



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE

MARÍLIA RIBEIRO ONOFRE

CUIDADOS PALIATIVOS: REPRESENTAÇÕES DA EQUIPE DE ATENÇÃO A
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

FORTALEZA - CEARÁ
2015

MARÍLIA RIBEIRO ONOFRE

CUIDADOS PALIATIVOS: REPRESENTAÇÕES DA EQUIPE DE ATENÇÃO A
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Célia de Freitas

FORTALEZA - CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Onofre, Marília Ribeiro .

Cuidados paliativos: representações da equipe de atenção a idosos institucionalizados [recurso eletrônico] / Marília Ribeiro Onofre. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 93 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Célia de Freitas.

1. Cuidados paliativos. 2. Idosos. 3. Asilos. 4. Equipe de assistência ao paciente. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Marília Ribeiro Onofre**
realizada no dia 01 de Abril de 2015.

Ao primeiro dia do mês de abril do ano dois mil e quinze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Maria Célia de Freitas, Maria Lúcia Duarte Pereira e Maria Vilani Cavalcante Guedes sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda, **Marília Ribeiro Onofre** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Cuidados Paliativos: Representações da Equipe de Atenção a Idosos Institucionalizados*", A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:00 as 16:15, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda aprovada, por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, Maria Célia de Freitas que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Maria Célia de Freitas
Profa. Dra. Maria Célia de Freitas - UECE
(Orientadora e Presidente)

Maria Lúcia Duarte Pereira
Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira - UECE
(1º membro)

Maria Vilani Cavalcante Guedes
Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes - UECE
(2º membro)

AGRADECIMENTOS

À minha família e ao meu noivo por ter me dado suporte para que chegasse até aqui. Agradeço pelo amor incondicional.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Célia de Freitas, que desde o início da Faculdade esteve incentivando meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada pelos ensinamentos e dedicação.

Às professoras Marcia de Assunção Ferreira, Maria Lúcia Duarte Pereira, Maria Vilani Cavalcante Guedes, que contribuíram para a realização da dissertação. Obrigada pela atenção e pelos conhecimentos compartilhados.

Aos companheiros integrantes da Linha de Pesquisa Cuidados Clínicos de Enfermagem ao Idoso e as Práticas Educativas, do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS) da Universidade Estadual do Ceará, que sempre estão juntos a mim compartilhando e buscando o conhecimento científico, onde vivemos muitos momentos agradáveis.

A equipe de atenção aos idosos institucionalizados em cuidados paliativos, sujeitos deste estudo, pela contribuição para a pesquisa.

Aos alunos do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, pelas amizades construídas.

RESUMO

Objetivou-se no estudo apreender as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos. Estudo exploratório e descritivo, embasado na Teoria das Representações Sociais. O estudo foi realizado em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos, localizadas no município de Fortaleza-CE. Pesquisa realizada com 53 profissionais que cuidam diretamente dos idosos em cuidados paliativos, dentre eles foram 5 Enfermeiros, 1 Médico, 7 Fisioterapeutas, 5 Assistentes Sociais, 1 Dentista, 1 Terapeuta Ocupacional, 11 Técnicos de Enfermagem, 12 cuidadores e 10 Instrutores. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2014. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com número de parecer 789.904/2014. Para a obtenção de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada e individual composta por dados sociodemográficos e perguntas abordando as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos. Os dados coletados através da entrevista semiestruturada foram analisados pela técnica de análise lexical. Foi utilizado o *software* Alceste (*Analyse lexicale par contexte d'un ensemble de segments de texte*) versão 2012, revelando a distribuição dos conteúdos em 3 classes. A classe 1 expressa os próprios conceitos dos cuidados paliativos que a equipe possui. Observa-se, a apresentação de formas diversas dos conceitos sobre cuidados paliativos desde o que é preconizado pela organização mundial de saúde, até visões positivas e negativas sobre a temática. A classe 2 traz as ações que representam os cuidados paliativos a idosos institucionalizados, destacam-se nos discursos ações ligadas ao paciente dependente para atividades de enfermagem básicas como o banho, troca de fraldas, mudança de decúbito. Apesar das inúmeras possibilidades de ações frente aos cuidados paliativos. Observa-se que a representação do perfil do idoso elegível aos cuidados paliativos está fortemente atrelada a pacientes dependentes, sendo cadeirantes ou acamados. A classe 3 demonstra as relações entre a equipe, onde se destacam nos discursos as profissões, os vínculos e os ambientes em que elas ocorrem. Como princípio dos cuidados paliativos espera-se que a equipe atue de forma interdisciplinar para que possa abranger todas as necessidades biológicas, psicossociais e espirituais. Entretanto, ainda é revelado nos discursos que ocorre um

serviço fragmentado por disciplina, havendo pouca interação entre a equipe e hierarquia vertical nas relações. Demonstrando assim, que o profissional tendo o conhecimento científico ou não acerca dos cuidados paliativos na sua prática ainda encontra-se divergindo dos conceitos relatados. Dessa forma, é imprescindível a capacitação científica e pessoal dos profissionais da equipe de atenção aos idosos institucionalizados baseados em tais representações para melhor assistência aos pacientes sem possibilidades de cura.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Idosos. Asilos. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

The objective of the study understand the social representations of the care team institutionalized elderly about palliative care. Exploratory and descriptive study, based on the Theory of Social Representations. The study was conducted in two long-stay institutions for the elderly, located in Fortaleza-CE. Research involving 53 professionals who take care of the elderly directly in palliative care, among them were 5 nurses, 1 Doctor, 7 Physiotherapists, Social Workers 5, 1 dentist, 1 Occupational Therapist, 11 nursing technicians, 12 caregivers and 10 instructors. Data collection occurred from September to December 2014. The study was approved by the Research Ethics Committee of Ceará State University with opinion number 789 904/2014. To obtain data we used semi-structured interviews and individual composed of sociodemographic data and questions addressing the social representations of staff attention to institutionalized elderly about palliative care. The data collected through semi-structured interviews were analyzed using lexical analysis. We used the Alceste software (Analyse lexicale pair context d'un ensemble of segments of texte) version 2012, revealing the distribution of content in 3 classes. The class 1 expresses the very concepts of palliative care that the staff has. It is observed, the presentation of various forms of the concepts of palliative care from what is recommended by the world health organization, to positive and negative views on the subject. Class 2 brings the shares representing palliative care institutionalized elderly, stand out in speeches actions related to the patient dependent for basic nursing activities such as bathing, diapering, decubitus change. Despite the numerous possibilities of action in the face palliative care. It is observed that the representation of the elderly profile eligible for palliative care is closely tied to dependent patients, wheelchair or bedridden. Class 3 demonstrates the relationship between the team, which highlight the speeches professions, bonds and the environments in which they occur. As a principle of palliative care is expected that the team acts in an interdisciplinary way so you can cover all the biological, psychosocial and spiritual needs. However, it is also revealed in the speeches that there is a fragmented service by discipline, with little interaction between staff and vertical hierarchy in relations. Thus demonstrating that the professional with scientific knowledge or not about palliative care in their practice still is considerably lower than

those reported concepts. Thus, it is essential to scientific and personal training professionals team of attention to institutionalized elderly based on such representations to better care for patients without possibility of cure.

Keywords: Palliative care. Elderly. Nursing homes. Patient care team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
GRUPEESS	Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade
PPCCLIS	Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UECE	Universidade Estadual do Ceará

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	Representação gráfica do número de UCE. Fortaleza-CE, 2014...	39
Figura 02 -	Representação gráfica do número de palavras analisáveis por classe. Fortaleza-CE, 2014.....	40
Figura 03 -	Divisão das classes: Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza-CE, 2014.....	41
Figura 04 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente Fortaleza-CE, 2014.....	43
Figura 05 -	Classificação Hierárquica Ascendente. Fortaleza-CE, 2014.....	45
Figura 06 -	Evolução dos cuidados paliativos.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações.....	39
Quadro 02 -	Temas, classes produzidas pelo ALCESTE e suas respectivas denominações.....	44
Quadro 03 -	Palavras representativas da classe 1.....	49
Quadro 04 -	Palavras representativas da classe 2.....	62
Quadro 05 -	Palavras representativas da classe 3.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2014.....	46
--	----

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	15
1.2	QUESTÕES NORTEADORAS.....	17
1.3	JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	18
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	BASES CONCEITUAIS.....	22
3.1	ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	22
3.2.1	O cuidar.....	22
3.2.2	Historicidade e definições dos cuidados paliativos.....	23
3.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE O IDOSO.....	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	31
4.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	31
4.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
4.2.1	Tipo de estudo.....	35
4.2.2	Local de coleta de dados.....	35
4.2.3	Participantes.....	36
4.2.4	Estratégia de coleta de dados.....	36
4.2.5	Questões éticas.....	37
4.2.6	Análise e apresentação de dados.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1	PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	46
5.2	PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS.....	48
5.2.1	Análise da classe 1: os conceitos de cuidados paliativos da equipe de atenção a idosos institucionalizados.....	48
5.2.1.1	Subcategoria da classe 1: conceitos positivos dos cuidados paliativos.....	48
5.2.1.2	Subcategoria da classe 1: conceitos negativos dos cuidados paliativos.....	55

5.2.2	Análise da classe 2: ações que representam os cuidados paliativos a idosos institucionalizados.....	61
5.2.3	Análise da classe 3: as relações entre a equipe de atenção a idosos institucionalizados nos cuidados paliativos.....	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES.....	82
	APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico e roteiro da entrevista semi-estruturada da equipe de atenção a idosos.....	83
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	84
	APÊNDICE C – Solicitação de autorização da instituição 01.....	85
	APÊNDICE D – Solicitação de autorização da instituição 02.....	89
	APÊNDICE E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	89

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

O Cuidado Paliativo é prestado ao paciente com doenças avançadas ou em fase terminal que podem interromper a vida, nas diferentes fases de evolução da doença, sendo este realizado por uma equipe interdisciplinar. O foco desse cuidado não é a cura ou controle da doença, mas o paciente e sua família, objetivando promover o controle dos sintomas e minimizando o sofrimento gerado pela doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidado paliativo como uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento. Como requisito para prestar esse cuidado está a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2004).

O cuidado paliativo é uma temática debatida mundialmente, entretanto constata-se uma lacuna na formação dos profissionais de saúde para atuar nessa perspectiva. Até mesmo no momento de identificar quais pacientes necessitam de cuidados paliativos existe um mito entre os profissionais de que somente o paciente com neoplasia é elegível para o cuidado, o que é uma visão errônea, pois existe além da neoplasia uma série de enfermidades crônicas degenerativas e progressivas, com prognóstico de vida supostamente encurtado, como: síndromes demenciais, doenças neurológicas degenerativas progressivas, sequelados por isquemia cerebral, entre outras (MACIEL, 2008).

Uma parcela populacional que necessita em especial desses cuidados são os idosos. A maioria dos idosos morrem devido às consequências do acúmulo de múltiplas doenças degenerativas somada à fragilidade gerada pelas alterações biológicas esperadas da própria idade, acarretando em um adoecimento de período prolongado que envolve grande dependência por parte dos idosos. Esse fato mostra que este grupo etário é um dos que mais precisam dos cuidados paliativos, para que se evite o sofrimento desproporcional e que possam morrer com dignidade (BRASIL, 2010; PESSINI; BERTACHINI, 2005).

No Brasil, consoante ao perfil mundial, vêm ocorrendo o aumento do número de pessoas idosas. Configurando assim uma revolução demográfica brasileira, gerando uma nova composição etária. No Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2000, o número de idosos no Brasil era de 14,5 milhões (8% da população total). Em 2010, já chegava a faixa de 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira. Estima-se que em 2030 a população idosa, poderá chegar a 30 milhões de pessoas, ou seja, 13% da população. Números que preocupam e geram incertezas aos futuros idosos (BRASIL, 2010).

Segundo indicadores do IBGE, o Brasil modificou seu perfil de mortalidade, o que antes era mais de uma população jovem, agora destaca-se a parcela populacional de idosos e é caracterizado por doenças complexas e onerosas próprias da faixa etária. Em estudos de 2003, observou-se que entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres. Demonstrando que as doenças crônicas vêm crescendo de forma importante com o avançar da idade (BRASIL, 2009).

O aumento significativo do número de idosos brasileiros e a concentração dos óbitos em idades elevadas alertam para a necessidade de priorizar as políticas de saúde ao idoso, em recursos físicos, financeiros e humanos. Dentro do quesito de recursos humanos destaca-se a deficiência na formação de profissionais aptos a prestar assistência adequada e com qualidade ao idoso.

Os cuidados paliativos podem ser utilizados em diversas situações e ambientes, portanto devendo ser realizado também na Instituição de Longa Permanência para Idosos, onde possui o contexto de diversos idosos elegíveis a esses cuidados. Dados mostram que os principais motivos da institucionalização são as sequelas de doenças crônicas, sendo assim desde o início necessitados de cuidados paliativos (FREIRE; TAVARES, 2005). A própria institucionalização torna-se fator de risco para o aumento da dependência e fragilidade, visto que essas pessoas são privadas da sua liberdade, seus projetos, pois encontram-se afastados de seu lar, laços familiares e de tudo que fez parte da sua história de vida. Um fator importante a ser citado que influencia na diminuição da autonomia é a falta de

estímulo por parte dos funcionários para que o idoso seja independente, preferindo realizarem atividades pelos idosos por ser mais rápido ou seguro.

A equipe de atenção aos idosos institucionalizados, responsáveis pelos cuidados prestados aos idosos, é uma equipe multiprofissional, composta por instrutores, cuidadores, cozinheiros, vigias, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, pedagogos, diretores, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, médicos, dentista, administradores, educadores físicos, nutricionistas, motoristas, auxiliares de serviços gerais, responsáveis pela rouparia, lavanderia e almoxarifado. Dentro desta equipe alguns profissionais têm mais atribuições e vínculos com os idosos, entretanto todos necessitam de preparo para favorecer um cuidado direcionado à qualidade de vida, individualização e respeito pelo idoso em sua fase terminal e pelos seus familiares.

Os profissionais que cuidam de idosos precisam estar presentes como pessoas capazes de saber e realizar os cuidados paliativos específicos ao idoso, assim, conhecer as percepções e o grau de deficiência de conhecimento em cuidados paliativos dos profissionais se mostra estritamente necessários para que seja modificada essa realidade.

Diante desse contexto, para entender qual o significado de cuidados paliativos para a equipe de atenção a idosos institucionalizados, despertou à ideia de desenvolver um estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Moscovici (2012) que possibilita tornar o desconhecido, em familiar com a realidade percebida pelo individual e coletivo mediante a comunicação.

O objetivo da TRS é entender os fenômenos no homem por uma perspectiva tanto coletiva quanto individual, portanto, é explicar como ocorre a cultura e a construção do conhecimento sobre determinado assunto na sociedade e nas relações interpessoais (MOSCOVICI; 2012).

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

A partir de vivências no campo de prática e de pesquisa, e no aprofundamento sobre o assunto em pauta, emergiram os seguintes questionamentos que nortearam o desenvolvimento da presente pesquisa: Quais

são as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos? Que elementos/conteúdos integram essas representações? Quais os fatores que influenciam na construção destas representações? Que características moldam as ações da equipe de atenção a idosos institucionalizados acerca dos cuidados paliativos?

Tais questionamentos são inerentes à crença segundo a qual as precoces discussões sobre os temas, possibilitam sensibilizar a equipe de atenção em relação aos idosos em cuidados paliativos, permitindo melhorar a atenção de cuidar e ainda, compreender e renovar conceitos, sanar estereótipos e firmar atitudes em relação aos cuidados paliativos, revelados pela construção de novos paradigmas fundamentados em conhecimentos que permitam cuidar com qualidade.

1.3 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A opção pelo tema advém, primeiramente, pelo interesse sobre o assunto abordado. Ressalta-se, ainda, a atuação no desenvolvimento de estudos sobre idosos institucionalizados da Linha de Pesquisa Cuidados Clínicos ao idoso e as práticas educativas do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade, levantando outros questionamentos ao término das pesquisas e assim a necessidade de novos estudos. A participação nas discussões em grupo, pesquisas de campo e atividades de extensão fortaleceram o desejo de conhecer em profundidade os conteúdos referentes ao envelhecimento humano e trazer contribuições às instituições pesquisadas para beneficiar aos idosos na melhoria de seus cuidados.

A parcela populacional de idosos no Brasil é a que mais ascende e demanda cuidados especializados. Estudos mostram que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem. No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente. Com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, combinada ainda com outros fatores, tais como os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, atualmente o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira. No período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos (60

anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3% (BRASIL, 2010).

Segundo pesquisa realizada nos Estados Unidos, em 2000, faleceram mais de 2.400.000 pessoas, dentre elas mais de 70% destes eventos aconteceram com idosos acima de 65 anos e a maioria dos pacientes faleceu de doença cardiovascular, câncer, acidente vascular cerebral, e doença pulmonar obstrutiva crônica. No Brasil, o quadro se mostra similar em que a população idosa é acometida, na sua grande maioria, por doenças crônicas, e, muitas vezes, de lenta evolução. Portanto, com o envelhecimento populacional e o aumento de prevalência das doenças crônicas é importante que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento e preparo em cuidados paliativos. Assim, o estudo justifica-se também por abordar a temática de cuidados paliativos aos idosos, pois é cada vez mais frequente o ato de cuidar dos indivíduos idosos que necessitam de Cuidados Paliativos (CHIBA, 2008).

Outro incentivo para desenvolver esta pesquisa surgiu pela inexistência de estudos brasileiros sobre a temática específica abordada, pela pouca utilização e valorização na prática clínica em alguns ambientes. Através da revisão de literatura buscou-se estudos existentes relacionados com a temática Representações Sociais dos Cuidados Paliativos em Instituição de Longa Permanência, no idioma Português, na base de dados Bireme, no período 2003 a 2013, cruzando os pares: Cuidados Paliativos e Percepções Sociais; Cuidados Paliativos e Psicologia Social; Cuidados Paliativos e Representações Sociais. Resultando respectivamente nenhum artigo; 16 artigos e 5 artigos. Entretanto, observou-se após leitura que nenhum dos estudos estavam relacionados com a temática.

Acredita-se que esse estudo poderá ampliar os conhecimentos nas questões referentes aos idosos institucionalizados, como também à prática dos cuidados paliativos e a Teoria das Representações Sociais. Acredita-se que as respostas a esses questionamentos através das Representações Sociais, possibilitarão conhecimento necessário para posteriores orientações e intervenções na instituição e formulação de estratégias que contribuam para a melhor qualidade de vida dos idosos.

Parte dos idosos institucionalizados que se encontram fora de recursos de cura não tem recebido, ainda, os cuidados que lhes são de direito, especialmente o

alívio da sua dor, entendida como seu sofrimento físico, psíquico e moral. Estudos relacionados à formação profissional em Cuidados Paliativos podem proporcionar, futuramente, avanços e melhoras na prática clínica ao idoso institucionalizado e o menor sofrimento dos pacientes e seus familiares.

Entende-se que ao se investir em estratégias de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos, aos idosos e os profissionais de saúde que lidam com esses idosos, poderá reduzir gastos dos recursos públicos e danos a vida dos idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- a) Aprender as Representações Sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os elementos/conteúdo que integram as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos.
- b) Descrever as características que moldam as ações da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre os cuidados paliativos.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS

3.1.1 O cuidar

Martin Heidegger foi o primeiro autor reconhecido a abordar o cuidar, acreditando que é a essência humana. Para ele o ser humano é um ser finito, limitado e quebradiço e por isso necessita o cuidado de outros seres humanos, principalmente quando vive circunstâncias de máxima vulnerabilidade (a doença, o sofrimento). A vulnerabilidade perpassa por todo o ciclo de vida do ser humano independente da qual idade que possua (TORRALBA ROSELÓ, 2009).

O cuidar é algo essencial para promover, manter e recuperar a saúde das pessoas. Assim, para tornar o cuidado efetivo é necessário que seja prestado ao ser na sua integralidade, conhecendo e atendendo todas as necessidades da pessoa a ser cuidada, superando a visão de um ser fragmentado para um ser integral e único. Também é necessário, que a prestação do cuidado de qualidade seja embasada na ética, humanização e conhecimentos técnico-científicos.

Configuram-se práticas clínicas as ações dos profissionais da área de saúde que prestam o cuidado diretamente ao ser humano, pois a clínica se dá no momento da relação entre o profissional e aquele que busca seus serviços de cuidados. Diferentes são as formas que ocorrem o processo de trabalho de cada profissão, gerando formas variadas de exercer a prática clínica. Entretanto eles convergem em seus objetivos que é exercer o cuidado.

Atualmente observa-se na área da saúde que a ação da cura tem adquirido uma notoriedade superior a ação de cuidar. O cuidar e o curar não devem ser compreendidos como processos distintos, mas sim complementares, ao passo que se realiza o cuidado integral a saúde do ser humano automaticamente poderá alcançar a cura ou melhora do estado de saúde do indivíduo.

O cuidar de alguém, acompanhar um sujeito vulnerável, implica na responsabilidade ética. Preocupar-se com o outro ser e assumir essa preocupação como dever moral. O termo responsabilidade indica a capacidade individual de

assumir antecipadamente o que vai fazer, ou seja, ter consciência das suas ações e omissões (TRANSFERETTI; ZACHARIAS, 2010).

3.1.2 Historicidade e definições dos cuidados paliativos

Após a Revolução Industrial no século XIX aos dias atuais, vem ocorrendo um grande avanço tecnológico, e a área de saúde é também bastante beneficiada por esses avanços. O que resulta em um aumento da expectativa de vida, ao se utilizar de novas terapêuticas, fármacos e da prevenção, levando ao prolongamento da vida. Apesar de existir grande aparato tecnológico na área da saúde, observa-se que a maioria da população idosa ainda é acometida por muitas doenças fora da possibilidade de cura até o momento, doenças crônicas degenerativas, que geram a necessidade de Cuidados Paliativos.

A modificação do processo de morte e morrer estão intimamente ligados a esses avanços, pois a busca desenfreada da cura vem refletindo na prática assistencial, no prolongamento desse momento a qualquer custo, sem muitas vezes considerar o sofrimento do paciente, gerando a obstinação terapêutica/distanásia, uma morte lenta, com sofrimento intenso e excesso de mediada terapêuticas curativas, que não alcançam mudanças no quadro do paciente. Para agregar a terapêutica curativa surge cada vez mais a necessidade da terapêutica paliativista.

Os cuidados paliativos se originaram da palavra francesa "*hospice*", que significa hospedagem, hospitalidade que na Idade Média, eram ambientes fundados e dirigidos por religiosos e cristãos para abrigar viajantes, doentes, famintos, leprosos, órfãos, não tinha o objetivo principal de cuidar de pessoas em terminalidade e nem de cura, mas sim de acolher, proteger e aliviar o sofrimento (GONÇALVES, 2008).

Somente em 1967, a enfermeira inglesa Dame Cicely Saunders, foi precursora do movimento chamado hospice moderno, fundando o St Christopher Hospice em Londres, que trouxe uma nova conotação ao termo hospice, e a partir daí passou a ser um ambiente para aliviar o sofrimento e a dor de pessoas e seus familiares em processo de morte e morrer. Graduada em Enfermagem, depois em Serviço Social e Medicina, Cicely Saunders ainda influencia na forma que é realizado os Cuidados Paliativos, defendeu a visão de que mesmo ao ver que o paciente não

teria mais chance de cura ela sempre acreditou que ainda havia muito que se fazer pelo paciente. Deixou como seu legado uma vasta literatura de artigos e livros sobre a palição (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

Concomitante ao trabalho desenvolvido por Saunders, uma médica Suíça Elisabeth Kübler-Ross, fundou a tanatologia (estudo da morte) e propôs um modelo dos cinco estágios da morte que são eles negação/isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação. Os estágios podem ocorrer em diferentes ordens e o paciente apresentará ao menos dois deles em seu processo de terminalidade.

O comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde em 1982 iniciou um trabalho em grupo para definir políticas sobre o cuidado ao paciente oncológico, após, em 1986, foi substituído o termo hospice, que apresentou dificuldades de traduções em algumas línguas, por Cuidados Paliativos e foi publicado a sua primeira definição da Organização Mundial de Saúde:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (MACIEL, 2008).

Em 2002 surgiu a necessidade de reformular o conceito existente, tornando o mais abrangente e ampliado para que ele abordasse uma maior quantidade de doenças de forma mais precoce, indo além da área oncológica para área geriátrica, pediátrica, portadores de HIV/AIDS e doenças crônicas que possam vir a comprometer a continuidade da vida (CHIBA, 2008). Sendo este:

É a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2004).

O que observamos na atualidade é que o primeiro conceito de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde se encontra muito arraigado as concepções da sociedade, e dos próprios profissionais de saúde. Ainda existindo a dificuldade de relacionar os Cuidados Paliativos a diversos outros tipos de doenças que ameaçam a continuidade da vida, além do câncer.

O modelo de Cuidados Paliativos chegou ao Brasil no início da década de 80. O cenário da saúde nesse período se caracterizava pela modalidade hospitalocêntrica, curativa, em que o paciente era fragmentado pela atenção não integrada das várias especialidades.

No Brasil na década de 70 já existiam discussões de forma isolada sobre os Cuidados Paliativos. Na década de 80 o cenário da saúde que predominava era o modelo hospitalocêntrico, voltado para a cura em que o paciente era visto somente pela doença e fragmento por especialidades. Somente na década de 90 que se iniciaram os primeiros serviços brasileiros de Cuidados Paliativos. Em 1992, São Paulo, foi criado a primeira enfermaria de Cuidados Paliativos no Brasil com nove leitos. Em 1997 também em São Paulo foi criado a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, foi à primeira congregação dos paliativistas, que trabalhou no intuito de criar diretrizes voltadas aos pacientes elegíveis aos cuidados. Em 2005, ocorreu a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, contribuindo bastante para avanços nas novas discussões, na regularização do profissional paliativista brasileiro, estabelecendo critérios de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos.

Atualmente, apesar da progressão nas discussões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil, ainda necessitam de muitos avanços quando comparado a Países como Estados Unidos, Inglaterra, pois poucos são os serviços que oferecem esse tipo de cuidado se comparado o grande contingente populacional brasileiro.

Também se observa no Brasil um enorme despreparo, desconhecimento e até mesmo preconceitos relacionados aos Cuidados Paliativos, por parte da população e dos próprios profissionais de saúde. Muitas vezes se pensa erroneamente que Cuidado Paliativos significa suspender tratamento, praticar a eutanásia, a indução da morte. A Eutanásia é a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um especialista. Os Cuidados Paliativos não abreviam a vida, portanto difere bastante do significado de Eutanásia (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

O profissional de saúde onde quer que atue irá se depara facilmente com situações em que pacientes necessitam de Cuidados Paliativos, entretanto poucos são os cursos de graduação que formam os profissionais para prestar esse tipo de

cuidado e tampouco os de pós-graduação. Ainda existem poucas discursões acerca da temática nos locais de ensino.

No Brasil, as atividades relacionadas a Cuidados Paliativos ainda precisam ser regularizadas na forma de lei. Na Legislação Brasileira já é possível encontrar algumas portarias que regulam formalmente os Cuidados Paliativos. A primeira Portaria que tratou de Cuidados Paliativos foi a de nº 3.535 de 02 de setembro de 1998, que estabelece o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, enfatiza o trabalho multiprofissional e insere outras modalidades assistências como o serviço de Cuidados Paliativos. Surgiu uma nova portaria nº19, de 03 de janeiro de 2002, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos, que traz no Art. 1º item b a afirmação: “estimular a organização de serviços de saúde multidisciplinar para a assistência a pacientes com dor e que necessitam de cuidados paliativos”.

Em 2006, ocorreu a criação de uma Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos criada por portaria nº 3.150 do Ministério da Saúde em 12 de dezembro de 2006, com finalidade de estabelecer diretrizes nacionais para a assistência em dor e os cuidados paliativos (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

Os Cuidados Paliativos com qualidade devem contribuir com o alívio do sofrimento do doente e seus familiares, a manutenção da qualidade de vida, incentivar a autonomia do paciente até quando possível for, o controle da dor e baseados em critérios científicos.

O paciente deverá ter autonomia, decidindo o que pretende realizar, qual tratamento e como irá viver os seus últimos dias de vida, pois a qualidade de vida é muito subjetiva e variável para cada pessoa. Considerando sua dignidade, valores, identidade pessoal, pensamentos e sentimentos.

Os Cuidados Paliativos devem ser iniciados desde o momento do diagnóstico da doença, paralelamente a terapêutica curativa, com o passar do tempo e conforme a necessidade a terapêutica paliativista irá tomar maiores proporções quando a curativa não estiver mais surtindo efeitos esperados. Pretendendo assim não suspender o tratamento terapêutico, mas sim retirar os tratamentos fúteis que prologam ainda mais o sofrimento da pessoa. E ao final da vida até o luto ele se tornara o tipo de cuidado mais necessário ao paciente e a família. A palição aceita o processo de Morte e Morrer, entendendo como mais uma etapa da vida.

As ações paliativas vão desde controle dos sintomas físicos, apoio social, apoio espiritual. Nos Cuidados Paliativos os profissionais de saúde têm o dever de oferecer alívio da dor, do sofrimento, quando for necessário para garantir a qualidade de vida até os últimos momentos do indivíduo.

A Comunicação dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares pode ser um dos principais aliados nos Cuidados Paliativos. Lidar com o processo de morte e morrer ou uma doença sem cura é bastante difícil para toda a sociedade e isso reflete na forma que vai ocorrer às relações interpessoais e a comunicação.

Os profissionais como mecanismo de defesa, tendem a se distanciar do paciente e seus familiares, não se envolvendo, pois para o profissional com a formação atual não poder curar é muito frustrante. O profissional deve entender que nos Cuidados Paliativos ele deverá ajudar a pessoa a ter uma boa morte.

Em contrapartida, o paciente e seus familiares, no momento da comunicação sobre seu estado geral esperam um bom acolhimento, palavras de conforto, segurança e encontram o distanciamento de quem deveria lhe prestar o cuidado. A decepção com o profissional aumenta ainda mais o sofrimento do paciente, e a falta de preparo por parte dos profissionais pode levar ao fracasso da relação profissional-paciente/familiares. Investir na formação humana e pessoal dos profissionais para os Cuidados Paliativos é preciso.

A escuta ativa do profissional ao paciente, através de perguntas e o interesse de ouvir as respostas do paciente irão guiar como o profissional deverá agir de forma mais efetiva. A comunicação honesta e verdadeira irá propiciar ao paciente participar ativamente sobre como deseja viver o restante da sua vida, como será seu plano terapêutico e onde ele deseja estar.

Diante do exposto, o profissional que irá prestar os cuidados paliativos deve possuir conhecimentos científicos e preparo pessoal para lidar com uma abordagem tão complexa que envolve a terminalidade do ser humano.

3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O IDOSO

Os idosos constituem a parcela populacional que mais ascende e demanda cuidados complexos nos diferentes contextos, diante desta realidade, os

profissionais de saúde, familiares e cuidadores devem estar preparados para lidar com essa população.

O aumento da população idosa em relação ao total da população é um fenômeno nacional e mundial. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em vários países, as populações estão envelhecendo. O IBGE vem alertando por meio dos indicadores sociais e demográficos, divulgados anualmente, que a estrutura etária do País está mudando e que o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira, daí decorrendo uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social (BRASIL, 2010).

Em comparação com os anos anteriores um maior número de pessoas idosas tem vivido períodos mais longos de vida, e, assim, mais anos durante a velhice. A expectativa de vida dos idosos aumentou devido à evolução das tecnologias de saúde, o maior controle das doenças e às melhorias nas condições sanitárias e de vida (ELIOPOULOS, 2011).

Além do aumento da população idosa, observa-se que essa população apresenta uma menor incidência de doenças infectoparasitárias e contagiosas, devido aos avanços e tecnologias na saúde, entretanto apresentam alta prevalência de doenças crônicas degenerativas, cardiovasculares, câncer, acidente vascular cerebral, neurológicas, que comumente surgem junto ao próprio envelhecimento, agravadas pelo maior número de anos vividos inevitavelmente. A busca desenfreada pela cura trouxe os benefícios de uma maior expectativa de vida, mas ao passar dos anos o idoso tende a agregar mais adoecimentos, aumento da fragilidade, perda de autonomia, relacionados ao processo de envelhecimento. O novo desafio da atualidade é de como o idoso viver mais com qualidade, e os Cuidados Paliativos se inserem nesse contexto como uma ótima opção.

Outro agravante está relacionado às mudanças sociais, culturais e econômicas da atualidade que vem refletindo de forma significativa na estrutura familiar. Observa-se mais comumente a presença do ser idoso na família devido ao aumento da expectativa de vida, além do avançar de idade observa-se um aumento da incidência de doenças crônicas que geram maior dependência dos idosos dos cuidados de seus familiares, as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho e,

portanto menos presentes na prestação de cuidados aos seus familiares, o ritmo frenético que a sociedade vive, influência em relações superficiais e um menor contato entre familiares.

De acordo com o artigo 229, perante a Constituição Federal a família tem obrigação de prestar cuidado ao idoso, os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Estabelecendo assim, uma responsabilidade mútua de pais e filhos em momentos diferentes da vida (BRASIL, 1989).

Também se encontra no Estatuto do Idoso o dever de cuidado que a família tem sobre o idoso na Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, em seu artigo 3º que é obrigação da família, da sociedade e do poder público, assegurando ao idoso a efetivação do direito ao bem maior, assim como a saúde, educação, ao esporte, ao lazer, a cultura, ao trabalho, a cidadania, a liberdade, a dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

A família deveria ser o principal suporte ao idoso no seu processo de envelhecimento. Entretanto, essa nova estrutura familiar resulta que a família não esteja preparada para prestar os cuidados necessários aos idosos e que a responsabilidade desse cuidado seja transferida comumente as Instituições de Longa Permanência, portanto os profissionais de saúde e cuidadores que não possuem laços sanguíneos e nem afetivos com esses indivíduos.

As buscas por Instituições de Longa Permanência antigamente chamada de asilos eram para abrigar pessoas carentes, moradores de ruas, indigentes. Hoje, com a redução da cognição mental, da capacidade física e da autonomia do idoso e a falta de estrutura familiar para lidar com essa situação, leva a institucionalização do idoso. Resultando, numa maior procura a essas instituições e gerando uma grande parcela de idosos institucionalizados.

Em uma pesquisa foram identificadas no ano de 2010 o número de 3.549 Instituições de Longa Permanência no Brasil para idosos. A Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) define as Instituições de Longa Permanência como instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (CAMARANO; KANSO, 2010).

Atualmente, espera-se que uma Instituição de Longa Permanência além desses requisitos como abrigar e amparar esteja preparada para prestar cuidados a saúde do idoso, principalmente pelo nível de comorbidades e dependência que geralmente o idoso chega a instituição. Dentre esses cuidados, destacam-se os Cuidados Paliativos, pois é um ambiente que a maioria dos idosos se encontram com alguma doença que possam vir a comprometer a continuidade da vida.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A escolha pela Teoria das Representações Sociais advém a partir de leituras de literaturas existentes acerca dos Cuidados Paliativos e a observação da prática dos profissionais de Instituição de Longa Permanência. Dentro da literatura observa-se que o conceito de Cuidados Paliativos está intimamente ligado com o preconizado a Organização Mundial de Saúde, entretanto na prática assistencial encontramos outra forma de definição os Cuidados Paliativos entre os profissionais, familiares e os próprios pacientes. Após essa constatação, de forma empírica, busquei uma teoria que me embasasse de forma científica para encontrar se realmente esse fato ocorre e o porquê ele ocorre.

Acreditou-se que os Cuidados Paliativos no meio dos profissionais de saúde de uma Instituição de Longa Permanência fosse um fenômeno de representação social, pois o objeto apresenta relevância cultural e espessura social diante do sujeito escolhido, sendo uma prática que se encontra no meio em questão (SÁ, 1998).

A teoria das Representações sociais surgiu em 1961, o seu autor foi Serge Moscovici com a publicação da obra *La psychanalyse, son image et son public* (A *psicanálise*, sua imagem e seu público), despertando o interesse de estudar os comportamentos e as relações sociais que estavam esquecidos a mais de meio século. Atualmente, a teoria tem se sido largamente utilizada em vários estudos nas ciências humanas no Brasil com diversos tipos de objetos.

Moscovici buscou bases para construir sua Teoria nos estudos de Emile Durkheim, sociólogo Francês, que formulou o conceito de Representações coletivas. Após estudos de Moscovici o conceito de representações coletivas tomou uma nova roupagem. Durkheim defendia uma separação radical entre representações individuais e coletivas, sendo as individuais campo da psicologia e as coletivas campo da sociologia. Diferentemente, Moscovici defendia a psicologia social que não existe a separação entre o coletivo e o individual e busca estudar o fenômeno entre os dois, pois as representações individuais influenciam diretamente nas coletivas e assim reciprocamente (MOSCOVICI, 2001; MOSCOVICI, 2012).

Durkheim defendia que as representações individuais estavam na consciência de cada um e as coletivas estavam na sociedade em sua totalidade. O interesse de estudo de Durkheim era a sociedade, ele acreditava que as representações coletivas eram homogêneas, permanentes e duradouras para todos os indivíduos (JODELET, 2001).

Se é comum a todos é porque é obra da comunidade. Já que não traz a marca de nenhuma inteligência particular, é porque é elaborado por uma inteligência única, onde todas as outras se reúnem e vêm de certa forma, alimentar-se. Se ele tem mais estabilidade que as sensações ou as imagens é porque as representações coletivas são mais estáveis que as individuais, pois, enquanto o indivíduo é sensível até mesmo a pequenas mudanças que se produzem em seu meio interno ou externo, só eventos suficientemente graves conseguem afetar o equilíbrio mental da sociedade (DURKHEIM, 1968, p. 609).

Para Moscovici não existe sujeito fora do seu contexto social, sendo indissociáveis sujeito, objeto e sociedade. Os fenômenos de representações sociais estão presentes na sociedade, na cultura, na mídia, nas comunicações interpessoais e em pensamentos individuais. Estão em constante movimento, multifacetados e em diversas instâncias de interação social. Portanto, se mostra complexo captar de forma rápida e direta essas representações (SÁ, 1998).

Essa distinção que Durkheim e Moscovici fazem em relação a psicologia coletiva e a psicologia social, se deve principalmente aos seus diferentes objetos de estudos. Durkheim estudou sociedades primitivas dos tempos pré-históricos, e Moscovici buscou entender a nossa sociedade atual, do ponto de vista político, científico e humano, que está sempre em constantes mudanças através dos diversos meios de comunicação de massa (MOSCOVICI, 2012).

Para Moscovici (2012, p.40) “todas as interações humanas, surjam elas entre duas pessoas ou entre dois grupos, pressupõem representações”. Tanto pessoa quanto grupos criam representações através da comunicação, e a todo instante elas estão circulando e sendo modificadas.

Segundo Denise Jodelet (2001, p. 17), discípula de Moscovici, as Representações Sociais “nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões, e eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva”. A autora defende que o motivo de criarmos representações é porque precisamos nos

posicionar perante o mundo, intelectualmente e fisicamente, solucionar problemas através das representações.

As Representações sociais possuem duas faces, dois lados, que são interdependentes, uma é a simbólica e a outra imagética. Moscovici (2012, p. 46), afirma que “a representação iguala toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem”, agregando assim uma imagem e um sentido a representação de determinado objeto.

A realidade é composta dos universos consensuais e reificados. O universo consensual é o mundo em que vivemos, o senso comum, a cultura popular, as próprias Representações Sociais e o universo reificado é a ciência, são as matérias, o ser se molda por sua profissão (especialização) adquirindo uma linguagem própria da ciência. No universo reificado não é levado em consideração a individualidade do ser e acredita-se que aquela é a única forma certa de pensar, sendo imposto como verdade única.

Entretanto, o universo reificado influencia bastante no universo consensual, pois a ciência está cada vez mais acessível a todos através das tecnologias como internet, televisão e a comunicação. E também o universo consensual influencia no reificado, apesar da distinção. Antigamente a ciência se baseava no senso comum, o que se observa atualmente é que o senso comum é a própria ciência tornada comum.

No universo consensual, a sociedade é a criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, como um ser humano. Em outras palavras, o ser humano é, aqui, a medida de todas as coisas. No universo reificado, a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade (MOSCOVICI, 2012).

Durkheim defendia que as representações coletivas estavam em qualquer ideia, emoção ou crença da comunidade, incluindo os âmbitos da ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço. Moscovici discordava, pois acreditava que as representações não dão conta de um conhecimento tão amplo, portanto defendendo a divisão entre universo consensual e reificado. E apesar, de serem universos diferente são complementares (MOSCOVICI, 2012).

Nesse contexto, sabe-se que os Cuidados Paliativos apesar de ser um termo utilizado mais na ciência, no universo reificado, também vem tomando espaço

no universo consensual, no senso comum. E como observado é visto de formas distintas nos dois universos, quando se houve falar de uma ação ou medida paliativa, o entendimento do senso comum é que se trata de uma ação ou medida que, na verdade, não resolve um problema, mas apenas colocar “panos quentes” sobre ele, confundindo se até mesmo com a suspensão do tratamento ou eutanásia. No universo reificado é utilizada a definição da Organização Mundial de Saúde (TRANSFERETTI; ZACHARIAS, 2010, p. 37).

O que não nos é familiar gera desconforto. As representações sociais tem como finalidade tornar o não-familiar em familiar, visto que a sociedade atual a todo momento faz com que o indivíduo se depare com o não-familiar, o novo, o desconhecido, gerando um momento de tensão até se tornar familiar. Para tornar um não-familiar em familiar, para gerar as representações sociais, é necessário dois processos básicos que são a objetivação e ancoragem.

O primeiro é a ancoragem que ocorre quando comparamos o não-familiar a um imagem já familiar, damos nomes, classificamos em nossas mentes. O segundo é a objetivação em que tornamos o não-familiar em algo concreto, que seja possível ver, tocar, tornando matéria física. Objetivar é dar um conceito a imagem, que pensamos na ancoragem. Portanto, tornando o familiar.

O primeiro passo para superar essa resistência, em direção à conciliação de um objeto ou pessoa, acontece quando nós somos capazes de colocar esse objeto ou pessoa em uma determinada categoria, de rotulá-lo com um nome conhecido. No momento em que nós podemos falar sobre algo, avalia-lo e então comunicá-lo – mesmo vagamente, como quando nós dizemos de alguém que ele é “inibido” – então nós podemos representar o não-usual em nosso mundo familiar, reproduzi-lo como uma réplica de um modelo familiar. Pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar um nome ao que não tinha nome, nós somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo. De fato, representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes (Moscovici, 2012, p. 62)

A representação social sempre se refere a representação de alguma coisa (objeto) por alguém (sujeito) em um determinado momento e local (sociedade). As Representações sociais são os saberes do senso comum, construídas a partir das relações interpessoais e pensamentos, que guiam as atitudes e o modo de pensar da sociedade. Portanto, estudar as representações de um objeto é compreender suas origens, características e propriedades.

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, embasada na Teoria das Representações Sociais. Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva permite observar, registrar, analisar, correlacionar fatos ou fenômenos sociais e estabelecer relações entre as variáveis sem manipulá-las e que também possibilita detalhar acontecimentos, situações e depoimentos que enriquecem a análise das informações de forma mais ampla e as exploratórias tem a finalidade de proporcionar uma visão geral do determinado fato a ser estudado.

Fundamentar o estudo na Teoria das Representações Sociais proposto por Moscovici (2012) possibilita trazer a luz o conhecimento do cotidiano dos sujeitos sociais, adentrando nos seus universos imaginários e simbólicos.

As Representações Sociais possibilitam além da compreensão do pensamento social do individual e do coletivo sobre o objeto estudado, também o como e o porquê pensam daquela forma (MOSCOVICI, 2012).

4.2.2 Local de coleta de dados

O estudo foi realizado em duas Instituições de Longa Permanência (ILPs) para Idosos, localizadas no município de Fortaleza-CE, a primeira é um local público que congrega idosos vítimas de maus tratos, abandono familiar e/ou moradores de rua, abrigando cerca de 110 idosos. A segunda é uma instituição filantrópica, presta assistência e tratamento a pessoas idosas em estado de dependência parcial, total e fase terminal, atende a 220 idosos residentes e mais 100 do Projeto de Convivência que vivem fora da instituição.

A primeira instituição conta com o total de 125 funcionários e a segunda com 117 funcionários com cargos de instrutores, cuidadores, cozinheiros, motoristas, auxiliares de serviços gerais, vigias, responsáveis pela rouparia e lavanderia, almoxarifado, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, pedagogos, diretores, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, médicos, dentista, administradores, manutenção e nutricionistas. Dentre estes, na

primeira instituição, tem-se 68 funcionários, e na segunda, 39 funcionários que trabalham diretamente no cuidado aos idosos elegíveis a cuidados paliativos, que são enfermeiros, técnicos de enfermagem, cuidadores, instrutores, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, nutricionistas, pedagogos.

A escolha pelos locais advém da observação de diversos idosos elegíveis aos cuidados paliativos dentro da instituição e a necessidade de conhecer em profundidade as representações dos profissionais que prestam esses cuidados.

4.2.3 Participantes

A população foi constituída por 107 profissionais das instituições que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser da equipe de atenção ao idoso institucionalizado, que cuide diretamente dos idosos em cuidados paliativos; tenha mais de 6 meses de trabalho na instituição. Os critérios de exclusão foram: profissionais de férias ou licença no período de coleta de dados e aqueles que só trabalham no período noturno. Após a aplicação dos critérios de exclusão a amostra totalizou com 53 participantes das duas instituições. O número reduzido de profissionais se deu além dos critérios de exclusões por questões institucionais que inviabilizaram coleta com maior número de participantes.

4.2.4 Estratégia de coleta de dados

Foi realizado, previamente, teste piloto com os instrumentos de coleta de dados elaborados em outra ILPI. A intenção foi de avaliar o roteiro de perguntas da entrevista, e a mesma atendeu aos objetivos da pesquisa.

A coleta de dados foi no período de setembro a dezembro de 2014, durante o horário de serviço diurno e nas próprias instituições. Para a obtenção de dados foi utilizado como estratégia a entrevista semi-estruturada e individual com os dados sociodemográficos e perguntas abordando as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos, os fatores que influenciam tais representações sociais, os conhecimentos acerca dos idosos

elegíveis aos cuidados paliativos, as ações que consideram relevantes na prestação de cuidados paliativos.

Para Gil (2008), a entrevista semiestruturada com perguntas pré-estabelecidas é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso, possibilitando maior flexibilidade e auxílio ao entrevistado que tenha dificuldade de responder os questionamentos.

Todo o momento da entrevista foi registrado com o uso de gravador digital, mediante consentimento dos sujeitos, e posteriormente foi realizado transcrição textual das entrevistas.

4.2.5 Questões éticas

Os aspectos éticos e legais relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará para análise e aprovação de autorização da coleta de dados. Após parecer favorável 789.904 de 12/09/2014, iniciou-se a coleta de dados. Também foram solicitadas autorizações de pesquisa das respectivas instituições.

Após os esclarecimentos e entendimento da pesquisa, os sujeitos foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato das identidades dos participantes e da instituição foram preservados. E aos participantes foram garantidos os direitos de aderirem ou desistirem da pesquisa a qualquer hora, sem prejuízo algum para os mesmos.

Não houve quaisquer riscos de ordem física relacionada a participação do entrevistado, porém se a exposição dos aspectos psicológicos, viesse a ocorrer a pesquisadora teria feito uma pausa momentânea da abordagem e o entrevistado ficaria a vontade para continuar a falar ou não sobre o assunto. Durante as entrevistas não ocorreu nenhuma situação que requeresse esta atitude da pesquisadora.

4.2.6 Análise e apresentação de dados

Os dados coletados com a entrevista semi-estruturada foram analisados pela técnica de análise lexical. Neste caso, foi utilizado o *software* Alceste (*Analyse lexicale par contexte d'un ensemble de segments de texte*). Os dados sociodemográficos são as variáveis e cada entrevista formará uma Unidade de Contexto Iniciais (UCI), em que todas juntas constituíram o corpus de análise. Trabalhou-se com a versão 2012 do programa Alceste.

O Alceste é um programa confiável que permite medir e avaliar objetos com base nas opiniões de participantes dessa avaliação e realizar um mapeamento geral dos conteúdos presentes na discussão dos sujeitos. Essa característica permite a identificação e a explicitação das principais informações presentes nos textos e a consequente separação das principais temáticas e dos conteúdos relevantes expressos na textualidade submetida à análise. Permite a análise de grandes volumes de dados textuais de forma automática (CAMARGO, 2005).

Esse programa se mostra vantajoso para o estudo, pois permite o elo que liga os mundos lexicais dos discursos e as dinâmicas intergrupais das quais o discurso se originou, levando em consideração o contexto para dar sentido aos discursos. Após análise, os dados foram apresentados através de tabelas e gráficos, discutidos à luz da Teoria das Representações Sociais e da literatura atualizada.

O *corpus* analisado foi denominado de “mari”. Ele foi composto das respostas dos entrevistados sobre os cuidados paliativos. Foram no total de 53 linhas de comandos (unidades de contexto inicial – UCIs) que correspondem as 53 entrevistas. As linhas de comando consistem em linhas para identificar os sujeitos do estudo, contendo as variáveis de cada indivíduo. Cada UCI foi separada por uma linha de comando, identificando cada entrevistada e foram selecionadas sete variáveis pertinentes para esta pesquisa: sujeito, instituição, sexo, profissão, idade, religião, escolaridade. (Quadro 01)

Quadro 01- Variáveis utilizadas na linha de comando, seus códigos e classificações

Variáveis	Códigos	Classificações
Sujeito	Suj	01 a 53.
Instituição	Ins	1 – Instituição 01; 2 – Instituição 02.
Sexo	Sex	1 – Masculino; 2 – Feminino.
Profissão	Pro	1 – Enfermeiro; 2 – Médico; 3 – Outro profissional da saúde com ensino superior; 4 – Técnico ou auxiliar de enfermagem; 5 – Cuidador ou instrutor.
Idade	Id	1 – 21-30 anos; 2 – 31-40 anos; 3 – 41-50 anos; 4 – 51-60 anos.
Religião	rel	1 – Católica; 2 – Evangélico; 3 – Outros; 4 – Ateu.
Escolaridade	esc	1 – Até o ensino médio; 2 – Até ensino superior; 3 – Pós-Graduação.

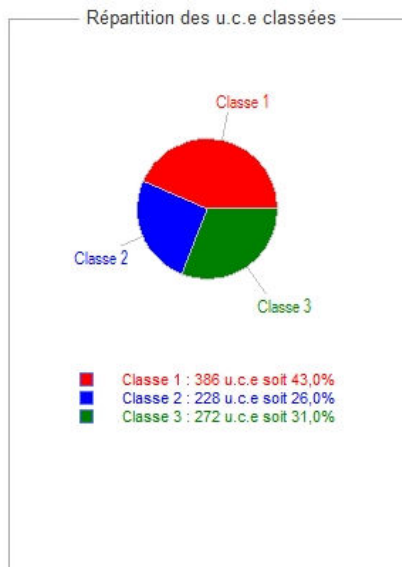
Fonte: Elaborada pelo autor.

Cada classe é composta por diversas Unidade de Contexto Elementar (UCE), recortes das entrevistas, que estão unidas por uma mesma classe por aproximação de vocabulário, de seu conteúdo. O programa Alceste fornece uma lista por classe das UCEs mais significativas, em que direciona a interpretação de cada classe.

No estudo, foram encontradas 4086 formas distintas ou palavras diferentes. Do total de 1175 UCE, o programa selecionou 886, o que perfaz 75%, descartando 25% do restante das UCEs. As UCEs foram divididas e estabelecidas em três classes. Cada classe é composta por agrupamentos de várias UCE de

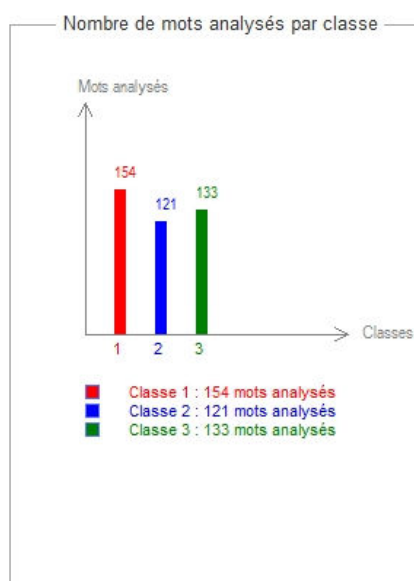
vocabulário homogêneo. Na Figura 01, é possível verificar a distribuição das 886 UCE e na figura 02 a distribuição das 408 palavras analisáveis nas três classes. A classe 1 apresentou maior número de UCE (386) e também o maior número de palavras analisáveis (154).

Figura 01 - Representação gráfica do número de UCE. Fortaleza-CE, 2014



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 02 - Representação gráfica do número de palavras analisáveis por classe. Fortaleza-CE, 2014

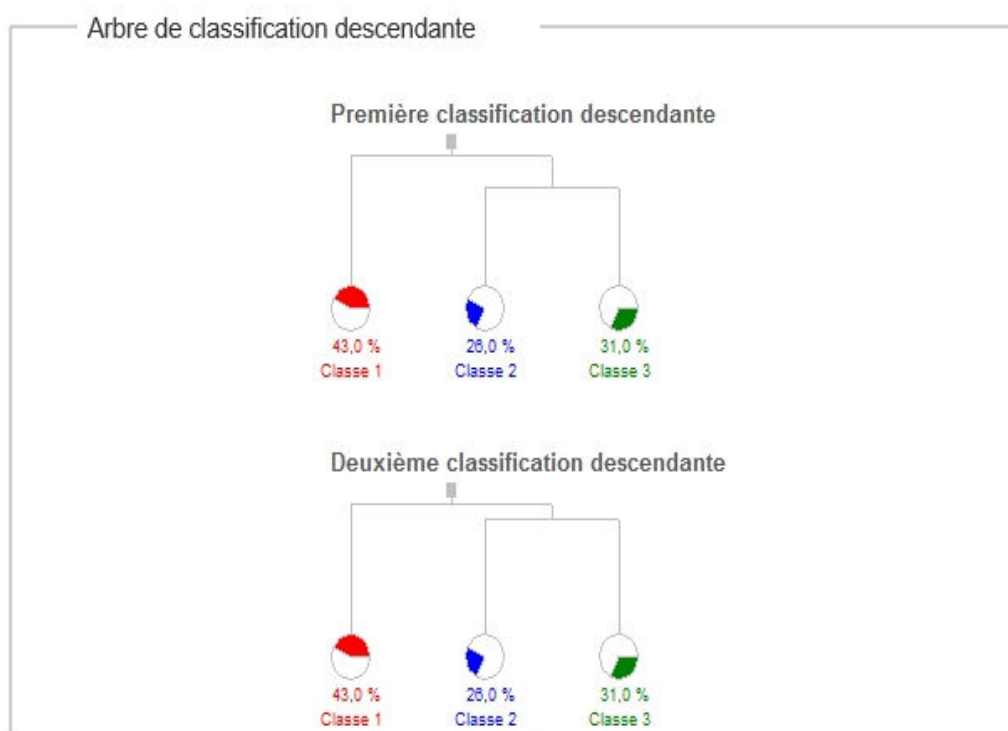


Fonte: Elaborada pelo autor.

Na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o *corpus* sofreu a primeira partição originando dois subcorpos de um lado a classe 1 e do outro lado o sub*corpus* que posteriormente originou as classes 2, 3. A classe 1 é a mais específica e representa 43% do *corpus*.

Na segunda partição, originou-se a classe 2 e classe 3, que são mais comuns entre si, por serem as últimas a se dividirem, e que a classe 1 tem pouca ou nenhuma relação com as demais classes. A CHD parou aqui, pois as 3 classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de UCE com vocabulário semelhante. A classe 2 representa 26% do *corpus* e a classe 3 representa 31% do *corpus*. A Figura 03 ilustra essas repartições, a partir da CHD. A análise dos dados será realizada na ordem que em essas classes foram distribuídas pelo programa.

Figura 03 - Divisão das classes: Classificação Hierárquica Descendente.
Fortaleza-CE, 2014



Fonte: Elaborada pelo autor.

O programa teve 75% de aproveitamento do total do *corpus*, portanto segundo os parâmetros estatísticos do Alceste, indica um bom aproveitamento do material a ser analisado. Apesar de Reinert, criador do programa Alceste, não estabelecer uma porcentagem passível de ser considerada válida para análise, tem-se como regra que, quanto maior a porcentagem do texto examinado, melhor será a análise (ALBA, 2004).

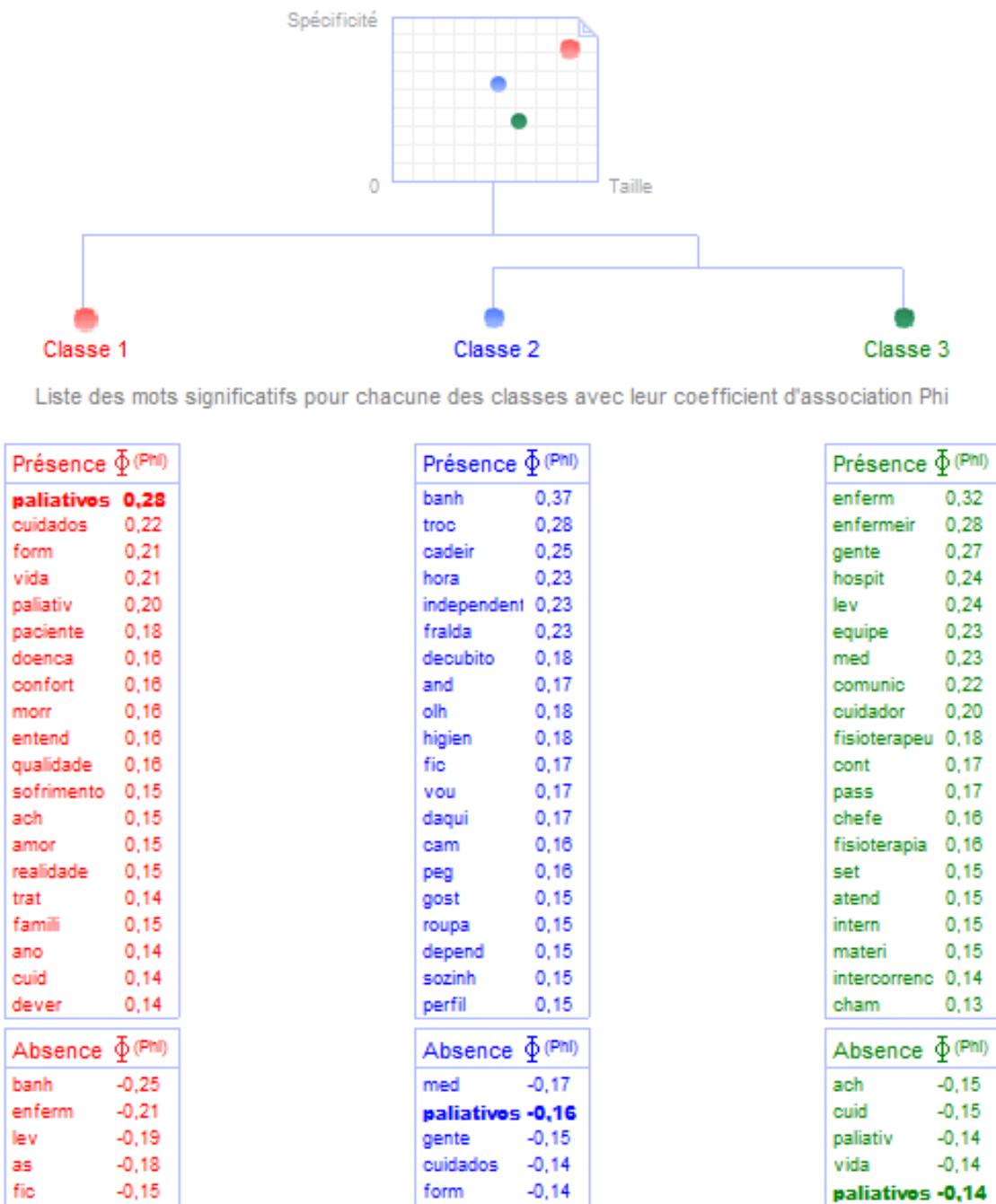
A Figura 4 apresenta o gráfico de especificidade das classes: quanto mais elevada a posição de uma classe no gráfico, maior sua especificidade. As palavras analisáveis apresentadas no dendograma, que divide o *corpus* em classes (radicais e fragmentos relacionados), podem ser consideradas os elementos mais importantes para descrever cada classe, pois apresentam maior phi.

Deve-se ressaltar que na nova versão do Alceste que foi utilizada neste estudo, o programa não utiliza mais o qui-quadrado no seu dendograma, como a versão anterior fazia. O programa Alceste passou a utilizar um novo coeficiente de associação denominado Phi, que de acordo com o manual desse software, aborda que o Phi e o Khi2 são dois coeficientes de associação que medem a ligação entre uma palavra e a sua classe de aparição, quanto maior for este coeficiente mais forte é a relação entre a palavra e a sua classe.

Quanto maior o Phi, mais relevante é a palavra para a construção da classe. Na construção do dendograma o programa considerou somente as palavras com Phi igual ou superior a 0,13 como palavras mais representativas, sendo que para cada classe o número de corte do Phi sofreu pequenas variações.

O programa fornece o número de classes resultantes da análise, assim como as formas reduzidas, o contexto semântico e as UCE características de cada classe consolidada. De posse desse material, há como se explicitar o conteúdo presente no mesmo, denominando e interpretando cada classe a partir de todas as informações fornecidas pelo *software*. Por fim, a interpretação e análise das classes fundamentaram-se na perspectiva processual da TRS.

Figura 04 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente. Fortaleza-CE, 2014



Corpus mari (311 Ko) - Classification double - code 121 - Jeudi 29 Janvier 2015 à 17 h 20

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com base no conteúdo discursivo e nos léxicos mais frequentes e mais característicos extraídos das UCE de cada classe, surgiram grandes temas e cada classe recebeu uma denominação pela pesquisadora, descrita no Quadro 02.

Quadro 02 - Temas, classes produzidas pelo ALCESTE e suas respectivas denominações

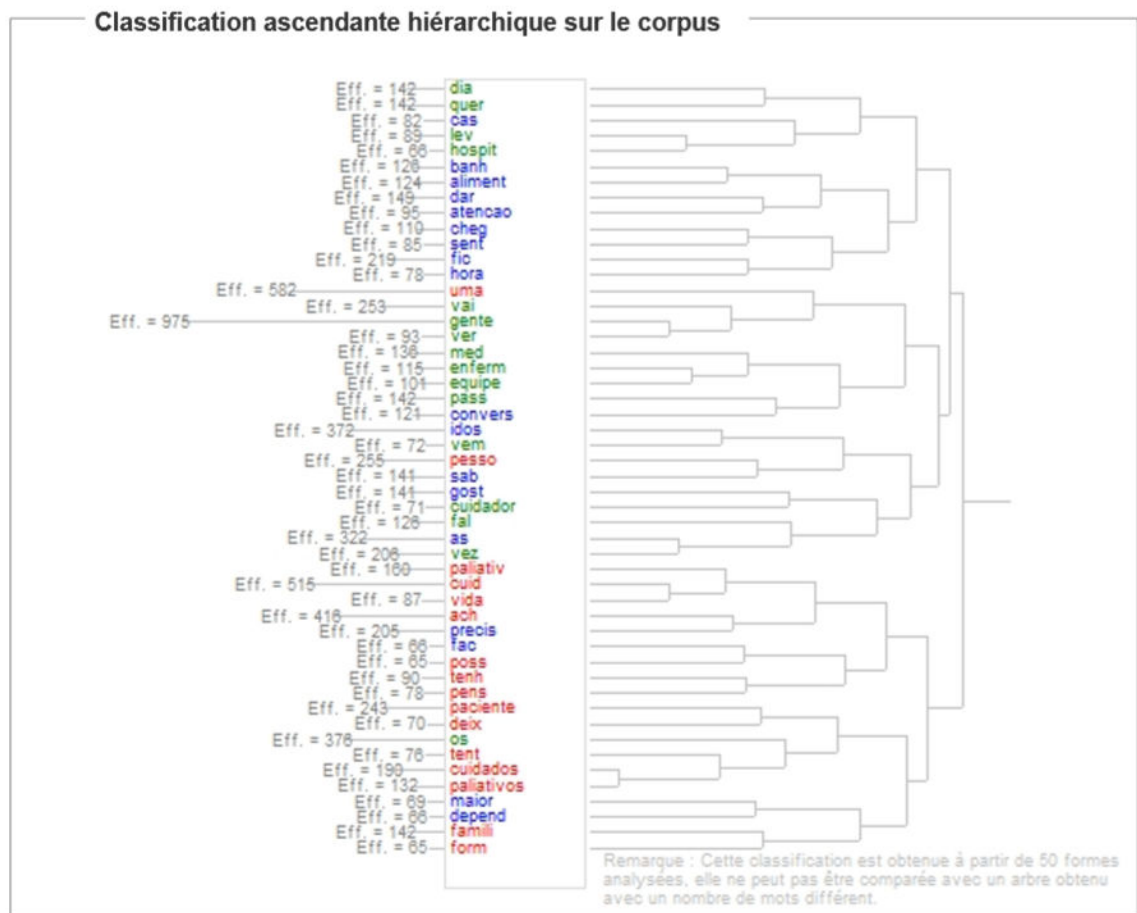
Temas	Classes	Nominações
Conceitos de cuidados paliativos	Classe 1	Os Conceitos de cuidados paliativos da equipe de atenção a idosos institucionalizados
Ações nos cuidados paliativos	Classe 2	As ações que representam os cuidados paliativos a idosos institucionalizados
Relações entre profissionais, idosos e o ambiente em que é desenvolvido os cuidados paliativos	Classe 3	As relações entre a equipe de atenção a idosos institucionalizados nos cuidados paliativos

Fonte: Elaborada pelo autor.

Para Jodelet, 2001 a representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) que no caso em estudo são os cuidados paliativos, e de alguém (sujeito) que é a equipe de atenção aos idosos institucionalizados. Segundo a autora a representação tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações). Essas significações são expressas por meio de uma atividade que estão presentes na forma de saber e na prática do ser humano. Observa-se que houve a primeira separação da classe 1 por significar formas de saber. As classes 2 e 3 se aproximam mais porque exprimem a prática desta representação.

O programa também fornece a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) de todas as classes, permitindo assim o estudo das relações dos elementos (formas) intraclasses. Em que as palavras que possuem mais conexão e proximidade nos discursos são as últimas a sofrerem a partição, reforçando a informação que a primeira classe se diferencia em seu sentido mais das classes 2 e 3. (Figura 05)

Figura 05 - Classificação Hierárquica Ascendente. Fortaleza-CE, 2014



Fonte: Elaborada pelo autor.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Tabela 1: Classificação das participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2014

Variáveis sociodemográficas	Frequência	%
Idade		
21-30 anos	17	32,1
31-40 anos	13	24,5
41-50 anos	11	20,8
51-60 anos	12	22,6
Gênero		
Masculino	12	22,6
Feminino	41	77,4
Escolaridade		
Ensino médio completo	31	58,5
Ensino superior completo	10	18,9
Pós-Graduação	12	22,6
Religião		
Católico	39	73,5
Evangélico	11	20,8
Outros	02	3,8
Ateu	01	1,9
Profissão		
Enfermeiro	05	9,4
Médico	01	1,9
Profissional superior da área de saúde	15	28,3
Técnico e auxiliar de enfermagem	10	18,9
Cuidador e instrutor	22	41,5
Total	53	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os dados oriundos do perfil sociodemográfico da equipe de atenção aos idosos institucionalizados, totalizando em 53 profissionais, foram submetidos a tratamento estatístico por frequência simples e percentual, e organizados em tabelas para melhor visualização dos resultados.

No que tange em relação a idade foram divididos os dados em quatro faixas etárias, são estas: de 21 a 30 anos; de 31 a 40 anos; de 41 a 50 anos; e de 51 a 60 anos. Observa-se que houve variação das idades dos participantes entre 24 a 59 anos, destacando-se em maior frequência a faixa etária de 21 a 30 anos (32,1%), e em menor frequência de 41 a 50 anos (20,8%). Os resultados da pesquisa do IBGE em 2010, para o Brasil, mostraram que o nível da ocupação

caracterizou-se por crescer com o aumento da idade até alcançar o seu máximo no grupo etário de 35 a 39 anos (75,2%) passando, em seguida, a declinar continuamente até atingir 13,5%, no de 70 anos ou mais de idade. Portanto, dados estes achados em pesquisa se assemelham com a pesquisa do IBGE, demonstrando que a população mais jovem encontra-se em maior proporção no mercado de trabalho (BRASIL,2010).

Evidenciou-se quanto ao gênero a predominância do sexo feminino (77,4%) de profissionais no estudo. Segundo dados do IBGE vem ocorrendo um crescente impulso de ingresso feminino no mercado de trabalho brasileiro, dados comprovam que houve elevação do nível da ocupação das mulheres, de 35,4%, em 2000, para 43,9%, em 2010, que foi mais acentuada que a dos homens, que passou de 61,1%, em 2000, para 63,3%, em 2010. Isso significou incremento de 24,0%, no nível da ocupação feminina, e 3,5%, no da masculina, de 2000 para 2010. Também observa-se, predominantemente o gênero feminino na área de saúde em funções que são voltadas para o cuidar, como setores de enfermagem, higienização, nutrição, serviço social. Em funções voltadas a força braçal observa-se um predomínio da categoria masculina. Corroborando com dados achados, onde se esperava a feminização das funções vinculadas ao cuidar (BRASIL, 2010).

No que se refere a grau de escolaridade destaca-se em maior número os profissionais que possuem ensino médio completo (58,5%) na totalidade da equipe de atenção aos idosos institucionalizados. Fator este preocupante quando se espera que quanto maior o grau de escolaridade mais qualificado será o profissional para prestar o cuidado, requerido maior qualificação do profissional principalmente quando envolve o cuidar ao idoso, que é um ser complexo pois traz ao longo de sua vida um acúmulo de fatores que interferem negativamente na sua saúde além das próprias alterações fisiológicas esperadas com o envelhecimento.

Sobre a religião dos participantes sobressai o fator de somente um profissional disse ser ateu (1,9%). Questões como cuidados paliativos, finitude, morte e morrer intrigam ainda muitos profissionais da área da saúde brasileira, pois ainda dentro das investigações científicas faltam muitas justificam dos motivos de todas doenças, agravamentos e da própria morte. Como alternativa para essa lacuna tanto profissionais como pacientes buscam na religião/espiritualidade justificativas para morte e formas melhores de enfrentamento, pois as religiões

erigiram aspectos simbólicos sobre a morte e até mesmo pós-morte, proporcionando maneiras diferentes de compreender e aceitar essas questões. Portanto, observa-se forte vínculo dos profissionais em estudo com a religião (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

A amostra do estudo foi constituída pelos seguintes profissionais: 5 Enfermeiros, 1 Médico, 7 Fisioterapeutas, 5 Assistentes Sociais, 1 Dentista, 1 Terapeuta Ocupacional, 11 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, 12 Cuidadores, 10 Instrutores. De acordo com os princípios filosóficos que são estabelecidos pelos cuidados paliativos devem ser ofertados ao indivíduo sem possibilidade de cura o alívio da dor e sintomas, abrangendo problemas de ordem social, psicológica e espiritual. Assim, torna-se necessário a participação de uma equipe interdisciplinar para que sejam contempladas todas as vertentes do cuidado paliativo, pois somente um profissional atuando isoladamente na sua área jamais conseguiria atingir a esses objetivos. As instituições estudadas possuem uma variedade de categorias profissionais, um pré-requisito para desenvolver o cuidado paliativo, entretanto além disso é importante que eles atuem de forma interdisciplinar (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

No próximo tópico serão apresentados e discutidos os temas e as classes produzidos pelo Alceste. A partir do conteúdo discursivo e das palavras mais frequentes e características, foram denominados cada tema por classe. A discussão das classes foi realizada considerando as palavras mais representativas e as UCE características de cada classe. A interpretação e análise das classes fundamentaram-se na perspectiva processual da TRS, com respaldo também da literatura sobre cuidados paliativos e idosos.

5.2 PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

5.2.1 Análise da classe 1: os conceitos de cuidados paliativos da equipe de atenção a idosos institucionalizados

A classe 1 é composta por 386 UCE e 154 palavras analisáveis. Essa classe perfaz 43% do *corpus* e foi a primeira a ser dividida das demais classes, ela é a que caracteriza em maior proporção o conteúdo do *corpus* “cuidados paliativos”, significando ser mais específica e conter dados mais diferenciados do que as outras classes.

Para facilitar o entendimento, construiu-se um quadro composto pelas palavras mais representativas da classe 1 e seus respectivos Phi, que denotam a importância semântica de cada palavra dentro da classe, contidas no relatório detalhado do Alceste. O programa Alceste realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,14.

No relatório, as palavras são expostas em sua forma reduzida, porém para facilitar a leitura, optou-se pelo emprego da palavra completa que mais apareceu nos discursos que formam as UCE dessa classe. De acordo com a análise lexical do programa os vocábulos mais ilustrativos desta classe estão listados no quadro 3, essas palavras expostas são consideradas os elementos mais importantes.

Quadro 03: Palavras representativas da classe 1

Palavras	Phi
Paliativos	0,28
Cuidados	0,22
Forma	0,21
Vida	0,21
Paliativo	0,20
Paciente	0,18
Doença	0,16
Conforto	0,16
Morrer	0,16
Entender	0,16
Qualidade	0,16
Sufrimento	0,15
Acho	0,15
Amor	0,15
Realidade	0,15
Tratar	0,14
Família	0,15
Anos	0,14
Cuidado	0,14
Deveria	0,14

Fonte: Elaborada pelo autor.

O foco dessa classe são os próprios conceitos dos cuidados paliativos que a equipe de atenção aos idosos institucionalizados possuem. Observa-se, a apresentação de formas diversas dos conceitos sobre cuidados paliativos desde o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde, até visões positivas e negativas sobre a temática.

5.2.1.1 Subcategoria da classe 1: conceitos positivos dos cuidados paliativos

Evidenciou-se nas falas forte influência do universo reificado, o conceito de cuidados paliativos que encontra-se na ciência, em livros e literaturas. Principalmente aproximado ao conceito da OMS que é um cuidado interdisciplinar que visa oferecer ao paciente e sua família que encontra-se com doença que ameaça a continuidade de vida, envolvendo os aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais e culturais, objetivando melhorar a qualidade de vida, reduzindo sinais e sintomas da doença (WHO, 2004).

Antigamente a ciência era baseada no senso comum e fazia do senso comum uma realidade bem distante, com avanços das tecnologias de comunicação e disseminação da ciência ocorreu uma mudança de paradigma. Atualmente, ao contrário do que se acreditava, as ciências também geram representações, portanto o senso comum é a ciência tornada comum (MOSCOVICI, 2013)

Uma das filosofias dos cuidados paliativos é realizar medidas que promovem a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, que encontra-se com doença que ameaça a continuidade da vida. Revela-se em alguns discursos o conceito do cuidado paliativo vinculado a melhoria da qualidade de vida e bem estar do paciente.

Cuidado paliativo, que é paliar não no sentido de remediar, paliar não no sentido de tratar, de curar, mas no sentido de melhorar o bem estar e a qualidade de vida daquele paciente, então eu vejo o cuidado paliativo como uma área muito delicada (uce nº 1063 Phi = 0,04 uci nº 49 : *suj_49 *ins_2 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_3).

Na qualidade de vida dele até ele falecer. O cuidado paliativo vai até o último instante. Não sei, sinceramente não, devem pensar, oferecer uma melhor qualidade de vida a todos os idosos é fundamental para os que estão em cuidados paliativos. (uce n° 959 Phi = 0,03 uci n° 41 : *suj_41 *ins_2 *sex_2 *pro_3 *id_1 *rel_1 *esc_2).

não sei se eu digo satisfação, mas não só nos cuidados paliativos eu tento no meu cotidiano profissional está intervindo da melhor maneira possível, garantido qualidade de vida e humanizado a cada idoso aqui, (uce n° 987 Phi = 0,03 uci n° 41 : *suj_41 *ins_2 *sex_2 *pro_3 *id_1 *rel_1 *esc_2).

generalizar não acho isso certo. Sim, me traz porque no sentido de que eu posso proporcionar conforto aquela pessoa nos últimos anos de vida, e mesmo que ela não esteja nos últimos anos eu posso providenciar qualidade de vida para ela, ai essa pessoa vai viver mais e melhor, (uce n° 1098 Phi = 0,03 uci n° 49 : *suj_49 *ins_2 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_3).

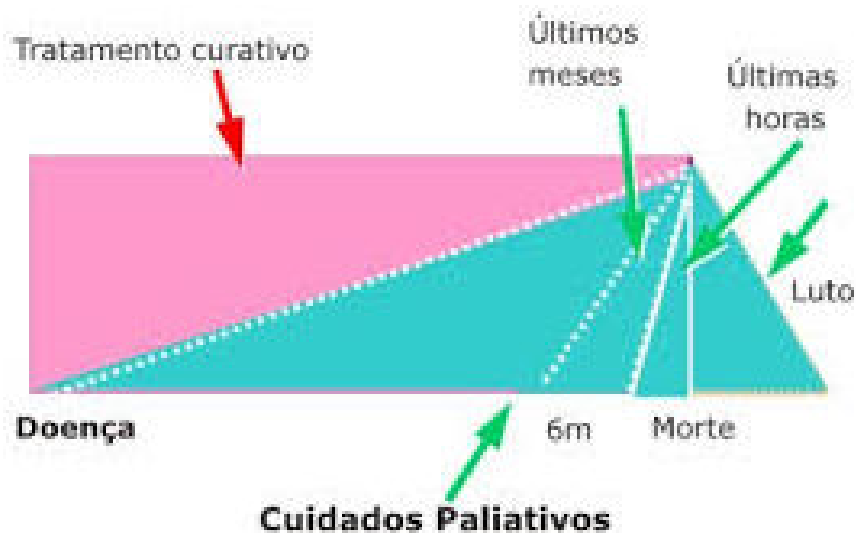
A qualidade de vida é uma questão bastante subjetiva, pois não existe um consenso sobre a definição dessa expressão e nem como quantificá-la. Mundialmente, existem somente as escalas de avaliação que vem sendo desenvolvidas e/ou adaptadas culturalmente para diversos contextos e realidades, assim como no Brasil que vem sendo desenvolvido estudos para validar escalas de avaliação sobre a qualidade de vida (CORREIA; CARLO, 2012).

Entretanto, nos discursos dos participantes da presente pesquisa entende-se que essa qualidade de vida seria melhorar o bem-estar e trazer conforto ao paciente, diante da condição de terminalidade que o idoso se encontra, seria trazer um melhor padrão de vida ao paciente na medida do possível. Para essa parte da equipe o que se espera dos cuidados paliativos é que possa influenciar positivamente no curso da doença.

O conceito de cuidados paliativos para alguns é tratar um paciente incurável. Para a OMS devem ser iniciados os cuidados paliativos o mais precoce possível, após ser estabelecido diagnóstico da doença fora da possibilidade de cura

e de acordo com o curso da doença ir diminuindo a terapêutica curativa e aumentando a terapêutica paliativa até o momento da morte, de acordo com a Figura 06 (WHO, 2011).

Figura 06 - Evolução dos cuidados paliativos



Fonte: http://reginacoutos.blogspot.com.br/2012_11_01_archive.html

se eu tenho um paciente em cuidado paliativo exclusivo, ele pode ter uma doença incurável mas pode ter uma expectativa de vida grande e já entrar nos cuidados paliativos, então assim é algo importante dentro do ponto de vista da saúde, (uce n° 1129 Phi = 0,03 uci n° 52 : *subj_52 *ins_2 *sex_1 *pro_2 *id_1 *rel_1 *esc_2)

Consoante, ao que se preconiza pela OMS os entrevistados em seus discursos sempre vinculam ao fato de ter uma doença incurável a necessidade dos cuidados paliativos, e mesmo sem a possibilidade de cura ainda a muito o que se fazer por aquele idoso.

cuidados paliativos toda vida que eu vejo muito esse termo, eu relaciono muito assim e, a impressão que eu tenho, seria tudo o que a gente pudesse fazer para amenizar o sofrimento daquela pessoa que está passando por aquela situação, porque ao que eu entendo é uma situação que ela não tem retorno daquela situação, mas que eu posso fazer muita coisa para (uce n°

423 Phi = 0,03 uci n° 15 : *suj_15 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_2 *rel_2 *esc_3).

O cuidado é quando uma pessoa tem uma atenção pelo o outro, zela, não só a atenção do ouvir mas fazer alguma coisa por ele. Eu acho que assim o cuidado paliativo traz para o paciente numa fase que ele está já terminal, também amenizar aquela dor, aquele sofrimento dele também, e dando a atenção que ele precisa, (uce n° 1038 Phi = 0,03 uci n° 47 : *suj_47 *ins_2 *sex_2 *pro_3 *id_1 *rel_2 *esc_2).

Observa-se nos discursos de vários profissionais como pré-requisito para prestar os cuidados paliativos com qualidade o amor, o amor ao que se faz e ao paciente. Pois para os profissionais existe uma doação que vai além da profissão para que seja prestado os cuidados paliativos. Dentre estes profissionais destacaram-se a equipe de enfermagem.

Quando é desenvolvido o cuidado paliativo sempre ocorrem situações que envolvem sentimentos de sofrimento, dor, e a morte como elemento constante e presente. Para o profissional e paciente esses sentimentos geram uma sobrecarga emocional que torna a prestação desse cuidado mais pesado, e que necessita de um vínculo mais próximo junto ao paciente para enfrentamento de tal situação. Portanto os profissionais relatam que necessitam amar o que fazem, que necessitam de doação para superar tais dificuldades (KOVÁCS, 2008).

Essa representação dos cuidados paliativos vinculado ao amor é um aspecto da enfermagem do passado. A enfermagem durante os 18 primeiros séculos da sua história foi desenvolvida com base no amor, na caridade, na compaixão. A partir dessa época, surgiu a necessidade de ter como alicerce além do amor o conhecimento científico, apesar da evolução observa-se ainda a expressão do amor nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, pois o paciente que está em processo de adoecimento almeja encontrar um cuidado amoroso e humanizado. Portanto, um forte aliado ao cuidado além do conhecimento científico é o amor (GRÜDTNER et al., 2010).

eu sou voltado muito para o amor, para o afeto, aquilo que você faz, você faz bem quando tem amor eu sou voltado para isso porque quando eu entrei na área de enfermagem eu não entrei com o intuito de cuidar de todo mundo, mas eu entrei com o intuito de cuidar da minha mãe e deus tirou (uce nº 843 Phi = 0,02 uci nº 35 : *suj_35 *ins_2 *sex_1 *pro_5 *id_3 *rel_1 *esc_1).

sempre integrando teoria e prática, esse cuidado sempre vem muito fundamentado e a gente precisa ter todas aquelas qualidades relacionadas a empatia, amor, carinho, e solidariedade, generosidade, para estar fornecendo o melhor cuidado possível aos nossos pacientes de modo geral seja qual campo a gente trabalhar, seja no âmbito em qualquer lugar em relação a nossa assistência, (uce nº 1061 Phi = 0,02 uci nº 49 : *suj_49 *ins_2 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_3).

Destaca-se nos discursos dos Fisioterapeutas da instituição 01 que os cuidados paliativos são sinônimos de prevenção. A prevenção seria o retardamento de doenças e fragilidades no idoso, já os cuidados paliativos são prestados quando a doença já está instaurada na pessoa e que ela esteja fora da possibilidade de cura (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

A prevenção poderia ser forte aliada para postergar algumas complicações, que o paciente em cuidados paliativos tem predisposição, como as prevenções de úlceras por pressão, imobilidade física, dependência, entretanto a prevenção não é sinônimo de cuidados paliativos.

sobre os cuidados paliativos acho que elas previnem doenças futuras, eles melhoram o bem estar físico e mental dos pacientes, ajudam nas atividades de vida diárias, melhora o humor físico e mental. Acho que eles pensam da mesma maneira, só que com outras formas de pensar. (uce nº 748 Phi = 0,02 uci nº 30 : *suj_30 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_2 *rel_1 *esc_2).

Nas duas instituições em questão, pode se dizer que em média aproximadamente 50% do total dos idosos possuem o perfil com alto nível de dependência, dificuldade de comunicação, presença de estados confusionais e

demência, diversas doenças agravadas com a crescente longevidade, além das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento. Para alguns profissionais em estudo, não somente idosos com doenças incuráveis são elegíveis aos cuidados paliativos, mas sim idosos que possuem esse perfil descrito também são elegíveis aos cuidados.

acho que um paciente que já está com uma certa idade, que ele já está demenciado, que a doença dele é irreversível, também são pacientes que necessitariam desse cuidado ou até mesmo aquele que não se encontra com uma doença terminal mas ele se encontra numa situação de vida mais afetada. (uce nº 1042 Phi = 0,03 uci nº 47 : *suj_47 *ins_2 *sex_2 *pro_3 *id_1 *rel_2 *esc_2).

Segundo Silva, Amaral e Malagutti (2013) os cuidados paliativos geriátricos não devem estar atrelados apenas a doenças incuráveis, mas também ao tipo, grau e curso das alterações concomitantes que ocorrem com o idoso. Portanto, tanto a idosos com doenças incuráveis como os portadores de outras doenças mais avançadas que afetam o idoso podem ser beneficiados com os cuidados paliativos.

5.2.1.2 Subcategoria da classe 1: conceitos negativos dos cuidados paliativos

Atualmente, encontram-se relatos na literatura de que a maneira como os profissionais de saúde brasileiros lidam com a doença incurável ainda é bastante negativa, pois envolve sentimentos como frustração, impotência diante da doença que não possui cura. Essa visão negativa acentuou-se, principalmente, devido aos avanços científicos e tecnológicos que buscam de forma desenfreada a cura, apesar de existirem inúmeras doenças que ainda estão fora da possibilidade de cura (KOVÁCS, 2008).

Divergente da literatura, o estudo mostra que os participantes não relataram frustração em não poder trazer a cura aos idosos que se encontravam com doença que ameaçavam a continuidade da vida, mas sim satisfação em poder prestar os cuidados paliativos de forma a amenizar o sofrimento, sinais e sintomas

do paciente que se encontrava em estágio terminal. Acredita-se que esse resultado diverge da literatura porque o público alvo a receber os cuidados paliativos em questão são os idosos institucionalizados.

Estudo de Faria e Maia (2007) comprova que para equipe de saúde a morte na infância é algo inaceitável, e a morte no idoso é mais aceitável do que a de jovens, pois vinculam a morte ao avançar da idade. Relatam também que sentem menos dificuldades em atender idosos em estágios terminais do que outras faixas etárias.

não é que nem um paciente jovem que tenta, que tem que fazer reanimação, faz isso faz aquilo. Eu sempre vejo lá onde eu trabalho que é assim quando os pacientes são bem idosos mesmos, já está sem jeito, que é uma doença que não tem cura, (uce nº 930 Phi = 0,02 uci nº 40 : *suj_40 *inst_2 *sex_2 *prof_4 *id_2 *rel_2 *esc_1).

quando está esperando acontecer o momento da morte acho que ai já se fundamenta o cuidado paliativo a partir do diagnóstico que ele tem alguma coisa que não dar para tratar dependendo da idade, acontece muito aqui idosos que tem câncer, pela idade, (uce nº 961 Phi = 0,02 uci nº 41 : *suj_41 *ins_2 *sex_2 *pro_3 *id_1 *rel_1 *esc_2).

Tais relatos geram a hipótese que ao se tratar do público alvo dos cuidados paliativos em questão os idosos isso fez com que não fossem mobilizados afetos de penalidade e frustração por parte da equipe. E portanto, produzindo um novo questionamento, se o público alvo dos cuidados paliativos fossem crianças e adolescentes os resultados seriam diferentes? O jovem com doença incurável mobiliza mais afetos do que o idoso com doença incurável?

Alguns profissionais apresentaram opiniões negativas acerca dos cuidados paliativos, essa visão negativa está vinculada ao fato do cuidado dispensado ao paciente não ser destino a alcançar a cura, eles referem que ao prestar o cuidado paliativo não estão fazendo um cuidado completo, mesmo que o paciente esteja em condição de terminalidade.

Para muitos profissionais a doença incurável ainda é entendida como uma derrota, uma frustração. A doença terminal juntamente com a morte ainda é um tabu para toda a sociedade, mesmo todos sabendo que a morte é algo inerente a existência de qualquer ser humano (CHAVES et al., 2011).

Nas seguintes falas o conceito de cuidados paliativos está esvaziado de sentido e é apresentado de forma depreciativa, diminuindo os valores e as virtudes que esse tipo de cuidado possui e sendo este comparado ao cuidado ineficiente/incompleto.

para mim cuidados paliativos é um cuidado que você oferece, mas que não é o cuidado necessário, cuidado real, cuidado que aquela pessoa exige mesmo digamos para ser um cuidado digno, para mim paliativo é algo que você faz porque parece que o que deveria ser feito não estava ao teu alcance ou você não está muito interessado ou faz por fazer, assim coisa paliativa para mim está nesse sentido. (uce n° 359 Phi = 0,03 uci n° 12 : *suj_12 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_4 *rel_4 *esc_3).

olha, eu até diria que assim uma boa parte dos cuidados que a gente faz dentro de uma instituição pública, uma instituição que a gente tenha muitas carências, muitas dificuldades eu até acredito que uma boa parte deles sejam paliativos (uce n° 368 Phi = 0,02 uci n° 12 : *suj_12 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_4 *rel_4 *esc_3).

Essa parte da equipe ancora suas representações dos cuidados paliativos sendo ele um cuidado indigno, de carências, de dificuldades. E objetivam em um cuidado incompleto. Para eles o limite da possibilidade terapêutica de cura tem o significado que não estão fazendo nada para o paciente, o que se mostra um cuidado ineficiente.

Outros profissionais relataram sentir incômodo em prestar os cuidados paliativos em situações que ele é confundido com a eutanásia. A palavra eutanásia é de origem grega e significa boa morte, isto significa em terminar a vida de alguém que sofre demais ou que está condenado a morte progressiva, é o suicídio assistido, abreviação da vida (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

Apesar de existir a distinção bem claro na ciência entre os conceitos cuidados paliativos e a eutanásia, existem representações de profissionais do universo reificado, que são fortemente influenciadas pelos tabus sobre a morte e a terminalidade. No momento que é prestado o cuidado paliativo não significa que está sendo retirado o direito de receber o tratamento, como alguns pensam, mas sim são retirados os tratamentos curativos inúteis, que só prolongariam o sofrimento e não trariam maiores benefícios ao paciente. Um dos princípios filosóficos dos cuidados paliativos é não apressar ou adiar a morte.

Mesmo que seja a longo prazo ou a curto prazo. Não, não acho que pensam iguais não na realidade acho que tem muita divergência tem gente que acha que ainda assim você está adiantando a morte daquele paciente ou adiantando uma doença. (uce n° 677 Phi = 0,03 uci n° 27 : *suj_27 *ins_1 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_2).

tinha um paciente que entrou em cuidados paliativos eu acho que a assistência dele poderia ter sido melhor, eu acho que nesse aspecto cuidados paliativos se confundiu com a retirada de todas as medicações e deixaram morrer, (uce n° 1141 Phi = 0,03 uci n° 52 : *suj_52 *ins_2 *sex_1 *pro_2 *id_1 *rel_1 *esc_2)

Nos discursos evidencia-se que os profissionais ancoram suas representações na retirada de medicações e em não prestar o cuidado e fazem objetivação com a eutanásia, o ato de abreviar a vida de uma pessoa. Essa representação provoca uma rejeição e distanciamento dos cuidados paliativos em alguns profissionais, pois eles foram formados para lutar pela vida e não serem omissos diante a morte. Essa relação negativa gera um desconforto dos profissionais em atuarem na perspectiva dos cuidados paliativos.

Destaca-se no discurso do médico ambiguidade, pois ao mesmo tempo que ele valoriza os cuidados paliativos que é um tipo de cuidado prestado ao paciente com doença incurável ele revela em seu discurso que uma das ações que ele pode desenvolver dentro dos cuidados paliativos é trazer a cura de outras doenças diante daquela doença incurável. Demonstrando que a cultura da cura ainda está fortemente presente em suas ações, mesmo estando ciente do conceito

científico de cuidados paliativos e da condição de terminalidade que o paciente se encontra.

Ainda na cultura atual, encontra-se fortemente enraizada a ligação do bom cuidado com a cura ou a estabilização das funções vitais do paciente. E o desafio de prestar o cuidado paliativo para o profissional da área de saúde é aceitar que um dos seus papéis nesse contexto é o de ajudar as pessoas a morrerem bem (SILVA, 2008).

alguma condição que a gente, necessariamente a gente não possa curar mas possa de certa forma aliviar o sofrimento dele. Eu como médico, posso fazer muita coisa, desde tratar uma infecção como por exemplo um paciente com câncer estágio terminal mas por conta da doença ou não desenvolveu uma pneumonia, uma infecção urinária posso trazer a cura dessas enfermidades, (uce n° 1136 Phi = 0,03 uci n° 52 : *suj_52 *ins_2 *sex_1 *pro_2 *id_1 *rel_1 *esc_2)

ou numa doença que não é curável mas que de certa forma pode aliviar o sofrimento para mim isso é medicina, não é simplesmente o paciente ter uma pneumonia e a gente curar, abrange tudo isso aí, cuidados paliativos para mim é medicina pura.(uce n° 1148 Phi = 0,03 uci n° 52 : *suj_52 *ins_2 *sex_1 *pro_2 *id_1 *rel_1 *esc_2).

Em algumas falas os profissionais ancoram suas representações do idosos em cuidados paliativos com um idoso frágil e dependente, e objetivam na imagem de uma criança grande, que requer todos os cuidados de uma criança, mas com a diferença que esses cuidados são em maiores proporções pelo maior tamanho físico e demandas.

Comparar a velhice com retornar a ser criança, tratando um idoso com linguagem infantil, excesso de zelo e uma benevolência irônica, mesmo que esse tratamento seja justificado por uma forma de cuidar melhor, muitas vezes é privar esses idosos de comandar sua própria vida, de ser e se sentirem cidadão, agente ativo da sua própria história (PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2014).

eu penso assim que você devia ter amor no cuidado que você faz, paciência da maneira do idoso ser abandonado, então assim que ele volta ser criança, e o que penso do cuidado é uma criança grande, então penso assim em tudo (uce nº 769 Phi = 0,02 uci nº 31 : *suj_31 *ins_2 *sex_2 *pro_4 *id_3 *rel_1 *esc_1).

Uma das premissas dos cuidados paliativos é envolver a família do paciente nos cuidados paliativos, a família além de pertencer à unidade a ser tratada pela equipe também deve ser responsável pelo processo de cuidar do paciente. Entretanto, quando se fala de família de idosos institucionalizados é uma questão complexa, pois ao ato que a família institucionaliza o idoso é transferido a responsabilidade do cuidado para ILPI, no qual a família não tem disponibilidade ou vontade ou capacidade para fazê-lo (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

Manter o vínculo familiar durante os cuidados paliativos ao idoso institucionalizado é um grande desafio para as equipes das instituições. Os vínculos familiares no momento da terminalidade do paciente são tão relevantes quando os cuidados técnicos e científicos prestados, pois o paciente nesse estágio em especial necessita de vínculos afetivos, sociais e emocionais para melhor enfrentamento (RISSARDO et al., 2011).

então eu acho que tem que ser esse profissional que também tem que estar sempre de acordo com a família, que eu não considero o profissional que sabe muito de cuidados paliativos mas que não faz ligação com a família, (uce nº 1082 Phi = 0,02 uci nº 49 : *suj_49 *ins_2 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_3).

Apesar de estarem cientes da importância da família em algumas falas a equipe relata a dificuldade de manter o vínculo familiar com os idosos em cuidados paliativos, principalmente pela condição que o idoso adentra a instituição já com esse vínculo enfraquecido ou ausente.

Nas falas a seguir a equipe relata quão forte ocorre a perda de vínculo dos idosos institucionalizados e seus familiares/amigos. Esse tipo de discurso é reincidido em várias entrevistas da pesquisa quando se fala nos cuidados paliativos

e família, em que os profissionais relatam não contarem com o apoio dos familiares mesmo o idoso estando em fase de terminalidade. Dificilmente estes estão presentes ou quando estão presentes não conseguem entender a condição de terminalidade do paciente dificultando o desenvolvimento dos cuidados paliativos.

você já imaginou estar no seio de sua família e de repente se deparar com isso, isso aqui é para quem não tem mais o vínculo familiar, quem tem o vínculo familiar é para estar sendo cuidado pela família, filhos, essa é a forma natural das coisas pelo menos é o que acho. (uce nº 526 Phi = 0,03 uci nº 17 : *suj_17 *ins_1 *sex_1 *pro_5 *id_2 *rel_1 *esc_1)

nós temos muitos idosos nessa situação que mesmo eles tendo filhos, dois, três, quatro filhos, os filhos não tem mais esse interesse de cuidar porque não desenvolveram um afeto, um amor por eles que ao chegar na velhice eles tenham esse compromisso, (uce nº 366 Phi = 0,03 uci nº 12 : *suj_12 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_4 *rel_4 *esc_3).

de ser bem alimentado, de ser cuidado, muitos deles são encontrados estendidos no meio da rua, muitos deles são abandonados pela família, ou então eles se perderam, ou por filho ou por violência pela droga, é bem complexo e difícil, (uce nº 719 Phi = 0,02 uci nº 28 : *suj_28 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_4 *rel_1 *esc_2).

Observou-se que conceitos apresentados por pesquisados divergem bastante, independente de classe profissional ou grau de escolaridade, perpassando por visões negativas e positivas acerca dos cuidados paliativos.

5.2.2 Análise da classe 2: ações que representam os cuidados paliativos a idosos institucionalizados

A classe 2 é composta por 228 UCE e 121 palavras analisáveis. Essa classe perfaz 26% do *corpus* e foi formada após a segunda partição, ela possui relação

forte entre a classe 3 que interferiu para que ela fosse dividida por último junto a classe 3.

Para facilitar o entendimento, construiu-se um quadro composto pelas palavras mais representativas da classe 2 e seus respectivos Phi, que denotam a importância semântica de cada palavra dentro da classe, contidas no relatório detalhado do Alceste. O programa Alceste realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,15.

No relatório, as palavras são expostas em sua forma reduzida, porém para facilitar a leitura, optou-se pelo emprego da palavra completa que mais apareceu nos discursos que formam as UCE dessa classe. De acordo com a análise lexical do programa os vocábulos mais ilustrativos desta classe estão presentes no quadro 4.

Quadro 04: Palavras representativas da classe 2

Palavras	Phi
Banho	0,37
Trocar	0,28
Cadeira	0,25
Hora	0,23
Independente	0,23
Fralda	0,23
Decúbito	0,18
Andar	0,17
Olhar	0,18
Higiene	0,18
Fica	0,17
Vou	0,17
Daqui	0,17
Cama	0,16
Pegar	0,16
Gostar	0,15
Roupa	0,15
Dependentes	0,15
Sozinho	0,15
Perfil	0,15

Fonte: Elaborada pelo autor.

As palavras representativas da classe 2 envolvem ações exercidas pelos profissionais das instituições que constituem os cuidados paliativos. Destacam-se

nos discursos ações ligadas ao paciente dependente para atividades de vida diária como o banho, troca de fraldas, mudança de decúbito.

Observa-se que a representação do perfil do idoso elegível aos cuidados paliativos está fortemente atrelada a pacientes dependentes, sendo cadeirantes ou acamados, e quanto mais debilitados, com proximidade da terminalidade, mais eles precisariam de cuidados paliativos.

Decorrente ao declínio clínico e/ou psicológico, muitos idosos tem a perda de autonomia e dificuldade de autocuidar-se com o avançar da idade, tornando-se cada vez mais dependentes. Está nas representações dos profissionais em questão a ligação entre a tríade acidente vascular cerebral (AVC), dependência e cuidados paliativos. Muitos em seus discursos revelam acreditar que o paciente que teve um AVC automaticamente precisaria de cuidados paliativos, assim como o Alzheimer e outras doenças que geram alto grau de dependência (PEREIRA; SERA; CAROMANO, 2008).

ele era um dos que, por exemplo aquele idoso ali naquela cadeira de rodas, ele teve um avc, teve dois avc o pessoal disse que ele andava ai teve o segundo e ficou na cadeira, ele é super inteligente, ele sabe lê, escrever, sabe pintar, sabe tudo. (uce nº 225 Phi = 0,03 uci nº 7 : *suj_07 *inst_1 *sex_1 *prof_5 *id_3 *rel_2 *esc_1).

por causa desse avc ai que ele ficou nessa cadeira, qual é o cuidado dele, dele é de dar banho nele, alimentar e trocar a roupa mais porque ele é completamente independente. Agora nós sabemos, mas tem a questão da idade, que alguns pacientes tem muitas doenças, até graves, só que não vai mexer porque você vai operar um idoso desse para morrer, (uce nº 226 Phi = 0,03 uci nº 7 : *suj_07 *inst_1 *sex_1 *prof_5 *id_3 *rel_2 *esc_1).

É igual você gostando do que faz. Eu não sei informar. Paciente com alzheimer, paciente acamado, paciente já na fase bastante comprometida, pacientes idosos. Uma troca de fralda, uma mudança de decúbito, uma higiene oral, um banho no leito, uma transferência do leito para cama e vice versa. (uce nº 812 Phi = 0,03 uci nº 33 : *suj_33 *ins_2 *sex_1 *pro_5 *id_2 *rel_1 *esc_1)

A enfermaria masculina e feminina que são pessoas acamadas e são dependentes, e precisa do cuidador para trocar as fraldas, fazer hidratação, as vezes até na alimentação. Higiene, hidratação, higiene oral, tricotomia, e manter sempre seco, limpo, cheiroso, que tem alguns que gostam de perfume outros que não gostam, que usam lavanda inglesa ou sabonete natural. (uce n° 875 Phi = 0,03 uci n° 37 : *suj_37 *ins_2 *sex_1 *pro_5 *id_2 *rel_3 *esc_2).

A ação da higiene prestada ao idoso em cuidados paliativos é bastante valorizada nos discursos da equipe. A palavra higiene origina-se do grego *hugieinós*, significando que ajuda a manter a saúde, portanto um dos pré-requisitos para se manter a saúde são boas práticas de higiene. A higiene citada pelos pesquisados abrange ações de limpeza com o corpo, como o banho no leito, banho de aspersão, troca de fraldas, higiene íntima, higiene oral, tricotomia, higiene do couro cabeludo.

ai você fica naquele corre para poder pegar, tem que estar cuidado vinte quatro horas principalmente aqueles cadeirantes. Eu, por exemplo, eu gosto muito na hora do banho, eu gosto de dar um banho no capricho bem assim com bastante sabão, assepitól, shampoo, o que eu gosto também é a parte que eu vou vestir a roupa, (uce n° 543 Phi = 0,04 uci n° 19 : *suj_19 *ins_1 *sex_1 *pro_5 *id_4 *rel_1 *esc_1)

A preservação da integridade da pele para a equipe está intimamente ligada a redução de sofrimento e aumento do conforto do paciente em estágio de terminalidade. Observa-se nos discursos que possui uma importante relevância as ações que previnem as úlceras de decúbito, em detrimento das ações de cicatrização de feridas já existentes.

Os profissionais buscam trabalhar de forma preventiva para preservar a integridade da pele, pois o idoso em cuidados paliativos dentro do perfil relatado que é o idoso acamado, com estado nutricional alterado e alto grau de dependência, muito provavelmente terá um processo de cicatrização mais lento pelo próprio declínio orgânico. Também foi relatado dificuldade de materiais para cicatrização de feridas, onde o custo para prevenção é bem mais reduzido.

ter uma cama com colchão de água, a mudança de posição para não criar úlcera por pressão, ficar dentro desse meio da possibilidade do que a gente tem para colocar em prática para diminuir também o sofrimento. (uce nº 689 Phi = 0,03 uci nº 27 : *suj_27 *ins_1 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_2)

A boa comunicação entre a equipe e os idosos também é um fator bastante valorizado nos discursos, entende-se que o conversar e o ouvir pode influenciar positivamente no enfrentamento do idoso frente a terminalidade, e esse fator envolve a dimensão psicológica.

Pesquisas têm mostrado que os profissionais da área de saúde aprendem a lidar com a doença, mas não a lidar com o doente. Nos cuidados paliativos isso gera um grande desconforto pois a doença segue seu fluxo e o grande desafio é de como lidar com o doente. Portanto, é de suma importância que o profissional mantenha um relacionamento com qualidade junto ao idoso que está em cuidados paliativos, com proximidade da morte, para que ele consiga lidar de melhor maneira com a situação vivenciada. Espera-se que com a proximidade da finitude a preocupação com a qualidade do relacionamento torne-se mais relevante do que a doença, já que está fora da possibilidade de cura (SILVA,2008).

tem idosos aqui que chegam tristes, angustiados, aí você conversa um pouco depois ele já está sorrindo, é muito bom para gente, eu amo isso aqui, gosto muito daqui, eu trabalho aqui porque gosto mesmo, e para mim vale a pena isso aí. (uce nº 1175 Phi = 0,03 uci nº 53 : *suj_53 *ins_2 *sex_2 *pro_3 *id_4 *rel_1 *esc_2).

se ele realmente gosta daqui, eu sinto quando eu começo a conversar com ele, ele fica mais alegre, você sente o sorriso dele. Outra coisa que eu acho muito importante é na hora do banho, você sempre está observando ele, se está feito xixi você troca uma roupa e dar um banho nele, eu considero um serviço paliativo que venha o bem dele, isso é o que eu considero. uce nº 161 Phi = 0,03 uci nº 6 : *suj_06 *ins_1 *sex_1 *pro_5 *id_4 *rel_1 *esc_1

então assim nós conseguimos criar um vínculo de confiança e de amizade com essa idosa, é tanto que ela dificilmente gosta de sair daqui da casa

para ir para residência familiar, ela prefere ficar aqui do que com a família, devido esse .*esc_3).

Nesta classe, observa-se que as representações foram influenciadas por ações que são prestadas aos idosos acamados e/ou dependentes, sendo esquecidas as ações prestadas as diversas doenças que necessitam de cuidados paliativos, como controle de sinais e sintomas daquelas incuráveis.

Destacam-se nessa classe como mais citadas as ações exercidas pela equipe de enfermagem e que são inerentes aos cuidados básicos de enfermagem e não somente aos cuidados paliativos. Para a equipe em estudo as ações desenvolvidas para o paciente que está em cuidado paliativo não se diferenciam de um idoso que não está em cuidados paliativos, são esses os cuidados básicos como a higiene, o bem estar, a alimentação, cuidados de manutenção das funções básicas do ser humano.

Com tais achados, levanta-se a necessidade de um novo estudo para averiguar se para a enfermagem existe a distinção entre os cuidados paliativos dos outros cuidados, pois observa-se nas suas ações similaridade. Gerando a hipótese de que ao ser prestado o cuidado fundamental de enfermagem este já abrange as necessidades dos cuidados paliativos, pois divergentes das outras profissões da área da saúde a enfermagem atua sempre na perspectiva do cuidado e não somente da cura.

Para Carvalho (2003) o cuidado fundamental de enfermagem não se refere somente aos cuidados básicos, mais geral ou mais simples, mas sim cuidados de caráter “único-do-único” nas ações de ajudar a assistir as pessoas e os grupos humanos. Os cuidados fundamentais, portanto transpassam por todas categorias, setores e cenários de atuação da enfermagem, que seja em situações de saúde ou de doença.

Outro aspecto que sobressai dentro dos discursos é a valorização do procedimento e não da técnica. O procedimento diferentemente da técnica não exige o conhecimento científico, mas sim é a mera repetição da ação. Para o profissional possuir competência técnica faz-se necessário as capacidades saber saber, saber fazer, saber ser e estar.

Segundo Kurcgant (1991) as competências necessárias para desenvolver ações dos profissionais de saúde são: saber-saber, saber-fazer e saber-ser. O saber-saber é possuir base teórico-científica. O saber-fazer consiste em possuir habilidades e de um conjunto de conhecimentos próprios da área a ser desenvolvida. E o saber-ser é possuir ferramentas que agregam valores na prestação do cuidado como boa comunicação, inteligência intra e interpessoal, empatia, escuta, entre outros.

Sabe-se que foi a partir de Florence Nightingale que a enfermagem buscou o fortalecimento da construção do saber, como campo de ciência e arte, gerando a necessidade de uma educação formal, organizada e científica dos seus agentes (SANTOS, 2006).

A ciência e arte de cuidar do ser humano em enfermagem, no contínuo saúde e doença, é a práxis do cotidiano da enfermagem, significando que a arte é o fazer com perfeição. A arte, para Gadamer (2006) é saber e o ser-capaz de fazer que sabe. Portanto para alcançar a ciência e a arte do cuidar a enfermagem deverá estar munida de conhecimentos científicos e saber aplicá-los em seu contexto da melhor maneira possível. Espera-se que ao prestar os cuidados paliativos o enfermeiro desenvolva esse cuidado quanto ciência e arte, e não somente como um procedimento.

5.2.3 Análise da classe 3: as relações entre a equipe de atenção a idosos institucionalizados nos cuidados paliativos

A classe 3 é composta por 272 UCE e 133 palavras analisáveis. Essa classe perfaz 31% do *corpus* e foi formada após a segunda partição, ela foi a última classe a ser formada.

Para facilitar o entendimento, construiu-se um quadro composto pelas palavras mais representativas da classe 3 e seus respectivos Phi, que denotam a importância semântica de cada palavra dentro da classe, contidas no relatório detalhado do Alceste. O programa Alceste realizou um corte contendo as palavras com Phi maior ou igual a 0,13.

No relatório, as palavras são expostas em sua forma reduzida, porém para facilitar a leitura, optou-se pelo emprego da palavra completa que mais apareceu nos discursos que formam as UCE dessa classe. De acordo com a análise lexical do programa os vocábulos mais ilustrativos desta classe estão descritos no quadro 05.

Quadro 05 - Palavras representativas da classe 3

Palavras	Phi
Enfermagem	0,32
Enfermeira	0,28
Gente	0,27
Hospital	0,24
Leva	0,24
Equipe	0,23
Médico	0,23
Comunica	0,22
Cuidadores	0,20
Fisioterapeuta	0,18
Contato	0,17
Passa	0,17
Chefe	0,16
Fisioterapia	0,16
Setor	0,15
Atender	0,15
Internar	0,15
Material	0,15
Intercorrência	0,14
Chama	0,13

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Classe 3 representa as relações entre a equipe de atenção aos idosos institucionalizados, onde se destacam nos discursos as profissões, os vínculos e os ambientes em que elas ocorrem.

Neste íterim, a profissão de Enfermagem tem papel de destaque entre a equipe, aparecendo nos discursos como primeira a ser comunicada ou que faz intermediação entre toda a equipe.

Em qualquer âmbito, seja ele no hospital ou numa instituição, quando se fala em cuidado o profissional que dispensa mais tempo junto ao paciente e os seus familiares, é o enfermeiro. O enfermeiro nos cuidados paliativos atua junto a uma

equipe interdisciplinar assumindo o papel de elo entre as demais profissões, paciente e familiares (SILVA et al., 2013).

A essência e a base da filosofia da profissão do enfermeiro é o cuidar de outras pessoas. Os valores da enfermagem estão enraizados em ajudar as pessoas a recuperar, manter ou melhorar a saúde; prevenir doenças; e encontrar conforto e dignidade (POTTER; PERRY, 2009).

Para tanto espera-se que o profissional de enfermagem que irá prestar os cuidados paliativos ofereça um cuidado holístico, humanizado, associado ao controle de sinais e sintomas, respeitando a individualidade e preservando a autonomia de cada paciente, para que tenha dignidade nos seus últimos dias de vida.

A enfermagem como a profissão que visa o cuidar e não somente o curar destaca-se nos cuidados paliativos aos idosos das instituições, pois é o profissional que está mais tempo próximo ao idoso e possui uma tendência a buscar trabalhar de forma interdisciplinar com as demais profissionais. Há relatos dos outros profissionais que os Enfermeiros são acessíveis e sempre estão atentos as opiniões de qualquer que seja o profissional.

então a enfermagem é sempre a primeira a ser comunicada, aí a gente vai e toma as providências como sinais vitais, primeiros socorros e encaminha para o primeiro atendimento mais próximo que geralmente é hospital ou upa (uce nº 20 Phi = 0,04 uci nº 1 : *suj_01 *ins_1 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_3).

assistente social não, é mais os médicos que ficam aqui com a gente quando tem uma dúvida, fala com eles quando tem intercorrência, e com as enfermeiras que tem mais contato, os cuidadores também eles tem contato quando o paciente cai a gente pede para eles irem pegar, a gente trabalha em união em equipe. (uce nº 867 Phi = 0,03 uci nº 36 : *suj_36 *ins_2 *sex_2 *pro_4 *id_4 *rel_1)

Percebeu-se nas entrevistas quando o profissional se referia a instituição hospitalar existia um desconforto na relação do idoso em cuidados paliativos e a internação hospitalar. Foram relatadas divergências de opinião quanto a necessidade de internação hospitalar ou não do idoso em cuidados paliativos,

existindo uma generalização por parte dos profissionais do hospital de não internar o paciente idosos que está sob esses cuidados.

Fato este que gera uma angústia aos profissionais das instituições que relatam dificuldades em alguns turnos o acesso ao Médico, que seria também primordial a atuação desse profissional na prestação dos cuidados paliativos para amenizar sinais e sintomas e sofrimento do paciente.

Há também profissionais que são descrentes dos cuidados paliativos, demonstrando em suas falas que sentem-se desconfortáveis ao prestar esse tipo de cuidado, pois acreditam estarem prestando um cuidado incompleto, e sentem a necessidade frequente de estarem encaminhado os idosos aos hospitais para prestar um cuidado adequado.

Acredita-se que eles recorrem ao hospital tanto por não ter acesso ao médico na integralidade do tempo, quanto por não acreditarem na filosofia dos cuidados paliativos. Em contrapartida os profissionais dos hospitais, principalmente de serviços emergenciais, lidam frequentemente com a morte e os cuidados paliativos, portanto existe a tendência de alguns profissionais ao se sentirem frustrados em prestar os cuidados paliativos por não trabalharem em prol da cura buscarem a transferência do cuidado ao âmbito hospitalar na perspectiva da possibilidade da cura mesmo que a situação do paciente seja irreversível.

Essa dificuldade está vinculada intimamente com as representações que os profissionais possuem sobre a morte e o morrer e a não aceitação da condição de mortalidade que todo ser humano possui.

Embora a morte seja uma condição que o homem esteja fadado a vivenciar, portanto devendo esta ser familiar, na cultura ocidental atual as representações da morte ainda é um “tabu”, na qual o homem tenta fugir, a fim de não lidar com a mesma. Entretanto, diante do final do ciclo natural da vida que é a morte se torna impossível para o ser humano não vivenciar tanto a morte de entes como a sua própria morte, devendo este buscar formas de aceitação e enfrentamento dessa situação (CAPUTO, 2008).

... uma vez eu fui mal interpretado porque eu insisti em querer levar um idoso para o hospital e ai houve até uma divergência mas no outro dia levaram para o hospital e infelizmente o idoso nesse dia veio a óbito, (uce

n° 517 Phi = 0,03 uci n° 17 : *suj_17 *ins_1 *sex_1 *pro_5 *id_2 *rel_1 *esc_1)

que está doente que a gente levou pro hospital e o médico não quis atender, acontece muito disso, como no caso dessa senhora hoje que a upa liberou mesmo a gente sabendo que necessita de internação, (uce n° 51 Phi = 0,03 uci n° 2 : *suj_02 *ins_1 *sex_2 *pro_4 *id_2 *rel_1 *esc_1)

eu não sei, os meus colegas aqui da enfermagem eles pedem que é pra gente observar como é que estão os pacientes, caso esteja assim, porque toda sexta o médico vem, ai aqueles pacientes que estão em crise que não estão bem a gente traz pro médico ai o médico tem vezes que consulta aqui, ai quando não da que ele realmente não pode resolver aqui a gente leva para o hospital e ai lá faz exame. (uce n° 113 Phi = 0,03 uci n° 5 : *suj_05 *ins_1 *sex_2 *pro_4 *id_4 *rel_2 *esc_1)

não é a gente é o médico que passa e continua dar alimentação. Os médicos, como você vê essa senhora foi para o hospital, a menina pediu para levar para o hospital porque achou muito magra, ela acharia bom internar, mas nós levamos e o médico disse que não precisava internar não, só dar soro e pronto. (uce n° 127 Phi = 0,03 uci n° 5 : *suj_05 *ins_1 *sex_2 *pro_4 *id_4 *rel_2 *esc_1)

Dentro das ILPIs cada profissional oferece uma fração importante para o cuidado paliativo ao idoso institucionalizado. Um dos princípios filosóficos dos cuidados paliativos é a abordagem de equipe para atender à todas as necessidades dos pacientes e suas famílias, envolvendo os aspectos físicos, psicossociais e espirituais. Para que esse trabalho em equipe ocorra com efetividade, é preciso que a equipe trabalhe em sintonia, compartilhando conhecimentos, ações e sensibilidades. Exigindo assim que a equipe trabalhe de forma interdisciplinar e não multidisciplinar.

A multidisciplinaridade ocorre quando profissionais de diferentes áreas trabalham de forma isolada, não existindo cooperação e troca de informações, consistindo somente o sistema de referência e contra referência. Em oposição, a interdisciplinaridade ocorre quando profissionais de diferentes áreas trabalham em equipe, com reciprocidade e troca de saberes. As relações ocorrem de forma horizontal entre as áreas envolvidas (TAQUEMORI; SERA, 2008).

Nos discursos a seguir os profissionais relatam que trabalham em equipe, entretanto observa-se que essas relações ocorrem de forma multidisciplinar, pois entram em contradição em suas próprias falas. Relatam que esse trabalho em equipe é basicamente repassar informações de forma verbal informalmente ou através de registros em prontuários/ocorrências.

Existe uma série de fatores nas duas instituições predispondo que as relações ocorram de forma interdisciplinar como ausência de espaço físico adequado para reuniões com todos profissionais, número reduzido de profissionais, ausência de rotina de reuniões com toda a equipe.

fala com o fisioterapeuta para priorizar aquele paciente todos os dias já que a fisioterapia tem o programa direcionado para os pacientes de segunda a sexta prioriza aquele paciente, cuidados com a mudança de decúbito a gente sempre informa aos técnicos e cuidadores, e é sempre assim trabalho muito integrado, a gente se comunica muito pela ocorrência e pelos prontuário, (uce nº 1088 Phi = 0,03 uci nº 49 : *suj_49 *ins_2 *sex_2 *pro_1 *id_1 *rel_1 *esc_3).

A equipe toda a gente faz um trabalho conjunto, os outros profissionais também, a enfermagem, o serviço social trabalha tudo em equipe. A gente tem reuniões até estava vendo para ficar toda primeira sexta-feira do mês com todos os profissionais para ver realmente interagir para saber o que está se passando para realmente melhorar, (uce nº 628 Phi = 0,03 uci nº 24 : *suj_24 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_1 *rel_1).

A gente repassa, e um repassando para o outro, o instrutor, o fisioterapeuta, os cuidadores, a gente trabalha em conjunto porque as vezes eu estou aqui e não estou vendo, as vezes eles estão lá e estão vendo. (uce nº 120 Phi = 0,03 uci nº 5 : *suj_05 *ins_1 *sex_2 *pro_4 *id_4 *rel_2 *esc_1).

eles também participam, e a equipe de enfermagem junto com os instrutores e os cuidadores a gente sempre está tendo esse contato. O serviço social sempre é presente, a fisioterapia também hoje a gente viu um exemplo de uma idosa que a gente precisou intervir com a fisioterapia porque ela estava muito e com as articulações muito presas a gente até foi saber como estava a questão da fisioterapia dela, (uce nº 413 Phi = 0,04 uci nº 14 : *suj_14 *ins_1 *sex_2 *pro_1 *id_2 *rel_1 *esc_2).

ou comunica quando a gente vai fazer um trabalho externo e quer que dê um banho antes, um medicamento antes, então é um trabalho multidisciplinar. Poucos precisam. Os aspectos que dificultam é a rotina porque eles tem umas alimentações próximas, (uce nº 761 Phi = 0,03 uci nº 30 : *suj_30 *ins_1 *sex_2 *pro_3 *id_2 *rel_1 *esc_2).

realizo os cuidados com todos, a equipe de enfermagem, os cuidadores, os instrutores, fisioterapia, terapia ocupacional. Porque quando um paciente se opera o médico passa para fazer fisioterapia ai a gente repassa para elas, também quando a gente vê um paciente que esta com dificuldade de andar, (uce nº 118 Phi = 0,03 uci nº 5 : *suj_05 *ins_1 *sex_2 *pro_4 *id_4 *rel_2 *esc_1)

Em outros discursos observa-se de forma enfática que ocorrem nas relações entre a equipe uma hierarquia vertical, em que muitas vezes os profissionais de nível médio e nível superior não médico repassam informações ao enfermeiro e ele repassa para o médico ou demais profissionais as demandas relatadas pela equipe.

nós combinamos ai da tudo certo, isso só os cuidadores. Com terapeuta ocupacional a gente não debate muito com eles, com o médico que tem acesso e a técnica de enfermagem é a enfermeira ai a gente repassa para elas, (uce nº 91 Phi = 0,03 uci nº 4 : *suj_04 *ins_1 *sex_2 *pro_5 *id_1 *rel_1 *esc_1)

com os outros profissionais a gente não trabalha juntas, mas tem o contato de estar levando os idosos para serem atendidos, esse é o único contato, assim quando tem alguma dificuldade com eles e vê que tem algum idoso necessitando fazer fisioterapia ai a gente vai e indica, assim vai e fala para poder eles incluírem na lista, (uce nº 264 Phi = 0,03 uci nº 8 : *suj_08 *ins_1 *sex_2 *pro_5 *id_2 *rel_2 *esc_1)

quando tem alguma questão de saúde a gente vai lá e pede para alguma enfermeira observar para não estar invadindo a área de ninguém... (uce nº 517 Phi = 0,03 uci nº 17 : *suj_17 *ins_1 *sex_1 *pro_5 *id_2 *rel_1 *esc_1)

O modelo de organização do trabalho na área de saúde hierarquizado de forma vertical, fragmentado, em que cada um realiza sua parcela do trabalho sem ocorrer uma integração com as demais profissões, dificulta e reduz a qualidade do cuidado oferecido, tanto na perspectiva dos que são cuidados como daqueles que prestam os cuidados. Pois é enorme a complexidade e especificidades do trabalho na área da saúde por se tratar de um serviço prestado ao ser humano em que envolve aspectos biológicos, psicossociais e espirituais. Considerando-se as demandas do indivíduo nos cuidados paliativos, em que ultrapassa os saberes de uma única profissão, espera-se para que ocorra de forma efetiva que os envolvidos atuem de forma interdisciplinar (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Diante dos discursos os pesquisados mesmo compreendendo a importância em desenvolver o trabalho de forma interdisciplinar diante dos cuidados paliativos, os profissionais ainda possuem dificuldades para atuar nessa perspectiva. Em que ocorre uma tendência forte de se trabalhar sempre de forma multidisciplinar, pois o profissional acredita está fazendo sua parte, mas esquece que sozinho não é capaz de contemplar todas as necessidades do ser cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontrou-se que os Cuidados Paliativos na equipe de atenção a idosos das Instituições de Longa Permanência é um fenômeno de representação social, pois o objeto apresenta relevância cultural e espessura social diante do sujeito escolhido, sendo uma prática que se encontra no meio em questão.

Pela análise lexical obteve-se três classes distintas de representações. Foras estas: os conceitos de cuidados paliativos da equipe de atenção a idosos institucionalizados; ações que representam os cuidados paliativos a idosos institucionalizados; as relações entre a equipe de atenção a idosos institucionalizados nos cuidados paliativos.

Na primeira classe encontra-se os diversos conceitos que estão vinculados aos cuidados paliativos, em que estes estão permeando entre o sentido positivo e negativo. A equipe apresenta divergentes opiniões acerca da temática, quando vem o conceito de forma positivo atrelado a possíveis benefícios que o cuidado pode gerar ao paciente com uma doença sem cura e de forma negativa quando vinculam prejuízos que são gerados quando é prestado esse cuidado.

Na segunda classe as ações relatadas quando é prestado os cuidados paliativos estão atreladas somente aos cuidados básicos de enfermagem como a higiene, banho, alimentação, mudança de decúbito, troca de fraldas. Apesar das inúmeras possibilidades de ações frente aos cuidados paliativos. Entre o perfil dos idosos elegíveis aos cuidados paliativos o que mais destaca-se é o idoso acamado e dependente.

Demonstrando assim, que mesmo o profissional que tenha o conhecimento científico ou aquele que não possua esse conhecimento acerca dos cuidados paliativos na sua prática ainda encontra-se divergindo dos conceitos relatados. Levantando a hipótese que essas representações ocorrem devido a inexperiência com esse tipo de cuidado, falta de planejamento voltado para esse tipo de cuidado, falta de preparo para atuar nessa perspectiva, a falta de conhecimento em profundidade sobre os cuidados paliativos ou até mesmo uma visão negativa acerca dos cuidados paliativos que geram desconforto para o profissional atuar nesse tipo de cuidado.

Na terceira classe observa-se as relações entre a equipe e os ambientes em que ocorrem os cuidados paliativos. Como princípio dos cuidados paliativos espera-se que a equipe atue de forma interdisciplinar para que possa abranger todas as necessidades biológicas, psicossociais e espirituais. Entretanto, ainda é revelado nos discursos que ocorre um serviço fragmentado por disciplina, havendo pouca interação entre a equipe e hierarquia vertical nas relações. Demonstrando uma complexidade em que ocorrem essas relações, apesar de ser relatado a importância em se trabalhar em equipe pelos entrevistados.

Através dos achados foram identificados os diversos elementos/conteúdo que integram e os fatores que influenciam na estrutura das representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos. As informações sobre os cuidados paliativos são apreendidas através da ciência (universo reificado), principalmente através do conceito da Organização Mundial de Saúde, também nas relações que ocorrem nas próprias instituições, e nas próprias representações sobre a morte, a cura, doença, saúde, qualidade de vida e prevenção e dependência.

A partir dos resultados e discussão, acredita-se que as questões norteadoras desta pesquisa foram respondidas e levantados novos questionamentos. Gerando a necessidade de novas pesquisas para responder tais questionamentos, foram estes: Se o jovem em cuidados paliativos mobiliza mais afetos do que idosos em cuidados paliativos? E se a enfermagem já abrange os cuidados paliativos em suas ações do cuidado fundamental, se existe algum tipo de diferenciação desses cuidados? Porque as ações e interações divergem dos conceitos dos cuidados paliativos relatados pela equipe?

Somente conhecendo os universos imaginários e simbólicos da equipe de atenção aos idosos institucionalizados é que poderemos ressignificar seus saberes e práticas e produzir novas representações acerca dos cuidados paliativos para que venham a contribuir para as transformações do cenário atual das instituições que tanto possuem idosos elegíveis a esse tipo de cuidado.

Sabe-se que ainda existe muito o que ser disseminado sobre a temática dos cuidados paliativos, pois ainda é uma temática cercada de “tabus” e visões negativas, pois está fortemente vinculada a representações da morte. Necessitando

assim, maior divulgação do seu conceito e dos benefícios que podem ser gerados ao paciente em estágio de terminalidade.

Dessa forma, é imprescindível a capacitação dos profissionais da equipe de atenção aos idosos institucionalizados baseados em tais representações para melhor assistência aos pacientes sem possibilidades de cura.

Como lacunas deste estudo evidenciam-se o quantitativo de participantes e a restrição do estudo ser desenvolvido em somente duas Instituições de Longa Permanência do município de Fortaleza, devendo-se o estudo ser ampliado para outras instituições e municípios.

Diante do exposto, apesar de possuir lacunas a presente pesquisa ampliou os conhecimentos sobre os cuidados paliativos a idosos institucionalizados e sobre as representações sociais, possibilitando contribuir para novas discussões e intervenções acerca da temática.

REFERÊNCIAS

ALBA, M. El método Alceste y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: el caso de la Ciudad de México. **Papers on Social Representation**, v.13, n.1, p.1-20, 2004.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1989

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Estudos e pesquisas: informação demográfica e sócio-econômica. Rio de Janeiro, n. 27, 2010. p. 1-317. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Trabalho e rendimento resultados da amostra**. Estudos e pesquisas: informação demográfica e sócio-econômica. Rio de Janeiro, n. 27, 2010. p. 1-369. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Estudos e pesquisas: informação demográfica e sócio-econômica. Rio de Janeiro, n.25, 2009. p.1-152. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

CAMARANO, A.A; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1. p. 233-235, 2010.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados contextuais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

CAPUTO, R. F. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Rev multidisciplinar da unies saber acadêmico**, n. 06. p. 73-80, 2008.

CARVALHO, V. Enfermagem fundamental: predicativos e implicações. **Rev Latino-Am Enf**. v. 11, n. 5. p. 664-71, 2003.

CHAVES, J. H. B. *et al.* Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev Dor**. São Paulo, v. 12, n. 3. p. 250-5, 2011.

CHIBA, T. **Relação dos Cuidados Paliativos com as Diferentes Profissões da Área da Saúde e Especialidades**. In: Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 46-54.

CORREIA, F. R.; CARLO, M. M. R. P. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 2. 10 telas, 2012.

DURKHEIM, E. **Les formes élémentaires de la vie religieuse**. Paris: PUF, 1968.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FARIA, D. A. P. MAIA, E. M. C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

FREIRE, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16. p.147-58, 2005.

FREITAS, H. M. R. **Análise léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, A. C. *et al.* Cuidados Paliativos: Análise dos conceitos à luz da teoria de Walker e Avant. **CuidArte Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 2, 2008. p. 179-191.

GRÜDTNER, D. I.; *et. al.* O amor no cuidado de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2010. p. 317-22.

JODELET, D. As Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

KOVÁCS, M. J. Cuidando do cuidador profissional. In: **Cuidado Paliativo /** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008 (689 p.): 91-100.

KURCGANT, P. (org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: **Cuidado Paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008 (689 p.): 15-32.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 6, 2009. p. 601-9.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira em nível regional; 1940-2050. In: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais, Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998. p. 3030-3124.

MOSCOVICI, S. **Representação social**: investigações em psicologia social. 9ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

_____. **Das representações coletivas às representações sociais**: elementos de uma história. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. O Teste de Associação Livre de Palavras. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. **Representações Sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Ed Universitária, 2003. p.67-77.

PEREIRA, R.F.; FREITAS, M.C.; FERREIRA, M.A. Velhice para os adolescentes: abordagem das representações sociais. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, 2014. p. 601-9.

PEREIRA, I.; SERA, C. T. N.; CAROMANO, F. A. Higiene e conforto. In: **Cuidado Paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008 (689 p.): 195-219.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, 2005. p. 491-509.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RISSARDO, L. K. *et al.* Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, 2011. p. 682-9.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SANTO, F. H. E.; *et al.* De florence nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc Anna Nery R Enferm**. v. 10, n. 3, 2006. p. 539 - 46.

SILVA, J. V. *et al.* As Representações Sociais sobre Cuidados Paliativos sob a Ótica de Enfermeiros. **Rev Cienc em Saúde**, v. 3, n. 3, 2013.

SILVA, M. J. P. Falando da comunicação. In: **Cuidado Paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008 (689 p.): 33-43.

SILVA, R. S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: **Cuidado Paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008 (689 p.): 55-7.

TORRALBA ROSELÓ, F. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

TRANSFERETTI, J. A.; ZACHARIAS, R. (Org.). Ser e cuidar: da ética do cuidado ao cuidado da ética. Aparecida: Editora Santuário, Centro Universitário São Camilo, 2010.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2013. p. 1189-213.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – (WHO). **Better palliative care for older people**. Geneva: WHO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – (WHO). **Definition of palliative care**. Geneva: WHO; 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico e roteiro da entrevista semiestruturada da equipe de atenção a idosos

INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Nº _____	IDADE: _____	SEXO: F ☐ M ☐
RELIGIÃO: _____		PROFISSÃO: _____
GRAU DE ESCOLARIDADE: _____		
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA		
1. O que você pensa sobre Cuidado? 2. E sobre os Cuidados Paliativos, o que você tem a dizer? 3. E os seus colegas, o que eles pensam sobre os Cuidados Paliativos? 4. Qual o perfil de pessoa que deverá receber os Cuidados Paliativos? Quando você considera que o idoso necessita de Cuidados Paliativos? 5. Como você caracteriza um Cuidado Paliativo? 6. Poderia me dar um exemplo de um idoso da instituição que necessita de Cuidados Paliativos? Que características ele tem? 7. Das ações que realiza quais considera que sejam Cuidados Paliativos? Porque você classifica esses cuidados como paliativos. E sobre o profissional, há alguma característica importante para prestar o Cuidado Paliativo? 8. Você realiza esses cuidados com mais algum profissional da instituição? Se sim, qual profissional e como planejam esses cuidados? 9. Você considera dentro da instituição muitos ou poucos idosos necessitam de Cuidados Paliativos? Porque essa proporção? 10. Quais são os aspectos que contribuem e/ou dificultam a realização dos Cuidados Paliativos? 11. Como as pessoas agem quando identifica que um idoso precisa de cuidados paliativos? 12. Alguma coisa te incomoda em relação aos cuidados paliativos? 13. Prestar cuidados paliativos te traz alguma satisfação? Porque? Como se sente?		

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS". Os objetivos deste estudo consistem em compreender as representações sociais dos Cuidados Paliativos da equipe de atenção ao idoso institucionalizado. Caso você autorize, você irá responder a uma entrevista semi-estruturada e a um teste de associação livre de palavras.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há risco quanto a sua participação sendo esse constrangimento junto ao pesquisador devido a exposição dos aspectos psicológicos. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. A sua participação poderá contribuir para aumentar o conhecimento científico na área de fundamentos dos Cuidados Paliativos da equipe de atenção aos Idosos Institucionalizados. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

En^{te} Marília Ribeiro Onofre Pesquisadora Principal
E-mail: marliaribeiro@hotmail.com
Tel: (85) 9902-1221

Pro^{fa} Dr^a Maria Célia de Freitas Orientadora
E-mail: Celfrei@hotmail.com
Tel: (85) 3101-9805

Eu,

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação

Sendo que:

() aceito participar

() não aceito participar

Fortaleza, de de

Assinatura

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE C – Solicitação de autorização da instituição 01

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Prezada Renata Santos Almeida

Gerente da Unidade de Abrigo

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS” a qual envolve aplicação de uma entrevista semi-estrutura e um teste de associação livre de palavras com os profissionais. Serão 68 profissionais que responderão ao questionário em uma média total de 30 minutos por participante. Esta investigação visa compreender as representações sociais da equipe de atenção ao idoso institucionalizado sobre Cuidados Paliativos, onde muitos idosos apresentam necessidades desses cuidados, portanto sua representação afetará diretamente a prática do cuidado.

Os participantes serão convidados por meio de conversa a participar da pesquisa. Somente participarão das entrevistas, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 2º semestre de 2014, sendo conduzida pela pesquisadora principal, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Marília Ribeiro Onofre e orientada pela pesquisadora responsável Profª Drª Maria Célia de Freitas.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Gerência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 17 de 07 de 2014.

Marília Ribeiro Onofre
Mestranda Marília Ribeiro Onofre
Pesquisadora Principal

Profª Drª Maria Célia de Freitas
Profª Drª Maria Célia de Freitas
Pesquisadora Responsável/Orientadora

Termo de Anuência

Eu, Renata Santos Almeida Gerente da Unidade de Abrigo autorizo a realização da pesquisa “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS” a ser realizada pela Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde Marília Ribeiro Onofre e orientada pela pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Maria Célia de Freitas, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo as pesquisadoras a utilizarem o espaço da Unidade de Abrigo para a realização de entrevista semi-estruturada e teste de associação livre de palavras com os profissionais. Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Fortaleza, 17 de 07 de 2014



Renata Santos Almeida
Gerente da Unidade de Abrigo

Assinatura e Carimbo da Responsável pela Instituição

APÊNDICE D – Solicitação de autorização da instituição 02

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Prezada Acácia Torres de Melo Moura

Coordenadora de Saúde do Lar Torres de Melo

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS” a qual envolve aplicação de uma entrevista semi-estrutura e um teste de associação livre de palavras com os profissionais. Serão 39 profissionais que responderão ao questionário em uma média total de 30 minutos por participante. Esta investigação visa compreender as representações sociais da equipe de atenção ao idoso institucionalizado sobre Cuidados Paliativos, onde muitos idosos apresentam necessidades desses cuidados, portanto sua representação afetará diretamente a prática do cuidado.

Os participantes serão convidados por meio de conversa a participar da pesquisa. Somente participarão das entrevistas, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 2º semestre de 2014, sendo conduzida pela pesquisadora principal, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Marília Ribeiro Onofre e orientada pela pesquisadora responsável Profª Drª Maria Célia de Freitas.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 17 de 07 de 2014.

Marília Ribeiro Onofre
Mestranda Marília Ribeiro Onofre
Pesquisadora Principal

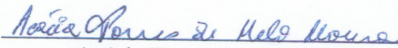
Profª Drª Maria Célia de Freitas
Profª Drª Maria Célia de Freitas
Pesquisadora Responsável/Orientadora

Termo de Anuência

Eu, Acácia Torres de Melo Moura Coordenadora de Saúde do Lar Torres de Melo autorizo a realização da pesquisa “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS” a ser realizada pela Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde Marília Ribeiro Onofre e orientada pela pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Maria Célia de Freitas, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo as pesquisadoras a utilizarem o espaço do Lar Torres de Melo para a realização de entrevista semi-estruturada e teste de associação livre de palavras com os profissionais. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Fortaleza, 17 de 07 de 2014

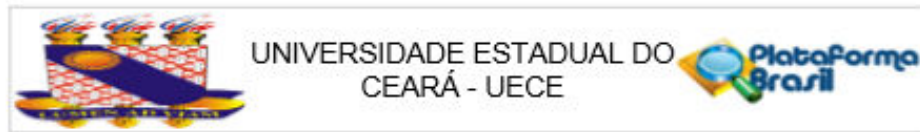

Acácia Torres de Melo Moura

Assinatura e Carimbo da Responsável pela Instituição

LAR TORRES DE MELO

Acácia Torres de Melo Moura
Coordenadora de Saúde

APÊNDICE E – Parecer consubstanciado do comite de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Pesquisador: MARÍLIA RIBEIRO ONOFRE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33999714.3.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 789.904

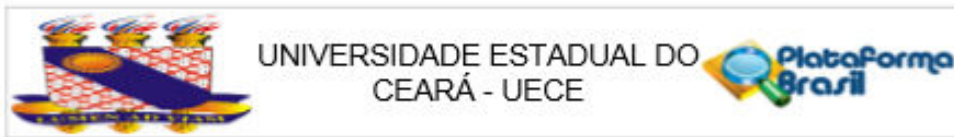
Data da Relatoria: 12/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo terá como objetivos: aprender as Representações Sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados

sobre cuidados paliativos; identificar os elementos/conteúdo que integram as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos; identificar os fatores que influenciam na estrutura das representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos; descrever as características que moldam a equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre os cuidados paliativos. O aumento significativo do número de idosos brasileiros e a concentração dos óbitos em idades elevadas alertam para a necessidade da formação de profissionais aptos a prestar assistência adequada e com qualidade a estes idosos. O estudo terá como objetivos: aprender as Representações Sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos; identificar os elementos/conteúdo que integram as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos; identificar os fatores que influenciam na estrutura das representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos; descrever as características que moldam a equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre os cuidados paliativos. Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, a ser desenvolvida com múltiplos métodos,

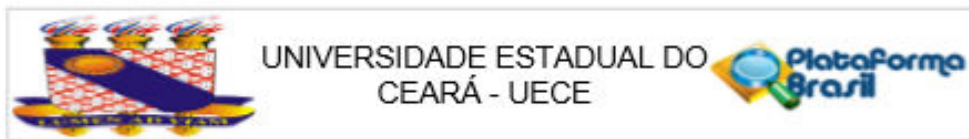
Endereço: Av. Elias Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 722.904

embasada na Teoria das Representações Sociais. O estudo será realizado em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos, localizadas no município de Fortaleza- CE. A primeira instituição conta com o total de 125 funcionários e a segunda com 117 funcionários. Dentre estes, na primeira instituição, tem-se 68 funcionários, e na segunda, 39 funcionários que trabalham diretamente no cuidado aos idosos elegíveis a cuidados paliativos. A amostra será constituída por 107 profissionais das instituições que deverão atender os seguintes critérios de inclusão: ser da equipe de atenção ao idoso institucionalizado, que cuide diretamente dos idosos em cuidados paliativos e tenha mais de 6 meses de trabalho na instituição. Os critérios de exclusão serão: profissionais de férias ou licença no período de coleta de dados. A coleta de dados será no período de setembro a novembro de 2014. Para a obtenção de dados serão utilizadas duas estratégias: uma será o Teste de Associação Livre de Palavra (TALP), com a palavra indutora "cuidados paliativos". A outra estratégia será a entrevista estruturada e individual com os dados sociodemográficos e perguntas abordando as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos. Todo o momento será registrado com o uso de gravador digital, mediante consentimento dos sujeitos, para posterior transcrição textual das entrevistas. Os aspectos éticos e legais relativos a pesquisa com seres humanos serão respeitados, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para análise e aprovação de autorização da coleta de dados. Também será solicitada autorização de pesquisa das respectivas Instituições. Após os esclarecimentos e entendimento da pesquisa, os sujeitos serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os anonimatos das identidades dos participantes e das instituições serão preservados. E aos participantes serão garantidos os direitos de aderirem ou desistirem da pesquisa a qualquer hora, sem prejuízo algum para os mesmos. Não haverá riscos de ordem física qualquer relacionada a participação do entrevistado, porém pode gerar constrangimento junto ao pesquisador devido a exposição dos aspectos psicológicos, se ocorrer esta situação a mesma será revertida com a pausa momentânea da abordagem em questão e entrevistado ficará a vontade para continuar a falar ou não sobre o assunto. Os dados obtidos a partir do TALP serão submetidos ao software EVOC. Os dados coletados através da entrevista semi-estruturada serão analisados pela técnica de análise lexical, será utilizado o software Alceste (Analyse lexicale par contexte d'un ensemble de segments de texte). Após análise, os dados serão discutidos à luz da literatura atualizada e pertinente sobre o assunto, e apresentados através de tabelas e gráficos.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 789.904

Objetivo da Pesquisa:

O estudo terá como objetivos: aprender as Representações Sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados

sobre cuidados paliativos; identificar os elementos/conteúdo que integram as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos; identificar os fatores que influenciam na estrutura das representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos; descrever as características que moldam a equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre os cuidados paliativos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá riscos de ordem física qualquer relacionada a participação do entrevistado, porém pode gerar constrangimento junto ao pesquisador devido a exposição dos aspectos psicológicos, se ocorrer esta situação a mesma será revertida com a pausa momentânea da abordagem em questão e entrevistado ficara a vontade para continuar a falar ou não sobre o assunto.

Benefícios:

Aumentar o conhecimento científico para a área de fundamentos dos Cuidados Paliativos da equipe de atenção aos idosos institucionalizados e contribuir para melhorias na qualidade do cuidado prestado ao idoso nas Instituições de Longa Permanência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante para a saúde do idoso, pois investiga as representações sociais da equipe de atenção a idosos institucionalizados sobre cuidados paliativos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

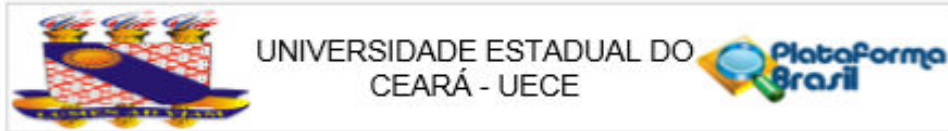
- Quanto ao TCLE:

- Em forma de convite
- Apresenta o título e o objetivo da pesquisa
- Explicita adequadamente os riscos e benefícios
- Consta o telefone, endereço e email do CEP
- Há telefone, email, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável

- Quanto a Folha de rosto

- Contém a assinatura do pesquisador responsável
- Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a

Endereço: Av. Elias Munguba, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 759.904

pesquisa

- Quanto a Carta de Anuência:

- O número de cartas de anuência corresponde ao número de instituições a onde será realizada a pesquisa

- Está descrito o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal
- Está descrito na carta de anuência exatamente o que será realizado na instituição
- Está descrito o período em que os dados serão coletados
- Apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável

- Quanto ao Termo de Fiel Depositário: Não se aplica

- Quanto ao cronograma:

- Está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo
- Inicia-se apenas após aprovação do CEP

- Quanto ao orçamento:

- Há financiamento próprio
- Descreve o que será gasto e com recurso de qual instituição
- Há coerência entre o método e o orçamento

Recomendações:

Seguir as diretrizes da Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde.

Atentar para o cronograma, ajustar a data de início da coleta de dados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos ditames da Resolução Nº 466/12.

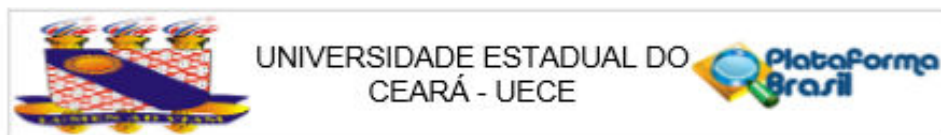
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Sillas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 759.904

Considerações Finais a critério do CEP:
Projeto aprovado

FORTALEZA, 12 de Setembro de 2014

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Sillas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br