

MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Luiza Almeida de Lima¹ 

José Lima de Sousa Junior¹ 

Gabriel de Jesus Aprígio¹ 

Hanna Gadelha Silva¹ 

Lucia de Fátima da Silva¹ 

Márcia de Assunção Ferreira² 

Maria Célia de Freitas¹ 

¹ Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever o processo metodológico de elaboração de um modelo de cuidados de enfermagem direcionado à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos.

Método: estudo qualitativo, fundamentado na Pesquisa Convergente Assistencial, que possibilita a integração entre prática assistencial e produção de conhecimento. Foram realizados seis grupos de convergência, nos meses de maio e junho de 2024, com 18 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem atuantes na unidade de cuidados especiais de um hospital público. A coleta de dados ocorreu por meio de discussões orientadas, registradas e transcritas na íntegra. A análise seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência, o que permitiu a construção coletiva do modelo.

Resultados: o modelo resultante estruturou-se em três pilares interdependentes: (1) controle da dor e de outros sintomas físicos, combinado com atenção ao ambiente de cuidado; (2) suporte aos familiares e pessoas significativas, que estimula o enfrentamento e a tomada de decisões compartilhadas; e (3) promoção de experiências de dignidade e respeito, voltadas à obtenção de paz e bem-estar. Esses pilares orientam intervenções individualizadas e humanizadas, garantem a autonomia da pessoa idosa e preservam seus valores, com o propósito de proporcionar conforto e dignidade à pessoa idosa em cuidados paliativos.

Conclusão: a construção do modelo promoveu reflexão crítica sobre o saber-fazer da equipe de enfermagem, reforçou práticas centradas na pessoa e pautadas no respeito, no conforto e na dignidade diante da finitude da vida, além de elevar a qualidade da assistência e qualificar as ações em cuidados paliativos.

DESCRIPTORES: Modelos de assistência à saúde. Gestão de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Pessoas idosas. Enfermagem. Cuidados paliativos.

COMO CITAR: Lima ALA, Junior JLS, Aprígio GJ, Silva HG, Silva LF, Ferreira MA, et al. Modelo de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2025 [acesso MÊS ANO DIA];34:e20240299. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0299pt>

NURSING CARE MODEL FOR OLDER PEOPLE HOSPITALIZED FOR PALLIATIVE CARE

ABSTRACT

Objective: to describe the methodological process of developing a nursing care model aimed at older people hospitalized for palliative care.

Method: qualitative study, based on Convergent Care Research, which allows the integration between care practice and knowledge production. Six convergence groups were held in May and June 2024, with 18 nurses and 14 nursing technicians working in the special care unit of a public hospital. Data collection took place through guided discussions, recorded and transcribed in full. The analysis followed the stages of apprehension, synthesis, theorization, and transfer, which allowed the collective construction of the model.

Results: the resulting model was structured around three interdependent pillars: (1) control of pain and other physical symptoms, combined with attention to the care environment; (2) support for family members and significant others, which encourages coping and shared decision-making; and (3) promotion of experiences of dignity and respect, aimed at achieving peace and well-being. These pillars guide individualized and humanized interventions, guarantee the autonomy of the older person, and preserve their values, with the purpose of providing comfort and dignity to the older person in palliative care.

Conclusion: the construction of the model promoted critical reflection on the nursing team's know-how, reinforced person-centered practices based on respect, comfort, and dignity in the face of the finiteness of life, and improved the quality of care and qualified palliative care actions.

DESCRIPTORS: Health care models. Nursing management. Nursing care. Aged. Nursing. palliative care.

MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA ANCIANOS HOSPITALIZADOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso metodológico de desarrollo de un modelo de atención de enfermería dirigido a ancianos hospitalizados para cuidados paliativos.

Método: estudio cualitativo, basado en la Investigación Convergente Asistencial, que posibilita la integración entre la práctica del cuidado y la producción de conocimiento. Se realizaron seis grupos de convergencia en mayo y junio de 2024, con 18 enfermeros y 14 técnicos de enfermería que trabajan en la unidad de cuidados especiales de un hospital público. La recolección de datos se realizó a través de discusiones guiadas, grabadas y transcritas en su totalidad. El análisis siguió las etapas de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia, lo que permitió la construcción colectiva del modelo.

Resultados: el modelo resultante se estructuró en torno a tres pilares interdependientes: (1) control del dolor y otros síntomas físicos, combinado con la atención al entorno de cuidado; (2) apoyo a los familiares y otras personas significativas, que fomenta el afrontamiento y la toma de decisiones compartida; y (3) promoción de experiencias de dignidad y respeto, orientadas a lograr la paz y el bienestar. Estos pilares orientan las intervenciones individualizadas y humanizadas, garantizan la autonomía de la persona mayor y preservan sus valores, con el propósito de proporcionar comodidad y dignidad a la persona mayor en cuidados paliativos.

Conclusión: la construcción del modelo promovió la reflexión crítica sobre el saber hacer del equipo de enfermería, reforzó prácticas centradas en la persona basadas en el respeto, el confort y la dignidad frente a la finitud de la vida, además de mejorar la calidad de la atención y cualificar las acciones de cuidados paliativos.

DESCRIPTORES: Modelos de atención de salud. Gestión de enfermería. Atención de enfermería. Ancianos. Enfermería. Cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida tem provocado significativas mudanças demográficas e epidemiológicas. À medida que a população envelhece, há uma maior predisposição ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que podem ocasionar um declínio progressivo na saúde e uma maior dependência funcional. Quando associadas ao agravamento geral da condição de saúde, essas alterações frequentemente requerem cuidados paliativos (CP)¹. Anualmente, aproximadamente 22 milhões de pessoas idosas necessitam de CP, contudo não têm acesso a eles, sendo que 78% dessas pessoas residem em países de baixa renda².

O agravamento das DCNT, em especial nas pessoas idosas, torna os hospitais, com sua tecnologia avançada e equipe qualificada, locais ideais para proporcionar conforto e aliviar a sobrecarga familiar. À medida que a condição das pessoas idosas se compromete, a necessidade de cuidados paliativos se intensifica, sendo a maior parte realizada em hospital³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define CP como uma abordagem de cuidados integral e ativa aos indivíduos de todas as faixas etárias (adultos e crianças) que enfrentam intenso sofrimento relacionado à sua saúde, decorrente de uma doença grave e crônica, especialmente aqueles que estão próximos ao final da vida, cujo objetivo principal é aprimorar a qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores⁴.

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em maio de 2024 a Portaria GM/MS nº 3.681, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é integrar os CP à Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase na atenção primária; promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em CP, por meio de atenção à saúde segura e humanizada; ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas da pessoa em CP; estimular a formação, a educação continuada, a valorização, o provimento e a gestão da força de trabalho em CP no âmbito do SUS; e promover a conscientização e a educação sobre CP na sociedade⁵.

Diante de tantas demandas de cuidado com esse perfil de pacientes, um componente essencial é o trabalho da equipe multidisciplinar, com destaque para o trabalho dos profissionais de enfermagem, pois esses são, na maioria das vezes, os que prestam maior assistência ao paciente em CP, o que possibilita estabelecer uma relação interpessoal de maior aproximação e auxílio, além da realização das práticas de cuidado⁶. Contudo alguns fatores como estrutura física e formação profissional são indicados como barreiras para a prática dos CP⁷.

Nessa perspectiva, é essencial avaliar, repensar e contextualizar os cuidados para sistematizar as ações na prática de enfermagem. Neste cenário, os modelos de cuidados são entendidos como estruturas de palavras que fornecem uma determinada perspectiva da enfermagem através da inter-relação de conceitos na estrutura, utilizando esquemas, símbolos ou visualização física para explicar ideias⁸. Tais modelos emergem como estratégia para fundamentar, consolidar e orientar as práticas de cuidado, através da teorização do cuidado, e possibilitam a sistematização das ações da equipe, respondendo às necessidades reais dos pacientes⁹.

A Enfermagem possui muitas teorias e modelos conceituais orientadores das práticas de cuidado para serem aplicados pela da equipe de enfermagem nos diversos cenários. Modelos conceituais se originam de teorias ou da prática profissional, são mais globais e abstratos, e as teorias mais concretas e específicas, contribuindo para ampliar conceitualmente as práticas de cuidado da enfermagem¹⁰⁻¹¹. Na área de cuidados paliativos, destacam-se as Teorias do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, do Conforto de Katharine Kolcaba, das Necessidades Fundamentais de Virgínia Henderson e da Adaptação de Callista Roy¹², e modelos voltados para segmentos populacionais específicos ou para todos os usuários com necessidades gerais de CP¹³.

No cenário de cuidados paliativos há, ainda, a Teoria do Final de Vida Pacífico (TFVP)¹⁴, desenvolvida em 1998 pelas enfermeiras Cornelia Ruland e Shirley Moore, ganha papel de destaque, pois objetiva investigar a qualidade do processo de morrer em pacientes com doenças graves e em processo de finitude. A TFVP¹⁴ se concentra não somente na instância final da própria morte, mas também na promoção de um viver pacífico e significativo durante o tempo restante dos pacientes.

Diante disso, ao compreender que os Modelos de Cuidado de Enfermagem são ferramentas que facilitam a sistematização das práticas e têm potencial para fortalecer a qualidade dos cuidados prestados, o estudo teve como objetivo descrever o processo metodológico de construção de um modelo de cuidados de enfermagem direcionado à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos.

MÉTODO

O estudo tem como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), cuja característica principal é a articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial. A dialogicidade e a imersibilidade do pesquisador no campo prático são inerentes a essa metodologia e seu desenho apresenta um caráter metodológico de proximidade e afastamento diante do saber-fazer assistencial¹⁵.

A opção pela PCA se deve porque aplica a lógica indutivo-dedutiva com dados gerados a partir da realidade da prática da enfermagem, com aliança entre a pragmática e a ciência, ocupando lugar de importância na elaboração de modelos de cuidado¹⁶. Ressalta-se também o fato de este método viabilizar a pesquisa que emerge da prática profissional, a partir de problemas detectados no cotidiano do cuidado pelas próprias enfermeiras, que atuam na construção da pesquisa. Nesse sentido, a aderência à realidade se evidencia e a ampliação dos resultados reflete-se em novas práticas, possibilitando melhorar o cuidado.

A pesquisa foi conduzida de acordo com as fases da PCA¹⁵, quais sejam: concepção, instrumentação e perscrutação. Na etapa de concepção, que representa a escolha do tema e o estabelecimento dos objetivos da pesquisa, ocorreram inquietações da pesquisadora advindas da prática assistencial, em consonância a diálogos com a equipe de enfermagem, surgindo o problema de pesquisa.

A pesquisadora principal é enfermeira assistencial com conhecimento e formação na área de gerontologia e cuidados paliativos, e atua no hospital que serviu de campo de estudo em que foi desenvolvido o modelo. Tais requisitos se alinham aos atributos de um estudo que aplica o método da PCA.

A fase da instrumentação engloba a delineação dos procedimentos metodológicos, na qual houve a busca por evidências científicas que respaldassem as decisões sobre a escolha do local do estudo, dos participantes e do instrumento de coleta de dados.

O campo do estudo foi um hospital público no município de Fortaleza, Ceará, e sua escolha se justificou pelo fato de possuir uma unidade destinada a pacientes em CP e em processo de reabilitação, em sua grande maioria composta por pessoas idosas, chamada Unidade de Cuidados Especiais (UCE).

A unidade, local da pesquisa, conta com 18 enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem. Destes, 32 profissionais preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo, sendo todos os enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem, pertencentes à unidade. O desenho amostral na PCA é qualitativo e a avaliação da suficiência de participantes é feita com a análise preliminar dos dados e alcance da saturação com indicação do delineamento empírico da pesquisa¹⁵.

Os critérios de inclusão para os participantes foram: ser enfermeiro e/ ou técnico de enfermagem; ter sido admitido via seleção pública; experiência na assistência, em no mínimo, uma pessoa idosa em cuidados paliativos. Foram excluídos os profissionais de enfermagem que estavam de férias

ou licenciados por qualquer motivo na abrangência do período da coleta de dados; bem como os profissionais cooperados, devido à atuação esporádica na unidade para cobertura de ausências ocasionais.

A fase de perscrutação, que é caracterizada pela investigação rigorosa dos dados coletados, foi conduzida pela realização de grupos convergência (GC) com os profissionais de enfermagem para possibilitar o envolvimento de todos e fazer convergir a assistência com a pesquisa.

O convite aos profissionais foi feito pessoalmente, e cinco grupos de convergência foram realizados de forma presencial no hospital, na sala de reuniões da coordenação local de enfermagem, localizada na própria unidade. Cada grupo de convergência teve duração média de uma hora e abordou um tema específico. No entanto, como não era possível reunir todos os participantes em um único encontro, o mesmo grupo temático (por exemplo, o Grupo 1) foi realizado mais de uma vez, com sessões distribuídas nos períodos da manhã, tarde e noite. Essa organização garantiu maior flexibilidade e permitiu que os profissionais participassem conforme sua disponibilidade.

As conversações e os debates de todos os GC foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra para o processo de análise. A realização dos GC foi conduzida por roteiro pré-estabelecido, construído por meio dos resultados de uma entrevista semiestruturada realizada previamente com os participantes do estudo. O roteiro foi norteado pelas seguintes temáticas: conceitos e definições de CP; pressupostos da TFVP e a interface com os princípios dos CP; necessidades e particularidades da pessoa idosa em CP; o saber-fazer da equipe de enfermagem diante desse perfil de pacientes; sendo que o último GC recapitulou, de forma sucinta, as temáticas anteriores e teve como foco mostrar ao grupo o modelo de cuidados proveniente das discussões.

Os GC foram formados de maneira mista, integrado tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem, com uma composição que, em alguns casos, apresentava leve predominância de uma dessas categorias em relação à outra. Cada grupo contou com uma média de 10 participantes. A formação dos grupos foi organizada de forma aleatória, sem interferência nas escolhas dos integrantes.

A fase de análise, composta por quatro etapas, teve início com o processo de apreensão, no qual houve a leitura da transcrição dos GC realizados e a organização das informações. No processo de síntese, foi realizada a interpretação dos dados, reunindo os elementos relevantes.

O processo de teorização resultou na proposição de um modelo de cuidados em ambiente hospitalar para pessoas idosas em cuidados paliativos, a partir dos elementos identificados na síntese.

O Modelo de cuidados de enfermagem foi desenvolvido com base na Teoria do Final de Vida Pacífico¹⁴, que incorpora cinco conceitos bem definidos e inter-relacionados fundamentais: não sentir dor, experiência de conforto, experiência de dignidade/ respeito, estar em paz e próximo a pessoas significativas. Esses conceitos foram integrados às necessidades identificadas nos GC realizados. É considerada uma teoria de médio alcance e preditiva. Tem seu “contexto” baseado na teoria do Conforto de Kocalba¹⁴.

A Figura 1 ilustra os conceitos da TFVP e suas relações, que sustentaram a proposição do Modelo.

O processo de transferência possibilitou a significação das descobertas, e buscou contextualizá-las com a literatura em situações similares, sem generalizar a outros contextos. O modelo de cuidados foi apresentado ao grupo, que analisou e validou sua viabilidade em contexto hospitalar.

Na PCA, a validação ocorre de forma contínua em cada GC, com os participantes avaliando criticamente a aplicabilidade do modelo de cuidados e propondo ajustes conforme as demandas práticas do serviço e por meio da criação conjunta. Com base nesse processo, a validação foi realizada nos grupos, onde os profissionais discutiram o material produzido. Ao término, o conteúdo consolidado foi reapresentado aos mesmos participantes para uma última análise, a fim de assegurar a integração entre teoria e prática e confirmar a adequação do modelo à realidade assistencial e

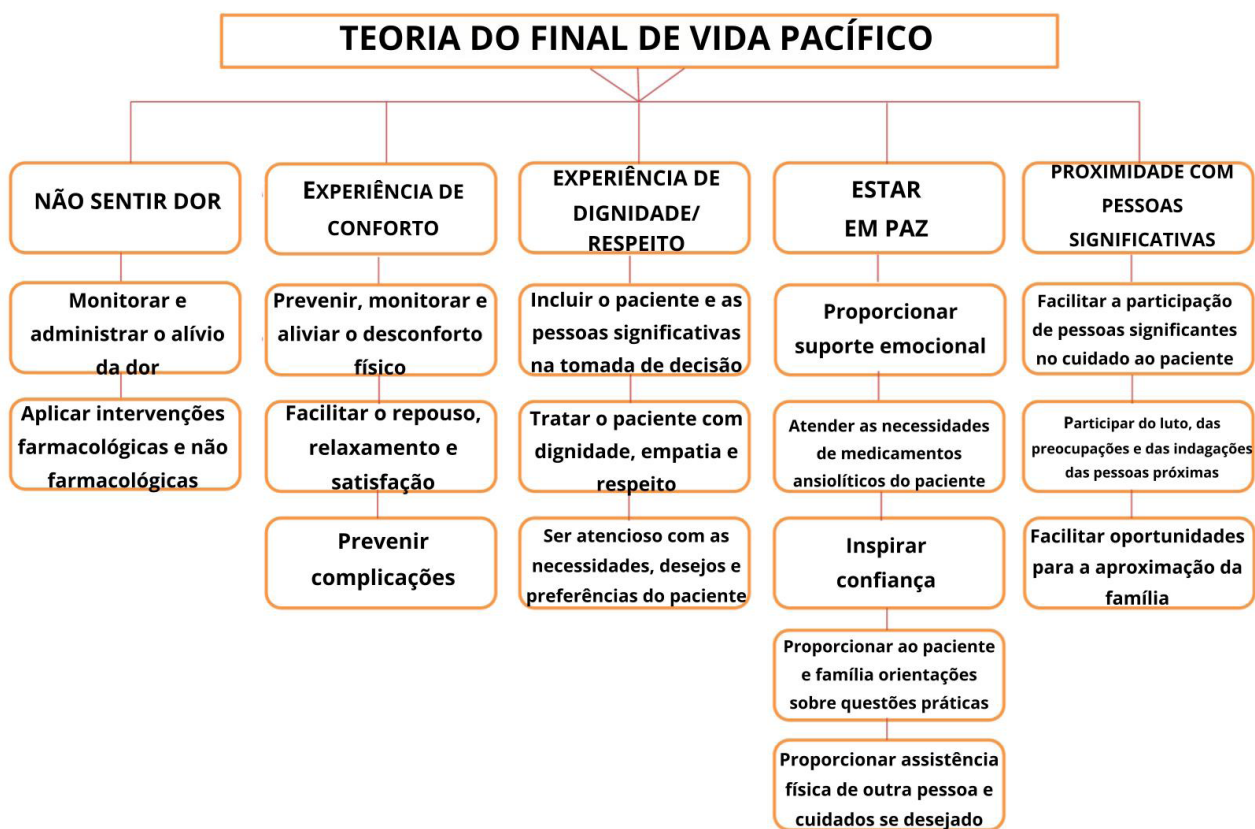


Figura 1 – Estrutura conceitual da Teoria do Final de Vida Pacífico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

operacional da instituição. A convergência de ações de prática e de informações, de modo concreto, acontece durante a obtenção de informações na prática ou paralelamente a ela e de outros momentos de negociação do pesquisador com os integrantes da prática. Constrói-se um canal aberto para melhoria da assistência, a partir da constatação científica elaborada no processo de pesquisa^{15,17}.

Para ilustrar o processo da PCA, conforme proposto na pesquisa, foi elaborado um desenho metodológico (Figura 2) que detalha as fases percorridas.

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a junho de 2024 e o anonimato dos participantes foi assegurado por meio da codificação das falas, utilizando as expressões “Enf.” (enfermeiro) e “Tec.” (técnico de enfermagem), acompanhadas de números de acordo com a ordem cronológica das pessoas que discutiam no GC.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e foi submetido à análise da Comissão Interna de Pesquisa do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, que emitiu carta de anuência para a continuidade da pesquisa. Após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, iniciou-se a coleta de dados, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

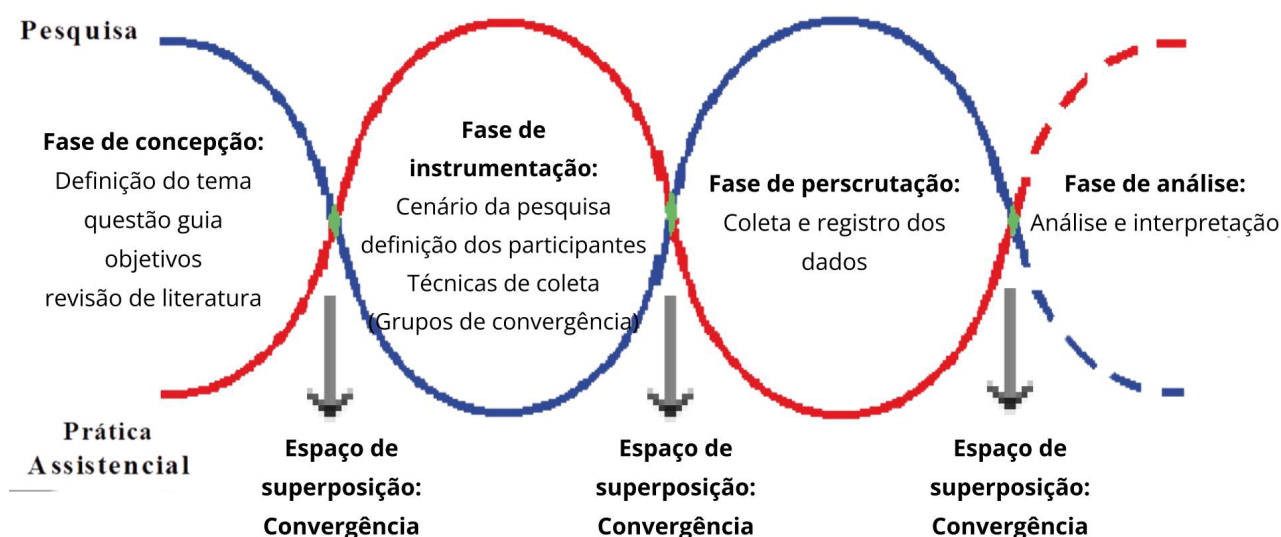


Figura 2 – Fases da Pesquisa Convergente Assistencial, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

RESULTADOS

Em relação aos profissionais do local de pesquisa, predominou pessoa do sexo feminino (68,7%) e faixa etária entre 22 e 54 anos. A maioria dos profissionais possuía mais de cinco anos de experiência na área de saúde, especificamente no contexto hospitalar.

Entre os enfermeiros, profissionais da instituição, todos possuíam conhecimento básico sobre cuidados paliativos e 61,1% (n=11) relataram ter participado de cursos de curta duração sobre o tema. Em relação aos técnicos de enfermagem, 85,7% (n=12) não tinham qualquer formação teórica sobre cuidados paliativos.

Como resultados dos cinco GC realizados, houve troca de saberes e fazeres da equipe, discussão das dificuldades enfrentadas no cotidiano e definição das competências da equipe frente à pessoa idosa em cuidados paliativos.

O primeiro GC teve o objetivo de apresentar o projeto de pesquisa aos participantes, esclarecer quaisquer dúvidas relacionadas ao estudo e divulgar o cronograma das atividades dos GCs. Esse momento inicial permitiu o alinhamento entre os participantes e a pesquisadora, garantindo o comprometimento e a compreensão dos objetivos da pesquisa.

O segundo GC buscou aproximar os participantes do referencial teórico, promovendo discussões sobre o conceito de cuidados paliativos. Nesse grupo foi evidenciado que os profissionais não possuíam conhecimento específico sobre CP, compreendendo apenas como fim de vida, conforme relatam: [...] *cuidados paliativos é um momento que a medicina não pode mais intervir em muita coisa em termos de ciência, aí vem a realização do conforto e bem-estar, mas o paciente a qualquer momento em curto prazo ele vai partir* (Tec15); [...] *tem uma coisa que acho estranho porque alguns pacientes em cuidados paliativos conversam e ele está consciente e isso eu não entendo* (Tec18).

Desenvolveu-se uma discussão em grupo para estimular que os participantes conversassem sobre a abrangência dos CP desde o momento que a pessoa recebe o diagnóstico de uma doença grave, ameaçadora à vida e causadora de intenso sofrimento até os momentos finais de vida. Desta forma, foi possível que os participantes identificassem as fases em CP, especificamente no que diz respeito ao final de vida.

O terceiro GC discutiu e apresentou a Teoria do Final de Vida Pacífico, que fundamenta o estudo. Os participantes analisaram os pressupostos teóricos e refletiram sobre a aplicabilidade dessa teoria na prática de enfermagem com foco no cuidado à pessoa idosa: [...] *significa encontrar maneiras de agregar conforto e paz aos pacientes* (Enf01); *Nosso foco é no alívio da dor e na promoção do bem-estar emocional, proporcionando um ambiente de cuidado amoroso e livre de julgamentos* (Enf02); [...] *ela traduz nosso compromisso com o bem-estar integral do paciente [...] como enfermeiros estamos aqui para oferecer suporte emocional alívio da dor e respeito às escolhas individuais garantindo que cada momento conte para nossos pacientes e suas famílias* (Enf16); [...] *eu acredito que ela (teoria) fale que devemos adaptar nossas práticas para atender às necessidades individuais de cada paciente respeitando suas preferências e valores pessoais* (Téc08).

Esse encontro oportunizou aos enfermeiros e técnicos a discussão, com base em uma teoria de enfermagem, de suas ações a fim de incluí-las como práticas baseadas em um arcabouço teórico-científico.

Durante o quarto GC, o grupo revisou todas as considerações feitas até o momento, incluindo os apontamentos desde o primeiro encontro. Essa revisão permitiu a visualização e a modificação das informações ao longo das diferentes fases. Discutiu o saber-fazer da equipe de enfermagem frente aos desafios do cuidado de pessoas idosas em cuidados paliativos. A discussão partiu das reflexões teóricas dos encontros anteriores e promoveu um diálogo sobre como integrar os conceitos teóricos às práticas cotidianas da enfermagem. [...] *priorizamos a avaliação e o manejo adequado da dor e de outros sintomas como dispneia náuseas e fadiga, utilizamos escalas para controle de sintomas para garantir o máximo conforto* (Enf01); [...] *o idoso tem a pele mais frágil, então implementamos protocolos de cuidados de pele para prevenir lesão por pressão* (Enf02); [...] *a gente deve cuidar do local também. Um ambiente barulhento e sujo não é o ideal para esse tipo de cuidado* (Enf15); [...] *verificar sinais vitais, fazer a higiene, a medicação, trocar fraldas, ficar atento à dor, dispneia, febre, conversar com o acompanhante e com o paciente explicar as coisas* (Tec22).

Nesse grupo foi possível evidenciar uma ausência de padronização do cuidado, pois cada participante expressou suas percepções e se surpreendia com as observações dos outros, como se não tivessem considerado esses pontos anteriormente. Os relatos, nesse momento, refletiram a surpresa dos profissionais de enfermagem em perceber a extensão dos cuidados que realizam e o fato de muitas vezes não reconhecerem em si mesmos o potencial e a importância dessas ações.

O quinto GC resultou na finalização dos encontros e juntamente com as demais etapas foi essencial para a construção do modelo de cuidados à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos, agora com o olhar do grupo e a concordância de ideias de um modelo, apresentado na Figura 3.

Ao final da discussão, os participantes destacaram que, no contexto dos cuidados paliativos, o objetivo central é proporcionar conforto ao paciente, amenizar sofrimento, respeitar o ser humano e dignificá-lo. Esse enfoque pode ser alcançado por meio de diversas abordagens, o que levou ao desenvolvimento de um modelo específico de cuidados paliativos.

O modelo elaborado foi estruturado em três pilares fundamentais. O primeiro abrange as atividades essenciais a serem realizadas pela equipe de enfermagem, a fim de promover o conforto dos pacientes idosos em cuidados paliativos, com ênfase no controle da dor e de outros sintomas físicos, bem como na atenção ao ambiente estrutural.

O segundo concentra-se nas ações de conforto destinadas a fornecer suporte aos familiares e pessoas significativas ao paciente.

O terceiro e último aborda os aspectos essenciais para proporcionar ao paciente experiências de dignidade e respeito, com foco na manutenção da paz como formas de promover, manter e preservar o conforto.

Modelo de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos

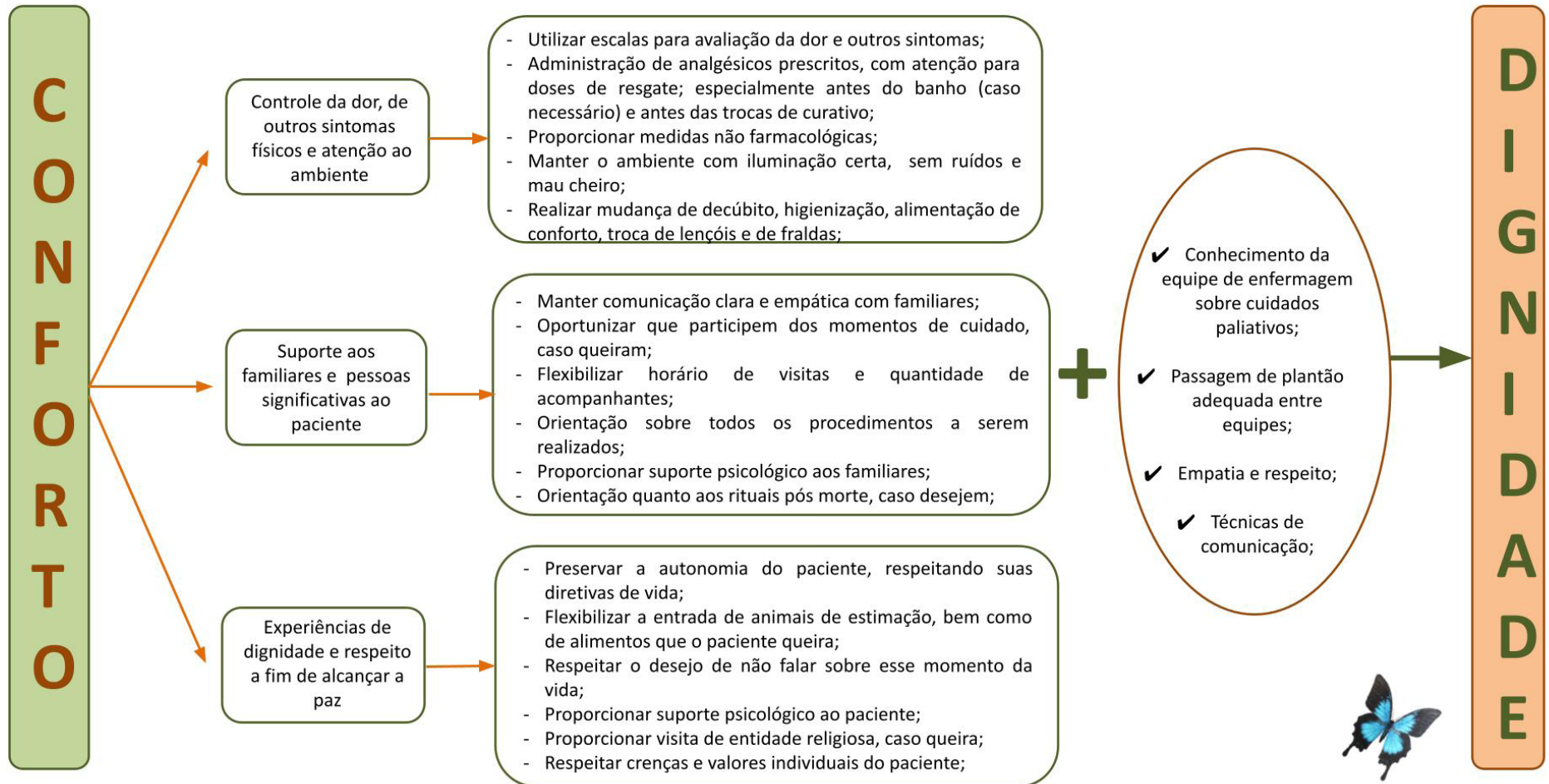


Figura 3 – Modelo de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

DISCUSSÃO

Na enfermagem, os modelos assistenciais de cuidado são maneiras de estruturar as tecnologias e os materiais empregados nos processos de trabalho. Esses modelos buscam abordar problemas individuais e coletivos, aproximando a teoria da prática, com o objetivo de atender às necessidades de saúde identificadas¹⁷.

O processo metodológico da PCA, portanto, possibilitou a integração da ciência com a melhoria da prática assistencial, bem como revisitar o conhecimento que compõem o saber-fazer do cotidiano, sendo essencial para o planejamento do cuidado. Igualmente, a escolha de uma fundamentação teórica direcionada ao paciente em cuidados paliativos, com ênfase no conforto integral, fortalece o modelo proposto, assegurando qualidade e atendimento fundamentado no cuidado respeitoso e humano.

Neste contexto, destaca-se o saber-fazer da equipe de enfermagem na busca incessante por cuidado qualificado, humanizado e ético, com o enfermeiro desenvolvendo seu planejamento de ações fundamentadas em conhecimento científico e, especialmente, fortemente arraigado na ciência junto à equipe multiprofissional, visto que combina conhecimento técnico e científico, e teorias de enfermagem, para oferecer um atendimento eficaz e baseado em evidências.

As etapas da pesquisa apontaram um número elevado de profissionais com conhecimento insuficiente sobre CP. Estudos^{6,7,18-19} realizados com profissionais de enfermagem já formados e estudantes de graduação constataram resultado semelhante, evidenciando a carência da abordagem desse tópico durante a formação acadêmica, o cotidiano profissional e a pouca consciência de órgãos gestores da saúde pública para a necessidade de CP.

Neste sentido, aponta-se que uma das principais dificuldades para a prática cotidiana dos cuidados paliativos é a comunicação de más notícias, considerando o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a desesperança e a morte. Nesse contexto, a ausência de uma comunicação clara e continua com a família e com o doente, compromete a execução satisfatória dos serviços paliativos, uma vez que não é ofertado a esses indivíduos um total esclarecimento sobre a doença e os cuidados prestados²⁰⁻²¹.

Um aspecto positivo identificado foi a sensibilização dos participantes sobre a necessidade de adquirir embasamento teórico em CP para fundamentar a prática cotidiana, que se faz necessária, especialmente considerando os atuais perfis de saúde da população.

A partir dessa sensibilização, o modelo de cuidados foi estruturado, sendo o primeiro pilar, chamado de 'Controle da dor, de outros sintomas físicos e atenção ao ambiente', o qual emergiu da preocupação dos profissionais em identificar e aliviar questões relacionadas ao controle dos sintomas físicos, com ênfase na dor e tanto a TFVP quanto os CP convergem nesse aspecto, no qual o manejo da dor e de outros sintomas assume um papel prioritário no cuidado ao paciente, como também a preocupação com o saber e fazer na administração de analgésicos, muito requerido pelas pessoas idosas.

Estudos²²⁻²³ recentes apontam, entre os profissionais da enfermagem, a preocupação com o controle da dor, na qual o uso de escalas para avaliação analgésica, administração de analgésicos e/ou opióides, como também a evolução desse cuidado até a sedação paliativa, quando não se consegue mais controlar sintomas, foram citados como estratégias diante da complexidade de abordagem da dor.

Embora os profissionais de enfermagem estejam frequentemente atentos ao controle algíco, muitos não estão familiarizados com as escalas de avaliação da dor. Aqueles que utilizam, muitas vezes, não têm a convicção de que esses instrumentos servem como guias essenciais para a tomada de decisão, como a administração de medicamentos²³.

Estudo realizado com pacientes em CP evidenciou que equipes mais bem preparadas e especializadas possuem desempenho mais satisfatório no controle de sintomas quando comparadas a outros profissionais sem preparação prévia²⁴.

O segundo pilar, chamado de 'Suporte aos familiares e pessoas significativas ao paciente', destaca a importância de envolver a família e de criar oportunidades para fortalecer a conexão com o paciente, cuja ideia também é compartilhada pela TFVP¹⁴.

De acordo com os participantes do estudo, uma abordagem eficaz para que isso ocorra é o desenvolvimento de um ambiente que promova conforto, compreensão sobre os modos de manifestação da dor, confiança e apoio ético entre todos os envolvidos.

A presença da família também foi destacada como fundamental no CP em outros estudos^{23,25}, ao considerar que o cuidador familiar desempenha um papel essencial na tomada de decisões em conjunto com a equipe de saúde, pois promove segurança e bem-estar ao paciente, além de estimular a participação no cuidado diário. O diálogo, a escuta e o acolhimento, especialmente durante a comunicação de notícias difíceis, são frequentemente negligenciados ou inadequadamente realizados devido às limitações estruturais das instituições de saúde e falta de preparo da equipe e/ou um saber-fazer sem base científica.

O terceiro pilar, intitulado 'Experiências de dignidade e respeito a fim de alcançar a paz', destacou a importância do olhar atento aos aspectos psicológicos e espirituais, reconhecendo sua relevância na experiência com os pacientes em cuidados paliativos.

O sofrimento psíquico por parte dos pacientes e familiares durante o processo de adoecimento pode desencadear sintomas como ansiedade, tristeza e fadiga, cuja manifestação é amplamente variável e individualizada. Nesse contexto, estudos²⁶⁻²⁷ afirmam que os sintomas emocionais, em particular, têm se mostrado significativamente prevalentes e intensos, especialmente entre pessoas idosas.

O medo do desconhecido gera muitas angústias e considerar esses sofrimentos psíquicos a partir de um diagnóstico psicossocial é de fundamental importância clínica para a prática da beneficência e da não maleficência²⁷.

Neste terceiro pilar, o processo de tomada de decisão compartilhado com os pacientes e seus familiares emerge como expressão de respeito à autonomia e cria oportunidades para reflexões conjuntas sobre o planejamento terapêutico com a equipe assistente. A manutenção da autonomia de pacientes até a fase final de vida é desafiadora e requer uma abordagem contextualizada, com definição de metas de cuidado e ética²⁸.

Para além de demandas emocionais, o processo de adoecimento gera demandas espirituais que afetam diretamente o bem-estar do paciente, sendo que a espiritualidade está relacionada à qualidade de vida e menor incidência de sintomas, impactando positivamente os desfechos em CP para pacientes e suas famílias²⁶.

A espiritualidade auxilia os profissionais a entender o processo pelo qual o paciente passa e a como ajudá-lo da melhor maneira. Além disso, traz tranquilidade e força para lidar diante de situações difíceis, como a perda de um enfermo que estava sob seus cuidados. No contexto dos cuidados paliativos é relevante, pois os profissionais de saúde precisam melhorar o suporte ao paciente e o cuidado relacionado à espiritualidade das pessoas, por meio de comunicação mais efetiva, autorreflexão e autoconsciência sobre a morte e seu significado, gerando um reconhecimento do medo diante da morte e maior empatia entre os pacientes, familiares e profissionais²⁹.

No cotidiano das pessoas idosas, a espiritualidade, se constitui como estratégia utilizada para enfrentar desafios, desconfortos e incertezas do processo de adoecimento, se caracterizando, em situações desafiadoras da vida como uma busca pelo sentido da vida, que ocorre diariamente diante do vazio existencial instalado³⁰.

É fundamental reconhecer a singularidade de cada ser humano, cujas crenças e valores influenciam profundamente seu comportamento individual, tanto nas atitudes quanto no modo de pensar. Esses fatores desempenham um papel essencial na formação das condutas e decisões, tornando indispensável uma abordagem personalizada no cuidado e na compreensão das diferentes perspectivas humanas.

CONCLUSÃO

A pesquisa convergente assistencial possibilitou a elaboração de um modelo de cuidados de enfermagem para pessoas idosas em cuidados paliativos, viabilizando mudança para a prática assistencial a partir da incorporação de novos saberes produzidos em articulação com os sujeitos envolvidos no cuidado. O modelo respondeu à questão norteadora ao oferecer contribuições significativas para a qualificação da assistência, a partir de uma lacuna identificada na prática, no cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar.

A translação do conhecimento aconteceu nas discussões com base na Teoria do Final de Vida Pacífico, fundamentando a pesquisa convergente assistencial para sistematizar a prática. Permitiu sensibilizar o grupo por meio da “dança” entre ação da prática assistencial e ação de pesquisa, de modo a mostrar, redefinir e propor melhorias no cuidado apoiado no constructo de convergência.

Considera-se como limitação do estudo o fato de não se ter resultados da aplicação do modelo na prática assistencial, pois apesar de ter ocorrido a convergência entre as ações da prática e da pesquisa, sua implantação depende da gestão e do empenho dos participantes, de modo que o processo de incorporação ocorra de forma consistente e seja capaz de promover mudanças concretas na prática assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Moura RBB, Barbosa JM, Gonçalves MCR, Lima AMC, Melo CB, Piagge CSLD. Nutritional interventions for older adults in palliative care: A scoping review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 15];24(5):e220063. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.220063.pt>
2. World Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2020 [acesso 2022 Mar 06]. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/item/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020>
3. Cordeiro FR, Kruse MHL. Is it possible to die at home? Analysis of the Brazilian and French scenarios. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Mar 06];28:e20170602. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0602017-060>
4. Radbruch L, Lima L, Knaut F, Woodruff R, Yong J, Pastrana T. Redefining Palliative Care: A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Abr 12];60(4):754-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. 2024 [acesso 2025 Mar 24]. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
6. Ribeiro BS, Coelho TO, Boery RNSO, Vilela ABA, Yarid SD, Silva RS. Ensino dos cuidados paliativos na graduação em enfermagem do Brasil. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 15];10(6):131-6. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2786>
7. Cezar VS, Waterkemper R, Rabin EG, Castilho RK, Reys KZ. Continuous Education in Palliative Care: An Action Research Proposal. *Rev Peq* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 15];11(2):324-32. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.324-332>

8. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e sua obra. 5. ed. Pêro Pinheiro, (PT): Lusociência; 2004.
9. Arruda C, Silva DMGV. Modelo de cuidados de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus hospitalizadas. Porto Alegre, RS(BR): PLUS/Simplíssimo; 2019.
10. Fawcett J. A Framework for Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Nurse Educator [Internet]. 1980 [acesso 2024 Jun 22];5(6):10-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006223-198011000-00003>
11. Brandão MAG, Barros ALBL, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2022 Maio 15];72(2):577-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
12. Ribeiro BMSS, Dalri RCMB. Guiding nursing theories focusing on palliative care. J Nurs Health [Internet]. 2021 [acesso 2024 Set 07];12(1):e2212121185. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2254>
13. Sullivan DR, Teno JM, Reinke LF. Evolution of palliative care in the department of veterans affairs: Lessons from an integrated health care model. J Palliat Med [Internet]. 2022 [acesso 2024 Maio 17];25(1):15-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0246>
14. Ruland CM, Moore SM. Theory constructions based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook [Internet]. 1998 [acesso 2021 Mar 15];46:169-75. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)
15. Trentini M, Paim L, Silva DGV, Souza SS. Um giro pelo processo da pesquisa convergente assistencial. Curitiba, PR(BR): Editora CRV; 2022.
16. Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [acesso 2021 Jul 23];65(6):1019-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000600019>
17. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [acesso 2021 Jul 23];26(4):e1450017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>
18. Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 15];101:104892. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104892>
19. Gonçalves RG, Oliveira LPBA, Silva CJA, Elias TMN, Nogueira ILA, Menezes RMP. Palliative care in nursing training: Higher education course coordinators' perception. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023 [acesso 2024 Set 07];76(3):e20220222. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0222pt>
20. Verri ER, Bitencourt NAS, Oliveira JAS, Santos Jr R, Marques HS, Porto MA, et al. Nursing professionals: Understanding about pediatric palliative care. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 15];13(1):126-36. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234924/31140>
21. Kurogi LT, Vieira CALG, Ramalho RM, Silva AW. Implantação e implementação de serviços em cuidados paliativos. Rev Bioética [Internet]. 2023 [acesso 2024 Mar 15];30(4):825-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/sNrsYtmbycSGChtvSdbc.wtF/>
22. Silva TP, Silva LF, Cursino EG, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Pacheco STA. Cuidados paliativos no fim de vida em oncologia pediátrica: um olhar da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021 [acesso 2023 Ago 19];42:e20200350. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200350>

23. Moscoso CR, Cordeiro FR, Gomes MP, Oliveira SG, Zillmer JGV. Assistance practices of medical and nursing teams for hospitalized people in palliative care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Ago 19];32:e20230080. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0080pt>
24. Silva MAS, Diniz MA, Carvalho RT, Chiba T, Mattos-Pimenta CA. Palliative care consultation team: Symptom relief in first 48 hours of hospitalization. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Mar 15];73(6):e20190391. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0391>
25. Buljac-Samardzic M, Clark MA, Exel NJAV, Wijngaarden JDHV. Patients as team members: Factors affecting involvement in treatment decisions from the perspective of patients with a chronic condition. *Health Expect* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 15];25(1):138-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.13358>
26. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL, Penha RM, Jaman-Mewes P, Salvetti MG. Spiritual well-being, symptoms and functionality of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Set 07];76(2):e20220007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007pt>
27. Oliveira SG, Pacheco STA, Nunes MDR, Caldas CP, Cunha AL, Peres PLP. Bioethical aspects of the health care provided to older adults at the end of their lives. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Maio 15];28:e47321. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.47321>
28. Tahmasebi M. Ethics and palliative care: A case of patient's autonomy. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2022 [acesso 2024 Set 07];15:16. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/jmehm.v15i16.11574>
29. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 15];19(1):9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
30. Frankl VE. *Logoterapia e análise existencial: texto de seis décadas*. Rio de Janeiro, RJ(BR): Forense Universitária; 2017.

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Modelo de cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, em 2024.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Lima ALA, Freitas MC.

Coleta de dados: Lima ALA, Souza Júnior JL, Aprígio GJ.

Análise e interpretação dos dados: Lima ALA, Silva HG, Freitas MC.

Discussão dos resultados: Lima ALA, Freitas MC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Lima ALA, Souza Júnior JL, Aprígio GJ, Freitas MC.

Revisão e aprovação final da versão final: Lima ALA, Silva LF, Ferreira MA, Freitas MC.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, parecer n. 6.842.503, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 77789124.1.0000.5534.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: José Luís Guedes dos Santos, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 06 de dezembro de 2024.

Aprovado: 29 de maio de 2025.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados gerados e/ou analisados durante o presente estudo não estão disponíveis publicamente em razão de restrições éticas e de confidencialidade com os participantes, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informações adicionais podem ser obtidas mediante solicitação justificada ao autor correspondente.

AUTOR CORRESPONDENTE

Ana Luiza Almeida de Lima.

luiza.ana1503@gmail.com