idosos sob cuidados paliativos, diante da possibilidade de perda da funcionalidade que o limite a acessar a unidade básica de saúde.

Por meio da visita domiciliar, a equipe de saúde tem condições de avaliar as necessidades potenciais e reais do idoso sob cuidados paliativos e planejar sua assistência objetivando melhorar sua qualidade de vida. Essa preocupação foi ressaltada quando os enfermeiros verbalizaram a necessidade do cuidado independente da cura, utilizando analgésicos e outras medidas de conforto, sendo imprescindível a identificação de um núcleo familiar que contribua na prestação dessa assistência.

Outro ponto importante, extraído dos depoimentos, foi o direcionamento das práticas de cuidados de enfermagem para o atendimento das questões de higiene, alimentação, controle da dor, conforto e prevenção de complicações como as advindas das úlceras por pressão, restringindo a sua assistência aos cuidados com o corpo, contemplando as necessidades fisiológicas e medicalização em detrimento

da visão holística e humanizada de Levine. Isto se constata nos seguintes fragmentos de fala:

Mudança de decúbito, passagem de sonda nasogástrica, curativo, orientação quanto a dieta, exercícios, uso de medicações, higiene e mudança de decúbito e verificação de SSVV (DEPOENTE C).

Mudança de decúbito, passagem de sonda vesical e nasogástrica, tratamento de feridas, massagem corporal, mobilização das articulações, oferecimento de saís de reidratação oral, verificação dos sinais vitais (DEPOENTE D).

Desenvolvo a pratica de curativos, sondas, troca de bolsas de colostomia, verificação de PA, orientação da alimentação, verificação de sinais vitais e orientações para a família (DEPOENTE L).

Troca de sonda vesical de demora em idoso acamado de 15/ 15 dias. Curativos em escaras, feridas operatórias. Retiradas de pontos de ferida operatória, coleta de sangue em acamados, verificação de PA. Vacina a idosos acamados. Orientação quanto ao uso correto de medicamentos, inspecionando quantidade, validade e posologia dos mesmos ao idoso e ao cuidador (DEPOENTE Q).

Curativos em úlcera por pressão e em feridas operatórias. Orientação quanto ao uso de colchão pneumático para aqueles idosos que se encontravam acamados. Orientação à família sobre mudança de decúbito e cuidados com higiene (DEPOENTE U).

Aliviar o sofrimento físico por meio de procedimentos técnicos, como administração de medicações, medidas de higiene, prevenção de úlceras por pressão e outras complicações participam da prática paliativista. Todavia, é oportuno que os aspectos da humanização estejam envolvidos no seu completo desenvolvimento, para que não se desempenhe apenas uma prática mecanizada. A dor e o sofrimento não se configuram como questões puramente técnicas e, para serem sanados, é necessário que os enfermeiros transcendam ao cuidado técnico e priorizem a abordagem holística (FREITAS; PEREIRA, 2013).

Boemer (2009) assegura que as técnicas instrumentalizam o processo de trabalho da enfermagem e que participam do seu processo de formação, mas ressalta que devem ser permeadas de aspectos afetivos e existenciais para que seu desenvolvimento não direcione ao cuidado do idoso como um objeto fragmentado. Os enfermeiros, ao considerarem a visita domiciliar como instrumentadora da prática paliativa, e partindo da perspectiva que essa visita propicia a formação de vínculos, bem como das discussões realizadas durante os seminários temáticos, evidenciou-

se que as técnicas elencadas são permeadas por sentimentos de afeição e sensibilidade e que o cuidado prestado não se exaure com práticas e procedimentos profissionais objetivos, pois atribuíram a este a condição humana necessária para a atenção integral ao idoso.

Os depoentes incluíram em suas práticas de cuidados paliativos as orientações prestadas aos idosos portadores de hipertensão e diabetes, visto que essas patologias, quando não controladas, desencadeiam complicações que podem ameaçar a sua continuidade de vida. No entanto, essa assistência se caracteriza na prevenção, o que desacorda com o paliativismo, que preconiza a prevenção e alívio do sofrimento que decorre de uma patologia crônica, evolutiva, progressiva e incurável que ameaça a vida. É importante destacar que a abordagem paliativa não deve ser aplicada somente no final da vida, sendo plenamente compatível com cuidados preventivos o que implica a adoção de medidas de controle dos sintomas desde o diagnóstico da doença crônica incurável.

Aos diabéticos: examinar diariamente os próprios pés, cortar unhas quadradas, usar calçados confortáveis, não andar descalço, suspender o uso de açúcar trocando por adoçante, fazer atividade física regular, evitar frituras, gorduras, enlatados em geral, carne vermelha, usar hidratante nos pés ao deitar-se a noite (DEPOENTE A).

Acompanhamento de pacientes com diabetes, cuidados relacionados ao “pé diabético”, relacionado a avaliação do uso da insulina e suas consequências, acompanhamento das limitações causadas, ensino e incentivo a “boa” convivência com estas limitações. Acompanhamento de pacientes que enfrentam hipertensão arterial sistêmica, fornecimento de cuidados que visam amenizar o sofrimento causado e prevenir o agravamento dos problemas (DEPOENTE F).

Ocorre também reuniões com os idosos, realização de palestras sobre vários temas: hipertensão, diabetes, sexo na terceira idade, importância da prática do exercício físico e da boa alimentação (DEPOENTE I).

Orientar quanto à atividade física e a uma alimentação saudável é cuidado paliativo. Examinar os pés em paciente diabético ou que tenha problema vascular, também é paliativo (DEPOENTE R).

Os relatos dos enfermeiros acerca da prática de cuidados paliativos, em alguns momentos, ainda foram expressos como as ações de enfermagem que,

rotineiramente, eram desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho com grupos específicos de idosos que vivenciam problemas de saúde para os quais existe um protocolo estabelecido na Estratégia Saúde da Família. Ademais, expressaram a ideia de que esses cuidados se estabelecem para as doenças imunopreveníveis, o que reitera que a paliação ainda permanece desconhecida para a maioria dos depoentes, tendo em vista que objetiva-se com essa assistência alcançar os idosos que vivenciam doenças crônicas, progressivas e ameaçadoras da vida.

[...] cuidados relacionados ao paciente que enfrenta hanseníase. Cuidados relacionados ao paciente que enfrenta tuberculose (DEPOENTE F).

[...] retirada de pontos de ferida operatória, coleta de sangue em acamados, verificação de PA. Vacina e idosos acamados. Orientação quanto ao uso correto de medicamentos (DEPOENTE Q).

[...] vacinação dos idosos acamados a fim de evitar doenças infecciosas que, se adquiridas por eles comprometeriam ainda mais seu quadro de saúde (DEPOENTE U).

Evidenciou-se que os enfermeiros direcionaram as práticas de CP às ações rotineiras da ESF, observando-se uma aproximação das suas falas e produções artísticas que foram elencadas no primeiro seminário quando foram motivados pela dinâmica de criatividade e sensibilidade, utilizando-se a estratégia grupal, a falarem e representarem por meio de cartazes com a técnica de recorte e colagem a atuação junto aos pacientes idosos portadores de doenças crônicas (vide figuras de 12 a 15). Portanto, nas representações desses cartazes, os relatores de cada grupo descreveram e explicitaram os significados conforme o que se depreende dos depoimentos.

Orientação quanto a dieta saudável, pratica de atividade física, a gente faz muita orientação, mas nem sempre essas orientações são seguidas, por uma serie de dificuldades que eles tem [...] Fazemos ações de verificar pressão arterial, medir glicemia, orientar medicamentos, verificar peso e circunferência abdominal principalmente dos idosos com doenças crônicas, basicamente é isso (DEPOENTE C).

Estimulando a atividade física, alimentação saudável, a evitar massas, orientando a medicação no horário certo, visita

domiciliar, ações educativas para manter a saúde controlada e a consulta de enfermagem, grupo de idosos (DEPOENTE A).

Acolhimento e estímulo ao autocuidado, estímulo ao lazer, atividade física, convívio social e alimentação saudável; orientação ao cuidador, visitas domiciliares mais frequentes aos idosos vulneráveis e consulta de enfermagem. Orientar o cuidador quanto aos cuidados que devem ter incluindo a disposição dos móveis, o piso, o colchão e o lençol no caso dos acamados. Visita domiciliar frequente aos idosos vulneráveis (DEPOENTE Q).

Grupo de idosos, visitas a acamados, curso de cuidadores de idosos, triagem das vulnerabilidades, controle das doenças imunopreveníveis com as vacinas, passeios, caminhadas, consulta ambulatorial, cuidados diretos, apoio familiar (DEPOENTE L).

Foi possível observar que, apesar dos enfermeiros terem referenciado o paliativismo aos cuidados básicos e cotidianos desenvolvidos na ESF, e não terem uma apropriação completa da temática, alguns fundamentos que norteiam essa prática foram demonstrados em suas falas. Isso decorre da proximidade que existe entre os princípios da palição e a formação e atuação do enfermeiro, que é voltada para a visão holística e humanizada e que, na Estratégia Saúde da Família, é favorecida pela proximidade geográfica e pelo envolvimento que estabelecem com os seus pacientes.

A ESF tem como objetivos prestar uma assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita tanto na unidade de saúde como no domicílio; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias mediante o desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2011).

Os enfermeiros percebem que a assistência paliativista não deve ser considerada uma alternativa após a ineficácia de um tratamento que levaria à cura da doença, mas como uma série de cuidados humanizados e tecnicamente adequados e contínuos que priorizam o manejo dos sintomas e são prestados ao idoso com a finalidade de ajudá-lo a viver melhor até o momento de sua morte. Para tanto, devem utilizar estratégias que possibilitem o envolvimento da família na

prestação e recebimento da assistência, dispondo de tempo para orientações e não restringindo sua atuação apenas aos aspectos físicos do cuidado.

[...] orientações ao cuidador do idoso sobre higiene e cuidados com o repouso do idoso (DEPOENTE B).

[...] cuidados necessários para o cuidador, orientação e avaliação deste cuidado [...] cuidados que visam amenizar o sofrimento causado e prevenir o agravamento dos problemas. Práticas relacionada ao paciente que enfrenta o câncer, cuidados relacionados ao acompanhamento dele e de seus cuidadores (DEPOENTE F).

[...] fazer a família compreender como no dia a dia, as práticas diárias que podem minimizar os problemas identificados [...] (DEPOENTE J).

[...] apoio ao paciente e familiar com doença terminal. Apoio na busca de conformação dos familiares pós-morte do ente querido. Apoio e orientação aos pacientes acamados e seus cuidadores (DEPOENTE S).

Os depoimentos dos enfermeiros são convergentes com os achados dos estudos de Baliza et al. (2012), ao considerarem que a família tem um papel fundamental no cuidado ao paciente e deve estar bem orientada para prestar assistência na ausência dos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, e estruturada para conviver com o processo de terminalidade dos seus entes. Ressaltam, ainda, que a instituição do vínculo com a família se concretiza por meio das visitas domiciliares, pois facilitam a visualização das necessidades do núcleo familiar, promovendo segurança ao enfermeiro para o planejamento do cuidado individualizado.

O princípio da integralidade como fundamental para melhoria da qualidade de vida também foi evidenciado pelos enfermeiros quando relataram a preocupação em amenizar o sofrimento, orientação basilar da palição, abordando a dor e demais sintomas desagradáveis e compreendendo que isso só se torna possível quando as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais são atendidas, mesmo que para isso seja necessário o envolvimento de outros profissionais, como se depreende dos discursos:

Considero que na consulta de enfermagem sempre que dou a oportunidade dele conversar sobre problemas do dia a dia, compartilho seus medos, estou prestando cuidados paliativos (DEPOENTE E).

[...] a melhoria de qualidade envolve alívio à dor avaliando a escala da dor, administrando analgesia, supervisionando o uso do analgésico prescrito, apoio em depressão, tristezas conversando, se fazendo presente ao lado do paciente, estimulando o valor da vida, não importando o tempo [...] (DEPOENTE S).

Sei que sabermos identificar como diminuir a dor ou fadiga, desconforto, ajuda para que este paciente tenha uma melhor qualidade de vida... Procuro conhecer esses pacientes, entender suas reais necessidades e assim poder prestar uma assistência individualizada e atuar dentro das minhas possibilidades. Possibilitar conforto, bem estar, amenizar a dor, apoio psicológico junto com a família (DEPOENTE J).

Solicitação do apoio de outros profissionais, tais como assistente social, fisioterapeuta, psicólogo para contribuírem com a abordagem desses casos (DEPOENTE U).

Conforme os discursos apresentados, ao compreenderem que no paliativismo a vida tem valor independente do seu tempo e que a prioridade nesse momento é oferecer qualidade e não quantidade aos dias que restam, alguns participantes do estudo demonstraram em suas práticas a necessidade de escuta ativa e de um relacionamento interpessoal baseado na empatia como forma de oferecer apoio eficaz aos idosos, entendimento que aproxima as suas ações da prática paliativista. A comunicação verbal é considerada uma medida terapêutica com eficácia comprovada para os pacientes fora de possibilidades de cura, podendo reduzir o seu estresse psicológico e, ao mesmo tempo, oportuniza-lhe o compartilhamento os seus medos e angustias.

Foi possível observar que, apesar de não possuírem um conhecimento científico sólido sobre o que venha a ser apropriadamente ações paliativas, por vezes confundindo as suas práticas habituais com essa modalidade de assistência, os enfermeiros evidenciaram uma abordagem convergente para o holismo e humanização. Aspectos que tornam a sua atuação compatível e, ainda, podendo ser facilitada para a atuação paliativista.

4.3 Das possibilidades às limitações para a prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica

Nessa categoria, são discutidas as possibilidades e as dificuldades para o desenvolvimento da prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica, em especial, na ESF. Objetivando organizar didaticamente a análise e discussão dos achados que foram enquadrados nessa categoria temática, são apresentadas inicialmente as condições que foram consideradas favoráveis pelos enfermeiros.

A Estratégia Saúde da Família possibilita que os profissionais estejam mais próximos das famílias assistidas, favorecendo o reconhecimento das reais necessidades dos seus usuários, além de contribuir para o fortalecimento de vínculos de confiança e afetividade. Essa relação humanizada entre usuário e profissional de saúde e a atuação holística deste são essenciais para o cuidado paliativo, conforme foi explicitado. Os participantes do estudo, aos serem questionados sobre as condições facilitadoras da prática de cuidados paliativos no seu cotidiano de trabalho, expressaram a necessidade de estabelecimento de vínculos com a família e o idoso, evidenciada nas falas:

Maior proximidade com a família e o paciente. Vínculo afetivo já construído. Melhor conhecimento do padrão de vida familiar. Conhecimento da área de atuação [...] (DEPOENTE D).

[...] Conhecer a área em que trabalho, assim posso identificar cada caso e suas necessidades. O vínculo que o profissional estabelece com a comunidade (DEPOENTE E).

A relação equipe (ESF) e família, que na grande maioria das vezes já estabeleceu um vínculo, devido aos cuidados prestados (DEPOENTE G).

Um dos principais fatores facilitadores diz respeito a própria dinâmica da ESF, pois esta trabalha em um território definido, comunitário, onde os idosos que necessitam de cuidados paliativos estão inseridos [...] O conhecimento desse contexto familiar aproxima os profissionais dos usuários e permite que juntos construam as práticas de cuidados (DEPOENTE L).

O fato do idoso estar em seu domicílio, próximo de sua família. A equipe da ESF conhece bem a realidade das famílias de sua área adstrita e pode propor intervenções adequadas frente à realidade encontrada (DEPOENTE U).

A prática de cuidados paliativos requer envolvimento e sensibilidade para identificação das reais necessidades dos idosos. O reconhecimento do contexto familiar é necessário e a enfermagem deve atentar-se à inclusão da família na prestação dos cuidados dirigidos ao seu idoso e para apoiá-los durante o processo da palição, promovendo uma assistência de qualidade e holística.

É por meio do vínculo com a família e o idoso que o enfermeiro poderá programar suas ações para maior efetividade, mediante o compartilhamento das necessidades mais evidentes e que necessitam de rápida intervenção, seja a nível físico, emocional ou espiritual (ROCHA et al., 2011; TEJEDA DILLOU, 2011). Percebe-se que a participação familiar é inerente à atuação da Estratégia Saúde da Família e à prática do paliativismo.

A atuação em cuidados paliativos requer do profissional o envolvimento com o paciente e sua família, para alcançar uma comunicação efetiva em relação às orientações sobre os cuidados que serão realizados, e a habilidade de envolver os familiares na prestação desses cuidados. Trata-se de uma responsabilidade compartilhada que, por vezes, a família negligencia.

Os enfermeiros participantes do estudo também apontaram o núcleo familiar como um espaço que contribuiria de forma negativa para o desenvolvimento das práticas de cuidados paliativos, em situações em que não conseguem estabelecer com os familiares um vínculo para direcionar a sua atuação. Ademais, quando não percebem o interesse para divisão de responsabilidades do cuidado a ser prestado ao idoso, ou mesmo quando há negação para essa forma de cuidar, fortalecem a constatação da importância do envolvimento e estabilidade da família para a eficácia dessa assistência.

Não adesão do familiar cuidador ao plano de cuidado mesmo após esclarecimentos sobre sua importância (DEPOENTE A).

Não contar com o apoio da família, em muitos casos, não conseguimos nem entrar em contato com os familiares, isso dificulta bastante a prática dos cuidados paliativos, pois muitos idosos não conseguem se auto cuidar (DEPOENTE C).

[...] A família não se envolver com essa promoção de saúde (DEPOENTE H).

[...] aceitação da família e dos pacientes idosos quanto aos cuidados paliativos (DEPOENTE K).

Essas opiniões reiteram a primordialidade do comprometimento da família para que se tenha um cuidado paliativo efetivo ao idoso. Isto corrobora com os estudos de Queiroz et al. (2013) ao afirmarem que a dinâmica familiar deve ser compreendida pelo profissional da ESF, visto que uma boa abordagem da família a torna um suporte na prestação de cuidados e, caso contrário, poderá influenciar de forma negativa na qualidade de vida do idoso.

Outro fator facilitador demonstrado pelos depoentes foi a utilização da visita domiciliar, pois funciona como estratégia para acompanhar as famílias durante o processo de adoecimento, principalmente aquelas mais vulneráveis. Essa vulnerabilidade pode ser evidenciada diante de um idoso com doença ameaçadora da vida.

[...] acesso a casa e a sua convivência familiar através de visita domiciliar (DEPOENTE B).

O apoio da família, em alguns casos contou com os familiares o que facilita bastante a prática dos cuidados paliativos, pois a família é extremamente importante na manutenção desses cuidados. Transporte fornecido pela FMS para realização das visitas domiciliares (DEPOENTE C).

A visita domiciliar das enfermeiras aos idosos sem possibilidade de cura permite uma avaliação e evolução de suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Ação que facilitará o planejamento e implementação do seu cuidado.

Percebe-se que a prática requer dos profissionais de saúde, além das habilidades técnicas, o envolvimento, disposição e empatia com os idosos e familiares que estão sobre sua assistência. É necessário, desta forma, que o profissional tenha um bom relacionamento humano e identifique-se com o trabalho que realiza. Esses aspectos foram apontados pelos enfermeiros como um fator facilitador para paliar.

[...] gostar do que faz e da população assistida (DEPOENTE D).

Antes de mais nada gostar do que faz e ter compromisso com o trabalho [...] (DEPOENTE E).

[...] disponibilidade, conhecimento e boa vontade do enfermeiro (DEPOENTE J).

À vontade e compromisso do profissional, a empatia com o tema em questão (DEPOENTE T).

O estudo de Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014) apontou que a satisfação e atuação com o trabalho realizado pode interferir de maneira expressiva no cuidado prestado ao paciente e sua família, além de favorecer a atuação da equipe multiprofissional. Afirma, ainda, que o bom relacionamento entre os membros da equipe de saúde, e entre estes e a família do paciente, contribui para melhoria da assistência. Pontos que também foram evidenciados pelos depoentes.

Os enfermeiros expressaram em seus depoimentos que o alcance de uma prática paliativa de excelência requer necessariamente que o idoso seja assistido por uma equipe multiprofissional com boa interação, que atenda às suas necessidades de acordo com as especificidades das áreas de atuação, como se depreende dos discursos:

[...] boa interação entre profissionais multidisciplinares [...] (DEPOENTE 06).

[...] bom relacionamento com os membros da equipe, ou seja, trabalho multiprofissional (DEPOENTE 19).

[...] outro fator facilitador está condicionado ao processo de trabalho na atenção básica (ESF), pois esta trabalha em equipe multiprofissional, com diversos saberes, experiência técnica, e que buscam conhecer a realidade de vida desses idosos, envolvendo no cuidar a família [...] (DEPOENTE 20).

A partir dos depoimentos dos enfermeiros, evidencia-se um aspecto importante da filosofia dos cuidados paliativos: a atuação profissional interdisciplinar. Dessa forma, associar esses cuidados com a sua prática cotidiana requer um sistema de saúde organizado, conhecimentos éticos e científicos adequados e, sobretudo, atualizados, bem como disposição para proporcionar uma assistência global ao idoso com doença ameaçadora da vida e sua família, tendo em vista as vicissitudes que afetam profundamente os seus aspectos psicológicos e emocionais, sendo, por vezes, a primeira vez que se veem diante de uma possibilidade de morte.

Depreende-se que, ainda que exista uma relação de proximidade entre a sua atuação na ESF e a palição, algumas condições foram elencadas como limites que podem inviabilizar a prática desses cuidados. Dentre estes, os enfermeiros apontaram o sistema de saúde, no que diz respeito à organização dos serviços e à

disponibilidade de recursos materiais e humanos; a não identificação com o serviço e a capacitação para executá-lo apropriadamente, o que corrobora com os resultados dos estudos de Queiroz et al. (2013).

[...] outra dificuldade é a falta de apoio da gestão no tocante a materiais, transportes, tempo, pois exigem quantidade no atendimento em detrimento da qualidade (DEPOENTE L).

Sobrecarga de atividades desenvolvidas pela equipe ESF na rotina de uma UBS. Estrutura deficiente das UBS para desenvolvimento de alguns desses cuidados. “Desinteresse” dos gestores em incentivar essas práticas. Déficit de material para desenvolvimento de cuidados [...] (DEPOENTE F).

Falta de material para realizar o cuidado ao idoso. Exemplo: gazes (pois são esterilizadas em outros postos, às vezes, quando há problema na autoclave). Temos três microáreas bem distantes do posto, o que dificulta o deslocamento da equipe, caso necessitem de cuidados diários, como curativos [...] (DEPOENTE Q)

Estrutura física adequada para o conforto tanto do idoso como para os cuidadores (espaços e equipamentos) [...] As equipes, na maioria, não dispõem de material esterilizados (pacotes) para determinados procedimentos essenciais no leito (curativos, cateterismo, aspiração de secreção, etc.). Esses cuidados são limitados por dias e horários de trabalho da equipe (DEPOENTE R).

Os enfermeiros relataram que a atenção à população idosa, muitas vezes, se torna fragmentada pela falta de recursos e materiais básicos como medicamentos, gazes para curativos e dispositivos que visam ao atendimento dos idosos mais vulneráveis, o que comprometeria a assistência paliativista. Demonstraram entender que o cuidado paliativo demanda disponibilidade e continuidade, e que a sobrecarga de trabalho pode contribuir de maneira negativa nessa assistência, relatando que a dinâmica da ESF lhe atribui diversas tarefas e que, na maioria das vezes, não contam com o apoio de outros profissionais da equipe, comprometendo ainda mais a assistência holística.

Participação de especialista como geriatra, fisioterapeuta. Demanda de atendimento e condições sócias econômicas baixas (DEPOENTE B).

Dificuldade na realização dos exames, fisioterapias, devido não terem como se deslocarem. Falta de tempo dos profissionais, devido a grande quantidade de pacientes e atividades, tornando-os sobrecarregados. Falta de outros profissionais na equipe como: fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, etc. (DEPOENETE C).

Poucos recursos disponíveis. Desorganização da equipe multiprofissional. Falta de comprometimento de alguns profissionais (DEPOENTE D).

[...] falta de insumos (medicamentos, dispositivos, etc.) na UBS necessários a melhoria do cuidado prestado. Disponibilidade da equipe diante das inúmeras atribuições que possui, já que o cuidado paliativo requer tempo e continuidade (DEPOENTE U).

É importante ressaltar que, atrelado à sobrecarga de trabalho, os enfermeiros ainda se veem diante de um aumento vertiginoso da população idosa portadora de doenças crônicas que ameaçam a vida na sua área de atuação, o que reafirma a necessidade da palição ao tempo em que dificultam o desempenho da prática com excelência. A atuação de outros profissionais, além de diminuir a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos depoentes, pode proporcionar a efetividade na assistência paliativa, visto que o conhecimento diferenciado de especialidades contribui para que o idoso seja assistido de forma integral nas suas mais diversas necessidades.

Para que se obtenha uma assistência paliativa de qualidade, torna-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados, sobretudo os enfermeiros, que mais frequentemente estão avaliando a dor e suas implicações no conforto dos idosos e precisam conhecer que medidas farmacológicas ou outras devem utilizar para controlar a dor e os sintomas indesejáveis, primando pela melhor qualidade de vida. A ausência de capacitação que leva ao desconhecimento da prática e, conseqüentemente, à dificuldade em abordar o idoso também foi elencada pelos participantes como uma dificuldade para a palição.

[...] desconhecimento desta prática (DEPOENTE E).

Identificação do método, ou seja, do melhor cuidado paliativo para aquele idoso [...] (DEPOENTE K).

A falta de preparo acerca desses cuidados na academia que de certa forma nos afasta da prática. Pouco valor que é dado a esse tipo de cuidado por alguns profissionais e gestores. Falta

de treinamentos para sensibilizar quanto aos cuidados paliativos (DEPOENTE L).

Trabalho em equipe (falta). Recursos. Desconhecimento. Sensibilização (DEPOENTE M).

A equipe multiprofissional nem sempre tem conhecimento suficiente para o manejo de cuidados paliativos ao idoso [...] (DEPOENTE U).

A matriz curricular dos cursos da área de saúde, onde se insere a enfermagem, na sua grande maioria, ainda estão permeados pelo modelo biomédico, centrado na cura e medicalização do paciente, tendo disciplinas com conteúdos fragmentados voltados diretamente para a patologia em si, dificultando a visão multidimensional do paciente e a sua abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, o que reflete na atuação destes profissionais. A partir dos fragmentos das falas, constata-se que os participantes do estudo percebem a importância da visão integral do paciente, porém, sentem-se limitados pela deficiência na sua formação de uma abordagem específica sobre paliativismo, que poderia ser sanada com o investimento na educação continuada.

Diante dos depoimentos elencados pelos enfermeiros, é possível afirmar que a prática de cuidados paliativos é viável na Estratégia Saúde da Família, desde que sanadas algumas dificuldades por parte da gestão e do comprometimento dos profissionais envolvidos nos cuidados à população idosa inserida na sua área de atuação. Aliado a isso, depende da sensibilização para que os cuidados paliativos sejam incorporados na graduação dos cursos da área de Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de Dissertação de Mestrado em Enfermagem foi desenvolvido a partir de questões instigadoras geradas na prática assistencial experimentada pela pesquisadora no cotidiano do serviço de saúde a nível hospitalar da periferia de Teresina, Piauí. Neste sentido, a investigação respondeu satisfatoriamente aos objetivos propostos, pois evidenciou achados acerca do conhecimento e da prática dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre cuidados paliativos ao Idoso.

Estes achados geraram e poderão produzir um plano de qualificação dos profissionais na atenção básica para essa modalidade assistencial com abordagem holística, multidimensional e multidisciplinar capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos que enfrentam doenças incuráveis e com prognóstico limitado. Ademais, propiciarão a inclusão de estratégias de apoio e suporte aos familiares durante todo o curso da doença, estendendo-se ao processo de luto.

O alcance destes resultados foi facultado, em parte, pela aplicabilidade da estratégia metodológica da pesquisa-ação para abordar a problemática do conhecimento e da prática dos enfermeiros da ESF na atenção ao idoso em cuidados paliativos, bem como pela inserção da pesquisadora no cenário do estudo. Isto permitiu uma estreita interação entre os participantes e a equipe de pesquisa, destacando-se a pesquisadora e sua orientadora. Esta condição é um dos requisitos para o sucesso da estratégia de pesquisa utilizada.

Outro aspecto que contribuiu para produção de dados tão significativos decorreu das sucessivas aproximações da pesquisadora com as diversas problemáticas vividas por idosos com doenças crônicas que ameaçam a vida. Esta imediação permitiu uma atuação segura e instigadora junto ao grupo de participantes, capaz de estimulá-los a expressar seus conhecimentos e atuação em cuidados paliativos, bem como, as fragilidades e limitações na prestação desta modalidade de assistência na atenção básica.

Os pressupostos da existência de dificuldades e limitações da prática de cuidados paliativos ao idoso na ESF determinaram a realização desta investigação por meio de uma estratégia metodológica ativa, participativa e capaz de estimular o aprendizado de novas informações e da adoção de práticas inovadoras, holísticas e multidimensionais a partir das dinâmicas de criatividade e sensibilidade realizadas durante os seminários temáticos. Para consolidar os temas discutidos em cada um

dos seminários, foram realizadas palestras por expertises sobre os pontos discutidos. Na sequência, os conceitos e princípios dos cuidados paliativos ao idoso na ESF foram apresentados em textos adaptados pela pesquisadora como forma complementar deste processo educativo iniciado durante a pesquisa.

Após a etapa de conclusão e divulgação externa dos resultados, que ocorrerá no momento da defesa final da dissertação, a ação de educação continuada se fará com a aplicação presencial do folder educativo: “O passo a passo do enfermeiro da ESF na atenção ao idoso em cuidados paliativos” para os participantes da investigação que se fizerem presentes na seção pública de defesa. Este instrumento educativo também será enviado de modo digital (e-mail) para todas as equipes saúde da família da cidade de Teresina (PI), bem como estará disponível no sítio: <http://www.ufpi.br/ppgenf>.

A análise e interpretação dos achados deste estudo revelaram que o conhecimento dos enfermeiros participantes é empírico e incipiente, demonstrando fragilidades dos conceitos à seleção da clientela idosa prioritária para os cuidados paliativos na atenção básica. Reforça-se a imperativa necessidade da implantação e implementação de um programa de educação permanente por parte da instituição municipal direcionada aos enfermeiros em cuidados paliativos ao idoso, para que assim possam prestar uma assistência holística e multidimensional, capaz de prevenir e aliviar a dor e o sofrimento do indivíduo e da família.

Os enfermeiros participantes da pesquisa demonstraram que, na prática, os cuidados paliativos ao idoso são realizados, especialmente, nas visitas domiciliares, embora sejam desenvolvidos de modo fragmentado e frágil, pois não seguem de modo sistemático os princípios paliativistas, como a precocidade, a integralidade e o alcance dos familiares e cuidadores. Entretanto, reconhecem que a própria Estratégia Saúde da Família favorece uma assistência pautada na integralidade, responsabilização, interdisciplinaridade, humanização e participação ativa da família, princípios consonantes com as bases preconizadas para a prática dos cuidados paliativos.

É importante ressaltar que essa investigação identificou as possibilidades e limitações para o desenvolvimento dessa modalidade de assistência na ESF. Dentre as condições favoráveis, destacaram-se a proximidade e o vínculo afetivo e de confiança estabelecido pelo enfermeiro com o idoso e a família, os quais se estreitam nas visitas domiciliares.

Por outro lado, as limitações apresentadas pelos participantes do estudo centraram-se em deficiências da estrutura operacional das equipes no dia a dia de trabalho para o atendimento domiciliar, desdobrando-se do transporte à insuficiência de medicamentos e equipamentos essenciais para atenção paliativista. Contudo, a necessidade de capacitação permanente de todos os profissionais, especialmente dos enfermeiros, foi evidenciada e expressada por todos durante os seminários temáticos. Alguns, ainda, possuíam maior tempo de formação, tendo esta ocorrido em um contexto de menor proporção da população idosa e de cursos de graduação que nem tocavam nesta temática de cuidados paliativos.

Os enfermeiros participantes mostraram-se satisfeitos com as discussões acerca dos conceitos, princípios e informações da atenção paliativista. Demonstraram, assim, o real aprendizado, com a possibilidade de implementação de práticas inovadoras e eficientes, e consequente melhoria da assistência ao idoso.

A pesquisa-ação desenvolvida neste estudo de Dissertação de Mestrado cumpriu com os princípios da estratégia metodológica ao iniciar um plano educativo, promover palestras, disponibilizar textos complementares e folders educativos para o grupo de enfermeiros participantes da investigação. No entanto, é necessário reconhecer que esta foi uma ação limitada a um pequeno grupo de enfermeiros, mas que poderão atuar como divulgadores e multiplicadores deste conhecimento, o que certamente poderá contribuir para melhoria da prática de cuidados paliativos na comunidade.

Outra contribuição relevante será possível por meio da educação formal, na graduação e pós-graduação em saúde e enfermagem, pois os achados da investigação poderão ser utilizados nas práticas pedagógicas e didáticas deste nível de formação de recursos humanos em saúde. Além disso, fornece bases para futuras pesquisas congêneres, considerando a incipiente produção científica sobre cuidados paliativos na atenção básica verificada nas buscas realizadas na construção deste estudo.

Na perspectiva de operacionalizar a assistência paliativa ao idoso na Estratégia Saúde da Família, os resultados deste estudo apontam as seguintes sugestões:

1. Implementação de programas de capacitação e treinamento dos profissionais de saúde da ESF, com destaque para o enfermeiro, na tecnologia de cuidados paliativos ao Idoso, visto que tais profissionais têm como finalidade principal

proporcionar ao doente e sua família condições físicas e emocionais para enfrentar as dificuldades da doença. Vale ressaltar que, durante a realização deste estudo, os participantes da pesquisa iniciaram a capacitação durante a realização dos seminários temáticos com especialistas na temática de Envelhecimento e Cuidados Paliativos e, tendo em vista a complexidade e magnitude do tema, sugere-se que essa capacitação seja exercida de forma continuada.

2. Implantação de Equipes Multiprofissionais Especializadas em Internação Domiciliar para prestação de Cuidados Paliativos aos idosos, que deverão prestar assistência sistematizada e integral ao idoso com doença crônica progressiva que ameace a vida e as complicações advindas da sua condição de saúde.

Assim, o caráter inovador do objeto investigado que focalizou fenômenos contemporâneos: paliativismo e velhice, somado à riqueza dos achados interpretados, apontou para a real relevância da inserção destas discussões no ensino, em destaque o de enfermagem, com reformulação nos seus projetos pedagógicos e inclusão de conteúdos programáticos que abordem de forma transversal a problemática do envelhecimento em sua multidimensionalidade. Destaca-se a assistência paliativista, que não se restringe ao cuidado concentrado na cura da doença, mas em oferecer qualidade aos dias de vida do idoso diante de uma doença crônica incurável e ameaçadora da vida.

O estudo também atenta para a prática de uma assistência fundamentada sobre a equidade proclamada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, que busca salutar as necessidades específicas de qualquer cidadão no país, acima dos preceitos e preconceitos sociais construídos em torno da velhice e do processo de terminalidade vislumbrado diante das patologias crônicas progressivas e incuráveis. Assim, o estudo evidencia achados que propiciam reflexões para a melhoria da implementação das políticas voltadas a pessoas idosas que necessitam da palição.

Finalmente, verificou-se com a construção desta dissertação a sua contribuição para pesquisas congêneres que enfoquem a problemática da multidimensionalidade do envelhecimento associada ao paliativismo. Esta contribuição científica para os estudos acadêmicos não se restringe à temática inovadora do objeto investigado, visa à aplicabilidade de um cuidado culturalmente congruente, que envolve múltiplos conhecimentos ligados à saúde, principalmente à enfermagem, e às ciências humanas e sociais.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; BATISTA, L. H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde debate.**, Londrina, v. 37, n. 96, p.10-9, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/03.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2014.
- ANDRADE, C. G. et al. Bioética, cuidados paliativos e terminalidade: revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. esp., pp. 888-97, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3775>> Acesso em: 20 mai. 2014.
- ANDRADE, C. G. et al. Cuidados paliativos ao paciente idoso: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. ciênc. saúde.**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 411-8, out. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12587/7883>> Acesso em: 20 mai. 2014.
- ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, pp. 2523-30, jan./set. 2013.
- BALIZA, M. F. et al. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. esp., pp. 13-8, set. 2012.
- BARBOSA, S. M. M; LECUSSAN P, OLIVEIRA, F. F. T. Particularidades em cuidados paliativos: pediatria. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. pp. 128-38.
- BARNES, E. A. et al. Involvement of family physicians in the care of cancer patients seen in the palliative rapid response radiotherapy program. **J. clin. oncol.**, New York, v. 25, n. 36, pp. 5758-62, Dec. 2007.
- BENARROZ, M. O; FAILLACE, G. B.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, pp. 875-82, set. 2009.
- BENEDETTO, M. A. C. et al. Narrativas em cuidados Paliativos: um instrumento para lidar com a dor, o sofrimento e a morte. **Rev. bras. cuidados Paliativos**. v. 2, n. 3, pp. 16-20. 2009. Disponível em: <http://www.sobramfa.com.br/artigos/2009_ago_narrativas_em_cuidados_paliativos.pdf> Acesso em: 20 mai. 2014.
- BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 3, pp. 500-1, set. 2009.
- BOUSSO, R. S. et al. Family management style framework and its use with families who have a child undergoing palliative care at home. **J. fam. nurs.**, Thousand Oaks, v. 18, n. 1, pp. 91-122, Feb. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 jul, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 jul, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 dez, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle de sintomas. 1. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 130 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 jan, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.319 de 23 de julho de 2002. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jul, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005, revogada pela Portaria nº 874/GM/MS de 16.05.2013. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 dez, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528. 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 out, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 dez, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 out, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui 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). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 mai, 2013b.

CAMARANO, A. A. O novo paradigma demográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, pp. 3446-7, dez. 2013.

CANELLA, D. S. et al. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, pp. 297-308, fev. 2013.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**: ampliado e atualizado. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/noticias/tag/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>> Acesso em: 20 mai. 2014.

CERVELIN, A. F; KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, pp. 136-42, mar. 2014.

CRESCENTE, L. V. **Manejo de andar**: estudo sobre pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, 2009, 63 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1. ed, 1. reimpr. São Paulo: EDUSP-FAPESP, 2004.

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, pp. 147-53, fev. 2012.

DELACORTE, R. R et al. **Cuidados paliativos em geriatria e gerontologia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, pp. 803-10, dez. 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2003.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, pp. 513-8, set. 2012.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, pp. 464-9, ago. 2008.

FIGUEREDO, M. T. A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Prat. hosp.**, São Paulo, v. 8, n. 47, pp. 36-40. 2006.

FLORIO, M. C. S.; GALVAO, C. M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, pp. 630-7, out. 2003.

FONSECA, A. C; FONSECA, M. J. M. Cuidados Paliativos para idosos na Unidade de Terapia intensiva: realidade factível. **Sci. med.**, Porto Alegre, v. 20, n. 4, pp. 301-9, out. 2010.

FONSECA, J. V. C.; REBELO, T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, pp. 180-4, jan./fev. 2011.

FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **Mundo saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 37, n. 4, pp. 450-7, out. 2013.

FRATEZI, F. R; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, pp. 3241-8, jul. 2011.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, pp. 53-9, fev. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Senso Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm> Acesso em: 18 jun. 2014.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, pp. 1533-41, jun. 2010.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Wmf Marins Fontes, 2008.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado.**, Brasília, v. 27, n. 1, pp. 165-80, abr. 2012.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – o projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEMOS, A. M; SANTANA, N. S. Cuidados paliativos: o olhar de uma graduanda de enfermagem. **Rev. enferm. UNISA**, v. 12, n. 1, pp. 52-7. 2011. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-1-09.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2014

LIPMAN, A. G. Palliative care for older people: better practices. **J. pain palliat. care pharmacother.**, Binghamton, v. 26, n. 1, pp. 81, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15360288.2011.650361>> Acesso em: 18 jun. 2014.

MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Prat. hosp.**, São Paulo, v. 8, n. 47, pp. 46-9. 2006.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: R. A. Oliveira (Org.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MARCUCCI, F. C. I; CABRERA, M. A. S. Death in hospital and at home: population and health policy influences in Londrina, State of Paraná, Brazil (1996-2010). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, pp. 833-40, mar. 2015.

MARINHO, L. M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, pp. 104-10. 2013.

MELLO, A. G. C. Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral. In: SANTOS, F. C. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida a morte e o morrer. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

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

MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M. O.; VALL, J. **A importância dos cuidados paliativos na enfermagem**. **Rev. dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, pp. 242-8, jul./set. 2010.

MORITZ, R. D. et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 1, pp. 24-9, mar. 2011.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, pp. 437-40, jun. 2010.

NEERGAARD, M. A. et al. Associations between successful palliative trajectories, place of death and GP involvement. **Scand. J. Prim. Health Care**, Stockholm, v. 28, n. 3, pp. 138-45, Sept. 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores**. 1. ed. Washington, D.C.: OPAS, 2002. Disponível em: <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2014.

PASTRANA, T. et al. A matter of definition-key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. **Palliat. Med.**, London, v. 22, n. 3, pp. 222-32, Apr. 2008.

PEREIRA, A. M. V. B; SCHNEIDER, R. H; SCHWANKE, C. H. A. Geriatria, uma especialidade centenária. **Sci. med.**, Porto Alegre, v. 19, n. 4, pp. 154-161, out./dez. 2009.

PESSINI, L. **Bioética**: um grito por dignidade de vida. 1. ed. São Paulo: Paulinas, 2006. 183 p.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 1. ed. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola, 2004. 319 p.

PICCOLI, M; GALVÃO, C. M. Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de levine. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 7, n. 3, pp. 366-72. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/atualizacao.htm> Acesso em: 16 jun. 2014.

PIMENTA, C. A. Mattos. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, pp. 5-8, jun. 2010.

PINHEIRO, T. R. S.; BENEDETTO, M. A. C.; BLASCO, P. G. Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: aprendendo com os nossos pacientes. **RBM rev. bras. med.**, São Paulo, v. 68, n. 1, pp. 19-25, jan. 2011. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4574> Acesso em: 16 jun. 2014.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Morte digna da criança: análise de conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, pp. 215-22, mar. 2009.

QUEIROZ, A. H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, pp. 2615-23, set. 2013.

ROCHA. et al. O Cuidado do Enfermeiro ao Idoso na Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, pp. 186-91, abr./jun. 2011.

RODRIGUES, I. G; ZAGO, M. M. F. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 8, n. suplem., pp. 136-41, dez. 2009.

SALES, C. A. et al. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 45, n. 1, pp. 138-45, mar. 2011.

SANTOS, F. S. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011. pp. 3-15.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 3, pp. 581-7, set. 2009.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2007.

SCHNEIDER, N. et al. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. **BMC public. health**, London, v. 10, n. 1, pp. 222-31, Apr. 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, J. C. et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, pp. 592-5, jun. 2011.

SILVA, J. C.; FIGUEIREDO, M. L. F. **A percepção da mulher idosa sobre sua sexualidade: uma contribuição para a Enfermagem**. 1. ed. Teresina: EDUFPI, 2010.

SILVA, M. L. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Rev. bras. med. fam. comunidade.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, pp. 45-53, jan./mar.2014.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 7-16, mar. 2014.

SOUSA, A. T. et al. Cuidados paliativos: produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 4, n. 2, pp. 840-9, abr./jun. 2010.

TEJEDA DILOU, Y. La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 15, n. 2, pp. 197-203, feb. 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Rev. latinoam. enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, pp. 1205-13, out. 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, pp. 548-54, nov. 2009.

_____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, pp. 779-86, jan. 2011.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 231-8, jan. 2012.

VIEIRA, L. C. S. et al. O ensino gerontogeriátrico na graduação: uma reflexão sobre contribuições e implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 2, n. 3, pp. 93-8. 2013.

WATERKEMPER, R; REIBNITZ, K. S; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, pp. 334-49, abr. 2010.

WILLS, E. Grandes teorias da enfermagem baseadas no processo interativo. In: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ZUCOLO, F.; PAULINO, C. P.; WHITAKER, M. C. A percepção do enfermeiro sobre cuidados a pacientes oncológicos. **Revista Uniara**, Araraquara, v. 17, n. 1, pp. 51-7, jul. 2014.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**APÊNDICE A – OFÍCIO A GERÊNCIA DA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE
CENTRO NORTE - DRSCN**

Of. PPGenf. 010/2014

Teresina, 15 de Julho de 2014

Senhor Gerente,

Ao tempo em cumprimento V.Sª pela vossa atuação junto a Gerência Executiva da Saúde da Diretoria Regional de Saúde Centro Norte, comunicamos que tivemos a **AUTORIZAÇÃO** da Fundação Municipal de Saúde de Teresina – PI (FMS) para realização de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado intitulada: “**CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma contribuição para Enfermagem**”, que tem com mestranda a Enfª Erida de Oliveira Soares e como Orientadora e Pesquisadora Responsável: Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

O estudo tem como objetivo descrever e discutir os conhecimentos e as práticas dos Enfermeiros da ESF da DRS-Centro/Norte sobre os cuidados paliativos. A metodologia que será utilizada na investigação é a **PESQUISA-AÇÃO**, na qual, pesquisa-se o fenômeno ao tempo em que se promove uma ação educativa para os sujeitos investigados sobre o tema. É portanto, uma investigação que traz contribuições para o campo assistencial, e se prepara os enfermeiros para atuarem na atenção domiciliar ao idoso, especialmente, aqueles mais fragilizados, com maior grau de dependência e necessidades afetadas.

Esta investigação prevê a produção de dados em **SEMINÁRIOS TEMÁTICOS**, nos quais teremos a participação da **Equipe de Pesquisa**, composta pelos seguintes membros: Mestranda (Enfª Erida de Oliveira Soares), Orientadora (Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo), Monitores (Alunos Bolsistas de Iniciação Científica) e Especialistas Convidados. Espera-se contar com a participação de **38 (trinta e oito) Enfermeiros** com atuação de pelo menos um ano na Atenção Básica, lotados na ESF da Diretoria Regional de Saúde Centro-Norte (DRS-C/N).

Assim sendo, vimos por meio deste solicitar que V.Sª consulte os Enfermeiros lotados na ESF da Diretoria Regional de Saúde Centro-Norte (DRS-C/N), especialmente, os do turno da tarde, pois os Seminários Temáticos serão realizados no horário de 14h00min às 18h00min, nas Quintas-Feiras, na Sala de Aula do Mestrado em Enfermagem/CCS/UFPI (Bloco – 12 – Departamento de Enfermagem - Campus Ininga), na oportunidade reiteramos a necessidade de liberação dos Enfermeiros que aceitarem participar do estudo nas datas de realização dos seminários (Cronograma Anexo). Informamos ainda que os participantes receberão certificado expedido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPI.

Finalmente, agradecemos o vosso empenho na captação dos enfermeiros que serão sujeitos deste estudo, ao tempo em que esperamos contribuir significativamente na capacitação dos referidos participantes para realização de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica. Maiores esclarecimentos entrar em contato com a Mestranda (Enfª Erida de Oliveira Soares – Fone: 9998-9353 – email: eridasoares@hotmail.com), Orientadora (Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo – fone: 3234-1219 – 9981-5878 – 8823-2616 – Email: liff@ufpi.edu.br). Em anexo encaminhamos cópia do Projeto de Pesquisa autorizado pela FMS, bem como a referida Autorização.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Chefe do Departamento de Enfermagem/UFPI
Orientadora e Pesquisadora Responsável pelo Estudo



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE B – CONVITE ENCAMINHADO AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO - PRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGEinf**

Convite



A maestranda Erida de Oliveira Soares e sua orientadora Profa Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo, convidam os(as) Enfermeiros(as) da ESF da Regional de Saúde Centro Norte a participar de sua pesquisa de Dissertação de Mestrado, intitulada: **"CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma contribuição para enfermagem"**. A produção dos dados se dará mediante a metodologia da Pesquisa-Ação, que permitirá a realização da investigação e o desenvolvimento de uma ação educativa sobre a temática dos cuidados paliativos na atenção básica.

Na oportunidade informamos as datas dos **SEMINÁRIOS TEMÁTICOS**:

1. Seminário Temático: 18 de Setembro de 2014 às 14h00min.
2. Seminário Temático: 02 de Outubro de 2014 às 14h00min.
3. Seminário Temático: 16 de Outubro de 2014 às 14h00min.

Todos os seminários serão realizados na Sala 01 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Bloco 12 – Departamento de Enfermagem - Campus Ministro Petrônio Portela – Ininga.

Maiores informações e esclarecimentos entrar em contato com a maestranda Erida de Oliveira Soares, pelo email: eridaaquares@hotmail.com ou pelo fone: 9998-9353 ou 3303-0600.

Antecipadamente agradecemos sua participação.

Cuidados Paliativos

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPI - Campus Universitário: Ministro Petrônio Portela - Bairro Ininga - Teresina - PI - CEP: 64.000-000 - Fone: (085) 3333-0000/3333-0000, Email: PPGEinf@ufpi.edu.br



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido pela Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo e pela mestranda Erida de Oliveira Soares. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final do documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Cuidados paliativos ao idoso na atenção básica: uma contribuição para enfermagem

Pesquisador responsável: Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Instituição/Departamento: UFPI / Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): 3226-3880 ou 9981-5878

Pesquisadores participantes: Erida de Oliveira Soares

- **Telefones para contato:** 9998-9353

➤ **Local da coleta de dados:** esta pesquisa será desenvolvida na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí.

➤ **Descrição da pesquisa:** descrever os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros da ESF sobre cuidados paliativos ao idoso

➤ **Detalhamento dos Procedimentos (forma de acompanhamento):** o desenvolvimento do projeto consistirá em duas reuniões com os participantes uma introdutória/negociação e outra de conclusão/divulgação externa dos dados além de três seminários. A coleta de dados será realizada durante tais atividades, que serão gravadas, com a finalidade de reproduzir da forma mais fiel possível às respostas, os depoimentos, as falas dos enfermeiros durante os diálogos, além dos escritos em forma de ata de cada encontro.

- Você poderá experimentar constrangimento ao ser abordado sobre a temática de cuidados paliativos, entretanto, esperamos que sejam contornados com a abordagem que será utilizada nos seminários pois esta metodologia favorece respeito, o diálogo e a livre expressão dos participantes do estudo.
- Há benefícios para o sujeito da pesquisa, pois o participante terá a chance de descrever sobre o conhecimento e a prática de cuidados paliativos ao idoso e entender melhor sobre este tema e suas implicações.
- Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof^a. Dra^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, que pode ser encontrado no endereço da Universidade Federal do Piauí – Departamento de Enfermagem / Telefone(s) 3215-5558. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga /Centro de Convivência L09 e 10 – CEP: 64.049-550 – Teresina-PI. Telefone: (86) 3215-5734 – e-mail: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep.
- Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe de estudo, Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI terão acesso a suas informações. O período de participação será de ____/____/____ a ____/____/____, lembrando-lhe que você terá o direito de recusar-se a continuar como sujeito da pesquisa a qualquer tempo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____ RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **Cuidados paliativos ao idoso na atenção básica: uma contribuição para enfermagem**, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Estou ciente que esta investigação tem como pesquisador responsável a Prof. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo e como pesquisador participante a mestrande Erida de Oliveira Soares. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Teresina, ____/____/20____

Assinatura do sujeito ou responsável

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, ____/____/20____

Observações complementares:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga
Centro de Convivência L09 e 10 – CEP: 64.049-550 – Teresina-PI

Telefones: (86) 3215-5734 – email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE D - CRONOGRAMA DOS SEMINÁRIOS TEMÁTICOS



Nº	SEMINÁRIO TEMÁTICO – TEMAS	DATA PREVISTA
01	<u>SEMINÁRIO I – Envelhecimento: aspectos biopsicossociais e epidemiológico</u>	18 de Set de 2014 14h00min às 18h00min
02	<u>SEMINÁRIO II – Contextualizando os Cuidados Paliativos ao Idoso</u>	02 de Out de 2014 14h00min às 18h00min
03	<u>SEMINÁRIO III - A Enfermagem em Cuidados Paliativos</u>	16 de Out de 2014 14h00min às 18h00min

Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo
 Chefe do Departamento de Enfermagem/UFPI
 Orientadora e Pesquisadora Responsável pelo Estudo



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE E – ATA DO I SEMINÁRIO TEMÁTICO

Ata do I Seminário Temático - Aspectos biopsicossociais e epidemiológicos do envelhecimento

Aos dezoito dias do mês de setembro, de dois mil e quatorze, às quatorze horas e trinta minutos, em sala localizada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Teresina – PI – BLOCO SG 12 – CEP: 64.049-550 deu-se início ao I Seminário Temático da pesquisa intitulada: Cuidados Paliativos ao Idoso na Atenção Básica: uma contribuição para enfermagem. Estavam presentes a Mestranda Erida de Oliveira Soares e Prof^ª. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, sua orientadora, responsáveis pela pesquisa, e como colaboradores compondo a equipe de pesquisa a Mestranda Daniele Martins de Sousa e a acadêmica de enfermagem Laís Monteiro Araújo Campos Arêa Leão, secretariando os trabalhos, e os graduandos em enfermagem: Anderson Monteiro Silva, Henrique Galeno Patrício Rodrigues, Carla Danielle Araújo Feitosa, Polyana Noberta Mendes, como monitores. Primeiramente, professora Livramento com a palavra, apresentou a metodologia da pesquisa-ação e suas vantagens, enfatizou sobre as possíveis contribuições para a sociedade e saúde pública; importância do processo de envelhecimento e utilização de cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família (ESF), fazendo uma comparação com os cuidados realizados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e para finalizar, sua abordagem enfatizou o quanto é necessário serem realizadas pesquisas sobre o tema “idoso”. Em seguida passou a palavra para a mestranda Erida que apresentou suas intenções para a realização da pesquisa, agradeceu a presença dos participantes que puderam comparecer e fez algumas colocações sobre a importância do comparecimento dos sujeitos aos seminários. Logo em após foi apresentado o I Seminário Temático: Envelhecimento e seus aspectos biopsicossociais e epidemiológicos com objetivo de levantar o conhecimento e as práticas do enfermeiro na atenção ao idoso na Estratégia Saúde

da Família; estimular a reflexão sobre o processo de envelhecimento e suas particularidades e favorecer a discussão quanto às implicações do processo de envelhecimento e sua importância na implementação de uma assistência de enfermagem holística. A mestranda destacou a justificativa e relevância do estudo e expôs o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos participantes, os quais leram assinaram e devolveram à pesquisadora. Em seguida houve a apresentação da equipe organizadora e dos enfermeiros participantes com espaço para colocações dos mesmos acerca da temática. Os participantes foram encorajados a relatar sobre suas experiências na prática e expectativas de contribuição para a pesquisa. Junto a isso foi apresentada a ementa do seminário, conteúdos a serem abordados e a dinâmica a ser utilizada. Os participantes deste seminário foram dezesseis enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que foram denominados de acordo com a frequência. Em seguida a mestranda Erida de Oliveira Soares organizou a dinâmica denominada “Criatividade e Sensibilidade”, na qual utilizou-se cartolinas, recorte e colagem de revistas para a confecção de cartazes. Os enfermeiros participantes foram orientados à caracterização individual através da anotação de iniciais do nome, idade, sexo, estado civil, religião, grau de instrução, tempo de atuação na área de enfermagem e especialização na área. Em seguida foram convidados a dividirem-se em grupos de quatro participantes e receberam as orientações da dinâmica pela mestranda Erida que lançou os seguintes questionamentos para discussão nos grupos: O que é ser velho em nossa sociedade? Quais as principais patologias que acometem os idosos da sua área de atuação? Como está sendo a sua atuação junto aos idosos com doenças crônicas? Em seguida após a explicação da dinâmica e lançados questionamentos, os participantes receberam o material para confecção dos cartazes que foi distribuído pelos monitores e iniciaram a discussão nos grupos. Após responderem os questionamentos os grupos foram auxiliados pelos monitores na busca de figuras nas revistas distribuídas que pudessem representar suas respostas. Cada grupo utilizou três cartolinas e em cada uma delas foi caracterizada uma resposta, após as discussões grupais às dezesseis horas e cinquenta e um minutos foram iniciadas as apresentações dos grupos ao plenário. O primeiro grupo destacou que ser velho em nossa sociedade é ser um idoso que não faz atividades físicas, isolado, sem função dentro da família, alguém que faz uso de muitas medicações, sedentário, idoso “quieto” tornando-se facilmente sujeito à depressão, já sobre as doenças que

acometem esta fase as mais citadas dentro deste grupo foram doenças cardiovasculares (hipertensão) artrite, artrose e diabetes. Em relação à atuação junto aos idosos, os enfermeiros deste grupo expuseram a realização de orientações quanto à dieta saudável, atividade física, aferição periódica de pressão arterial e glicemia capilar, orientações quanto ao uso correto das medicações, verificação de peso e circunferência abdominal durante as consultas e visitas domiciliares. No tocante ao segundo grupo de enfermeiros, a interpretação sobre o que é ser velho em nossa sociedade esteve voltada para a divisão em dois grupos, os idosos com uma boa velhice foram caracterizados como idosos informatizados, atualizados, viajando, participando ativamente de grupos religiosos, frequentando academias de ginástica, envolvidos em questões políticas e desenvolvendo atividades importantes em seu meio social, já os idosos com uma velhice ruim foram destacados como grupo de pessoas doentes e facilmente sujeitos à depressão. Este grupo de enfermeiros enfatizou que as práticas de educação em saúde aos idosos são o seu principal meio de atuação em suas áreas de atendimento. O terceiro grupo de enfermeiros coloca a visão sobre o ser velho como: “sentir-se incapaz, doente, discriminado, abandonado e explorado; e que as principais patologias encontradas em sua área de atuação são hipertensão, diabetes, artroses, dores crônicas e AVC”. Quanto à forma de atuação na ESF junto aos idosos, este grupo deu ênfase ao acolhimento, estímulos ao autocuidado e ao lazer (atividade física, convívio social e alimentação saudável), orientações ao familiar cuidador; visitas domiciliares com maior frequência aos idosos vulneráveis; consulta de enfermagem e passeios turísticos. O quarto grupo a se apresentar expôs o seguinte ponto de vista: “ser velho em nossa sociedade é ser explorado financeiramente, apresentar doenças que podem levar à dependência física, carência psicológica, isolamento social e discriminação. Poucos buscam continuar ativos, independentes, trabalhando e namorando”. As principais doenças presentes nas áreas de atuação citadas por estes enfermeiros foram diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, Alzheimer, fraturas (quedas), IRA, IVAS, obesidade e depressão. Entre as principais atividades realizadas junto aos idosos os enfermeiros destacaram grupos de idosos, visitas aos acamados, cursos para cuidadores de idosos, triagem das vulnerabilidades, passeios, caminhadas, consulta ambulatorial, cuidados diretos e apoio familiar. Vale destacar que a cada cartaz exposto e discutido novos comentários eram tecidos pela Dra. Maria do Livramento acerca da temática, levantando novas discussões e novos

relatos por parte dos enfermeiros. Finalizando os relatos dos participantes a mestranda Erida relatou as suas impressões extraídas sobre as apresentações e perspectivas frente à pesquisa. Houve ainda, uma roda de discussão com a Dra. Maria do Livramento para ação educativa do grupo, distribuição de texto educativo e posterior sorteio de livros abordando a temática. Após as discussões foram realizados os agradecimentos ao grupo de enfermeiros participante, a mestranda reforçou a importância de continuarem participando dos encontros e avisando aos que não compareceram que poderiam participar do próximo, assim foi agendado o II Seminário para o dia dois de outubro do ano corrente. Os trabalhos foram encerrados às 18 horas e em seguida foi oferecido um coffe break para todos os presentes. Nada mais a relatar eu, Daniele Martins de Sousa, lavrei a presente ata.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE F – ATA DO II SEMINÁRIO TEMÁTICO

Ata do II Seminário Temático - Contextualizando os cuidados paliativos ao idoso.

Ata do segundo seminário temático: “Contextualizando os cuidados paliativos ao idoso” da pesquisa: “Cuidados Paliativos ao Idoso na Atenção Básica: uma contribuição para enfermagem”. Às quatorze horas e trinta minutos do dia dois de outubro de dois mil e quatorze, em uma sala localizada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), deu-se início ao II Seminário Temático da pesquisa intitulada “Cuidados Paliativos ao Idoso na Atenção Básica: uma contribuição para enfermagem”. Estavam presentes os membros da equipe de pesquisa: Mestranda do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Piauí – Érida de Oliveira Soares, sua orientadora Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo e alunos do nono período do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ secretariando os trabalhos (Laís Monteiro Araújo Campos Arêa Leão, Anderson Monteiro Silva e Henrique Galeno Patrício Rodrigues). Inicialmente, a orientadora apresentou-se aos vinte e um participantes ali presentes, esclarecendo a metodologia a ser abordada (pesquisa-ação), frisando os benefícios que a mesma traz para os pesquisadores e participantes. Em seguida, a palavra passou-se para a mestranda, onde a mesma apresentou-se e solicitou que os participantes que não estavam presentes no primeiro seminário teórico fizessem uma breve apresentação, destacando a importância da interação entre todos os participantes da pesquisa. A mestranda realizou a leitura da ementa do seminário, onde esclareceu os objetivos do encontro, conteúdo a ser abordado e a dinâmica proposta. Reforçou ainda, que a identidade dos participantes seriam preservadas, sendo identificadas durante sua pesquisa somente pelas letras contidas na frequência que os mesmos assinaram e não pelos seus nomes; e que os vídeos e fotos realizadas não seriam divulgados. . Os participantes deste seminário foram vinte e um enfermeiros da Estratégia Saúde

da Família. Às quatorze horas e quarenta e cinco minutos iniciou-se a dinâmica “brainstorming” (tempestade de ideias), onde primeiramente em slides foram apresentadas três questões a serem respondidas separadamente em três folhas A4: “ O que você entende sobre cuidado paliativo?”, “ Existe demanda de cuidado paliativo em sua prática cotidiana?” e “Qual (is) práticas de cuidados paliativos ao idoso você já desenvolveu na Estratégia Saúde da Família?”. Dando continuidade as respostas foram arquivadas em três pastas específicas para cada pergunta (vermelha- 1º questão, azul- 2º questão e branca 3º questão). Posteriormente, a mestranda realizou a leitura de todos os relatos dos participantes sobre as questões abordadas, abrindo espaço para uma discussão sobre o tema. Após o debate, às dezesseis horas e quarenta e cinco minutos, deu-se um intervalo as atividades onde foi servido um coffee break . Às dezessete horas, deu-se retorno às atividades com uma palestra da Dra Glenda Maria Santos Moreira, médica, Especialista em Geriatria; Gerontologia e Cuidados paliativos, onde a mesma abordou vários tópicos do tema: conceito, histórico do cuidado paliativo, importância da sua realização para o paciente, controle de sintomas, a necessidade de treinamento dos profissionais, o que se tem praticado e produzido no Brasil sobre a temática, fatores que influenciam a esperança nos pacientes terminais, a importância de se ter uma qualidade de vida e qual é o verdadeiro sentido de cuidar. Os trabalhos foram encerrados às dezoito horas e quinze minutos, logo após a distribuição e leitura de um texto adaptado pela mestranda sobre a temática, foi ainda reforçado sobre o terceiro encontro com data marcada para dezessete de outubro de dois mil e quatorze. Nada mais a relatar eu, Laís Monteiro Araújo Campos Arêa Leão lavrei a presente ata. Teresina/PI, dois de outubro de dois mil e quatorze.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE G – ATA DO III SEMINÁRIO TEMÁTICO

Ata do III Seminário Temático - “A Enfermagem em Cuidados Paliativos”

Ata do terceiro Seminário Temático: “A Enfermagem em Cuidados Paliativos” da pesquisa: “Cuidados Paliativos ao Idoso na Atenção Básica: uma contribuição para enfermagem”. Às quatorze horas e trinta minutos do dia dezesseis de outubro de dois mil e quatorze, em uma sala localizada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), deu-se início aos trabalhos do terceiro seminário temático da pesquisa intitulada “Cuidados Paliativos ao Idoso na Atenção Básica: uma contribuição para enfermagem”. Estavam presentes os membros da equipe de pesquisa: Mestranda do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Piauí – Érida de Oliveira Soares, sua orientadora Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo Orientadora do Curso de Mestrado da UFPI, alunos do nono período de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI (Laís Monteiro Araújo Campos Arêa Leão, Anderson Monteiro Silva e Henrique Galeno Patrício Rodrigues) e alunas do oitavo período de Enfermagem da UFPI (Carla Danielle Araújo Freitas e Polyana Noberta Mendes), sendo eu Laís Monteiro a secretária do seminário. Inicialmente, a mestranda realizou a leitura da ementa do seminário, onde explicou os objetivos do encontro, conteúdo a ser abordado e a dinâmica proposta. Reforçou ainda, que a identidade dos participantes seriam preservadas, sendo identificadas durante sua pesquisa somente pelas letras contidas na frequência que os mesmos assinaram e não pelos seus nomes; e que os vídeos e fotos realizadas não seriam divulgados. Os participantes deste seminário foram dezessete enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Posteriormente, iniciou-se a dinâmica de Criatividade e Sensibilidade denominada “Semáforo”, onde primeiramente em slides foram apresentadas duas questões a serem respondidas separadamente em duas folhas A4: “Quais as possibilidades para o desenvolvimento da prática de

cuidados paliativos ao idoso na atenção básica?” e “Quais as dificuldades para o desenvolvimento dessa prática?”. Dando continuidade os relatos foram colados no quadro em diferentes localidades um semáforo verde e um vermelho, sendo especificado semáforo verde para os relatos que descreveriam as possibilidades e semáforo vermelho para os relatos que descreveriam as dificuldades. Posteriormente, a mestranda realizou a leitura de todos os relatos dos participantes sobre as questões abordadas, e colou os relatos nos semáforos de acordo com as respostas, abrindo espaço para uma discussão sobre o tema. Após o debate, às quinze horas e quarenta e cinco minutos, deu-se um intervalo às atividades onde foi servido um coffe break. Às dezessete horas, deu-se retorno às atividades com a exibição do vídeo “A morte um dia vale a pena viver” da Dr^a Ana Cláudia Arantes. Posteriormente a mestranda realizou uma palestra sobre a Atuação da Enfermagem em Cuidados Paliativos com ênfase na assistência ao idoso para a realização da consolidação do conhecimento, onde os principais tópicos abordados foram: conceito de cuidados paliativos, forma de morrer, qualidade de vida, comunicação de más notícias por parte dos profissionais de saúde, princípios do cuidado paliativo, abordagem ao paciente enfermo, os principais problemas prevalentes nos pacientes sob cuidados paliativos, escala de dor, terapias não farmacológicas para o controle da dor, controle da alimentação, hidratação, conforto no leito, hipodermóclise, sintomas psicológicos, impactos psicológicos da aproximação da morte, intervenções de enfermagem, assistência domiciliar e as vantagens da realização dos cuidados paliativos. Às dezessete horas e trinta minutos após a palestra, os participantes relataram o legado que a pesquisa trouxe para cada um, seguindo da entrega dos certificados. Os trabalhos foram encerrados às dezoito horas. Nada mais a relatar eu, Laís Monteiro Araújo Campos Arêa Leão lavrei a presente ata. Teresina/PI, dezesseis de outubro de dois mil e quatorze.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE H – TEXTO COMPLEMENTAR DO I SEMINÁRIO TEMÁTICO

A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável

Texto adaptado pela Mestranda Erida de Oliveira Soares
Autoria de: Tânia Maria de Oliva Menezes, Regina Lúcia Mendonça Lopes
e Rosana Freitas Azevedo.

O envelhecimento populacional, que significa um crescimento mais elevado do contingente idoso com relação aos demais grupos etários, não é mais uma preocupação apenas dos países desenvolvidos, onde este fenômeno foi observado já há algum tempo. Hoje, nos países em desenvolvimento, se verificam os maiores índices de mudanças no perfil populacional. No Brasil, diferentemente do que ocorreu nos países mais desenvolvidos, este fenômeno começou mais tarde, e está progredindo muito mais rapidamente, principalmente na população acima de 80 anos, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Esse crescimento da população se deve, em grande parte, ao aumento considerável na expectativa de vida dos brasileiros e que, associado à queda da taxa de natalidade, amplia a proporção relativa de idosos na população.

Considerado um grande desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas, o envelhecimento populacional vem necessitando a adoção de políticas públicas que sejam capazes de proporcionar um envelhecimento ativo e que respeitem direitos, preferências, capacidades e dignidade dos idosos.

O aumento acentuado do número de idosos trouxe consequências para a sociedade, bem como para os indivíduos que compõem este segmento populacional, fazendo com que o impacto social seja, muitas vezes, mais importante que o biológico, gerando, então, a necessidade de profundas transformações socioeconômicas no país.

O ser humano, diferentemente dos demais seres, foi o único que modificou a própria expectativa de vida, a partir de gradativas mudanças relacionadas às

melhorias na qualidade de vida e, em seguida, graças às descobertas técnico-científicas. Com isso, a projeção populacional do Brasil, para o ano 2025, é de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, ao lado de uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, quando o país ocupará, mundialmente, o 6º lugar em relação a pessoas idosas. Em vista das precárias condições socioeconômicas, estão associadas múltiplas patologias que, não raramente, levam a perda da autonomia, independência e dificuldades de adaptação do idoso ao mundo moderno.

Nesta projeção, os dados apontam para um contingente maior da população feminina, trazendo à tona a feminização da velhice, que traz implicações em termos de políticas públicas, pois uma grande parte das mulheres é viúva, vive só, não tem experiência de trabalho no mercado formal, tem nível de escolaridade geralmente inferior ao dos homens e possui maior esperança de vida, fazendo com que algumas passem pela experiência de declínio biológico, por conta do desenvolvimento de doenças crônicas.

As diferenças entre homens e mulheres se aprofundam ao longo do envelhecimento, tomando uma nova dimensão com o prolongamento da vida, pois se as mulheres vivem mais tempo do que os homens, elas envelhecem em piores condições. Na atualidade, as mulheres vivem mais do que os homens devido a fatores biológicos, diferença de exposição aos fatores de risco de morbimortalidade e a procura mais acentuada pelos serviços de saúde.

Com o crescimento da população, as idades ainda são percebidas como parte do passar do tempo, que é expresso no corpo. No imaginário social, o envelhecimento é um processo marcado por desgaste, limitações e perdas físicas e de papéis sociais. As perdas, muitas vezes, vistas como problemas de saúde e que se manifestam, em grande parte na aparência do corpo.

Nessa etapa, o ser humano fica mais sujeito às perdas evolutivas em vários domínios, em virtude de sua programação genética, de eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos de sua história individual e daqueles que ocorrem ao longo do curso da história de cada sociedade. No entanto, dizer que na velhice ocorrem mais perdas do que ganho evolutivo não significa dizer que velhice é sinônimo de doença, e nem que as pessoas ficam impedidas de funcionar. Viver significa adaptação ou possibilidade de constante auto regulação, tanto em termos biológicos, quanto em termos psicológicos e sociais.

Todas as modificações que surgem com o envelhecimento podem desencadear no indivíduo a necessidade de transformações, que estarão relacionadas à aceitação ou não deste processo por parte de cada um, e, também, aos valores e interesses assimilados ao longo da vida. Envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, para enfrentar as perdas ocorridas com o envelhecimento.

Alguns pesquisadores abordam as modificações anatômicas, fisiológicas e psicossociais ocorridas com o indivíduo e seu processo de envelhecimento. Sob esses aspectos, o envelhecer constitui-se de vivências singulares que repercutem no cotidiano dos idosos.

Mesmo sabendo que envelhecer e adoecer não sejam são sinônimos, não se pode deixar de lado que algumas doenças são próprias do envelhecimento, e que com o decorrer do tempo, elas provocam mudanças corporais e psíquicas.

Quando se fala em transformações do corpo, observa-se que os cabelos embranquecem e tornam-se mais ralos. Os pelos embranquecem, embora proliferem em certos lugares. A pele se enrugua. As orelhas alongadas estão entre as manifestações mais óbvias da perda de elasticidade do tecido no corpo. A espessura dos sulcos da pele é significativamente reduzida no antebraço e dorso das mãos.

Cabe destacar, que o envelhecimento constitui-se como uma pluralidade de experiências individuais, que impossibilita retê-lo em um conceito ou noção ao investigá-lo, deixando ao alcance do pesquisador somente a possibilidade de confrontar as distintas experiências de envelhecimento umas com as outras, bem como a tentativa de identificar aquelas que são constantes e determinar as razões de suas diferenças.

Neste contexto, verifica-se que as transformações do corpo no envelhecimento são visíveis e que algumas mudanças são aceitas; outras, nem sempre, o que leva o idoso a utilizar recursos para que, de alguma maneira, elas se tornem (in)visíveis.

Nesse sentido, o enfermeiro tem importante papel de auxiliar as pessoas que envelhecem a ter saúde, realizações e sensação de bem-estar. Além de adotar medidas específicas capazes de ajudar os idosos a vencer seus desafios psicossociais, esses profissionais devem ser sensíveis ao imenso impacto das próprias atitudes em relação ao envelhecimento. Os enfermeiros que entendem o

envelhecimento como um declínio progressivo que termina em morte podem ter uma visão da velhice como deprimente, inútil, incentivando desesperança e impotência nos adultos mais velhos. Entretanto, os que encaram essa fase como um processo de desenvolvimento contínuo podem valorizar a velhice como uma oportunidade de obtenção de novas satisfações e compreensão, dessa forma promovendo alegria e sensação de propósito nos pacientes.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE I – TEXTO COMPLEMENTAR DO II SEMINÁRIO TEMÁTICO

Cuidados Paliativos ao Paciente Idoso: uma Revisão Integrativa da Literatura

Texto adaptado pela Mestranda Erida de Oliveira Soares

Autoria de: Andrade et al, 2012.

Nas últimas décadas, é notório em nossa sociedade o envelhecimento progressivo da população, acompanhado do aumento de doenças crônicas e avançadas nessa fase da vida. Dentre tais doenças, destaca-se a prevalência do câncer e de outras enfermidades crônicas, as quais perduram por longos períodos de tempo, com múltiplos problemas coexistentes, dependência progressiva, e a necessidade de cuidados intensos, o que aumenta o percentual dessa população dependente de cuidados hospitalares ou em seus domicílios.

Doutra parte, os avanços científicos e tecnológicos ocorridos em grande escala, durante as últimas décadas do século XX, associados ao desenvolvimento da terapêutica, fizeram com que muitas doenças agudas se modificassem em crônicas, contribuindo para a longevidade de seus portadores, sendo, portanto, necessário a promoção de cuidados paliativos.

Os Cuidados Paliativos têm sua origem no Movimento Hospice, criado por Cecily Saunders e colaboradores, que foram responsáveis pela disseminação dessa filosofia do cuidar, em nível mundial, a qual contém dois elementos essenciais. O primeiro refere-se ao controle efetivo da dor e de outros sintomas, decorrentes dos tratamentos em fase avançada de doenças; o segundo diz respeito aos cuidados (que abrangem as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e de sua família).

O vocábulo paliativo deriva de pallium, palavra latina que significa capa (manto) e que fornece uma excelente imagem para os cuidados paliativos: um manto protetor e acolhedor, que ocultaria o que está subjacente; no caso, os

sintomas que emergem da progressão da doença. Nessa filosofia do cuidar, a assistência ao paciente visa o alívio da dor, a diminuição do desconforto e, sobretudo a minimização de outros sintomas, decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças, possibilitando-o situar-se diante do momento final da vida.

É importante mencionar que os Cuidados Paliativos têm como princípios: a afirmação da vida e o enfrentamento da morte como um processo natural; o não adiamento e prolongamento da morte; a promoção de alívio da dor e de outros sintomas. Tudo isso integrando cuidados, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível os dias que lhes restam e ajudando a família e os cuidadores no seu processo de luto.

A susceptibilidade às doenças crônicas nas pessoas idosas ocorre devido às alterações na sua fisiologia, ao longo da vida, as quais acarretam o declínio de suas funções orgânicas e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida, podendo dessa forma, levá-las à terminalidade. Nesse contexto, inserem-se os Cuidados Paliativos destinados aos pacientes idosos, como importante e nova modalidade de cuidar destinada a essa população, essencialmente, devido às alterações sistêmicas dos idosos durante o processo de envelhecimento.

Com uma abordagem holística, observando o idoso como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, poderemos, respeitando seus desejos e suas necessidades, melhorar o curso da doença fazendo com que esse idoso viva com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares e resgatando pendências, com certeza nossos idosos também viverão mais.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE J – TEXTO COMPLEMENTAR DO III SEMINÁRIO TEMÁTICO

O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos

Texto adaptado por Erida de Oliveira Soares
Autoria de Mariana Lobato dos Santos Ribeiro Silva.

O cuidado a pacientes em fase final das suas vidas é, cada vez mais, uma realidade no cotidiano dos profissionais de saúde nos vários níveis de assistência. Isso se deve ao progressivo envelhecimento da população e à maior sobrevivência de portadores de doenças graves e fatais com evolução progressiva. Sendo assim, torna-se cada vez mais urgente a priorização do provimento, organização e coordenação da prestação de cuidados adequados a essa população.

Cuidados Paliativos são uma abordagem de atenção à saúde que visa à melhoria da qualidade de vida para pacientes e famílias que enfrentam os problemas associados a doenças graves, progressivas e incuráveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2002, define Cuidado Paliativo como: uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Desse modo, os conceitos de terminalidade e impossibilidade de cura perdem sua centralidade e fala-se em possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, contrapondo a ideia de “não ter mais nada a se fazer”.

Não é possível relatar, mesmo que sucintamente, todas as necessidades de cuidados dessas pessoas e suas famílias, pois antes de tudo, é fundamental se ter em mente que cada um é produto de sua história de vida, valores, crenças, condição social e acesso à saúde. Desse modo, é fundamental que todos os envolvidos nessa

tarefa enfrentem tal complexidade sem receios, para prestarem assistência integral a esses pacientes e seus familiares, nesse momento de maior fragilidade. Ainda assim, pacientes considerados fora de possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo muitas vezes assistência inadequada, ainda focada na tentativa de “salvar a vida”, utilizando métodos invasivos e tecnologias duras. Essa abordagem ignora o sofrimento, não trata os sintomas mais prevalentes e frequentemente mantém o indivíduo isolado de sua família, de seu lar e de suas lembranças. A morte ocorre solitária. Não se trata de incentivar uma atitude contrária à medicina tecnológica, mas questionar a centralidade do “curar” e o uso de tecnologias duras na prática e mesmo na formação dos profissionais de saúde. É, antes, um incentivo à reflexão sobre a conduta dos profissionais de saúde diante da finitude humana.

No Brasil, ainda são poucos os serviços de cuidados paliativos, apesar de já estar promulgada legislação específica estabelecendo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado paliativo e o atendimento/internação domiciliar. Observa-se o crescimento da oferta desses serviços ano a ano, ainda que a maioria desses esteja ligada a hospitais especializados e de ensino, por meio de internação, atendimento ambulatorial e domiciliar.

Em vários países, entretanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos de seus usuários. Isso porque se entende que a proximidade geográfica, cultural e emocional desses profissionais pode contribuir em muito para que o cuidado ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia de pacientes e famílias de forma coordenada, evitando-se a fragmentação do indivíduo a partir dos múltiplos especialistas que usualmente estão envolvidos nesses casos, devido à sua complexidade. Além disso, a APS pode estruturar-se de modo a privilegiar a permanência do paciente em cuidados paliativos no domicílio, evitando seu afastamento da família em seus momentos finais de vida. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída no Brasil em 1994, objetivando a reorganização do modelo de assistência à saúde a partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do SUS. Além disso, o Ministério da Saúde do Brasil afirma que a ESF deve: Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem

no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Sendo assim, fica claro que, no advento de ter sob sua responsabilidade uma família em que um de seus membros está (ou deveria estar) em cuidado paliativo, é de responsabilidade da equipe de ESF abordar esse cuidado. Ainda assim, com frequência pacientes no final da vida não são identificados como casos “da atenção primária” uma vez que se supõe que apenas casos clínicos “mais simples” possam ser acolhidos e conduzidos pelas equipes. Isso porque, inicialmente, esperava-se que as equipes de ESF focassem sua ação “sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta” entendendo que doenças transmissíveis e doenças crônicas deveriam ser consideradas “prioridades”, assim como populações específicas como crianças menores de dois anos e gestantes, por meio de ações programáticas. Com o progressivo envelhecimento da população, entretanto, a realidade que se impõe para as equipes pode ser muito diferente. Ainda que não existam no Brasil parâmetros oficiais para o cálculo das necessidades de Cuidados Paliativos, a OMS afirma que essa necessidade pode ser estimada a partir do perfil de mortalidade de uma população, pois, entre as mortes ocorridas por causa natural, 50% a 80% seriam passíveis de Cuidados Paliativos, considerando-se todos os diagnósticos. Fica evidente que existe uma enorme demanda a ser acolhida e cuidada.

Os profissionais da APS têm o privilégio único de acompanharem seus usuários ao longo de toda sua vida, nas mais variadas situações que levam a população a procurar os serviços de saúde. Da mesma forma que o nascimento é parte do cotidiano desses profissionais, sendo o ciclo gravídico-puerperal considerado prioridade para as ESF, o processo de morte também o é.

Os profissionais acompanham o envelhecimento e a fragilização de seus pacientes, os esforços das famílias para acomodarem as novas necessidades de cuidado de seus membros, os medos, a insegurança financeira e, por isso, não podem se esquivar nesse momento: é exatamente em situações assim que toda a potencialidade das ações da APS/ESF fica mais evidente. Nenhum outro serviço de saúde pode colocar-se lado a lado com essas famílias com tanta propriedade e enfrentar o caminho da palição com presença constante, orientação e acolhimento.

É possível declarar que, no trajeto percorrido por pacientes em final de vida e suas famílias, a atuação de qualidade da Atenção Primária à Saúde é mais importante do que nunca. O acesso facilitado, garantido, próximo ao lar, o manejo dos sintomas constantes e a sensibilidade e o respeito às realidades vivenciadas em nossas comunidades podem não mudar o desfecho clínico (a morte), mas certamente, o cuidado paliativo faz toda a diferença aos pacientes e seus familiares nessa etapa de finitude da vida.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

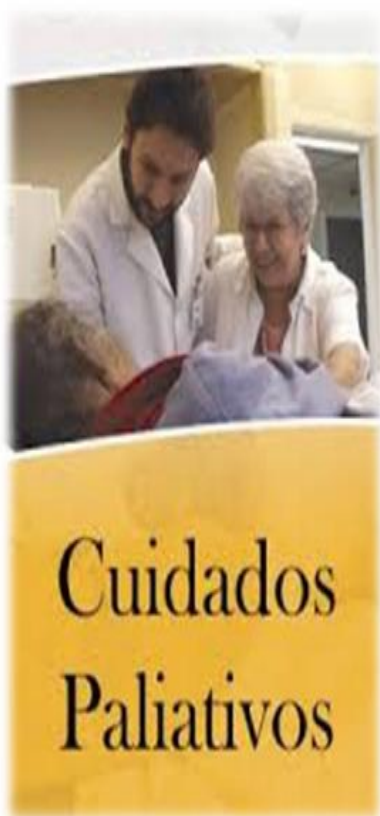


APÊNDICE K – CERTIFICADO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO - PRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGEnf

Certificado



Certificamos que o (a) Enfermeiro (a) participou dos SEMINÁRIOS TEMÁTICOS realizados no desenvolvimento da Dissertação de Mestrado intitulada: "Cuidados Paliativos ao Idoso na Atenção Básica: uma contribuição para Enfermagem", da Mestranda: **Erida de Oliveira Soares**, orientada pela **Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo**.

Datas: 18/09/2014, 02/10/2014 e 16/10/2014 **Carga Horária:** 16 horas

Local: Auditório do Departamento de Enfermagem/UFPI – Bloco 12.

Profª Drª Inez Sampaio Nery
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem/UFPI

Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Chefe do Departamento de Enfermagem/UFPI
Orientadora da Dissertação de Mestrado



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE L – QUADRO SISTEMATIZADOR DO I SEMINÁRIO TEMÁTICO

Quadro Sistematizador do I Seminário Temático

Enfermeiro / nº frequência	O que é ser velho em nossa sociedade	Principais patologias que acometem os idosos da sua área de atuação	Como está sendo a sua atuação na estratégia saúde da família junto aos idosos com doenças crônicas?
Grupo 01 C; D; E; P	Significa ficar isolado de um modo geral, ficar meio sem função dentro da família, muitas vezes não tem o direito nem de opinar o que é certo ou errado, muitas vezes é comandado até pelos netos. O idoso é mandado por todo mundo. Todo mundo quer mandar nele. O idoso é meio abandonado, normalmente faz uso de uma gama de medicamentos, é às vezes mais ou menos feliz, mas é sedentário propenso a patologias. É um ser largado, triste, quieto que tende a depressão.	Cardiovasculares principalmente hipertensão, doenças articulares (artrite e artrose) e diabetes.	Orientação quanto à dieta saudável, prática de atividade física, a gente faz muita orientação, mas nem sempre essas orientações são seguidas, por uma série de dificuldades que eles tem. Muitas vezes a gente fica de pés e mãos atadas sem saber o que fazer diante das dificuldades que eles encontram para seguir as orientações, às vezes até eles conseguem ver a importância do que se está orientando, mas não praticam por vários obstáculos. Fazemos ações de verificar pressão arterial, medir glicemia, orientar medicamentos, verificar peso e circunferência abdominal principalmente dos idosos com doenças crônicas, basicamente é isso. A gente faz alguma coisa, mas falta uma avaliação se isso está surtindo efeito. As limitações são muitas, temos muitas dificuldades para atender o idoso, às vezes falta o apoio da família para levar a um parque, para fazer exames.
Grupo 2 A; B; U; T	O que é ser idoso pode ser visto de dois lados. O idoso é um ser ativo, informatizado, atualizado, que está curtindo mais a vida, viajando mais, se aproximam da religiosidade, se envolvendo com questões políticas, procuram academias. Ser idoso é ser experiente. O outro lado o idoso se apresenta deprimido, com mais doenças como câncer, mais quedas que levam a traumatismos. Nossos idosos na sociedade de hoje estão muito preocupados com familiares (netos, filhos), preocupação financeira.	Diabetes, depressão, hipertensão, AVC, problemas neurológicos nos casos dos sequelados de AVC, além dos déficits cognitivos pela idade.	Estimulando a atividade física, alimentação saudável, a evitar massas, orientando a medicação no horário certo, visita domiciliar, ações educativas para manter a saúde controlada e a consulta de enfermagem, grupo de idosos.
Grupo 03 Q; G; P; S	Ser idoso é sentir-se incapaz, doente, discriminado, abandonado, explorado. Uma realidade negativa. Explorado	HAS, DM, artroses, AVC dores crônicas, depressão e	Acolhimento, estímulo ao autocuidado, estímulo ao lazer, atividade física, convívio social e alimentação saudável; orientação ao cuidador, visitas domiciliares mais frequentes aos idosos

	pela própria família, discriminado pela família e pela sociedade. Quando o idoso entra em uma fila, as pessoas olham logo com a cara feia; é desrespeitado, doente e incapaz porque geralmente estão cheios de dor. As mulheres têm uma melhor velhice, por estarem mais ativas devido aos afazeres domésticos.	sequelas de AVC	vulneráveis e consulta de enfermagem. Orientar o cuidador quanto aos cuidados que devem ter incluindo a disposição dos móveis, o piso, o colchão e o lençol no caso dos acamados. Visita domiciliar frequente aos idosos vulneráveis. Nas visitas procuramos olhar todas as medicações que estão em uso. Já consegui na fundação ônibus para levar os idosos para passeios, banhos, zoológico, mas agora não estou mais conseguindo.
Grupo 04 L; F; K; M	Em nossa sociedade ser velho significa na maioria das vezes ser explorado financeiramente, com doenças que podem levar a dependência física, carência psicológica, isolamento social, discriminação. Poucos buscam continuarem ativos independentes, trabalhando e namorando. A questão sexual melhorou bastante com os medicamentos que promovem ereção. Na maioria das vezes prevalece o lado ruim da velhice, com isolamento, limitação que interfere até para se locomover na própria casa.	Diabetes, Hipertensão, Alzheimer, fraturas (quedas), artroses, osteoporose, câncer, IRA, IVAS, obesidade e depressão. Temos casos de idosos que vivem a semana toda cuidando dos netinhos e quando chega o final de semana vão passear e não levam eles, vivem no isolamento aí ficam deprimidos.	Grupo de idosos, visitas a acamados, curso de cuidadores de idosos, triagem das vulnerabilidades, controle das doenças imunopreveníveis com as vacinas, passeios, caminhadas, consulta ambulatorial, cuidados diretos, apoio familiar. As pesquisas mostram que idosos que tem lazer, possuem qualidade de vida melhor do que os que não têm. As caminhadas favorecem. O apoio familiar, já que muitas famílias sobrecarregam o idoso. Hoje vemos a mudança no paradigma, antes o idoso cansava a família, agora a família é que sobrecarrega o idoso, se apoia no idoso.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE M – QUADRO SISTEMATIZADOR DO II SEMINÁRIO TEMÁTICO

Quadro Sistematizador do II Seminário Temático

Enfermeiro / nº frequência	Conhecimento sobre cuidado paliativo	Existência de demanda de cuidados paliativos na prática cotidiana	Práticas de cuidado paliativo ao idoso desenvolvidas na ESF
A	Cuidados paliativos são cuidados que visam melhorar a qualidade de vida do paciente que necessita desta intervenção.	Sim. Acamados vítimas de acidentes ou sequelados de AVC, HAS, DM, gestantes com vômitos frequentes, criança com dermatites, pacientes com gastrite, constipação.	Aos acamados: orientações sobre mudanças frequente decúbito para familiares e esclarecimento para prevenção de escaras nos mesmos, manter a alimentação saudável recomendada para maiores de 6º anos. Ex: diminuir o sal para HAS, introduzir frutas/ verduras na alimentação, massagem corporal com óleos vegetais próprio, manter vacinação atualizada, uso de colchão de ar com orifícios próprios. Aos não acamados: realizar caminhada diariamente, manter a alimentação saudável rica em frutas/verduras, aumentar a ingesta hídrica, evitar frituras, gorduras, carne vermelha e enlatados em geral, diminuir o sal na alimentação para HAS. Aos diabéticos: examinar diariamente os próprios pés, cortar unhas quadradas, usar calçados confortáveis, não andar descalço, suspender o uso de açúcar trocando por adoçante, fazer atividade física regular, evitar frituras, gorduras, enlatados em geral, carne vermelha, usar hidratante nos pés ao deitar-se a noite.
B	O cuidado paliativo é muito importante para a qualidade de vida e sua prática. Entendo que seja o cuidar de pessoas de forma a evitar maiores sequelas como a pessoa que cuida procurar maneiras alternativas para tratamento de uma doença através de acompanhamento em consultas, uso de medicação de forma correta, cuidados com a alimentação saudável, dentre outros.	Sim. Desde RN, adolescente, adultos, mulheres, pessoas portadoras de transtorno mental, portador de HIV, idosos e ainda pessoas portadoras de deficiências físicas.	No atendimento individual na unidade de saúde, através da visita domiciliar, através das orientações quanto ao uso de produtos naturais como o uso da multimistura, orientações ao uso correto das medicações, orientações ao cuidador do idoso sobre higiene e cuidados com o repouso do idoso.
C	São os cuidados prestados ao cliente para melhorar sua qualidade de vida, proporcionando-lhe mais conforto e prevenindo futuras complicações.	Sim. Pacientes com sequelas de AVE, idosos acamados, pacientes diabéticos, hipertensos e com insuficiência renal crônica, portadores de deficiências físicas.	Mudança de decúbito, passagem de sonda nasogátrica, curativo, orientação quanto a dieta, exercícios, uso de medicações, higiene e mudança de decúbito e verificação de SSVV.
D	São cuidados adicionais aos tratamentos terapêuticos	Sim. Nos pacientes acamados orientamos e	Mudança de decúbito, passagem de sonda vesical e nasogátrica, tratamento de feridas, massagem corporal,

	convencionais. Não vão levar a cura, mas trarão mais conforto aos pacientes.	fazemos: mudança de decúbito, mobilização dos membros para prevenção de rigidez, banho no leito, ensino (orientações) alimentação alternativa.	mobilização das articulações, oferecimento de saís de reidratação oral, verificação dos sinais vitais.
E	Numa primeira aproximação com o tema cuidados paliativos seriam aqueles prestados ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Numa abordagem mais ampla como estamos tratando de idosos, condição irreversível de todo ser humano, os cuidados paliativos são aqueles prestados ao idoso com objetivo de tornar a velhice mais agradável, com diminuição dos problemas físicos e da alma.	Sim. Idoso que mora só e que tem carências as mais diversas, conversar, ser acolhido com carinho, ajudado na sua higiene pessoal. Adolescente grávida com problemas familiares. Famílias com algum membro usuário de drogas necessitando de conforto.	Algumas práticas, embora reconheça que cuidar é um tem novo e necessita ser mais explorado. Considero que fazer inclusão social através de comemorações festivas onde o idoso além de sentir-se valorizada, tem a oportunidade de se expressar, emitir opiniões uma vez que ele é tão pouco ouvido. Considero que na consulta de enfermagem sempre que dou a oportunidade dele conversar sobre problemas do dia a dia, compartilho seus medos, estou prestando cuidados paliativos. Visita domiciliar não só para tratamento curativo. Administrar algum medicamento analgésico, mesmo que não cure sua patologia isto é cuidado paliativo.
F	Cuidado que objetiva amenizar o sofrimento causado por doenças crônicas e/ou enfermidades que trazem mudanças significativas na vida do doente e de sua família. Visa diminuir as possibilidades de agravamento de determinadas patologias, trazer o máximo de conforto e vida “agradável” para o paciente e sua família na convivência diária com as limitações produzidas por estas patologias.	Sim. Em grande parte das demandas de ESF existe a necessidade de cuidados, orientações que visam amenizar o sofrimento do paciente e de sua família. Como exemplo, em atendimentos para pacientes hipertensos, diabéticos, com outras doenças crônicas, pacientes com câncer, pacientes em tratamento de hanseníase, em tratamento de tuberculose, pacientes acamados, pacientes com alguma deficiência, pacientes e familiares que convivem com transtornos mentais.	Curativos em geral. Acompanhamento da rotina de acamados, cuidados fornecidos e necessários a estes acamados, cuidados necessários para o cuidador, orientação e avaliação deste cuidado. Acompanhamento de pacientes com diabetes, cuidados relacionados ao “pé diabético”, relacionado a avaliação do uso da insulina e suas consequências, acompanhamento das limitações causadas, ensino e incentivo a “boa” convivência com estas limitações. Acompanhamento de pacientes que enfrentam hipertensão arterial sistêmica, fornecimento de cuidados que visam amenizar o sofrimento causado e prevenir o agravamento dos problemas. Práticas relacionadas ao paciente que enfrenta o “câncer”, cuidados relacionados ao acompanhamento dele e de seus cuidadores. Reuniões e práticas em grupos que objetivem o “envelhecimento ativo”, cuidados relacionados ao paciente que enfrenta hanseníase. Cuidados relacionados ao paciente que enfrenta tuberculose.
G	São cuidados voltados para a melhoria da qualidade de vida do idoso, como orientações sobre alimentação saudável, prevenção de quedas, estímulo ao lazer, as atividades em grupo, visando melhor convivência em grupo.	Sim. Orientações quanto as patologias mais comuns por eles apresentadas: orientação sobre o auto cuidado, orientação sobre o risco da auto medicação, orientação quanto a prática regular de atividade física, etc.	Reuniões educativas
H	Refere-se ao cuidado que tem por finalidade melhorar uma condição ou agravo de forma a aliviar sintomas ou	Sim. Estímulo ao convívio social familiar. Orientação ao auto cuidado. Apoio	A visita domiciliar se constitui numa ferramenta fundamental para se conheça de que forma vive o idoso em casa com ou sem familiares, conhecendo a prática cotidiana de como se dá a dependência de necessidade de cuidados e essa

	condições que estejam interferindo na qualidade de vida do indivíduo ou ainda são estratégias de intervenção eficazes para enfrentamento de situações que necessitam de cuidados a fim de que sejam estimulados o retorno a condições normais de uma condição.	psicológico. Interação com grupos U.B.S/ formação. Incentivo a leitura.	modalidade de cuidado se dá para aqueles que têm limitações de dirigir-se a unidade de saúde e a onde são colhidas informações essenciais quanto ao estilo de vida. Orientações ao cuidado com o sono e repouso, alimentação, atividade física, horário e dose de medicamentos em uso, higiene pessoal e necessidade de diálogo. Formação de grupo de idosos com apoio de outros profissionais (ed. física e nutrição) no sentido de elevar a auto estima e o convívio social.
I	Cuidados paliativos são ações e cuidados realizados com objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida do idoso, garantindo sua integridade física e mental e prevenindo doenças relacionadas ao processo do envelhecimento.	Sim. Apesar de poucos idosos participarem das atividades propostas pela equipe da ESF. Atuo em uma área onde essa prática ainda não é tão valorizada pela comunidade, a qual, prioriza o tratamento medicamentoso e não valorizam como deveriam as reuniões, palestras e educação continuada.	Realizamos o carnaval da terceira idade onde incentivamos a prática da dança e a realização de exercícios aeróbicos. Ocorre também reuniões com os idosos, realização de palestras sobre vários temas: hipertensão, diabetes, sexo na terceira idade, importância da prática do exercício físico e da boa alimentação.
J	Cuidados paliativos é a assistência e cuidados prestados a uma pessoa acometida de uma doença e seus familiares para que tenha um melhor desenvolvimento terapêutico.	Sim. Pacientes acamados, idosos, pessoas que necessitam de cuidados contínuos.	Não tenho muito tempo na ESF, somente alguns meses, que estão sendo para mim como um aprendizado. Sei que sabermos identificar como diminuir a dor ou fadiga, desconforto, ajuda para que este paciente tenha uma melhor qualidade de vida. Fazer a família compreender como no dia a dia, as práticas diárias podem minimizar os problemas identificados. Procuro conhecer esses pacientes, entender suas reais necessidades e assim poder prestar uma assistência individualizada e atuar dentro das minhas possibilidades. Possibilitar conforto, bem estar, amenizar a dor, apoio psicológico junto com a família.
K	Entendo como sendo os cuidados prestados a pessoa ou para um grupo de pessoas que sofrem com determinado problema ou enfermidade para que este tenha melhor qualidade de vida, seja no campo espiritual, físico ou psíquico.	Sim. Normalmente são idosos acamados; pessoas com distúrbios psiquiátricos e pessoas com limitações físicas como consequência de AVC; autismo; hanseníase, diabetes e paralisia cerebral.	Embora exista demanda que necessite de cuidados paliativos, eu não desenvolvo estas atividades e não lembro de já ter desenvolvido na estratégia saúde da família.
L	Cuidados destinados ao paciente que se encontra em estado terminal com vista a reduzir o sofrimento, manter a vida, suprimir a dor, acolher especialmente a família e o próprio paciente.	sim; a pouco atendi uma idosa com câncer em estado terminal que precisava no domicílio de troca de sonda, de 15/15 dias; idosa com PA alterada 210 x 120; visitas semanais para observar alteração da PA; gestante com pré-eclampsia; troca de bolsa de colostomia para idosa que sofreu colite, passou alguns dias na UTI conseguiu	Curativos, sondas, troca de bolsas de colostomia, verificação de PA, orientação da alimentação, verificação de sinais vitais e orientações para a família.

		sobreviver e se faz a troca; visita domiciliar para idosa com esquizofrenia que é cuidada por outra idosa; verificação de PA; orientação para higienização, orientação da medicação.	
M	Cuidados paliativos são ações para promoção da qualidade de vida ou o que se faz para proporcionar conforto tanto nas questões biológicas quanto psicossociais.	Sim existe. Na atenção ao idoso, pacientes crônicos, ou em estágio terminal de doenças como câncer, acidentes vasculares cerebrais com sequelas neurológicas.	Na estratégia saúde da família já foram desenvolvidas ações de cuidados paliativos como visitas domiciliares ao idoso acamado, com promoção da a saúde em orientações sobre dieta, prevenção de úlcera de decúbito, uso correto da medicação, higiene corporal, vacinação, pratica de atividade física, controle dos sinais vitais, PA e glicemia fornecendo orientações dos cuidadores dos idosos, prevenção de quedas, solicitação de exames de rotinas, dentre outras.
N	São cuidados direcionados a pessoa como forma de reduzir ou melhorar sintomas ou tipos de dependências apresentados por motivo de algum agravo a saúde.	Sim. Cuidados paliativos relativos à atuação junto aos idosos acamados, com orientação às famílias e cuidadores. Na área foi realizado um curso de cuidadores com objetivo de instruí-los no sentido de melhorar o atendimento aos mesmos.	Orientações relativas ao uso da medicação para pacientes terminais com câncer. Visitas domiciliares com objetivo de orientar sobre o manejo com o paciente acamado (a maioria dos casos).
O	Entendo que cuidado paliativo é algo que vou realizar para melhorara a situação de alguém ou modo de vida de alguém , por exemplo um doente de algo incurável, vou fazer com que ele tenha dias melhores, mais alegres.	Sim. Agora que estou conhecendo realmente a minha área. A demanda encontrada: acamados, idosos com câncer, idosos com demência, idosos acamados, moradores de rua, prostíbulos, idosos que moram sozinhos, pessoas adultas que moram sozinhas e adultos com câncer.	Nenhum.
P	São cuidados prestados ao paciente com intuito de promover um bem estar, melhor qualidade de vida mesmo diante da idade avançada e das enfermidades que muitas vezes os acomete.	Sim. Orientações quanto a alimentação, tomada correta das medicações, prática de atividade física, sono e repouso do paciente idoso, visita regular do paciente que é acamado pois demanda um cuidado especial a ele e orientações para a família.	Grupo de idosos para realizar caminhada. Palestra para idosos sobre hipertensão e diabetes, alimentação saudável, tomada das medicações e importância, esta palestra era como uma roda de conversa na qual eles relatavam suas queixas e suas experiências gerando assim uma interatividade. Uma vez no mês oferecíamos lanche saudável com as frutas trazidas por eles e todos do posto participavam e comentávamos a importância desses alimentos.
Q	Cuidado paliativo são cuidados prestados as pacientes em estado crítico de saúde, visando amenizar a	Sim, em acamados, em recém-operados, visando amenizar a dor e prevenir danos	Troca de sonda vesical de demora em idoso acamado de 15/ 15 dias. Curativos em escaras, feridas operatórias. Retiradas de pontos de ferida operatória, coleta de sangue em acamados, verificação de PA. Vacina e idosos acamados.

	sua dor. Pode ser prestado no domicílio por profissional de saúde ou familiar habilitado, treinado (cuidados). Também visam prevenir outras enfermidades (escaras) que possam agravar seu estado de saúde.	maiores à saúde e até evitar futuras internações.	Orientação quanto ao uso correto de medicamentos, inspecionando quantidade, validade e posologia dos mesmos ao idoso e ao cuidador.
R	Entendo que cuidado paliativo significa todo e qualquer procedimento que tenha por finalidade diminuir o sofrimento de nosso paciente. Pode ser sofrimento físico ou mental. Quando falamos em cuidado paliativo fica claro que não estamos curando aquela enfermidade, mas além de promover uma melhora do sofrimento, podemos instrumentar nosso paciente para ele mesmo aprender a se cuidar também, e a ser feliz apesar de.	Sim. Praticamente para todos os problemas temos alguns cuidados paliativos. Por exemplo: quando os pacientes se queixam de insônia, depressão, orientamos a conviverem mais tempo com pessoas, a gostar de gente, a serem mais pacientes tolerantes com os outros. A rezarem, a passear, a caminhar, a se esforçar para se ajudar. Para pessoas que tomam muitos comprimidos, reforçamos a fazer de estômago cheio e outras vezes, indicamos um protetor gástrico.	Um cuidado essencial é o acolhimento e a atenção dispensada. precisamos pensar bem antes de colocar nossos posicionamentos para não magoá-los. Orientar quanto a atividade física e a uma alimentação saudável é cuidado paliativo. Examinar os pés em paciente diabético ou que tenha problema vascular, também é paliativo. Orientar uso de hidratantes na pele para evitar ressecamento, também é importante. Estimular o lazer é essencial para uma vida saudável.
S	Os cuidados paliativos são aqueles que objetivam a melhoria da qualidade de vida do paciente e muitas vezes, no caso de idosos, de seus familiares. Aliviam o sofrimento frente a ameaça à vida. Protegem nos aspectos psicológicos, físicos, espirituais e emocionais.	Sim. O trabalho acontece com pacientes terminais e com pessoas de várias faixas etárias em saúde pública. A melhoria de qualidade envolve alívio à dor (avaliando a escala da dor, administrando analgesia, supervisionando o uso do analgésico prescrito), apoio em depressão, tristezas (conversando, se fazendo presente ao lado do paciente, estimulando o valor da vida, não importando o tempo); cuidado de feridas e úlceras de pressão (realizando curativos e prevenções); aplicando o conforto corporal.	Apoio psicológico na depressão e tristeza, realização de curativos em úlcera de pressão prolongada e ferimentos. Orientar a idosos e familiares sobre conforto, mudança de decúbito.
T	São os cuidados prestados a alguém com a finalidade de amenizar sofrimentos e proporcionar uma qualidade	Sim. Em casos de pacientes com câncer em fase terminal, apoiando paciente e	Orientação sobre como ter uma velhice tranquila. Apoio ao paciente e familiares com doença terminal. Apoio na busca de conformação dos familiares pós morte do ente querido. Apoio e orientação aos pacientes acamados e seus cuidadores.

	de vida melhor.	familiares, a fim de amenizar seu sofrimento.	
U	Cuidado paliativo se refere ao cuidado que é destinado a pacientes que apresentam condições de saúde para as quais a medicina atual não dispõe de recursos suficientes para reversão do quadro apresentado. Assim, o cuidado paliativo visa assegurar a qualidade de vida dos pacientes nessas situações, dentro das possibilidades disponíveis atualmente.	Sim e essa demanda é principalmente de idosos com idade já bastante avançada que apresentam comprometimento neurológico, motor, sequelados de AVC, câncer em estágio avançado, as vezes metastático, etc.	Curativos em úlcera por pressão e em feridas operatórias. Orientação quanto ao uso de colchão pneumático para aqueles idosos que se encontravam acamados. Orientação à família sobre mudança de decúbito e cuidados com higiene. Vacinação dos idosos acamados a fim de evitar doenças infecciosas que, se adquiridas por eles comprometeriam ainda mais seu quadro de saúde. Solicitação do apoio de outros profissionais, tais como assistente social, fisioterapeuta, psicólogo para contribuírem com a abordagem desses casos.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



APÊNDICE N – QUADRO SISTEMATIZADOR DO III SEMINÁRIO TEMÁTICO

Quadro Sistematizador do III Seminário Temático

Enfermeiro / nº frequência	Fatores facilitadores para o desenvolvimento da prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica	Dificuldades para o desenvolvimento da prática de cuidados paliativos ao idoso na atenção básica
A	A confiança que o idoso deposita em nós profissionais de saúde quanto às orientações que prestamos a eles. O acesso à família e ao idoso em sua residência. O ACS que nos ajuda identificar onde se encontra o idoso que necessita desses cuidados paliativos	Não adesão do familiar cuidador ao plano de cuidado mesmo após esclarecimentos sobre sua importância.
B	Demanda de idosos, adultos e crianças. Patologias como hipertensão, diabetes, AVC, dentre outras. Acesso a casa e a sua convivência familiar através de visita domiciliar. Aceitação do atendimento por parte dos idosos, adultos e crianças.	Participação de especialista como geriatra, fisioterapeuta. Demanda de atendimento e condições sócio econômicas baixas. Pouco envolvimento das pessoas no auto cuidado como situações espirituais.
C	O apoio da família, em alguns casos contamos com os familiares o que facilita bastante a prática dos cuidados paliativos, pois a família é extremamente importante na manutenção desses cuidados. Transporte fornecido pela FMS para realização das visitas domiciliares.	Não contar com o apoio da família, em muitos casos, não conseguimos nem entrar em contato com os familiares, isso dificulta bastante a prática dos cuidados paliativos, pois muitos idosos não conseguem se auto cuidarem. Dificuldade na realização dos exames, fisioterapias, devido não terem como se deslocarem. Falta de tempo dos profissionais, devido a grande quantidade de pacientes e atividades, tornando-os sobrecarregados. Falta de outros profissionais na equipe como: fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, etc.
D	Maior proximidade com a família e o paciente. Vínculo afetivo já construído. Melhor conhecimento do padrão de vida familiar. Conhecimento da área de atuação. Boa interação entre profissionais multidisciplinares. Gostar do que faz e da população assistida. Família comprometida e participativa.	Poucos recursos disponíveis. Desorganização da equipe multiprofissional. Falta de comprometimento de alguns profissionais. Falta de cooperação familiar. Não gostar do que faz.
E	Antes de mais nada gostar do que faz e ter compromisso com o trabalho. Conhecer a área em que trabalho, assim posso identificar cada caso e suas necessidades. O vínculo que o profissional estabelece com a comunidade. Ter gestores competentes e sensíveis as demandas da clientela.	O profissional estar no lugar errado, ou seja, não se identificar com as atividades próprias da atenção básica. Falta de trabalho em equipe. Pouco envolvimento com a população adstrita. Rotatividade de profissionais. Desconhecimento desta prática.
F	Disposição dos idosos para receber e participar dos cuidados. Interesse da equipe de enfermagem da ESF em desenvolver esse tipo de atividade. Participação ativa da família/ cuidadores no desenvolvimento dos cuidados. Cuidados e/ ou práticas que, em grande parte, necessitam de materiais e recursos de pouca complexidade/ custos.	Sobrecarga de atividades desenvolvidas pela equipe ESF na rotina de uma UBS. Estrutura deficiente das UBS para desenvolvimento de alguns desses cuidados. “Desinteresse” dos gestores em incentivar essas práticas. Déficit de material para desenvolvimento de cuidados. Trabalho com resultados a longo prazo, dificultando a manutenção da participação dos profissionais da equipe com mesma “disposição”.
G	A relação equipe (ESF) e família, que na grande maioria das vezes já estabeleceu um vínculo, devido aos	Dificuldades com transporte para ir até o idoso sempre que necessário. Dificuldade em garantir a

	cuidados prestados.	medicação específica para determinadas patologias principalmente devido as condições sócio econômicas. Na adesão da família (cuidador) em prestar cuidados em tempo integral ao idoso.
H	A disponibilidade da equipe. A estrutura física das UBS. A formação profissional que é voltada para o desenvolvimento dessa política.	O acesso ao idoso, a frequência com que podemos disponibilizar esse contato no domicílio como também a reduzida frequência com que eles procuram a unidade de saúde. A família não se envolver com essa promoção de saúde.
I	Não compareceu	
J	Um bom ambiente familiar. Aceitação da família e do idoso para o cuidado. Disponibilidade, conhecimento e boa vontade do enfermeiro.	Aceitação da família. Estrutura domiciliar. Capacitação profissional. Comprometimento da família. Elo entre profissionais, família e idoso.
K	São poucos os idosos da minha área que necessitam de tais cuidados. Boa aceitação das famílias em relação a atuação da equipe. bom relacionamento com os membros da equipe, ou seja, trabalho multiprofissional.	Identificação do método, ou seja, do melhor cuidado paliativo para aquele idoso. Apoio institucional ineficaz. Aceitação da família e dos pacientes idosos quanto aos cuidados paliativos.
L	Um dos principais fatores facilitadores diz respeito a própria dinâmica da ESF, pois esta trabalha em um território definido, comunitário, onde os idosos que necessitam de cuidados paliativos estão inseridos. Outro fator facilitador está condicionado ao processo de trabalho na atenção básica (ESF), pois esta trabalha em equipe multiprofissional, com diversos saberes, experiência técnica, e que buscam conhecer a realidade de vida desses idosos, envolvendo no cuidar a família. O conhecimento desse contexto familiar aproxima os profissionais dos usuários e permite que juntos construam as práticas de cuidados.	Uma das dificuldades diz respeito ao comportamento profissional de alguns membros da equipe, alguns deles ainda influenciados pelo modelo biomédico, vertical, centrado na doença e cura, cujo foco principal é a cura e não os saberes construídos a partir da nova realidade em que se apresenta o sujeito, levando o idoso a ser excluído e sentenciado a morte. Outra dificuldade é a falta de apoio da gestão no tocante a materiais, transportes, tempo (pois exigem quantidade no atendimento em detrimento da qualidade). A falta de preparo acerca desses cuidados na academia que de certa forma nos afasta da prática. Pouco valor que é dado a esse tipo de cuidado por alguns profissionais e gestores. Falta de treinamentos para sensibilizar quanto aos cuidados paliativos.
M	Demanda de idosos. Sensibilização com a temática.	Trabalho em equipe (falta). Recursos. Desconhecimento. Sensibilização.
N	Não compareceu	
O	Não compareceu	
P	Contribuição e/ou colaboração da família	Falta de contribuição dos familiares e falta de recursos para o cuidado.
Q	Geralmente os idosos colaboram com ESF quando vamos prestá-lo algum cuidado paliativo.	Falta de material para realizar o cuidado ao idoso. Exemplo: gases (pois são esterilizadas em outros postos, as vezes, quando há problema na autoclave). Temos 03 micro áreas bem distantes do posto, o que dificulta o deslocamento da equipe, caso necessitem de cuidados diários, como curativos. Nem sempre o cuidador e o idoso são esclarecidos (pessoas esclarecidas), o que dificulta compreender nossas orientações, ou as vezes o cuidador trabalha e não tem muito tempo.
R	Relacionamento e conhecimento da equipe com o idoso e com sua família, dependendo disso também pode virar uma dificuldade, caso não haja respeito da equipe pelos saberes da experiência. O tempo, podemos fazer nossa agenda para a escuta conforme a necessidade.	Estrutura física adequada para o conforto tanto do idoso como para os cuidadores (espaços e equipamentos). Resistência as vezes por parte da família que tem poder aquisitivo em comprar um equipamento ou alimentação indicados pela equipe. As equipes na maioria, não dispõem de material esterilizados (pacotes) para determinados procedimentos essenciais no leito (curativos, cateterismo, aspiração de secreção, etc.). Esses cuidados são limitados por dias e horários de trabalho da equipe.
S	Não compareceu	
T	A vontade e compromisso do profissional, a empatia com o tema em questão.	A estrutura das unidades, instabilidade emocional de alguns profissionais, a falta de vontade profissional, falta de apoio dos governantes, a necessidade que a família tem em alguns casos de se livrar da situação.

U	O fato do idoso estar em seu domicílio, próximo de sua família. A equipe da ESF conhece bem a realidade das famílias de sua área adstrita e pode propor intervenções adequadas frente à realidade encontrada.	A equipe multiprofissional nem sempre tem conhecimento suficiente para o manejo de cuidados paliativos ao idoso. Condições sócio econômicas da família e o grau de instrução dos cuidadores, bem como a disponibilidade de tempo e boa vontade da família para cuidar do idoso nessa situação. Falta de insumos (medicamentos, dispositivos, etc.) na UBS necessários a melhoria do cuidado prestado. Disponibilidade da equipe diante das inúmeras atribuições que possui, já que o cuidado paliativo requer tempo e continuidade.
---	--	---



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
APÊNDICE O – Folder Educativo**





TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLE DA DOR

- ✓ O controle inadequado da dor leva a: sofrimento; ansiedade; medo; imobilidade; isolamento e depressão.



CONTROLE DA ALIMENTAÇÃO

- ✓ Orientar quanto a dieta equilibrada de acordo com a prescrição com controle da frequência e quantidade ingerida e eliminada;
- ✓ Cuidados com a alimentação enteral e parenteral;
- ✓ A alimentação artificial deve ser criteriosamente avaliada, discutindo-a com o paciente e familiares, pois as sondas causam muito desconforto.

CONTROLE DA HIDRATAÇÃO

- ✓ Fornecer hidratação tópica; Orientar quanto a ingestão hídrica adequada.

MEDIDAS DE CONFORTO

- ✓ Orientar o uso de colchão apropriado e a mudança de decúbito;
- ✓ Prevenir úlceras por pressão; edema; atrofia muscular; dificuldades de eliminar secreções ou evacuações. Promover aquecimento adequado; Realizar curativos; Cuidados com sondas, cânulas, drenos e bolsas coletoras; Orientação quanto ao banho e a higiene íntima.

Referências:
CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado**, 2. ed., São Paulo, SP, 2012. Disponível em: < <http://www.paliativo.org.br/noticias/fag/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/> >. Acesso em: 20 maio 2014.
WHO. **WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**, 2. ed., Geneva: WHO, 2002. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> >. Acesso em: 18 jun 2014.

INFORMAÇÕES: Erida de Oliveira Soares - Mestranda do PPGen/CCS/UFPi - email: eridasoares@hotmail.com - fone (WhatsApp): 86-99998-9353.
Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo (Orientadora) - email: ppgenf@ufpi.edu.br ou eridasoares@hotmail.com - fones: 86-3215-5558/3215-5940 ou Celular/WhatsApp: 86-99981-5878.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

O PASSO A PASSO do



Enfermeiro da ESF na Atenção ao Idoso em CUIDADOS PALIATIVOS

"Esperança para viver e para partir"

"Diante de uma doença grave, progressiva, e que ameaça a continuidade da vida, como aliar a esperança como parte do cuidado integral ao enfermo e sua família?"
<http://www.paliar.com.br/index.php/congresso-de-cuidados-paliativos/>

Produção, Criação e Edição Eletrônica
De: Erida de Oliveira Soares - Mestranda do PPGen/CCS/UFPi
Orientada pela: Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Teresina - PI
Agosto - 2015



São abordagens que promovem a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual, OMS (2002).

Princípios dos Cuidados Paliativos

- ✓ Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis melhorando a qualidade de vida e influenciando positivamente o curso da doença; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida que não deve ser acelerada e nem adiada.
- ✓ Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente oferecendo um sistema de suporte que o possibilite viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte, prestando assistência aos seus familiares durante o curso da doença e no enfrentamento do luto.

Abordagem ao Paciente Idoso

- ✓ Multidimensional, multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Iniciada a partir do diagnóstico da patologia que ameaça a vida;
- ✓ As avaliações devem ser periódicas/frequentes;
- ✓ Priorizar sintomas que causem sofrimento;
- ✓ O cuidado deverá ser prestado respeitando a autonomia e valorização do idoso;
- ✓ Propiciar uma morte digna com mínimo de stress no local de escolha do idoso;
- ✓ Incluir apoio e suporte aos familiares durante o curso da doença e no processo de luto.

CUIDADOS PALIATIVOS E A ENFERMAGEM



- ✓ Para a enfermagem os cuidados paliativos são inerentes à sua prática cotidiana, devendo o enfermeiro ter participação ativa no processo de atenção à saúde do idoso, desde a avaliação inicial até as fases do diagnóstico, implementação do cuidado e realização constante do processo de enfermagem fundamentado na Teoria Holística.
- ✓ É dever dos enfermeiros aliar ciência e arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforte os idosos sob paliativismo, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presentes na terminalidade e continuando durante o processo de luto.



PROBLEMAS PREVALENTES

Fadiga, Dor, Anorexia, Dispneia, Constipação, Náuseas, Vômitos, Tosse, Confusão Mental, Tristeza, Depressão, Ansiedade, Agitação, Insônia, Hemorragia, Sarcopenia, Diarréia e Feridas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- ✓ Controle da dor com ações terapêuticas capazes de minimizar os seus efeitos;
- ✓ O Enfermeiro deverá ser capaz de diferenciar os tipos de dor, sua intensidade e frequência;
- ✓ Administrar os opióides prescritos. Orientar, observar e supervisionar os possíveis efeitos colaterais, tais como: constipação, náuseas e vômitos, confusão mental; alucinações; sonolência excessiva; sedação e depressão respiratória;
- ✓ Domínio da técnica de hipodermoclise para administração de medicamentos e manutenção da hidratação.

ANEXOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE
SAÚDE (FMS)**

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Teresina, 20 de fevereiro de 2014.

Ilustríssimo Senhor Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco
Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Eu, Profª Maria do Livramento Fortes Figueiredo, responsável principal pelo projeto de Mestrado, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar o projeto de pesquisa intitulado: **Cuidados Paliativos ao Idoso na Atenção Básica: uma contribuição para Enfermagem**, que será desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal de Teresina - Piauí que estão sob a Diretoria Regional de Saúde Centro-Norte (DRSCN), juntamente com a aluna de mestrado Erida de Oliveira Soares.

Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivo: descrever os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros da ESF sobre os cuidados paliativos ao idoso; identificar as práticas de cuidados paliativos ao idoso realizadas pelo enfermeiro da ESF; descrever as possibilidades e dificuldades do enfermeiro na prática de cuidados paliativos ao

idoso na ESF; elaborar protocolo de enfermagem para o cuidado paliativo à pessoa idosa na ESF.

Será desenvolvido um estudo com abordagem qualitativa com a metodologia da pesquisa-ação. Trata-se de uma estratégia metodológica da pesquisa social que tem como objetivo resolver ou, no mínimo, esclarecer os problemas da situação observada, não se limitando apenas a uma forma de ação, mas contribuindo para elevar o conhecimento dos pesquisadores ou o nível de consciência crítica dos participantes se constituindo de três fases: a exploratória onde são realizados o levantamento da situação-problema e a negociação com os sujeitos da pesquisa; a de desenvolvimento constituída dos seminários e a de conclusão, onde é realizada a análise, argumentação, interpretação e a divulgação interna e externa dos resultados. Apesar desse tipo de pesquisa possibilitar certa flexibilidade no seu planejamento, a sua execução deve ser pautada no objetivo de transformar a realidade vivida ou esclarecer os problemas da situação observada com a participação efetiva dos sujeitos investigados (THIOLENT, 2011).

Os riscos para os sujeitos desse estudo são mínimos, no entanto, entende-se que, a partir do momento que se entra em contato com os enfermeiros os mesmos poderão ficar constrangidos com relação aos questionamentos que serão feitos, bem como poderão temer que as informações fornecidas por eles tornem-se de conhecimento público. Este risco será minimizado pelo compromisso ético assumido pelas pesquisadoras de garantir a confidencialidade de dados que poderiam de certa forma, identificar os sujeitos, tornando público aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail liff@ufpi.edu.br e eridasoares@hotmail.com telefones (86) 9998-9353/ 3215-5862.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estarão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Autorização Institucional

Eu, _____ responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Responsável pela Instituição	Pesquisadora
 Luiz Gonzaga Lobão C. Branco Presidente Fundação Municipal de Saúde	 Profa. Dr.ª Mariana Livramento Fortes Figueiredo Chefe do Departamento de Enfermagem/CCSIUFPI SIAPE 0423632



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma contribuição para enfermagem

Pesquisador: MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

Área Temática: Novos procedimentos terapêuticos invasivos;

Versão:

CAAE: 30957913.0.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 727.583

Data da Relatoria: 24/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que se propõe a investigar o conhecimento e as práticas de cuidados paliativos ao idoso dependente no domicílio pelo Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas a minimizar sequelas, danos e sofrimento de pessoas com 60 anos e mais portadores de doenças crônico-degenerativas em fase terminal. Espera-se com esta investigação produzir uma base de conhecimentos que possa subsidiar atenção holística e multidimensional a estes idosos e suas famílias, além de permitir a geração de protocolos e tecnologias leves para assistir adequadamente esta clientela, e assim contribuir também no ensino e em pesquisas congêneres.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

¿ Descrever os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros da ESF sobre os cuidados paliativos ao idoso

Objetivo Secundário:

¿ Identificar as práticas de cuidados paliativos ao idoso realizadas pelo enfermeiro da ESF.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 727.583

¿ Descrever as possibilidades e dificuldades do enfermeiro na prática de cuidados paliativos ao idoso na ESF.

¿ Elaborar protocolo de enfermagem para o cuidado paliativo à pessoa idosa na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A proponente afirma que "Os riscos para os sujeitos desse estudo são mínimos, no entanto, entende-se que, a partir do momento que se entra em contato com os enfermeiros os mesmos poderão ficar constrangidos com relação aos questionamentos que serão feitos, bem como poderão temer que as informações fornecidas por eles tornem-se de conhecimento público. Este risco será minimizado pelo compromisso ético assumido pelas pesquisadoras de garantir a confidencialidade de dados que poderiam de certa forma, identificar os sujeitos, tornando público aqueles que contemplam os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada."

Benefícios:

"Acredita-se que a partir do conhecimento produzido nesta investigação seja possível a elaboração de protocolos e tecnologias leves para subsidiar atenção holística e multidimensional aos idosos dependentes e suas famílias e ainda contribuir no ensino e em pesquisas congêneres. Trazendo benefícios técnico-científicos para os Enfermeiros envolvidos no estudo, pois a investigação utilizará uma metodologia participativa, crítica e reflexiva capaz de gerar aprendizado e a consequente mudança de comportamento assistencial para com a clientela assistida, que por sua vez também se beneficiará de um cuidado sistematizado e efetivo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de tema relevante para a enfermagem, na qual seus resultados poderão ter aplicabilidade para melhoria da assistência ao idoso na Atenção Primária, tendo em vista que, baseados em observações empíricas no cotidiano da atenção básica, constata-se uma lacuna nas ações da ESF no tocante a assistência multidisciplinar, especialmente, pela equipe de Enfermagem, em cuidados paliativos à população idosa dependente e terminal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão de acordo com as exigências da Resolução 466/2102 e recomendações do CEP.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela			
Bairro: Ininga SG10	CEP: 64.049-550		
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (863)215-5734	Fax: (863)215-5660	E-mail: cep.ufpi@ufpi.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 727.583

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido pois cumpre as normas éticas para realização de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

TERESINA, 24 de Julho de 2014

Assinado por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ANEXO C

DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DE TEXTO

Eu, VANESSA CAMINHA AGUIAR LOPES, graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, e com domínio avançado da Língua Portuguesa, declaro, para os devidos fins e efeitos, e para fazer prova junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível mestrado, da Universidade Federal do Piauí, que realizei a revisão do conteúdo, consistindo em correção ortográfica, gramatical e de linguística, da dissertação intitulada **CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma contribuição para enfermagem**, de autoria de **ERIDA DE OLIVEIRA SOARES**.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Teresina, 16 de fevereiro de 2016.


Vanessa Caminha Aguiar Lopes
CPF: 961.529.903-00