



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA**



FELIPE CLEMENTINO GOMES

**EBOOK COMO TECNOLOGIA ALIADA
AO CUIDADO PALIATIVO DO PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO**

JOÃO PESSOA - PB

2024

FELIPE CLEMENTINO GOMES

**EBOOK COMO TECNOLOGIA ALIADA
AO CUIDADO PALIATIVO DO PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia

Linha de pesquisa: Envelhecimento e tecnologias inovadoras para o cuidado à pessoa idosa

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

JOÃO PESSOA - PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

G633e Gomes, Felipe Clementino.

Ebook como tecnologia aliada ao cuidado paliativo do
paciente idoso cirúrgico. / Felipe Clementino Gomes. -
João Pessoa, 2024.
104 f. : il.

Orientação: Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Idoso. 2. Cuidados de enfermagem. 3.
Hospitalização. 4. Cuidados paliativos. 5. Cirurgia. I.
Carvalho, Mariana Albernaz Pinheiro de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083-053.9(043)

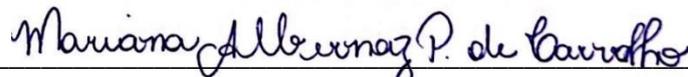
FELIPE CLEMENTINO GOMES

**EBOOK COMO TECNOLOGIA ALIADA
AO CUIDADO PALIATIVO DO PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

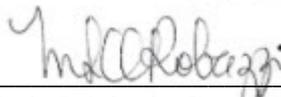


Prof^ª. Dr^ª. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Presidente da Banca (Orientador)
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

FRANCILENE JANE
RODRIGUES
PEREIRA:05823995482

Assinado de forma digital por
FRANCILENE JANE RODRIGUES
PEREIRA:05823995482
Dados: 2024.06.17 10:46:06 -03'00'

Enf^ª Dr^ª. Francilene Jane Rodrigues Pereira
Membro Externo Titular
Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/UFPB



Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Membro Interno Titular
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

Dedico este trabalho à Aninha, Laura, Augusto e Helena.

E a todos idosos que por minhas mãos passaram
e cujo privilégio eu tive em cuidar.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de reverência. É reconhecer quem foi indispensável para você em determinado momento e em determinada ocasião. E não me resta muito mais que o recurso da palavra para dizer meu muito obrigado, neste que se constitui em tão importante momento na minha vida acadêmica e pessoal.

Deus tem sido bom para comigo. Agradecer a Deus é reconhecer que Ele costuma surpreender. Meu muito obrigado Àquele que sempre faz muito mais do que peço e imagino. À Deus as primícias da minha gratidão.

À orientadora Prof^a Dr^a Mariana por sempre estar presente. Pela solicitude, paciência e credibilidade depositadas, guiando-me ao crescimento e aprendizado. Meu muito obrigado.

Aos docentes do curso, em especial aos membros da banca examinadora Prof^a. Dr^a. Mariana, Enf^a. Dr^a. Francilene Jane e Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia, meu muito obrigado pela disposição sincera em contribuir para esta realização.

À Aninha, minha esposa e maior incentivadora. O pontapé inicial foi mais seu do que meu. Pelo apoio, suporte e carinho demonstrados nas madrugadas a fio, nas horas de produção. Muitas coisas aqui não sairiam sem você. Te amo.

À mãe e pai, Jeroan e Detinha, sempre fundamentais em minha vida e no meu cotidiano. Torcedores inveterados, pedras basilares, obrigado pelo apoio na logística e pelo brilho nos olhos em cada conversa sobre esta empreitada.

Deixo um grande cheiro, como forma de expressar minha gratidão, aos meus pequenos Laura, Augusto e Helena, assim como à minha irmã Thais, por representarem tão grande amor e estímulo da forma mais pura possível.

Aos amigos da Clínica Cirúrgica e aos colegas de turma, contribuintes diretos em um processo que fica muito mais fácil com a parceria e a participação de vocês.

Deixo, assim também, o registro de agradecimento aos que me ajudaram direta ou indiretamente, aos que torceram e, sobretudo, aos que expressaram sua confiança e estímulo, os quais os nomes estão gravados em minha memória.

Meu singelo e sincero muito obrigado.

*“O sofrimento humano só é intolerável
quando ninguém cuida.”*

Cicely Saunders

GOMES, F. C. **Ebook como tecnologia aliada ao cuidado paliativo do paciente idoso cirúrgico**. 2024, 100f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

RESUMO

Introdução: O cenário de envelhecimento populacional tem acarretado em significativas mudanças demográficas e epidemiológicas, como o aumento da incidência de doenças sem perspectiva de cura. Nesse contexto, o número de internações e intervenções cirúrgicas expõem a população idosa a uma experiência disruptiva que demanda compreensão individualizada e resiliência do indivíduo, em um cenário de diagnóstico reservado. Nesse ambiente surgem os cuidados paliativos, abordagem que aliada às ferramentas virtuais de aprendizagem podem auxiliar o profissional enfermeiro a proporcionar um *continuum* de viver e morrer bem para a pessoa idosa, ajudando a transformar a experiência ameaçadora em uma fonte de sentido.

Objetivo: Desenvolver uma tecnologia educacional do tipo *ebook* como recurso aliado à implementação de cuidados paliativos aos pacientes idosos cirúrgicos. **Método:** Estudo metodológico, desenvolvido em três etapas. Na primeira, realizou-se uma revisão de escopo na *Scopus*, *CINAHL*, *Web of Science*, *Embase*, *Lilacs*, *Medline*, *Google Scholar* e *ProQuest Dissertations*, pelo método do *Joanna Briggs Institute*. A busca retornou 509 artigos, dos quais elegeram-se 13, que foram tratados em 3 etapas, compilados no software *Rayyan*®, com registro no *Open Science Framework* (OSF). Na segunda, foi realizado um estudo qualitativo em um serviço de internação cirúrgica de referência com 16 profissionais de enfermagem, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Por fim, produziu-se um *ebook* e um website a partir dos resultados obtidos. **Resultados:** As ações de enfermagem mais frequentemente encontradas dizem respeito à dimensão física, como o controle de sintomas; a dimensão cultural, com os desafios do cuidado paliativo em um ambiente com alta expectativa de cura, bem como à dimensão da comunicação como ferramenta básica dessa abordagem. Quanto aos achados qualitativos, emergiram quatro categorias: 1) A comunicação como elo entre a enfermagem e o idoso elegível; 2) Barreiras da rotina cirúrgica; 3) Representações coletivas do cuidado paliativo e suas implicações e 4) O ideal do cuidado paliativo: sugestões para a assistência. **Conclusão:** A atenção de enfermagem paliativa decorre de forma empírica, focada nos aspectos físicos e ambientais. Desafios surgem no tocante ao planejamento dos cuidados, aos dilemas éticos próprios do ambiente cirúrgico, bem como à relutância dos enfermeiros em serem mais abertos sobre o processo de morte. O produto tecnológico desenvolvido apresenta-se como estratégia inovadora e eficaz, com elementos animados, hiperlinks, webaulas e estratégias de gamificação, em seus formatos de livro digital e *webpage*, que fomentam a disseminação de informações aos profissionais, a mudança de pensamento e a promoção de uma cultura de cuidado compassivo, humanizado e centrado na pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Cuidados Paliativos; Cirurgia

GOMES, F. C. **Ebook as an allied technology for the palliative care of elderly surgical patients.** 2024, 100p. (Dissertation) Professional Master's Program in Gerontology. Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

ABSTRACT

Introduction: The ageing population has led to significant demographic and epidemiological changes, such as an increase in the incidence of diseases with no prospect of cure. In this context, the number of hospitalizations and surgical interventions exposes the elderly population to a disruptive experience that demands individualized understanding and resilience from the individual, in a scenario of reserved diagnosis. In this environment, palliative care emerges, an approach that, together with virtual learning tools, can help nurses to provide a continuum of living and dying well for the elderly, helping to transform the threatening experience into a source of meaning. **Objective:** To develop an ebook-type educational technology as a resource for implementing palliative care for elderly surgical patients. **Method:** A methodological study developed in three stages. In the first, a scoping review was carried out on *Scopus*, *CINAHL*, *Web of Science*, *Embase*, *Lilacs*, *Medline*, *Google Scholar* and *ProQuest Dissertations*, using the Joanna Briggs Institute method. The search returned 509 articles, of which 13 were chosen and processed in three stages, compiled in *Rayyan*® software and registered in *the Open Science Framework (OSF)*. In the second stage, a qualitative study was carried out in a reference surgical hospitalization service with 16 nursing professionals, whose data was submitted to Bardin's content analysis. Finally, an ebook and a website were produced from the results obtained. **Results:** The most frequently encountered nursing actions concern the physical dimension, such as symptom control; the cultural dimension, with the challenges of palliative care in an environment with a high expectation of cure, as well as the dimension of communication as a basic tool of this approach. As for the qualitative findings, four categories emerged: 1) Communication as a link between nursing and the eligible elderly; 2) Barriers of the surgical routine; 3) Collective representations of palliative care and their implications and 4) The ideal of palliative care: suggestions for assistance. **Conclusion:** Palliative nursing care takes place empirically, focusing on physical and environmental aspects. Challenges arise in terms of care planning, the ethical dilemmas inherent in the surgical environment, as well as nurses' reluctance to be more open about the dying process. The technological product developed is an innovative and effective strategy, with animated elements, hyperlinks, web lessons and gamification strategies, in its digital book and webpage formats, which encourage the dissemination of information to professionals, a change in thinking and the promotion of a culture of compassionate, humanized and person-centred care.

KEYWORDS: Elderly; Nursing Care; Hospitalization; Palliative Care; Surgery

GOMES, F. C. **Ebook como tecnología aliada a los cuidados paliativos para pacientes quirúrgicos ancianos.** 2024, 100h. (Disertación) Programa de Maestría Profesional en Gerontología. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

RESUMEN

Introducción: El escenario de envejecimiento de la población ha provocado cambios demográficos y epidemiológicos significativos, como el aumento de la incidencia de enfermedades sin perspectivas de curación. En este contexto, el número de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas expone a la población anciana a una experiencia disruptiva que exige del individuo comprensión individualizada y resiliencia, en un escenario de diagnóstico reservado. En este entorno, los cuidados paliativos surgen como un enfoque que, junto con las herramientas de aprendizaje virtual, puede ayudar a las enfermeras a proporcionar un *continuum* de vivir y morir bien a las personas mayores y transformar la experiencia amenazadora en una fuente de significado. **Objetivo:** Desarrollar una tecnología educativa de tipo libro digital como recurso para implementar cuidados paliativos en pacientes quirúrgicos de edad avanzada. **Método:** Estudio metodológico desarrollado en tres etapas. En la primera, se realizó una revisión de alcance en *Scopus*, *CINAHL*, *Web of Science*, *Embase*, *Lilacs*, *Medline*, *Google Scholar* y *ProQuest Dissertations*, utilizando el método del *Instituto Joanna Briggs*. La búsqueda devolvió 509 artículos, de los cuales 13 fueron seleccionados y procesados en tres etapas, compilados en el software *Rayyan*® y registrados en el *Open Science Framework (OSF)*. En la segunda etapa, se realizó un estudio cualitativo en un servicio de hospitalización quirúrgica de referencia con 16 profesionales de enfermería, cuyos datos se sometieron al análisis de contenido de Bardin. Finalmente, a partir de los resultados obtenidos se elaboraron un *ebook* y un sitio web. **Resultados:** Las acciones de enfermería más frecuentes se refieren a la dimensión física, como el control de síntomas; la dimensión cultural, con los desafíos de los cuidados paliativos en un entorno con una alta expectativa de curación, así como la dimensión de la comunicación como herramienta básica de este abordaje. En cuanto a los resultados cualitativos, surgieron cuatro categorías: 1) La comunicación como vínculo entre la enfermería y los ancianos elegibles; 2) Barreras de la rutina quirúrgica; 3) Representaciones colectivas de los cuidados paliativos y sus implicaciones y 4) El ideal de los cuidados paliativos: sugerencias de ayuda. **Conclusión:** Los cuidados paliativos de enfermería se desarrollan de forma empírica, centrándose en los aspectos físicos y ambientales. Surgen retos en cuanto a la planificación de los cuidados, los dilemas éticos inherentes al entorno quirúrgico, así como la reticencia de las enfermeras a ser más abiertas sobre el proceso de morir. El producto tecnológico desarrollado es una estrategia innovadora y eficaz, con elementos animados, hiperlinks, lecciones web y estrategias de gamificación, en sus formatos de libro digital y página web, que favorecen la difusión de la información a los profesionales, el cambio de mentalidad y la promoción de una cultura de cuidados compasivos, humanizados y centrados en la persona.

PALABRAS CLAVE: Ancianos; Cuidados de Enfermería; Hospitalización; Cuidados Paliativos; Cirugía

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1	Fluxograma da Teoria da Incerteza na Doença aplicada a pacientes idosos cirúrgicos com câncer.....24
Figura 2.	Fluxograma PRISMA-ScR para processo de busca e seleção dos estudos .. 35
Figura 3.	Frequência bibliométrica, recorrência e agrupamento das palavras-chave .. 48
Figura 4.	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do conteúdo do corpus 50
Tabela 1	Características dos estudos que integraram a amostra da revisão de escopo, segundo: título do artigo/autores, país/ano, periódico, desenho do estudo, participantes e/amostras, objetivo e resultados importantes28
Tabela 2	Bases de dados e estratégias de busca36

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
ALCP	Academia Latinoamericana de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
EUA	Estados Unidos da América
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
OMS	Organização Mundial de Saúde
OVA	Objetos Virtuais de Aprendizagem
TID	Teoria da Incerteza na Doença
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Envelhecimento e adoecimento à luz da Teoria da Incerteza da Doença	21
2.2 Estratégias de comunicação visual como ferramenta aliada na melhoria das ações de saúde e cuidado paliativo	25
2.3 Evidências científicas sobre os cuidados paliativos de enfermagem ao paciente idoso cirúrgico	27
3. PERCURSO METODOLÓGICO	33
3.1 Tipo de estudo	33
3.2 Etapas do estudo	33
3.3 Local da pesquisa	38
3.4 População e amostra	39
3.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	39
3.6 Análise de Dados	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Resultados dos dados obtidos na pesquisa	43
4.2 Abordagem sobre o Produto Tecnológico	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	91

APRESENTAÇÃO

Volto para casa à noite.

Plantão tranquilo. Mas algo me deixara pensativo.

Incomodado, eu diria.

Chego à casa dos meus pais. Boa comida, boas risadas. Meus filhos estão em polvorosa com os avós. Ficam assim sempre. Jantar em família é sempre um acontecimento. À mesa, às voltas, meu pai me fala das novidades, das trivialidades do dia e das notícias recebidas de seus amigos da terrinha. Um deles, desafortunadamente, em estado de doença terminal.

Lembrei!

Maria (*nome fictício*).

Esse é o motivo do meu silêncio incomodado.

Dona Maria, 86 anos. Quando cheguei ao plantão pela manhã, seu estado já havia se agravado. A fase ativa de morte, iniciada. Respondia a poucos estímulos. Respirava dificultosamente. Pensar no seu gentil sorriso de plantões passados, no seu olhar azul vibrante à espera de boas notícias, é atestar a violência de como o tempo passa rápido e nos trata de forma fugaz. O tempo é o limite. O tempo é um presente. É o lembrete que a vida está aí para ser vivida.

O bip do monitor irrompe. Catéteres, gasometria, medicação. O balé da assistência é acionado e decorre sincronizadamente sob os olhos atentos e espantados dos pacientes e acompanhantes ao redor. A família sai. Ninguém merece ver um ente neste momento. São imagens para o qual ninguém está preparado.

Muito embora, inquietante mesmo para nós profissionais, seja não ter um analgésico que não seja “dipirona 2g” na prescrição. Não se conforta dor de câncer terminal com buscopan composto e tilatil. Ou, angustiante mesmo, seja presenciar os olhares ansiosos e preocupados dos idosos ainda pré-operatórios, na admissão de enfermagem, sem saber o que tem, sem saber o que farão, sem saber a qual cirurgia irão se submeter.

Constrangedor, diria eu, seja uma equipe transferir um paciente para outro setor, por ordens terceiras, justamente por não ter o básico de manejo de dor, de comunicação com a família, de conduta mínima de conforto. Cirurgia e palição ainda são amigos muito distantes.

O interesse por cuidados paliativos foi dado justamente por vivenciar situações como esta de modo cada vez mais frequente. Não por tendência, não por conveniência. Mas por experimentar uma certa impossibilidade de ação diante das circunstâncias que atravancam de

modo coletivo e individual o agir adequado em fim de vida.

Morrer em hospital não precisa ser trágico, nem técnico, nem frio. Para isso, necessita-se buscar direcionamentos outros, que graduações e formação tradicional não darão. Direcionamentos que façam compreender um pouco mais sobre o ser que ali padece, sobre a família que pouco a pouco se desespera, sobre nós, profissionais, que caminhamos neste terreno complexo com pouca ou nenhuma preparação.

O presente trabalho foi pensado para auxiliar na orientação de colegas de profissão, enquanto as políticas públicas e protocolos são pensados. Afinal, *O que a enfermagem pode fazer por aqueles que estão morrendo?*

Influenciado pela sensibilidade de Ana Cláudia Quintana Arantes, em “*A morte é um dia que vale a pena viver*”, pela inalcançável ressignificação de vida sofrida por Gilberto Dimenstein em “*Os últimos melhores dias de minha vida*” e por Ana Michelle Soares em “*Enquanto eu respirar*”, bem como pela extensa pesquisa de “*O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*”, o trabalho é dividido em 6 partes e em sua introdução (*parte 1*) aborda o envelhecimento e o adoecimento populacionais como gatilhos epidemiológicos para os cuidados paliativos. Os objetivos (*parte 2*) foram definidos e seus transcurso ancorados na Teoria da Incerteza na Doença e nos tópicos de comunicação visual, como referencial teórico (*parte 3*).

Levado à cabo com o rigor metodológico (*parte 4*) de uma *scoping review* e de um estudo qualitativo *in loco*, no qual ouviram-se os próprios profissionais, os achados foram categorizados e discutidos (*parte 5*) à luz dos mais variados estudos nacionais e internacionais para, por fim, apresentar um produto (*parte 6*) de fácil compreensão, em conjuntos infográficos, veiculados no formato *ebook* e expandidos em um *website* criado como extensão de conteúdo, que contém sugestões em *hiperlinks* e *qr codes* para vídeo-aulas, *webinars*, *quizz* e *podcasts* complementadores, em um projeto que foi denominado “**O manto do cuidar**” (*pallium* do latim, significa manto protetor).

E assim, volto para casa à noite.

Lembrando de Maria. Maria como tantas outras.

Incomodado, escrevo.

Torcendo para que em um futuro não muito distante, trabalhos como este, que dissertam sobre cuidados paliativos, sobre tabus e sobre o básico em tratar o sofrimento de pacientes em fim de vida, não sejam assim mais tão necessários.

1. INTRODUÇÃO

“Não há nada mais moderno hoje do que envelhecer”, afirmou o cancionista popular na música “Envelhecer” (ANTUNES FILHO; JENECI; GONÇALVES FILHO, 2009). De fato, viver mais certamente figura entre as mais importantes conquistas da sociedade contemporânea, façanha lograda mediante a queda dos índices de mortalidade e a melhor qualidade de vida da população.

Contudo, tal feito pressupõe um desafio relevante no âmbito da saúde, qual seja o de abarcar essa mudança de perfil etário traduzindo-a em uma benesse, a despeito de eventuais comorbidades que surgem e seus respectivos desfechos.

Em primeiro lugar, é importante destacar que o envelhecimento da população é uma tendência no mundo (SARAIVA; RANGEL; CUNHA *et al* 2020). Iniciado em países de renda alta no início do século XX e perpassado para os de renda média-baixa, o segmento idoso deixou de ser 5,5% da população mundial em 2000, dobrará em 2025 (10,7%) com estimativas de chegar a 32,9% até 2060 (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021).

No Brasil, o “país do futuro”, esse processo começou a ser percebido a partir dos anos 1980 e tem se acelerado veementemente. Prova disso, é que enquanto a França levou 100 anos para duplicar a sua população mais velha, a mesma mudança ocorrerá no Brasil em apenas 20 anos. Em 2060 a população idosa brasileira será de 75 milhões de pessoas (SARAIVA; RANGEL; CUNHA *et al* 2020).

Tal fato suscita um grande desafio para o setor saúde: um cenário de potenciais iniquidades e adversidades sociais com destaque para a predominância de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) (TAVARES; LOVATE; ANDRADE, 2018; CAMPELO; SOARES; BENEDITO *et al*, 2021). É sabido que ao atingir idades mais avançadas, as doenças do sistema circulatório, respiratório e neoplasias passam a compor o grupo de maior peso nos indicadores de morbidade (TAVARES; LOVATE; ANDRADE, 2018). Assistir aos indivíduos mais velhos em uma realidade de comprometimento e diagnósticos desfavoráveis, requer uma atenção especial dos sistemas de saúde no tratamento, na prevenção e no diagnóstico.

Desta feita, no que concerne ao provimento de um diagnóstico efetivo, as ciências médicas e de saúde lançam mão, cada vez mais, de diversos mecanismos, entre eles a cirurgia, como um importante método de inspeção *in loco*, para identificação, correção e/ou palição (OLIVEIRA, 2019). Estudo de Monteiro, Souza, Almeida *et al* (2019), mostra que o número de cirurgias eletivas cresce ao passo que aumenta a expectativa de vida. Nessa realidade, no

Brasil, em 2022, houve 5.411.087 cirurgias, com estimativa de que 40% tenha sido em idosos (MENDOZA; PENICHE, 2009; BRASIL, 2022).

Procedimentos cirúrgicos são operações complexas que resultam na alteração de vários mecanismos fisiológicos que podem ser nocivos ao organismo senescente, impondo um grande estresse orgânico (JANSSEN; ALBERTS; HOOFT *et al* 2019).

Dadas as peculiaridades da idade, as causas mais prevalentes para procedimentos cirúrgicos de emergência nos indivíduos idosos são as fraturas ósseas, as complicações gastrointestinais, como obstruções malignas e os eventos cardiovasculares como infarto e acidentes vasculares encefálicos. Já de forma eletiva, as ressecções tumorais, as cirurgias gerais e digestivas, proctológicas e as revascularizações figuram entre as principais. Estes procedimentos necessitam de um bom acompanhamento de forma a evitar quadros de deterioração rápida da saúde e de malignização (TOMASI; PIRES; DURANT, 2017; JANSSEN; ALBERTS, HOOFT, *et al* 2019; MENDOZA; PENICHE, 2009).

Nesse contexto, uma das patologias de maior frequência tem sido o câncer. Não a única, mas certamente a que mais se destaca, uma vez que a própria dinâmica da vida moderna induz o seu aparecimento. Geralmente acompanhado de grandes cirurgias diagnósticas, higiênicas ou paliativas, o câncer potencialmente implica no quadro de saúde do idoso, acompanhado de aumento da fragilidade, vulnerabilidade e geralmente com desfechos incompatíveis com a vida, (MONTEIRO; SOUZA; ALMEIDA *et al* 2019).

É nesse momento que uma assistência de cuidado paliativo tem de ser estabelecida, para um planejamento assertivo no período pré, trans e pós cirúrgico. Uma equipe de enfermagem cirúrgica capacitada para prestar cuidados paliativos pode ajudar a gerenciar sintomas complexos, como dor, dispnéia, *delirium* e fadiga, bem como fornecer suporte adicional às famílias, ajudar na tomada de decisões e ajudar no cuidado compassivo (MONTEIRO; SOUZA; ALMEIDA *et al* 2019).

Nestas situações, para além da assistência perioperatória convencional, deve-se criar uma cultura que permita uma atenção focada no advento do fim de vida. É pertinente prover estratégias em enfermagem cirúrgica para um aporte social, clínico e emocional à essas pessoas em um ambiente deveras técnico, com alta expectativa de cura, alta tecnologia agregada e historicamente hierarquizado, como o setor de internação cirúrgica (CHENG; CHENG; ZHUANG, 2018).

Abordar paliativamente o indivíduo refere-se a protegê-lo do sofrimento, a reorganizar o apoio e a linha de cuidado. Desse modo, trabalha-se evitando o perigoso jargão “não tem mais

o que fazer”. O abandono social e profissional, infelizmente não raros, levam ao desamparo, sendo que é justamente a partir desse momento que a assistência tem de ser ressignificada no sentido de prover cuidados não mais voltados à doença e, sim, à pessoa. A questão deixa de ser o tempo. Deixa de ser a cura. Mas sim, como viver o tempo que lhes resta, como proporcionar conforto, a satisfação dos desejos e dignidade, implementando ações e estratégias por meio de um agir multidisciplinar, social e sobretudo, humano (MONTEIRO; SOUZA; ALMEIDA *et al* 2019).

Praticamente inexistente nas formações profissionais, a ciência paliativista é um tabu nos meios assistenciais, tal qual a morte é tabu culturalmente. Há uma aversão à finitude, quando esta, indubitavelmente, faz parte da existência. Levantamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) aponta que existem apenas 234 centros de atendimento paliativo no Brasil (ANCP, 2022). Ou seja, somente 234 centros em todo o território brasileiro especializados que dispensam um atendimento, que entendem a morte como um processo irreversível, que são contrários a distanásias, a perda de dignidade e a favor da qualidade de vida na terminalidade (SOUSA; AMORIM; PEREIRA FILHO *et al* 2022).

Atul Gawande (2015), cirurgião e escritor, afirma em seu livro “Mortais”, que muitas coisas são aprendidas na academia, mas a mortalidade não é uma delas. Essa afirmação reforça a necessidade de uma atuação e direcionamento profissional voltado para o auxílio na qualidade de vida dos pacientes e familiares no enfrentamento das doenças que ameaçam a vida, no ambiente perioperatório, condição *sine qua non* para uma assistência humanizada (CASTILHO; SILVA; PINTO; 2021).

Nesse sentido, cabe a pergunta: O que a enfermagem tem a oferecer àquelas pessoas que estão morrendo? É fundamental, portanto, suprimir a lacuna existente nas abordagens hospitalares, desde a admissão do paciente na clínica, a descoberta do agravo, os mecanismos de comunicação compassiva, de execução de cuidados, a preparação para a cirurgia paliativa, ou seja, a garantia total de um ambiente adequado e provido de uma assistência de qualidade e voltada individualmente ao ser em finitude.

Sendo assim, um instrumento que possibilite a condução da atenção em enfermagem ao paciente idoso em cuidado paliativo internado em clínica cirúrgica, torna-se uma alternativa protocolar de orientação, além de direcionar a equipe para oferecer suporte completo às necessidades reais de quem dele irá precisar.

Nesse ponto, os Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVA) podem oferecer suporte metodológico de fácil acesso, flexibilidade, construção e atualização, sendo recursos

tecnológico de extrema viabilidade na assistência à saúde e no proceder da categoria (ALJAROODI; MOHAMED; ABUKHOUSA, 2020).

Tais recursos fazem parte de um espectro do conhecimento potencializados pela revolução digital, presentes em nosso cotidiano e que podem delinear uma perspectiva pedagógica necessária ao desenvolvimento de um cuidado especializado (ALVAREZ; DALSSASSO, 2011).

Tais tecnologias, além de inserirem a enfermagem em um mundo de uma atenção moderna, rompendo paradigmas tradicionais e práticas cristalizadas, permitem a apresentação de informações sistematizadas voltadas a fortalecer e disseminar conhecimentos em cuidados paliativos. Embora já existam manuais que discutam essas ações, as ferramentas digitais podem atuar como um guias dinamizadores, criativos e facilitadores da compreensão acerca do assunto.

No presente estudo, a construção e produção de um *ebook/website*, como agente informativo, interativo e pedagógico nas ações de enfermagem perioperatória, envolveu a complexidade e as dimensões contempladas nesse processo, ampliando os limites do saber e do fazer.

Desse modo, baseando-se na importância da instrumentalização desse processo e na relativa ausência desse tipo de abordagem, questiona-se: *Como facilitar a implementação de ações no cuidado de enfermagem ao paciente idoso por meio de uma tecnologia educacional?*

Logo, o presente estudo objetivou desenvolver uma tecnologia educacional do tipo *ebook* como recurso aliado à implementação de cuidados paliativos aos pacientes idosos cirúrgicos. Assim, com base nas evidências da literatura e em levantamentos *in locu*, a perspectiva foi de disseminar conhecimentos, qualificar a assistência e estabelecer intervenções eficazes que compreendam a pessoa idosa em seu contexto biopsicossocial, de modo a reduzir sofrimentos e maximizar a qualidade de vida em termos de conforto e dignidade.

OBJETIVOS

- Identificar na literatura quais as ações/cuidados de enfermagem destinados aos idosos em cuidados paliativos no contexto de hospitalização cirúrgica.
- Evidenciar os aspectos da assistência apropriados ao cuidado paliativo dispensado ao paciente idoso cirúrgico, sob o ponto de vista da enfermagem.
- Desenvolver uma tecnologia educacional do tipo *ebook* como aliado à implementação de cuidados paliativos aos pacientes idosos cirúrgicos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para compor o referencial teórico desta pesquisa, optou-se por discorrer sobre a tendência de envelhecimento e o padrão de adoecimento à luz da Teoria da Incerteza na Doença de Mishel, bem como sobre as evidências científicas nos cuidados paliativos de enfermagem voltados ao paciente idoso que necessita de uma internação cirúrgica e, por último, como os conceitos de comunicação visual podem ser aplicados com ênfase na melhoria das ações de cuidado paliativo perioperatório.

2.1 Envelhecimento e adoecimento à luz da Teoria da Incerteza da Doença de Merle Mishel

Há uma relação cada vez mais próxima do cuidado paliativo com o envelhecimento, baseada no quantitativo crescente de idosos e no aparecimento de DCNT advindas da senescência desta população (LEUNG; CHAN, 2020).

O padrão de adoecimento, entendido à luz das tendências do envelhecimento populacional, infere uma interligação epidemiológico-demográfica que se justifica, por exemplo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em que em 2020, um total de 1.556.824 brasileiros foram a óbito, dos quais 843 mil por DCNT, degenerativas ou neoplasias, sendo 249.113 desses óbitos, de idosos (DATASUS, 2020).

As principais causas de morbidade nessa população e por conseguinte, de cuidados paliativos, foram por doenças cardiovasculares, câncer, doenças do aparelho respiratório inferior, demências, hepatopatias e nefropatias, agravos que isoladamente ou em conjunto levam a um quadro de debilidade e difícil enfrentamento, principalmente no âmbito individual (CHRISTOFF; 2017; GINTING; AFNIWATI; YUDEL, 2021).

Essa dificuldade de enfrentamento associado aos conflitos inerentes a esse processo acarreta o aparecimento de tensões, ansiedades e desesperança, aos sujeitos e famílias. Tendo em vista esse cerne estressor, contínuo e incidente, foi que em 1988, Merle Mishel, enfermeira americana, sistematizou os estudos acerca dessas tensões e sentimentos no que formulou como Teoria da Incerteza na Doença (TID), aplicando-a aos cenários do processo saúde-doença e agravos sem possibilidade de cura (ILGEN, 2019).

Mishel focou sua carreira na compreensão e desenvolvimento do estudo no fenômeno da incerteza, desenvolvendo de forma primária, em 1980, um escore de medição, a *Perceived*

Ambiguity in Illness Scale como parte de sua dissertação em psicologia social. No início de sua carreira, atuou como enfermeira psiquiátrica em cuidados intensivos e em ambientes comunitários e fez pesquisas usando sua teoria nas áreas de câncer de mama, câncer de próstata, câncer de cabeça e pescoço e lesões traumáticas (MISHEL, 1988; HAGEN; LODE et al, 2015).

Em 1988 propôs a Teoria de Enfermagem de Médio Alcance da Incerteza na Doença (TID), apresentada, dessa forma, em uma perspectiva teórica e empírica explicando como as pessoas constroem significado para eventos de doença, com a incerteza indicando a ausência de significado. Referiu-se a ela como a incapacidade e a nulidade em atribuir valor definitivo aos eventos relacionados à doença, cujo estado cognitivo causa confusão nos indivíduos e cuidadores (MISHEL, 1988; COSTA, 2017).

A TID oferece uma perspectiva valiosa na compreensão das experiências que os indivíduos enfrentam quando confrontados com uma condição de saúde ameaçadora. Ao aplicá-la ao contexto das doenças crônicas e dos diagnósticos incompatíveis com a vida, pode-se explorar como os idosos lidam com os sentimentos associados às condições de saúde irreversíveis (COSTA, 2017).

Primeiramente, a teoria postula que a incerteza é uma parte intrínseca da condição de saúde e do processo de adoecimento. Em outras palavras, os indivíduos enfrentam ambiguidade e desconhecimento quanto ao curso futuro da doença, tratamentos e impactos na qualidade de vida. Essa incerteza pode gerar confusão, influenciando a capacidade do indivíduo de lidar com sua condição de saúde. (COSTA, 2017)

Além disso, a teoria argumenta que a incerteza pode ser classificada em três tipos: incerteza da sintomatologia (relacionada à falta de clareza sobre a natureza e gravidade dos sintomas), incerteza quanto ao tratamento (diz respeito à ambiguidade sobre a eficácia e efeitos colaterais dos tratamentos) e incerteza quanto ao papel social (envolve dúvidas sobre as alterações nas relações interpessoais e na capacidade de desempenhar papéis sociais usuais). (MISHEL, 1990)

Cada um dos tipos de incerteza contribui para a complexidade da experiência vivida pelos indivíduos diante de doenças crônicas, sendo crucial para compreender suas reações emocionais e comportamentais.

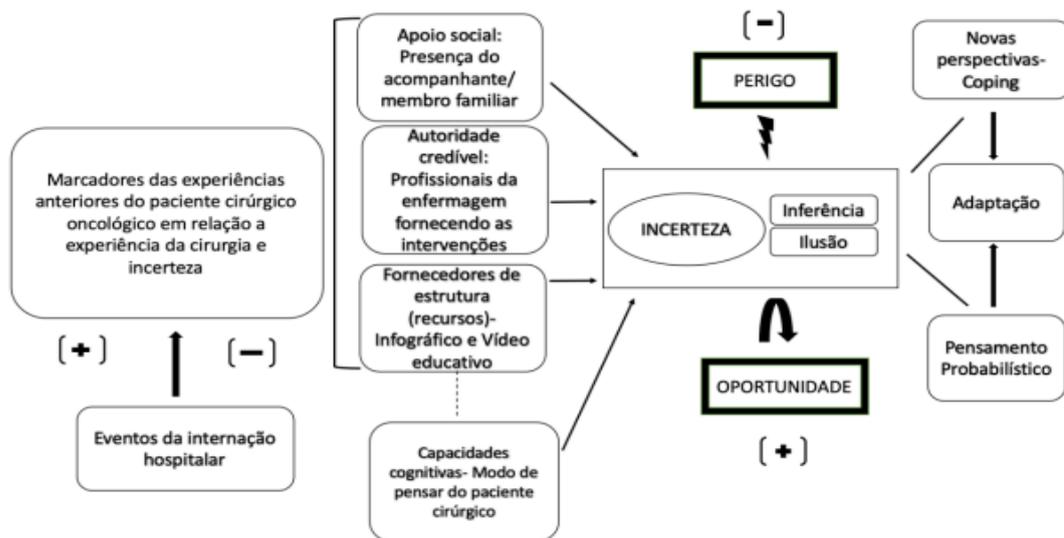
A discussão da teoria é organizada em torno de três temas principais: 1) os antecedentes da incerteza, 2) o processo de avaliação da incerteza e 3) como lidar com a incerteza. Todas essas referem-se à fonte de que trata os eventos, às capacidades cognitivas que se relacionam com o reconhecimento das estratégias de enfrentamento e aos fornecedores de estrutura que

abrangem as experiências anteriores com determinadas situações ou o apoio recebido. Assim procede-se a avaliação entre a incerteza e o enfrentamento (OLIVEIRA; JESUS, 2022).

Quando idosos recebem diagnósticos graves, como condições consideradas incompatíveis com a vida, a incerteza manifesta-se de maneira intensificada. Eles podem enfrentar não apenas a ambiguidade em relação à evolução da doença, mas também aos dilemas éticos e emocionais relacionados às escolhas de tratamento, à qualidade de vida e às expectativas futuras (OLIVEIRA; JESUS, 2022).

A TID fornece uma estrutura conceitual para compreender como esses idosos podem lidar com esse ambiente, buscando informações, redefinindo prioridades e estabelecendo estratégias de enfrentamento para promover um senso de controle percebido diante das circunstâncias certamente desafiadoras (MISHEL, 1990) (FIGURA 1).

FIGURA 1: Teoria da Incerteza na Doença aplicada a pacientes idosos cirúrgicos com câncer



Fonte: Oliveira, Jesus, Pinho (2022).

Ela pode ser entendida em quatro subcategorias que exploram a experiência de indivíduos diante de condições de saúde ameaçadoras: (I) ambiguidade de um estado de doença incerto; (II) complexidade devido às complicações nos tratamentos; (III) inconsistência com o resultado de mudanças nas informações sobre as doenças; (IV) imprevisibilidade de um

prognóstico desconhecido (MISHEL, 1990; GÓMEZ-PALENCIA; CASTILLO-ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015).

A teoria possui postulados que destacam que os indivíduos desenvolvem estratégias de enfrentamento, as quais podem incluir a busca ativa por informações sobre a condição de saúde, a criação de rotinas de autocuidado, a procura de apoio social e o desenvolvimento de formas de controle percebido sobre a situação (OLIVEIRA; JESUS; PINHO, 2022)

Assim, não apenas descreve a experiência, mas também enfatiza a adaptabilidade dos indivíduos na gestão de suas condições de saúde, destacando a importância da comunicação clara e do apoio psicossocial na promoção do bem-estar.

Idosos hospitalizados muitas vezes enfrentam a incerteza quanto à duração da internação, ao prognóstico, às mudanças em suas rotinas de vida e de suas famílias. A TID sugere que, ao reconhecer e abordar essas fontes, os profissionais de saúde contribuem para uma experiência mais adaptativa, fornecendo informações claras, apoio emocional e estratégias de enfrentamento (OLIVEIRA, JESUS, 2022).

No contexto paliativo-cirúrgico, a teoria aplica-se especialmente, sobre os resultados da cirurgia, os efeitos colaterais, o conforto e a sobrevida que esta pode representar (RAMOS, 2019). Ao considerá-la, os profissionais de saúde podem adotar abordagens comunicativas sensíveis, fornecendo informações claras sobre o procedimento e suas possíveis ramificações e apoiando estratégias de enfrentamento adaptativas. Essa abordagem centrada no paciente pode contribuir para uma experiência cirúrgica mais informada e menos angustiante para os idosos em cuidados paliativos (OLIVEIRA; JESUS; PINHO, 2022; COSTA, 2017).

Nesse cenário, é importante destacar que esta pode ser uma oportunidade para o paciente desenvolver confiança nos profissionais de saúde, tornando-se uma força positiva para múltiplas oportunidades. Mishel (1990) destaca ainda tal momento pode levar a um crescimento pessoal e uma contribuição para a construção de significado a partir da situação vivenciada (RAMOS, 2019).

Assim, em situações de internação perioperatória, é fundamental que o profissional enfermeiro esteja atento ao manejo da incerteza, da ansiedade, do medo e do sofrimento, acolhendo o paciente em todas as suas dimensões biofísicas e psicológicas (COSTA, 2017, RAMOS, 2019).

2.2 Estratégias de comunicação visual como ferramentas aliadas à melhoria das ações de saúde e cuidado paliativo

A necessidade de interligação de área da saúde com saberes outros, na perspectiva de melhoria de métodos, desenvolvimento de ações, equipamentos e tecnologias, anseia por objetos que possam dirimir a lacuna existente entre as ciências do cuidar e as tecnologias contemporâneas (AL-JAROODI; MOHAMED; ABUKHOUSA, 2020).

Neste sentido, a comunicação visual surge como uma grande aliada no que tange à disseminação de informações na educação em saúde, com a utilização de gráficos, infográficos, diagramas e hipertextos que possam simplificar informações complexas sobre condições médicas, procedimentos, abordagens e podem ser aplicados extensivamente a temas mais sensíveis e de difícil acesso, como o de cuidados paliativos, de forma a facilitá-lo (CHANCHAICHUJIT *et al*, 2019)

Primeiramente, cabe destacar, que neste viés a Teoria da Aprendizagem Multimídia vem a somar esforços na ancoragem da importância da integração de elementos visuais para otimizar a aprendizagem nos diversos saberes (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016). Para essa, a ênfase na apresentação de informações visuais e verbais simultaneamente garante uma melhor integração cognitiva das informações, sugere a segmentação para potencializar a assimilação gradual e propõe que a apresentação de uma imagem ou animação deve ser acompanhada por palavras-chave, destaque de pontos relevantes e manutenção da coerência entre elementos visuais e verbais (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

Dessa maneira, infere-se que a comunicação visual pode desempenhar um papel relevante na educação em saúde, por justamente oferecer uma abordagem eficaz, complexa e ampla (CHANCHAICHUJIT *et al*, 2019). Especificamente no contexto dos cuidados paliativos, pode ser de grande valia na facilitação da explicação de planos de cuidados, sintomas, opções de tratamento e até mesmo de forma mais trivial, como na apresentação de conceitos e definições, facilitando a compreensão de pacientes e profissionais (OLIVEIRA, 2018).

É importante salientar que a aprendizagem visual e o design instrucional perfilam-se a uma linha de pensamento construtivista, cuja elaboração ativa do conhecimento faz-se a partir da assimilação de novas informações e da mesclagem com os conhecimentos preexistentes já estabelecidos, visando a interpretação do mundo a partir da ótica do sujeito enquanto

personagem principal de sua história e de seu contexto, com a posterior transformação de significados (PLETSH, M.; OLIVEIRA, 2020).

Ou seja, estimula a aprendizagem ativa e colaborativa, cria ambientes que desafiam os ouvintes e proporciona experiências de construção autêntica do conhecimento a partir de novas esferas e tecnologias (PLETSH; OLIVEIRA, 2020).

Uma dessas tecnologias, de maneira mais dinâmica, são os Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVAs), recursos que representam uma forma avançada de comunicação visual, desenvolvidos para proporcionar experiências de aprendizado mais interativas, que integram elementos visuais, como gráficos, animações e simulações, para tornar o conteúdo mais envolvente e acessível.

Richard Mayer, pensador social, em suas pesquisas, salienta que o uso de OVAs pode facilitar a aprendizagem, especialmente quando alinhados com princípios de design instrucional (PLETSH; OLIVEIRA, 2020). Em cuidados paliativos, podem ser especialmente benéficos, proporcionando experiências educacionais interativas que abordam questões sensíveis, complexas, com interações visuais que podem facilitar a compreensão e promover uma abordagem mais colaborativa, ao passo que não apenas educam, mas também ajudam a criar um ambiente que promove empatia e compaixão.

No contexto cirúrgico, especificamente em cuidados paliativos, essas ferramentas podem ser personalizadas para atender às necessidades específicas oferecendo informações adaptadas ao nível de compreensão e preferências de profissionais, com atualizações e informações últimas sobre as diversas ramificações da temática (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

Contemporaneamente, uma gama de possibilidades pode ser utilizada, com destaque para estudos sobre *webpages*, *ebooks*, aplicativos, animações e infográficos na compreensão de doenças do envelhecimento, produção de vídeos educativos para promoção de hábitos saudáveis, desenvolvimento de aplicativos de saúde com elementos interativos, estrutura de jogos e gamificação para melhoria da saúde em vários aspectos (OLIVEIRA, 2018).

Os *ebooks* aliados aos infográficos surgem nesse contexto como facilitadores, como “peças gráficas que utilizam simultaneamente a linguagem verbal gráfica, esquemática e pictórica, voltada prioritariamente à explicação de algum fenômeno.” (LIMA, 2009, p. 23; ANDRADE, 2014).

Nestes, percebe-se que os elementos informacionais se configuram-se em uma estrutura gráfica harmoniosa, complexa e inteligível, podendo ser informativos, por exemplo, utilizados

para explicar procedimentos cirúrgicos, ilustrar a progressão de doenças ou destacar informações sobre comunicação, também para servir para sensibilização, em campanhas de disseminação de conhecimento, bem como para serem puramente educacionais, prestando-se às apresentações de pesquisa e relatórios em saúde para tornar a informação mais acessível (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020).

No contexto dos websites, os produtos podem ser classificados em estáticos, com apresentação de blocos textuais como nos antigos veículos informacionais impressos, hipertextuais, com ligações de vários quadros e hiperlinks, ou ainda animados, com a apresentação de infografias com movimento, vídeos e elementos narrados ou interativos (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020).

Assim, percebe-se que a implementação de tais tecnologias educacionais encontram respaldo uma vez que permitem a participação ativa no processo educacional, a interação, a interligação de saberes, a conexão com as tecnologias contemporâneas e a criação de significado a partir da curiosidade e da apreensão de informações.

A aplicação dessas ferramentas na área da saúde não apenas facilita a compreensão, mas também contribui para a promoção da conscientização, prevenção e colaboração eficaz entre profissionais de saúde e comunidades (LIMA, 2014). Em resumo, tal integração de elementos de comunicação visual da educação, mídia e cuidados paliativos, oferece uma abordagem inovadora e eficaz, fornecendo vertentes valiosas sobre como esses elementos podem ser utilizados para melhorar a aprendizagem, a comunicação e, em última instância, a qualidade dos cuidados oferecidos na área da saúde.

2.3 Evidências científicas sobre os cuidados paliativos de enfermagem ao paciente idoso cirúrgico

No ambiente cirúrgico, a enfermagem deve compreender os aspectos da palição por meio de sua proposta inovadora, humanizante e focada nos conceitos de conforto e alívio do sofrimento, jamais devendo percebê-la como divergente ou oposta à prática convencional (BERLIN; CARLETON, 2019; RIVET; DEL FABBRO; FERRADA, 2018; ROSES; FOLKERT; KROUSE, 2018).

As estratégias de cuidado paliativo devem ser complementares ao saber cirúrgico e por sua vez, este se prestar ao cuidado paliativo, no sentido de viabilizar e otimizar o bem estar do paciente e família (RADBRUCH et al, 2020; CHAN; LEE, 2019).

Nesse sentido, cabe destacar que a cultura cirúrgica e o cuidado paliativo não se excluem mutuamente (RIVET; DEL FABBRO; FERRADA, 2018). Ainda que conste toda a ansiedade e esperança do paciente que se submete às cirurgias, no tocante à sua cura, a dissolução de chavões de exclusividade de uma ou outra prática é imperiosa na tentativa de estabelecer uma assistência de qualidade (ROWE; JOHNSTON, 2022; RAMOS, 2019).

No entanto, o ambiente cirúrgico ainda representa um limite último para a implementação de cuidados paliativos, mais até do que as unidades de terapia intensiva, onde nessas, o relativo contato com a morte, a despeito de toda intervenção dispensada, pode representar a longo prazo um elo colaborativo com a abordagem paliativa, fato geralmente não presente na assistência cirúrgica como um todo (BERLIN; CARLETON, 2019).

O perioperatório é voltado para a cura, em seus esforços de funcionamento, formação, gerenciamento e financiamento dos serviços. A própria concepção acerca do tema cirurgia concorre para uma pressão que acaba por anular a dispensação de cuidados proporcionais, mesmo na viabilidade de sua indicação (BALDUCCI, 2019).

Logo, o desafio consiste na integração dos cuidados paliativos ao processo perioperatório, justapondo e implantando essas abordagens de forma precoce, com especial destaque para a enfermagem, em seu papel de protagonista, dispensando uma atenção que desenvolva um cuidar digno, pautado em estratégias baseadas em evidências, e sobretudo, seja compassivo e empático (ARNAUTS; CAVALHEIRI, 2021; MONTEIRO et al, 2019).

Para a enfermagem cirúrgica, os cuidados paliativos incluem de forma prioritária e fundamental o manejo dos sintomas, como náuseas, dor, *delirium*, dispneia e fadiga, bem como o apoio biopsicossocial e espiritual e as discussões sobre o tratamento e a dispensação de cuidados de fim de vida (COSTA; SILVA, 2021). Para pacientes idosos cirúrgicos, de acordo com Monteiro *et al* (2019), os cuidados paliativos prestados por uma equipe de enfermagem capacitada, auxiliam na resolução de conflitos próprios da faixa etária, no fornecimento de suporte adicional às famílias, nas peculiaridades relativas ao agravo, no auxílio às transições de cuidados para o ambiente domiciliar, proporcionando maior controle sobre a vontade dos pacientes e individualizando a assistência.

Para isso, faz-se necessário entender e conhecer quais as ações e como os cuidados de enfermagem são dispensados a esse público, quer sejam nas situações de pré, trans ou pós-operatório, em enfermarias cirúrgicas ou Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), compreendendo, por conseguinte, as dificuldades e desafios para a implementação desse

processo. Se tal dispensação ocorre de forma empírica, sistematizada, científica, se de forma frequente ou esparsa e quais as dimensões envolvidas nesse processo.

Mister também se faz compreender qual a percepção coletiva predominante sobre o tema, os dilemas vivenciados, a perícia no manejo da dor. Entender se o próprio ambiente influencia na preservação da qualidade de vida e se, de forma efetiva, alcança-se o alívio do sofrimento.

Logo, mapeou-se e identificou-se na literatura, por meio de revisão de escopo, as produções existentes sobre as ações de enfermagem voltadas ao cuidado paliativo em idosos no contexto de hospitalização cirúrgica. Levou-se em consideração os processos de adoecimento, a necessidade de procedimentos cirúrgicos e a intrínseca relação entre esses fenômenos e o estabelecimento de cuidados paliativos.

A Tabela 1 discrimina os dados de referência, objetivos, método, população, os achados e as considerações dos estudos no tocante às tecnologias e estratégias utilizadas para o tratamento paliativo do idoso cirúrgico. Tal levantamento visa descrever e sistematizar, em um primeiro momento, os métodos das práticas que a equipe de enfermagem utiliza para a dispensação de cuidados paliativos ao paciente idoso exercida em um ambiente técnico, protagonizado por tecnologias duras e com alta expectativa de cura: o perioperatório.

Tabela 1 – Características dos estudos que integraram a amostra da revisão de escopo, segundo: título do artigo/autores, país/ano, periódico, desenho do estudo, participantes e/amostras, objetivo e resultados importantes, 2023.

Título do artigo /Autores	País/ Ano	Periódico	Desenho do estudo	Participantes	Objetivo	Resultados importante
1 The Geriatrics Surgery Verification Program and the Life-Sustaining Treatment Decisions Initiative: Coupling Two Programs to Improve Advanced Care Planning for Older Veterans Undergoing Surgery	EUA, 2023.	J. Pain Symptom Manage. - Volume 65, Issue 3, pp. e265	Coorte retrospectivo, coleta de dados de prontuários eletrônicos	N= 1.264 veteranos com 65 anos ou mais	Avaliar a eficácia da combinação de programas de veteranos de guerra para melhorar o planejamento de cuidados avançados para idosos em cirurgia.	A porcentagem de veteranos que completaram uma diretiva antecipada aumentou de 38% para 78%. Eles também descobriram que a porcentagem de veteranos que discutiram suas preferências de cuidados de fim de vida com seus provedores aumentou de 53% para 88% Necessidade de garantir que idosos em cirurgia tenham a oportunidade de discutir suas preferências com seus provedores e tomar decisões informadas sobre seus cuidados.
2 Palliative Care Interventions For Surgical Patients: A Systematic Review	EUA, 2021	JAMA Surgery - Volume 151, Issue 2, pp. 172-183	Revisão Sistemática	N= 8.575 pacientes únicos nos 25 artigos analisados	Avaliar o efeito das intervenções de CP em pacientes cirúrgicos.	O estudo focou no estabelecimento de intervenções pré-operatórias para tomada de decisão, na melhora na qualidade da comunicação, no controle dos sintomas e na diminuição do uso de recursos de saúde para diminuição dos custos. As intervenções de CP podem ser uma parte importante do atendimento ao paciente cirúrgico.
3 The Quality of Palliative Care from the Perspectives of the Elderly with Cancer at Firoozgar Hospital in 2019: A Cross-sectional Study	Irã, 2021	Iran Journal of Nursing - Volume 34, Issue 130, pp. 59-72	Estudo descritivo quantitativo	N= 200 pacientes idosos com câncer	Avaliar a qualidade dos CP sob a perspectiva de idosos com câncer internados em alas cirúrgicas/ clínicas	O controle da dor e o apoio psicológico, de acordo com o estudo, foram insuficientes, levando abaixo a qualidade de morrer no Irã. As descobertas deste estudo podem ser usadas para melhorar a qualidade dos CP para idosos com câncer. Os pesquisadores recomendam o desenvolvimento de uma estrutura específica para que os enfermeiros ofereçam CP a pacientes com câncer.
4 The Role of the Advanced Practice Nurse In Geriatric Oncology Care	EUA, 2019	Seminars in oncology nursing - Volume 32, Issue 1, pp. 33-43	Revisão de Literatura	Número de participantes não especificado	Avaliar o papel das enfermeiras de prática avançada no cuidado oncológico geriátrico	Enfermeiros devem formular um plano de cuidados, prestar apoio psicossocial e à família, promover a desospitalização em CP. Agir sobre as síndrome geriátricas, como incontinência, delirium, lesão por pressão, quedas e declínio funcional.
5 Palliative Nursing Care as Applied to Geriatric: an Integrative Literature Review	EUA, 2019	Nurs Palliat Care - Volume 4, Issue 0, pp. 1-6	Revisão de Literatura	Número de participantes não especificado	Avaliar o papel dos enfermeiros na prestação de CP para idosos	Avaliação dos sintomas físicos, como dor, dispnéia, fadiga e náuseas, suporte emocional e psicológico, coordenação de cuidados e educação e participação em discussões éticas foram as ações encontradas neste estudo.

							A enfermagem é essencial para garantir que idosos recebam os cuidados de que precisam para viver com qualidade de vida no momento do fim de vida.
6	Perioperative Palliative Care Considerations for Surgical Oncology Nurses	EUA, 2016	Seminars in Oncology Nursing - Volume 33, Issue 1, pp. 9-22	Revisão de Literatura	Número de participantes não especificado	Explorar as oportunidades para incorporar os CP no gerenciamento de pacientes oncológicos perioperatórios	Controle dos sintomas, facilitação na comunicação e tomada de decisão, apoio psicossocial e atuação nas transições e continuidade do cuidado são as ações que foram elencadas pelo estudo quanto aos profissionais de enfermagem. Destaca a necessidade de educação formal em CP e os recursos disponíveis para enfermeiros de oncologia cirúrgica
7	Comfort in Palliative Care: The Know-How of Nurses in General Hospital	Brasil, 2014	Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE - Volume 8, Issue 3, pp	Estudo descritivo qualitativo	N= 30 enfermeiros de clínica médico-cirúrgica	Identificar os cuidados de enfermagem relacionados ao conforto de pacientes em CP	Os enfermeiros no estudo priorizam intervenções para promover o conforto, incluindo controle da dor, controle de sintomas, dispnéia, higiene, oxigenoterapia, solicita apoio da equipe multiprofissional e por último, oferecem suporte emocional e apoio espiritual. Há a recomendação que estes profissionais priorizem o desenvolvimento de um plano de cuidados, melhorem a comunicação e que os hospitais desenvolvam e implementem políticas e procedimentos que apoiem a prestação de cuidados de conforto.
8	When the end is near: an ICU patient who died at home	Holanda, 2011	Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde - Volume 155, Issue 26, pp. A3025	Relato de Experiência	Idoso de 64 anos N=01 participante	Descrever o processo de transferência de um paciente cirúrgico idoso de 64 anos de uma UTI para sua residência.	A transferência de cuidados, o papel da equipe de enfermagem, as etapas administrativas subsequentes, a causa natural da morte como fator de requisito no CP e na desospitalização. A ações de enfermagem incluíram controle da dor e da dispnéia, oxigenoterapia, monitorização contínua, apoio psicológico e emocional, apoio no transporte do paciente e assistência para uma boa morte.
9	The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: a qualitative descriptive study	EUA, 2009	Intensive & critical care nursing - Volume 25, Issue 4, pp. 214-20.	Estudo descritivo qualitativo	Enfermeiros de UTI cirúrgica. N= 19 Participantes	Entender as percepções dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva sobre seus papéis e responsabilidades sobre os cuidados de fim de vida.	Os enfermeiros sentem que estão "andando em uma linha tênue" entre proporcionar conforto e prolongar a vida, com uma sensação de angústia moral quando são incapazes de prestar o cuidado integral. Há pressão dos médicos para continuar o tratamento intervencionista, mesmo quando está claro que o paciente está morrendo.

							Os enfermeiros precisam de mais apoio para lidar com as demandas emocionais e psicológicas de cuidar de pacientes em fim de vida, como treinamento, aconselhamento e outros serviços.
10	Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions	EUA, 2008	European Journal of Neurology - Volume 15, Edição 12, pp. 1265-72	Revisão retrospectiva de prontuários	Idosos com idade média de 70 anos. N=177 casos participantes	Examinar as necessidades de CP de pacientes idosos com condições neurológicas e neurocirúrgicas	Estabelecimento de medidas de conforto, entre as quais o início da administração de morfina, identificação de candidatos a CP, estabelecimento de diretivas antecipadas. Pacientes com condições neurocirúrgicas têm uma alta prevalência de sintomas, como disfagia, dor, dispneia, fraqueza generalizada e disartria.
11	Weaning readiness and fluid balance in older critically ill surgical patients	EUA, 2006	Am. J. Crit. Care - Volume 15, Issue 1, pp. 54-64	Coorte prospectivo	Idosos entre 60 e 87 anos N= 40 participantes	Desenvolver um perfil clínico de pacientes idosos desmamados com sucesso da ventilação mecânica prolongada.	Pacientes gravemente enfermos submetidos a cirurgia podem ser desmamados de ventilador e os CP podem nortear o processo por meio de seus princípios de gerenciamento sintomático. Efetuar o balanço hídrico, pesar e prestar apoio ao paciente e família são as principais ações de enfermagem.
12	Palliative care in the surgical ICU	EUA, 2005	Critical Care Medicine - Volume 85, Edição 2, pp. 303	Revisão de Literatura	Número de participantes não especificado	Aumentar a conscientização sobre a importância dos CP na UTI cirúrgica.	Administração de opióides, auxílio na elaboração de protocolos de CP, atenção quanto às vias de administração de medicação, diminuição do maior número possível de procedimentos rotineiros de enfermagem, por exemplo, virar, aspirar, manipulação de cateteres intravenosos, coleta de sangue, sinais vitais frequentes, são ações citadas no estudo. Os profissionais de saúde devem receber treinamento e educação sobre CP para que possam fornecer o melhor atendimento possível aos seus pacientes.
13	Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards	EUA, 2001	Journal of Advanced Nursing - Volume 35, Issue 1, pp. 59-68	Pesquisa Etnográfica.	N= 74 pacientes idosos N= 29 enfermeiros N= 8 médicos	Explorar as experiências de pacientes terminais e enfermeiras que trabalham com idosos na gestão de cuidados para pacientes em fim de vida	Os cuidados terminais para alguns doentes idosos continuam a ser dificultados pela relutância de enfermeiros e médicos em serem mais abertos na sua comunicação sobre a morte. A cultura hospitalar e os costumes, crenças e ideologias que emanam do modelo biomédico moldam significativamente as experiências de pacientes idosos em terminalidade.

Fonte: Dados da pesquisa, Brasil, 2023.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, voltada a construir uma tecnologia educativa no formato de *ebook*, que favoreça a implementação de ações e cuidados de enfermagem aos idosos em cuidado paliativo acompanhados em uma clínica cirúrgica.

Os estudos metodológicos tratam da investigação, da organização e da análise de dados para construção, validação e avaliação de instrumentos, centrados no desenvolvimento de ferramentas específicas (POLIT; BECK, 2011). Teixeira e Mota (2011) consideram o estudo metodológico como uma estratégia que, mediante sistematização de conhecimento disponível, organiza uma nova intervenção ou melhora significativamente uma intervenção já existente, melhorando um instrumento, um dispositivo ou um método de medição.

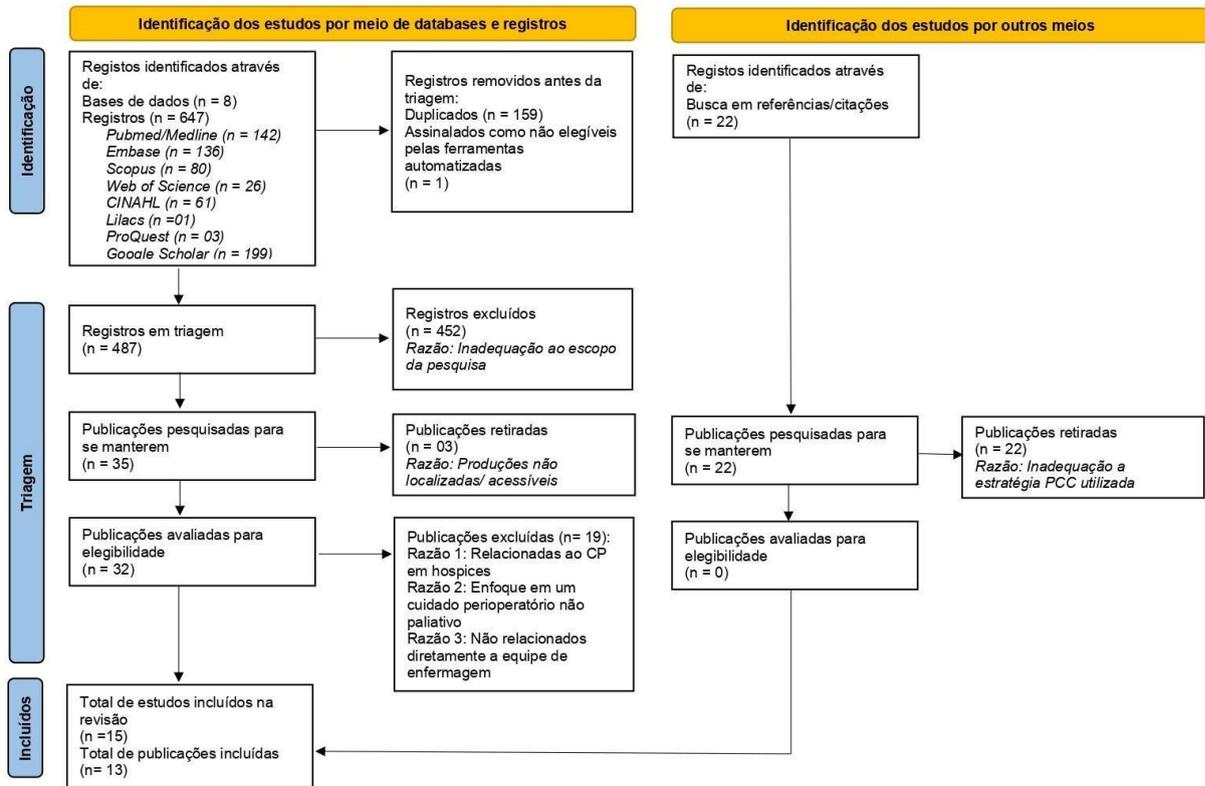
3.2 Etapas do estudo

O estudo foi desenvolvido em três etapas principais, sendo a primeira a fase de elaboração da Revisão de Escopo; a segunda a aplicação das entrevistas com enfermeiros, que subsidiou a construção do estudo qualitativo; a terceira, a fase de elaboração do *ebook* e do *website*.

3.2.1 Fase I: Revisão de Escopo

A primeira etapa foi realizada por meio de uma *scoping review*, guiada por manual específico, proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), com utilização da ferramenta PRISMA com extensão para revisões de escopo (*Preferred Reporting Items for Systematic Review - Scoping Review - PRISMA-ScR*) (JBI, 2015). Este método permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento (FIGURA 2).

FIGURA 2 - Fluxograma PRISMA-ScR para processo de busca e seleção dos estudos



Fonte: Dados da pesquisa, Brasil, 2023.

As etapas da condução da pesquisa foram as seguintes: (1) elaboração da pergunta de pesquisa, (2) seleção dos critérios de inclusão e exclusão, (3) identificação dos termos chaves, (4) identificação das bases de dados, (5) seleção dos estudos, (6) mapeamento dos artigos e relatório de resultados.

Para construção dessa investigação foi utilizada a estratégia PCC (*Population, Concept, Context*), na qual estão elencados os seguintes critérios de elegibilidade: Para a população: pessoas idosas que estejam de acordo com a definição de idoso pela OMS (65 anos) ou pelo Estatuto do Idoso (60 anos, no caso do Brasil) (BRASIL, 2009; OMS, 2019).

Em relação ao conceito: entende-se por cuidado paliativo, a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2019).

No tocante ao contexto, foram inseridos os estudos que fazem referência aos idosos em circunstâncias perioperatórias. Dessa forma, foram consideradas apenas produções que englobassem especificamente intervenções de cuidado paliativo em enfermagem ao paciente idoso no ambiente perioperatório.

Para nortear o levantamento das evidências científicas, formulou-se o seguinte questionamento: “*Quais as ações/cuidados de enfermagem destinados a idosos em cuidados paliativos no contexto de hospitalização cirúrgica?*”

A busca foi realizada em junho de 2023, por dois pesquisadores de forma independente e um pesquisador revisor, sendo os resultados posteriormente comparados e unificados em um banco de dados único facilitado pelo software *Rayyan*®.

Todavia, a coleta deu-se primeiramente na base *Medline/Pubmed* por meio da testagem de termos *Mesh* e termos índices (tabela 2). Após essa etapa, concluiu-se a estratégia de busca, sendo, em seguida, adaptada às demais bases de dados utilizadas na revisão, de acordo com as particularidades específicas de cada um, etapa esta coordenada por um profissional bibliotecário.

Tabela 2 - Bases de dados e estratégias de busca utilizadas no mapeamento das ações e cuidados de enfermagem dispensados ao paciente idoso cirúrgico, 2023.

Base de Dados	Estratégias de Busca	Resultados
Medline / PubMed	("Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing Care"[All Fields] OR "nursing interventions"[All Fields] OR "nursing intervention"[All Fields] OR "Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[All Fields]) AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[All Fields] OR "Elderly"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "80 and over"[All Fields] OR "Oldest Old"[All Fields] OR "Nonagenarian"[All Fields] OR "Nonagenarians"[All Fields] OR "Octogenarians"[All Fields] OR "Octogenarian"[All Fields] OR "Centenarians"[All Fields] OR "Centenarian"[All Fields] OR "geriatric"[All Fields] OR "Middle Aged"[MeSH Terms] OR "Middle Aged"[All Fields] OR "Middle Age"[All Fields]) AND ("Palliative Care"[MeSH Terms] OR "Palliative Care"[All Fields] OR "Palliative Treatment"[All Fields] OR "Palliative Treatments"[All Fields] OR "Palliative Therapy"[All Fields] OR "Palliative Supportive Care"[All Fields] OR "Palliative Surgery"[All Fields] OR "Palliative Medicine"[MeSH Terms] OR "Palliative Medicine"[All Fields] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[MeSH Terms] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[All Fields] OR "Palliative Nursing"[All Fields] OR "Palliative Care Nursing"[All Fields] OR "Hospice Nursing"[All Fields] OR "Hospice Care"[MeSH Terms] OR "Hospice Care"[All Fields] OR "Hospice Programs"[All Fields] OR "Hospice Program"[All Fields] OR "Bereavement Care"[All Fields] OR "Terminal Care"[MeSH Terms] OR "Terminal Care"[All Fields] OR "End of Life Care"[All Fields] OR "End of Life Cares"[All Fields] OR "Hospices"[MeSH Terms] OR "Hospices"[All Fields] OR "Hospice"[All Fields] OR "Critical Illness"[MeSH Terms] OR "Critical Illness"[All Fields] OR "Critical Illnesses"[All Fields] OR "Critically Ill"[All Fields]) AND ("Perioperative Period"[MeSH Terms] OR "Perioperative Period"[All Fields] OR "Perioperative Periods"[All Fields] OR "Perioperative Care"[MeSH Terms] OR "Perioperative Care"[All Fields] OR "Surgical patients"[All Fields] OR "Surgical patient"[All Fields])	142
Embase	('nursing care'/de OR 'nursing care' OR 'nursing interventions' OR 'nursing intervention'/de OR 'nursing intervention' OR 'nursing'/de OR nursing) AND ('aged'/de OR aged OR 'elderly'/de OR elderly OR '80 and over' OR 'oldest old' OR 'nonagenarian'/de OR nonagenarian OR 'nonagenarians'/de OR nonagenarians OR 'octogenarians'/de OR octogenarians OR 'octogenarian'/de OR octogenarian OR 'centenarians'/de OR centenarians OR 'centenarian'/de OR centenarian OR 'geriatric'/de OR geriatric OR 'middle aged'/de OR 'middle aged' OR 'middle age'/de OR 'middle age') AND ('palliative care'/de OR 'palliative care' OR 'palliative treatment'/de OR 'palliative treatment' OR 'palliative treatments' OR 'palliative therapy'/de OR 'palliative therapy' OR 'palliative supportive care' OR 'palliative surgery'/de OR 'palliative surgery' OR 'palliative medicine'/de OR 'palliative medicine' OR 'hospice and palliative	136

	care nursing'/de OR 'hospice and palliative care nursing' OR 'palliative nursing'/de OR 'palliative nursing' OR 'palliative care nursing'/de OR 'palliative care nursing' OR 'hospice nursing'/de OR 'hospice nursing' OR 'hospice care'/de OR 'hospice care' OR 'hospice programs' OR 'hospice program' OR 'bereavement care'/de OR 'bereavement care' OR 'terminal care'/de OR 'terminal care' OR 'end of life care'/de OR 'end of life care' OR 'end of life cares' OR 'hospices'/de OR hospices OR 'hospice'/de OR hospice OR 'critical illness'/de OR 'critical illness' OR 'critical illnesses' OR 'critically ill'/de OR 'critically ill') AND ('perioperative period'/de OR 'perioperative period' OR 'perioperative periods' OR 'perioperative care'/de OR 'perioperative care' OR 'surgical patients' OR 'surgical patient'/de OR 'surgical patient')	
Scopus	TITLE-ABS-KEY("Nursing Care" OR "nursing interventions" OR "nursing intervention" OR nursing) AND TITLE-ABS-KEY(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND TITLE-ABS-KEY("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Palliative Surgery" OR "Palliative Medicine" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "Palliative Nursing" OR "Palliative Care Nursing" OR "Hospice Nursing" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Terminal Care" OR "End of Life Care" OR "End of Life Cares" OR Hospices OR Hospice OR "Critical Illness" OR "Critical Illnesses" OR "Critically Ill") AND TITLE-ABS-KEY("Perioperative Period" OR "Perioperative Periods" OR "Perioperative Care" OR "Surgical patients" OR "Surgical patient")	80
Web of Science	TS=("Nursing Care" OR "nursing interventions" OR "nursing intervention" OR nursing) AND TS=(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND TS=("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Palliative Surgery" OR "Palliative Medicine" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "Palliative Nursing" OR "Palliative Care Nursing" OR "Hospice Nursing" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Terminal Care" OR "End of Life Care" OR "End of Life Cares" OR Hospices OR Hospice OR "Critical Illness" OR "Critical Illnesses" OR "Critically Ill") AND TS=("Perioperative Period" OR "Perioperative Periods" OR "Perioperative Care" OR "Surgical patients" OR "Surgical patient")	26
CINAHL	("Nursing Care" OR "nursing interventions" OR "nursing intervention" OR nursing) AND (Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Palliative Surgery" OR "Palliative Medicine" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "Palliative Nursing" OR "Palliative Care Nursing" OR "Hospice Nursing" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Terminal Care" OR "End of Life Care" OR "End of Life Cares" OR Hospices OR Hospice OR "Critical Illness" OR "Critical Illnesses" OR "Critically Ill") AND ("Perioperative Period" OR "Perioperative Periods" OR "Perioperative Care" OR "Surgical patients" OR "Surgical patient")	61
LILACS	("Nursing Care" OR "nursing interventions" OR "nursing intervention" OR nursing OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Cuidado de Enfermagem" OR "Assistência de Enfermagem" OR "Atendimento de Enfermagem" OR "Atención de Enfermería" OR "Cuidado de Enfermería" OR "Cuidados de Enfermería" OR enfermeiros OR enfermeiras OR enfermeras OR enfermeros OR enfermagem OR enfermería) AND (aged OR elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR nonagenarian OR nonagenarians OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age" OR idoso OR idosos OR idosa OR idosas OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR anciano OR ancianos OR "Adulto Mayor" OR "Persona Mayor" OR "Persona de Edad" OR "Personas Mayores" OR "Personas de Edad" OR "Idoso de 80 Anos ou mais" OR centenarios OR nonagenarios OR octogenarios OR velhíssimos OR "Anciano de 80 o más Años" OR viejíssimos OR geriátrico OR geriátricos OR geriátrica OR geriátricas OR "Meia Idade" OR "Mediana Edad") AND ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Palliative Surgery" OR "Palliative Medicine" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "Palliative Nursing" OR "Palliative Care Nursing" OR "Hospice Nursing" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Terminal Care" OR "End of Life Care" OR "End of Life Cares" OR hospices OR hospice OR "Critical Illness" OR "Critical Illnesses" OR "Critically Ill" OR "Cuidados Paliativos" OR "Assistência Paliativa" OR "Cuidado Paliativo" OR "Tratamiento Paliativo" OR "Apoyo en Cuidados Paliativos" OR "Asistencia Paliativa de Apoyo" OR "Atención Paliativa" OR "Tratamiento Paliativo" OR "Medicina Paliativa" OR "Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Enfermagem de Cuidados Paliativos" OR "Enfermagem em Centros de Cuidados Paliativos" OR "Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Enfermería de Cuidados Paliativos" OR "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidado Paliativo a Doentes Terminais" OR "Cuidados a Doentes Terminais" OR "Cuidados de Conforto" OR "Programas de Cuidados Intermitentes" OR "Assistência Terminal" OR "Cuidados de Fim de Vida" OR "Cuidado Terminal" OR "Cuidado en el Final de la Vida" OR "Hospitais para Doentes Terminais" OR "Hospitales para Enfermos Terminales" OR "Hospitais para Doentes Terminais" OR "Hospitales para Enfermos Terminales" OR "Estado Terminal" OR "Doença Terminal" OR "Estado Crítico" OR "Enfermedad Crítica") AND ("Perioperative Period" OR "Perioperative Periods" OR "Perioperative Care" OR "Surgical patients" OR "Surgical patient")	01

	OR "Surgical patient" OR "Periodo Perioperatorio" OR "Assistência Perioperatória" OR "Assistência na Fase Perioperatória" OR "Assistência no Período Perioperatório" OR "Cuidados Perioperatorios" OR "Cuidados Peroperatórios" OR "Atención Perioperativa" OR "asistencia periquirúrgica" OR "cuidados periquirúrgicos") AND (db:(LILACS"))	
ProQuest Dissertati on & Theses Global	noft("Nursing Care" OR "nursing interventions" OR "nursing intervention" OR nursing) AND noft(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND noft("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Palliative Surgery" OR "Palliative Medicine" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "Palliative Nursing" OR "Palliative Care Nursing" OR "Hospice Nursing" OR "Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Terminal Care" OR "End of Life Care" OR "End of Life Cares" OR Hospices OR Hospice OR "Critical Illness" OR "Critical Illnesses" OR "Critically Ill") AND noft("Perioperative Period" OR "Perioperative Periods" OR "Perioperative Care" OR "Surgical patients" OR "Surgical patient")	03
Google Scholar	"Nursing Care" AND (Aged OR Elderly) AND ("Palliative Care" OR "Terminal Care" OR Hospice) AND ("Perioperative Period" OR "Perioperative Care" OR "Surgical patients" OR "Surgical patient")	199

Nota: As estratégias de pesquisa foram realizadas para cada banco de dados usando combinações de palavras específicas e truncamentos com o apoio de um bibliotecário.

Fonte: Dados da pesquisa, Brasil, 2023.

A busca procedeu-se na: Medline/Pubmed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*); BVS/Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); EMBASE (*Excerpta Medica dataBASE*); Scopus, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e Web of Science, buscando-se por produções científicas que tenham abrangido as temáticas na supracitada estratégia PCC. Para a pesquisa da literatura cinza, incluíram-se uma busca direcionada nas bases de dados *ProQuest Dissertations and Theses Global* (*ProQuest*) e *Google Scholar*. Desse último, os primeiros 199 resultados foram considerados, dentre 200 encontrados (um era duplicado).

Após a exploração, procedeu-se a seleção e refinamento dos resultados, com base no instrumento já validado dos estudos de Ursi (2005) que aborda os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenções mensuradas e resultados encontrados.

Como critérios de inclusão, foram levantados os estudos que englobassem pelos menos três dos quatro recortes temáticos (cuidados de enfermagem + cuidados paliativos + idosos + cirurgia), que fossem pesquisas primárias, revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos, sem delimitação temporal nem limitação idiomática, para que assim se projetasse um panorama mais abrangente da temática.

Foram excluídos livros, documentos, textos informativos, artigos editoriais e manuais clínicos, além de produções de acesso restrito ou que não fizessem referência ao cuidado paliativo e ao ambiente perioperatório (clínica/UTI cirúrgica). Para a leitura do conteúdo

utilizou-se o acesso pago do Sistema de Comunidade Acadêmica Federada da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAFe CAPES) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A seleção baseou-se em três etapas: 1º etapa: Arrolamento das bases e aplicação de *pilot test* ao formulário na base de dados Medline com aplicação dos critérios de inclusão utilizados. 2º etapa: Busca ampla, exclusão dos resultados duplicados, leitura de título e resumo para encaixe a estratégia PCC por dois revisores independentes e um revisor decisor, selecionando-se assim os elegíveis. 3º etapa: Leitura completa dos materiais elegíveis e das respectivas referências.

Por fim, salienta-se que não há conflito de interesse na pesquisa. O protocolo do estudo foi registrado na plataforma *Open Science Framework (OSF)* sob registro nº DOI 10.17605/OSF.IO/HSC75.

3.2.2 Fase II: Estudo Qualitativo

Ainda como elemento complementar, nesta segunda fase, foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória, que buscou o aprofundamento da compreensão do contexto social a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos, qual seja, das suas realidades, suas análises e suas interpretações por meio da linguagem falada, escrita e observacional (MINAYO, 2014).

3.2.3 Fase III: Construção do *Ebook/ Website*

Com base no levantamento das ações/cuidados de Enfermagem destinados a idosos em Cuidados Paliativos no contexto perioperatório, identificados tanto por meio da Revisão de Escopo e dos relatos de profissionais da equipe de enfermagem, foi realizada a construção do *ebook*.

O resultado das etapas anteriores subsidiaram a criação de uma tecnologia educativa em saúde, que consistiu na produção de um *ebook* para suporte aos profissionais de enfermagem acerca da assistência de cuidados paliativos em idosos.

Primeiramente houve a definição dos objetos e dimensões a serem abordadas, com o desenvolvimento de tópicos para o público alvo, considerando-se as etapas de pré-produção, produção e pós-produção. A pré-produção consiste na preparação, planejamento e projeto do *ebook*. Abrange a idealização do material. Nesse momento é estabelecido o conteúdo, o roteiro

e o formato de diagramação. O conteúdo corresponde a um resumo geral do que a ferramenta apresentou; o roteiro constituiu-se pelo detalhamento do fio de ação e da cadeia de pensamentos que o *ebook* conteve, como linguagem e divisão, objetivando informar o leitor a respeito de sua mensagem. Por último, a diagramação, que objetiva tornar mais fácil para o leitor a visualização do conteúdo.

Na etapa de **Produção** foi iniciado o envio do roteiro de figuras e imagens ao profissional diagramador especializado em edição, para otimizar a compreensão da essência do estudo e facilitação da aplicação do instrumento na sua produção.

Na **Pós-produção**, os formatos físico e digital utilizando o Programa *Adobe Photoshop* 2021®, *Canva*® e na plataforma *Hostinger*®, foram finalizados e detalhados. Tais etapas resultaram na primeira versão do produto, ocorrendo em consonância aos conceitos de Vargas, Rocha e Freire (2007).

3.3 Local da Pesquisa

O estudo foi conduzido com profissionais de enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros, de uma unidade de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/Ebserh), situado na cidade de João Pessoa-PB. Unidade essa, referência na rede de saúde em atendimentos cirúrgicos hepatobiliopancreáticos, enterocoloproctológicos, citorredutores, uroginecológicos e de cabeça e pescoço.

Optou-se por realizar a pesquisa nessa instituição por possuir um quadro de profissionais estruturado, capacitado, bem como pela disponibilidade de instrumentos legais, que nortearam o processo de trabalho desenvolvido. Além de ser o local de trabalho do pesquisador, o que facilitou a abordagem dos participantes.

3.4 População e Amostra

A amostra foi constituída por 16 profissionais de enfermagem, de um universo de 53, selecionada por conveniência e acessibilidade, no qual os convites foram feitos pessoalmente dentro do ambiente hospitalar pelo pesquisador, que na oportunidade, era mestrando e enfermeiro assistencial da unidade. Todos foram aceitos. Optou-se por contemplar as várias categorias da profissão justamente para desvelar os pontos de convergência/divergência das ideias e discursos.

Determinou-se como critérios de inclusão, que os profissionais estivessem atuando em clínica cirúrgica há mais de um ano, com experiência relacionada na oferta de cuidado paliativo ao idoso e sua família durante o processo de internação. Foram excluídos aqueles que, porventura, se encontravam afastados de suas funções assistenciais, ou com tempo de atuação menor que o pretendido. O número amostral respeitou o processo de saturação de dados nas respostas.

3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta ocorreu no período de setembro a outubro de 2023. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas em uma sala reservada no interior da unidade hospitalar, com duração média de 25 minutos, gravadas por meio do software *MIU audio Recorder*® e posteriormente transcritas pelo *Reshape*®.

A coleta focalizou questões disparadoras para os participantes (APÊNDICE B), tendo sido elaboradas 12 questões divididas em 3 partes: Parte 1) Representações do cuidado paliativo, Parte 2) Intervenções de enfermagem mais realizadas, Parte 3) Comunicação no cuidado paliativo.

As questões de maior enfoque foram as seguintes: 1) Para você, cite cinco palavras que melhor significam/representam o cuidado paliativo para o idoso em uma clínica cirúrgica. 2) A enfermagem, no geral, faz o suficiente na dispensação do cuidado paliativo? 3) Em uma situação de não-ciência da doença, como o o profissional de enfermagem pode abordar um paciente quando indagado sobre seu quadro? Qual a maior dificuldade neste sentido? 4) Qual a melhor forma de cuidar de um paciente idoso que você sabe que é elegível ao cuidado paliativo?

O instrumento foi dividido em duas seções: uma de caracterização sociodemográfica e histórico profissional, que continha informações sobre idade, sexo, tempo de formação, se possuía alguma especialização/capacitação em cuidado paliativo e o tempo de trabalho em clínica cirúrgica. A segunda, pelas perguntas subjetivas supracitadas.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada por todos os participantes da pesquisa, após esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos e riscos do estudo. O TCLE foi lido e explicado aos participantes, que tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas antes de assinarem o documento. Ressalta-se que o termo foi impresso em duas vias, ambas devidamente assinadas e entregues ao participante e a outra ficando em posse do pesquisador (APÊNDICE B).

Os participantes tiveram suas identidades preservadas e foram identificados por um código alfanumérico, precedido pela vogal “P” e sucedido de um número, respeitando a ordem da realização das entrevistas. Assim, foram identificados com a letra P e nomeados de 1 a 16 (P1, P2, P3, etc).

3.5.1 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa seguiu os procedimentos ético-legais estabelecidos pela Resolução N° 466/2012 que determina as diretrizes e as normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos e o Ofício Circular n° 2, de 24 de fevereiro de 2021, que aponta as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

O projeto do qual decorre este estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, CAEE n°. 67165623.0.0000.5188 e aprovado sob parecer 6.017.893/2023. As exigências éticas foram respeitadas conforme as normas regidas pela Resolução 466/2012 e 510/2016 do Ministério da Saúde.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve risco, é necessário afirmar que esta pesquisa apresentou riscos mínimos. Dessa forma, foram adotados os cuidados necessários para evitar a exposição do participante, constrangimento e quebra de sigilo com relação aos dados, utilizando os cuidados necessários para a preservação da privacidade e o uso exclusivo das informações coletadas apenas para a execução do projeto em questão.

Além dos riscos anteriores, houve os riscos inerentes às pesquisas em ambientes virtuais, como, por exemplo, o de vazamento dos dados informados decorrentes do tráfego de informações pela Internet. Para minimizar isso, uma vez que seus dados tenham sido enviados, eles serão acessados apenas pelos pesquisadores autorizados, sendo removidos do ambiente de nuvem logo após o término da fase de coleta de dados.

Caso após preencher e enviar o questionário de validação, o participante desejasse retirar seu consentimento para uso dos dados, o mesmo deveria entrar em contato com o pesquisador responsável que lhe enviaria resposta confirmando ciência de sua decisão. Para possibilitar sua eventual desistência no futuro, seria solicitado, portanto, o e-mail do juiz participante. Foi garantido também ao participante o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Assim, para atender as exigências da Resolução nº. 466/2012, esclarecido aos participantes, o objetivo da investigação, a garantia do anonimato, a autonomia que estes teriam de desistir do estudo a qualquer momento. Para aqueles que aceitaram participar, foi apresentado o TCLE. Como comprovação da assinatura do TCLE, foi enviada uma cópia de todas as informações constantes naquele documento para o e-mail informado pelo participante que foi orientado a guardar esta cópia, se possível impressa, para acesso futuro.

Os benefícios esperados com essa pesquisa abrangem o cunho social e científico. Não obstante, o estudo em questão deverá reverberar diretamente em ações e estratégias para o atendimento e entendimento do contexto de elegibilidade e diagnóstico incompatível com a vida, prospectadas da literatura ou diretamente dos profissionais a partir de seus conhecimentos e percepções práticas, auferidos em decorrência de sua participação na pesquisa, assegurando retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da investigação.

3.6 Análise dos Dados

Para o tratamento dos dados, foi utilizado o software Iramuteq® que realiza automatizadamente a análise lexical e de correspondências por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que agrupa os termos em classes homogêneas com base na similaridade de seus contextos de uso. A análise de correspondências foi realizada por meio da Matriz de Similaridade, que permite identificar a relação entre os termos e as classes.

Os resultados da análise foram interpretados com base no referencial da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), método de exploração e interpretação de dados que utiliza o ato de descrever especificamente os elementos relevantes de um relato, com base na inferência. Na realização da análise do conteúdo faz-se necessário a organização temporal dos dados dentro das três fases seguintes: pré-análise, exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos resultados (BARDIN, 2016).

A pré-análise é a fase de organização do material, de operacionalização das ideias a partir da leitura “flutuante” e formulação de hipóteses acerca da interpretação final. Em seguida é contemplada a fase descrita como a mais longa: a exploração do material, que consiste na análise propriamente dita e na codificação dos dados de acordo com regras previamente formuladas. Por fim, no tratamento dos resultados, os dados são interpretados e submetidos à discussão pertinente (BARDIN, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados dos dados obtidos na pesquisa

No que tange a revisão de escopo, foram encontradas 509 produções, assim distribuídas: 142 (27,89%) encontradas na *Pubmed/Medline*, 136 (26,71%) na EMBASE, 80 produções (15,71%) na *Scopus*, CINAHL com 61 (11,90,5%), *Web of Science* com 26 (5,10%) e LILACS com um estudo (0,19%).

Os repositórios de literatura cinzenta compuseram a amostra com 202 produções (39,68%), sendo três produções da *ProQuest Dissertations* (0,58%) e 199 do *Google Scholar* (39,09%). Foram ainda consideradas 22 (4,32%) publicações com a leitura de referências e citações, encontradas em websites e repositórios de organizações autônomas.

Após a aplicação da estratégia PCC e do refinamento realizado, a amostra final foi composta por 13 produções (2,55% do total), as quais foram publicadas durante o arco temporal de 2001 a 2023 (22 anos). A totalidade das produções foram de artigos científicos publicados em periódicos.

Quanto aos locais onde as investigações foram desenvolvidas, a maioria era dos Estados Unidos (EUA), com dez estudos (76,92%). A população total da revisão de escopo, levando-se em consideração o conjunto dos estudos levantados, fez um total de 10.417 pessoas, composta por 10.331 pacientes únicos, 78 enfermeiros e oito médicos. A idade dos pacientes variou de 60 anos até o máximo de 109 anos.

As intervenções de enfermagem mais citadas nos artigos foram, em primeiro lugar, o estabelecimento de medidas de conforto físico, como controle sintomatológico e administração de opióides, bem como a diminuição de atividades assistenciais consideradas desnecessárias, com sete (53,84%) estudos abordando esses tópicos. Também, foram sete publicações (53,84%) que citaram a necessidade de comunicação e apoio biopsicoespiritual do enfermeiro para com o paciente e família, ressaltando a importância deste item para a assistência.

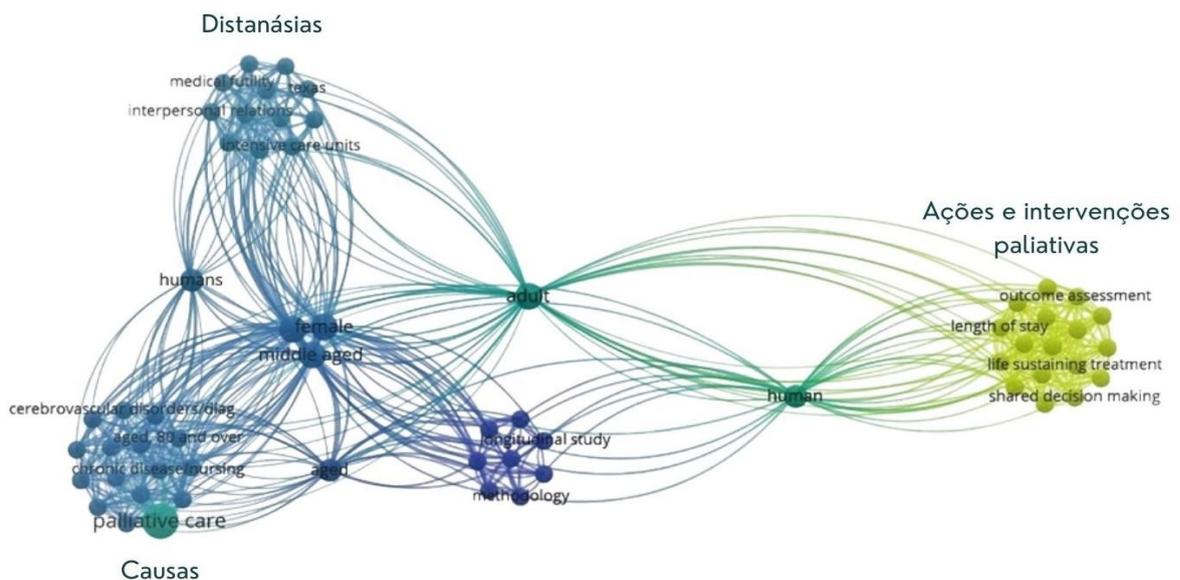
Um total de três (23,07%) estudos abordou os dilemas éticos da assistência paliativa, tais como o enfrentamento de uma angústia moral, pelos enfermeiros, acarretada pelo impasse entre o reconhecimento da iminência da morte e o seguimento de protocolos médicos. Ou ainda, dilemas como a impossibilidade do enfermeiro de alcançar um lugar de empatia para com o paciente paliativo, sem alcançar uma posição de ajuda e compreensão.

Outros três estudos (23,07%), abordaram pontos como a necessidade de estabelecer protocolos operacionais para melhor gerenciamento de condutas e a necessidade de treinamentos e capacitações em CP para a equipe de enfermagem.

Por último, um conjunto de cinco (38,45%) estudos abordou individualmente outros temas relacionados à temática, como: a elegibilidade do paciente, a questão dos custos envolvidos em uma situação de má-condução clínica, a proposição de uma estrutura pré-operatória com consultas de enfermagem, um protocolo de desmame ventilatório precoce e a assistência para uma adequada situação de terminalidade.

A Figura 3 exemplifica a frequência e agrupamento das palavras-chave mais recorrentes nos 13 estudos. Os estudos foram importados de forma integral para o software *VOS viewer*, no qual foram analisados bibliometricamente e agrupados por similaridade, tendência, recorrência, posteriormente separados temporalmente, em uma apresentação intuitiva em forma de redes. Os grupos destacados referiram-se as distanásias (procedimentos que prolongam desnecessariamente o processo de morte de um paciente), causas que levam o paciente ao cuidados paliativo e, por último, ações e intervenções paliativas de enfermagem.

FIGURA 3 - Frequência bibliométrica, recorrência e agrupamento temporal das palavras-chave, 2023.



Fonte: Dados da pesquisa, Brasil, 2023.

Cuidado	79.66	93.25	Conforto	81.48	66.59	Dizer	72,28	77.4	Ficar	50.0	38.98
Paliativo	87.5	80.57	Digno	100.0	48.86	Falar	71.43	37.68	Tomar	88.89	29.23
Existir	65.0	31.93	Morte	78.26	50.59	Chegar	65.15	31.22	Sozinho	75.0	25.17
Atenção	82.35	27.57	Pena	100.0	36.47	Assim	56.6	28.28	Paliação	51.72	21.44
Multid.	90.91	23.51	Físico	100.0	36.47	Senhor	81.48	27.88	Profis.	45.71	17.45
Tratar	84.62	22.68	Amenizar	100.0	36.47	Porque	48.11	22.42	Vivência	75.0	16.67
Câncer	90.0	20.74	Momento	62.96	32.5	Querer	64.0	21.29	Experiência	83.33	16.43

Fonte: Processamento do corpus no IRAMUTEQ, 2023.

O teste Qui-quadrado (χ^2) apontou maior grau de significância estatística para as palavras na classe 3, indicando que esses termos possuem forte relação com a classe. Desta forma, nesta categoria as palavras estão mais relacionadas aos conteúdos e achados do estudo, cuja maior significância estão nos verbetes: conforto ($\chi^2 = 66.59$), digno ($\chi^2 = 48.86$), morte ($\chi^2 = 50.59$) e pena ($\chi^2 = 36.47$).

Os conteúdos textuais existentes nas classes 1 e 2 são os que apresentam maior aproximação entre si, tendo em vista que quanto mais afastados na ramificação da CHD, menores serão as relações entre as palavras. Quando possuem aproximação, tendem a conter maior vínculo textual entre as classes. As quatro classes obtidas foram categorizadas nominalmente pelo pesquisador, estando elas discriminadas a seguir.

Categoria 1 - A comunicação como elo entre a enfermagem e o idoso elegível

A categoria 1 juntamente com a 2 tiveram convergência e interdependência, referente às dificuldades e aos dilemas presentes no processo de trabalho. A comunicação foi o vocábulo mais citado (34,32% do *corpus*), desvelando sobretudo a importância e os ruídos existentes entre médico/enfermeiro/paciente.

De forma geral, a enfermagem reconhece a figura do médico como principal agente de decisão e iniciador do processo de cuidado paliativo. As dificuldades baseiam-se no desconhecimento total ou parcial do quadro clínico, diagnóstico e tipo de cirurgias pelos idosos e famílias e prorrogam-se por todo o contexto de internação.

(A comunicação na clínica) é muito ruim. Ainda é uma cultura muito fechada e relacionada ao médico. Na unidade mesmo em que a gente trabalha, a gente quando vem saber da pessoa (em palição) é até como um fuxico, porque não existe nada que seja formalizado para o restante da equipe. (P15)

Aqui na clínica cirúrgica? Não, ainda ficamos receosos e na verdade, fica todo mundo com medo, porque não se sabe se o médico falou que entrou em palição. Não tem uma confirmação. Ficam jogando. A verdade é essa. Aí acaba a gente não tendo esse diálogo, principalmente com o idoso. (P8)

Ao ganhar a confiança do paciente, em algum momento o profissional de enfermagem é indagado sobre sua condição e o prognóstico de saúde, podendo isto ocorrer de forma sutil, velada ou clara. A importância reside em definir o que o paciente quer saber e no que há pertinência em se falar. No entanto, na maioria das vezes, não é assim que ocorre:

Eu sempre direciono para o médico. Porque é ele que dá o diagnóstico. (Quando o paciente me pergunta algo sensível) eu não digo. Eu não falo. Aí eu pergunto: o que é que a senhora sabe? O que o médico lhe disse? Então, eu direciono. (P4)

Mas o certo seria o quê? Eu não digo nada, não. Porque, assim... eu não sou a pessoa certa para dizer para o paciente que ele está partindo. Imagina, eu técnica de enfermagem dizer para o paciente que ele não tem mais esperança de vida? Que a doença dele é terminal? E que ele só tem poucos dias de vida? Eu estaria passando por cima de tudo. Está entendendo? (P5)

É pior para a assistência do paciente (não se comunicar). É pior, porque alguém vai contar, nem que seja o paciente do lado. Alguém vai contar para ele e vai ser da forma errada. (P16)

A crença sobre o paciente saber do diagnóstico e isso ser um gatilho antecipador da morte ainda se faz presente no meio profissional, a despeito do conhecimento das diversas formas e artifícios psicológicos que esses lançam mão para lidar com uma situação dessas.

Percebe-se que na maioria dos casos, a enfermagem tende a proteger o doente, conduzindo à rotina e as conversas para temas mais leves, triviais ou até mesmo omitindo informações sensíveis:

Eu sabia que ela estava perguntando se ela ia morrer daquilo, aí eu dava uma de doida, sabe? Ela me perguntava assim: será que eu vou morrer? Eu dizia: vai, todos nós vamos morrer, agora, de que você que vai morrer, eu não sei... Eu nunca tirei a esperança. Eu não tiro. De jeito nenhum. Porque eu não sei até onde aquela pessoa está pronta para suportar isso. E ela pode muito bem desistir. E se você entra naquela de se deprimir, de se fechar, vai também mais rápido. (P3)

Ao compreender as dificuldades na comunicação com pacientes em cuidados paliativos e desmistificar os aspectos errôneos associados a esse tipo de assistência, é vital considerar que tais desafios permeiam não apenas o aspecto comunicativo, mas também manifestam-se nas rotinas diárias da equipe cirúrgica, como na categoria a seguir.

Categoria 2 - Barreiras na rotina cirúrgica

A categoria 2 (18,88% do *corpus*) está centrada nas dificuldades encontradas na rotina pré, trans e pós-operatória, quanto ao aspecto paternalista-hierarquizante cristalizado na figura do cirurgião, bem como nos protocolos institucionais (ou na falta destes), nas abordagens e na forma de dispensação do cuidado:

O problema do hospital é que as coisas são muito centradas no médico. Então se um médico não tem interesse, o resto da equipe fica meio 'subversiva' a essa atitude. Em uma clínica cirúrgica é muito difícil um cirurgião entender o que é cuidado paliativo. Porque o cirurgião quer operar. Enquanto ele puder operar e fazer qualquer coisa operando, para ele o paciente ainda está ali. Mas quando o paciente foge do prognóstico de cura da doença, aí ele fica perdido. (P16)

Enfermeiros também possuem dificuldades específicas em interpretar as nuances que o cuidado paliativo impõe. Ademais, problemas de estrutura física dos serviços, falta de protocolos de enfermagem, excesso de burocracia e sobrecarga de trabalho são temas comuns e recorrentes e que atrapalham a dispensação do cuidado paliativo de forma geral:

Eu acredito que seja a cultura. A vivência da gente na cirúrgica, são poucos os enfermeiros que têm esse olhar. E, às vezes, a gente poderia se envolver mais. (P15)

Tem enfermarias muito pequenas que colocam mais de um paciente, não tem ar-condicionado. A janela não tem proteção. Às vezes, ele (o paciente) não tem como dormir direito. Mas a minha preocupação é essa. Que muitas vezes a gente fica na angústia de não poder oferecer (o melhor). (P12)

Tem coisas que são altamente desnecessárias. Por exemplo, uma glicemia, que se faz todo dia em um paciente. Para quê? É um paciente sofrido. Uma coleta de sangue o tempo todo. Precisa colher sangue todo dia? Então, tem coisas que realmente a gente pode melhorar. Tem. (P13)

Nós estamos tão absorvidos na burocracia que a gente não tem mais tempo de dar tanta assistência. Porque se eu parar, se eu “perder o meu tempo” para te ouvir, eu não vou dar conta da papelada. E a papelada à mim é cobrada. Te ouvir não é cobrado não, entendeu? (P3)

Enquanto as barreiras na rotina cirúrgica evidenciam desafios práticos, é imperativo explorar como tais obstáculos são moldados pelas representações coletivas do cuidado paliativo. As percepções sociais e estigmas associados à palição influenciam diretamente na abordagem cirúrgica, criando um terreno complexo no qual as práticas são entrelaçadas com as visões mais amplas da sociedade sobre esse tipo de cuidado.

Categoria 3 - Representações coletivas do cuidado paliativo e suas implicações

A forma como a enfermagem apreende o significado coletivo do cuidado paliativo advém de suas crenças, opiniões e atitudes compartilhadas. Para 122/609 segmentos de texto e 20,03% do corpus, tais concepções são importantes porque influenciam a forma como os indivíduos percebem o tema e como essa interpretação afeta a tomada de decisão, o comportamento e as relações.

A primeira palavra que vem na minha cabeça é o fim. A gente acha que é o fim da vida. Que já tem um dia já para aquilo ali. (P4)

Se você perguntar o que é cuidado paliativo ela vai dizer que é cuidado de pessoa que não tem mais o que fazer. Só que a gente sabe que não é isso. Então, esse “não ter o que fazer”, eu acho que é a primeira coisa que tem que ser tirada da cabeça da galera. (P16)

Às vezes a gente, quando sabe que é palição, às vezes a gente se afasta. Como se no inconsciente faz “ah, já vai morrer”. Entendeu? Não tem empatia. Uma sensibilidade. (P4)

As percepções sobre finitude ganham laços culturais chegando à figura da pessoa idosa como algo natural e inevitável. No entanto, há de se considerar a interpretação dessas construções e adequá-las à realidade de cada indivíduo, pois idade não é sinônimo definidor de potência de vida.

Eu acho que a vontade de viver é indiferente à idade. Tem isso também. Tem gente que é jovem e já morreu. E tem gente que é velha e tá com todo gás. Está entendendo? Tem gente que você olha que é jovem, mas você diz: essa pessoa aí já partiu. (P5)

À medida que exploramos as representações coletivas, é possível vislumbrar o impacto dessas percepções na definição do ideal do cuidado paliativo ao idoso. Sugestões práticas para melhorar a assistência emergem da necessidade de desafiar e remodelar essas representações, proporcionando uma base sólida para estratégias inovadoras e humanizadas que transcendem as expectativas convencionais.

Categoria 4 - O ideal do cuidado paliativo ao idoso: sugestões para a assistência

Os participantes (em 26,77% do *corpus*) discorreram sobre sugestões a serem implementadas na assistência paliativa, de forma a conter uma abordagem precoce, uma discussão de plano/protocolo assistencial multidisciplinar e treinamentos ou capacitações.

Precisa de um encaminhamento (ambulatorial). A gente sabe qual é a doença que entra em cuidados paliativos. A gente sabe. Um paciente com câncer de cabeça de pâncreas, por que não encaminhá-lo para cuidados paliativos? Para desde o começo ele já não sentir dor. (P16)

Eu já trabalhei em um setor que tem protocolo e lá quando é instituído, o paciente tem uma rotina, os cuidados médicos e de enfermagem que seguem um padrão. Medicação, fazer morfina, bomba de infusão, sabe? Para sedar mais o paciente. Só que que na clínica cirúrgica eu nunca peguei. Precisa. (P11)

Treinar as equipes. Como é que eu vou manejar uma coisa que eu não tenho domínio? Eu não sei. (P4)

Algumas particularidades corriqueiras presentes no cotidiano, dispensadas de forma empírica mas bem intencionadas, foram citadas como sugestões:

Um paciente que estava muito mal disse a mim que nunca tinha visto o mar. E a gente fez por onde e levou ele para ver o mar.... Quando ele chegou, ele botou para chorar. No outro dia, praticamente, ele morreu. Então assim, isso foi importante. Para mim e para ele. (P5)

Tipo assim, às vezes a pessoa tá sozinha dentro do quarto, sem ter ninguém para conversar. Liga um rádio. Um rádio é diferente de um celular que nem todo idoso sabe mexer. Agora rádio? Todo idoso gosta de rádio. (P4)

E eu acho que a gente poderia melhorar essa questão de conhecer melhor o paciente, os desejos dele, para poder estar realizando alguma conduta direcionada para cada paciente. (P10)

Por exemplo, se ele diz assim, eu quero ver meu neto, então a gente faz de todas as formas para que ele veja o neto dele. Porque eu acho que é muito importante um paciente, quando ele está 'paliativo', você atender os últimos pedidos dele. (P5)

A partir da análise dos resultados desta pesquisa, percebe-se que alguns pontos caros aos cuidados paliativos precisam ser estimulados, valendo-se que a efetiva implementação destes cuidados em ambientes de internação cirúrgica ainda exige um amplo exercício, qual seja, o de superar as barreiras socioculturais, éticas, de formação e de agregação de saberes das diferentes dimensões do cuidar (BALLOU; BRASEL, 2019). Indubitavelmente, essa condição já propõe um grande desafio.

É mister considerar, *a priori*, a desigualdade existente no acesso a esse tipo de cuidado, ocorrido de forma majoritária nos grandes centros desenvolvidos do planeta. Os resultados desta pesquisa mostram essa disparidade a partir do quantitativo da produção científica advinda da América do Norte/Europa, locais mais abastados e com a maior abrangência da assistência paliativa (vide Tabela 1).

A assistência em cuidados paliativos evoluiu com enfoque na hospitalização. Embora crescente, existem cerca de 100 mil serviços de cuidados paliativos catalogados no mundo e estima-se que desses, 20 mil estejam nos EUA, que viu esta oferta aumentar em 267% em 20 anos (1985 a 2005) (CONNOR, 2008; LEUNG; CHANG, 2020; HIGGINSON; GOMES; HIGGINSON *et al* 2018). Enquanto que na América Latina por exemplo, dados de 2021 indicam que existem apenas 922 serviços de assistência paliativa, ou seja, 2,9 serviços de cuidados paliativos por milhão de habitantes (ALCP, 2020).

No Brasil, esse número chega a tímidos 0,87 por milhão (ANCP, 2022). Além disso, em um ranking de qualidade de morte com 81 países, o Brasil ficou em 41º, atrás de países vizinhos como Chile (27º), Argentina (32º) e Uruguai (37º) (LINE, 2015).

Outra dimensão a ser destacada levando em consideração os dados da pesquisa é quanto ao aspecto da permeabilidade dos cuidados paliativos no perioperatório, em especial, no

estabelecimento efetivo da abordagem nesses ambientes, na identificação da elegibilidade do paciente e no início precoce dessa abordagem.

Convém mencionar que a crescente complexidade dos pacientes cirúrgicos gravemente enfermos cria uma oportunidade ideal para a integração antecipada no cuidado contínuo (RHEE; MCHUGH; TUN, *et al* 2019). Assim, estudo de Bonnano, Kiraly, Siegel, (2019) comparou a assistência provida no modelo tradicional e no modelo dos cuidados paliativos precoces, no qual o grupo que recebeu atenção paliativa apresentou melhores autoavaliações de qualidade de vida e menores índices em escalas que medem transtornos de humor, por exemplo.

Além do mais, esses pacientes viveram em média três meses mais que o grupo que recebeu a assistência no modelo tradicional e sendo assim, muito tem sido estudado e cada vez mais comprova-se que os cuidados paliativos precoces trazem impactos positivos para a vida dos pacientes (WALLING, AMBRUOSO, MALIN *et al*, 2017)

Uma intervenção citada nos resultados de Walling *et al* (2017), simula um modelo de clínica incorporada à assistência pré-operatória no qual um profissional enfermeiro capacitado dispensa atendimentos ambulatoriais especializados, imediatamente anterior ao consultor médico, permitindo encaminhamentos diretos e assistência focada nos cuidados de fim de vida. Atualmente, esse modelo é utilizado em diversas clínicas de oncologia dos EUA e vem crescendo em outras especialidades, notadamente a cardiologia e a oncologia cirúrgica.

Outras intervenções que poderiam trazer benefícios ao paciente na assistência pré-operatória, são aquelas no sentido de caracterizar o perfil do paciente, a formulação de um plano de cuidados personalizado, estabelecimentos de diretivas antecipadas de vontade, no intuito de dispor de outro patamar de assistência paliativa perioperatória.

Nesse íterim, a enfermagem necessita trabalhar a dissociação de uma prática puramente tecnicista e prescritora de cuidados para a ênfase na pessoa, na solidariedade, na otimização da qualidade de vida a partir da discussão sobre os objetivos gerais de cuidado de cada paciente e assim formular um plano de transição para domicílios e locais de repouso (VELLOSO; CARAM; ALMEIDA, 2022; ESPINOZA-VENEGAS; LUENGO-MACHUCA; SANHUEZA-ALVARADO, 2016)

Neste viés, os discursos também apontam que procedimentos de enfermagem cirúrgica considerados desnecessários pela ótica paliativa, são rotineiros e realizados de forma inquestionável pela equipe, como punções, coletas de exames, mudanças de decúbito, monitorizações invasivas, controles de glicemia e em UTI, manutenção de cuidados intensivos,

mas que poderiam ser postos em segundo plano em benefício do bem estar do cliente naquele momento (MOSENTHAL, 2005).

Um plano de cuidados aliado a ações em consonância com a necessidade e a vontade do paciente promove o bem estar, a desospitalização quando possível e melhora significativamente a qualidade de vida e a percepção de terminalidade para estas pessoas. Dyar, Lesperance, Shannon *et al* (2012) corroboram o exposto afirmando que apesar de todo o envolvimento de esforços, a qualidade do morrer no hospital continua ruim e nisso, a transferência de cuidados e a desospitalização propiciam qualidade e ressignificação para o fim de vida.

Essas simples visões fazem imensa diferença. Divergir de uma concepção curativa, biotécnica e focalizada na doença é primordial na intenção de criar subsídios que proporcionem a melhor maneira de viver em terminalidade, quando se está à sombra de um diagnóstico reservado. E neste contexto, há o desafio colossal e cultural próprio do ambiente perioperatório, no qual a forte pressão de acento paternalista está presente (CASTILHO; SILVA; PINTO; 2021)

Os discursos dos participantes apontam para os conflitos perpassados pelos enfermeiros em seu papel de provedores autônomos e defensores dos pacientes *versus* seu papel protocolar na assistência técnica em saúde (CALVIN; LINDY; CLINGON, 2012). Segundo Elpern, Covert e Kleinpell (2005) o enfermeiro percebe geralmente o médico como o legítimo iniciador da discussão, bem como o tomador de decisão final. No entanto, em clínica cirúrgica, há um grande entrave de comunicação e de diálogo desses profissionais que ainda tem o equívoco estranhamente persistente de diminuir os cuidados de palição, fato que realmente isola o paciente e impede a adesão terapêutica e o respectivo compartilhamento de medos, angústias e preocupações (HAUN,; ESTEL; RÜCKER, 2017)

Dessa maneira, muitos profissionais enfermeiros percebem-se em uma situação difícil quando tem de seguir protocolos estabelecidos mesmo sabendo da incongruência com o quadro de saúde do paciente (CALVIN; LINDY; CLINGON, 2012). Diante da noção prognóstica destes, da aflição velada das famílias e da posição médica, resulta uma angústia moral sofrida pela categoria no exercício profissional em situações de palição (CALVIN; LINDY; CLINGON, 2012; ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005).

Nesse mesmo íterim, há também a relutância da enfermagem em comunicar-se acerca do estado do paciente, a qual sem estratégias corretas e de forma puramente empírica, mantém os pacientes no escuro sobre o diagnóstico de sua condição (ESPINOZA-VENEGAS; LUENGO-MACHUCA; SANHUEZA-ALVARADO, 2016). Assim, outra dimensão

categorizada emerge dos resultados, a de comunicação dos enfermeiros sobre a situação dos idosos em clínica cirúrgica.

Há enfermeiros que detém grande dificuldade em abordar o paciente e a família sobre a situação, restringindo a discussão aos aspectos meramente técnicos ou as abordagens reprodutoras de pré-concepções culturais. Segundo Oliver, Tappana e Washington *et al* (2019) o maior aspecto a ser superado no problema da comunicação é a veracidade e a falta de vontade de se envolver de forma significativa com os pacientes sobre questões delicadas. Estudos comentaram sobre os problemas associados ao atendimento de pacientes que estão morrendo e revelou questões triviais relacionadas à veracidade e à falta de vontade de se envolver de forma significativa com os pacientes sobre a morte (ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005; BARRUÉ; SÁNCHEZ-GÓMEZ, 2021).

Enfermeiros geralmente são bons em assistência, em controle de sintomas físicos, em controle do ambiente, pois sua herança nightingaleana e baseada nas necessidades humanas básicas prestam um cuidado perioperatório responsável. No entanto, pecam em aspectos como o envolvimento emocional com o paciente, a não divulgação institucionalizada de informações sobre o processo de morte e a relutância em serem mais abertos em sua comunicação (CALVIN; LINDY; CLINGON, 2012) (LILLEY; KHAN; JOHNSTON *et al* 2017).

Vale salientar que muitas vezes, a comunicação se estabelece como a única possibilidade de suporte e tratamento que doente e família recebem (CHRISTOFF, 2017). Para Sue, Mazzotta e Grier (2019), comunicar-se bem é parte fundamental na assistência ao paciente em cuidados proporcionais, sendo uma habilidade necessária a todo profissional da saúde. Taylor *et al* (2017) descrevem que uma estrutura de comunicação específica para cirurgia pode melhorar a capacidade de decisões compartilhadas. Estudo afirma, ainda, que desenvolver uma estratégia de comunicação em cuidados paliativos específica para cirurgia ajuda a preservar o estado funcional dos doentes, evitar os tratamentos agressivos e melhorar as abordagens de fim de vida (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Na perspectiva do portador de uma doença ameaçadora à vida, ao doente pertence a consciência prognóstica de sua situação, ao passo que esse consegue preservar sua habilidade de funcionar no mundo. Isso acontece de acordo com um mecanismo psicológico de enfrentamento, ou seja, há um pêndulo transitante entre cenários mais realísticos e outros cenários menos realísticos (BEZERRA; SILVA; OLIVEIRA (2023).

O cultivo dessa noção prognóstica baseada na comunicação adequada, no diálogo empático, impele o paciente a se acomodar com o cenário prognóstico mais provável. Assim, a

conversa precoce e bem sistematizada acerca da situação real deve ser estimulada, e não omitida, como percebido em alguns discursos (BEZERRA; SILVA; OLIVEIRA, 2023).

Para esse momento, contudo, é preciso levar em consideração os protocolos de comunicação de notícias difíceis, o questionamento do paciente, medir a disponibilidade de discussão e lembrar que o paciente tem o direito de não querer ouvir sobre sua situação (ELLIS; WINN; MACMILLAN *et al* 2021). De qualquer forma, percebe-se que esse é um terreno no qual os enfermeiros navegam sob um delicado equilíbrio, geralmente sem perícia para tal (CHRISTOFF, 2016).

A aplicabilidade de cuidados paliativos em ambiente de internação cirúrgica no âmbito da enfermagem é limitada por outras razões. Uma delas é a falta de compreensão e integração nos cenários biológicos. Muitos profissionais de enfermagem têm pouco conhecimento sobre o papel dos cuidados paliativos na cirurgia, o que resulta em uma dispensação tardia ou inadequada para os pacientes nessa situação (COOPER; SCOTT; ROSENTHAL, 2015).

Esse é um aspecto da rotina cirúrgica que influencia diretamente na qualidade da assistência, pois reflete nos padrões de atendimento de enfermagem específicos da palição. Apesar das melhorias recentes, aspectos como a individualização do atendimento aos idosos e o gerenciamento de dor, continua sendo problemático para a equipe de enfermagem.

Bezerra (2023) também chama atenção ainda para os problemas em associar o atendimento de pacientes em fim de vida com "pacientes em recuperação" no mesmo ambiente, a falta de preparação no manejo de dispnéia, vômito, *delirium*, a escassez de recursos humanos e materiais, a estrutura física deficiente nos serviços públicos.

Nesse contexto é importante considerar um ponto para que se tenha uma assistência de fim de vida de qualidade: o controle da dor. Estudo aponta que a administração de opióides, como morfina, codeína e fentanil, as apresentações e as formas de administração são fatores desencadeadores de dúvidas pela enfermagem, que tem no cerne de sua formação essa deficiência (ARAÚJO; SILVA; OLIVEIRA, *et al*, 2020). Mitos como a incerteza da dosagem, o medo do vício, da tolerância e/ou efeitos colaterais dos opióides muitas vezes provoca relutância em administrá-los (ARAÚJO; SILVA; OLIVEIRA, *et al*, 2020).

Já em relação ao real conceito de cuidado paliativo, há uma verbalização a respeito do que seria o ideal para o idoso. Desta feita, conforto, dignidade, disponibilidade, aspectos biopsicossociais e espirituais são apontados como fatores preponderantes para o cuidado, embora houvesse pouca evidência de que os participantes estivessem orientados para isso na prática.

Do ponto de vista teórico, os cuidados proporcionais para idosos se desenham com a dispensação de uma assistência compassiva visando a construção de uma transição digna. Ao abraçar este instinto protetor, o enfermeiro se torna um espécie de responsável pelo bem-estar, desenvolvendo um papel que transcende a esfera clínica, considerando as necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes (MELEIS, 2010).

Meleis (2010) surge para interpretar esse processo, destacando que para o idoso em cuidados paliativos, esse momento é intrinsecamente ligado a perdas, seja de autonomia, de convivência familiar, até da própria vida. O enfermeiro, reconhecendo essa dinâmica, deve se tornar um facilitador na navegação deste território delicado, auxiliando na construção de um novo significado em meio a essas transições cruciais, o que se constitui em uma tarefa deveras complexa (CARVALHO; LUNARDI; SILVA *et al* 2016).

Para alcançar este feito, os participantes sentem a necessidade de retirar o estigma associado aos cuidados paliativos como uma abordagem de abandono, requerendo uma mudança cultural e uma compreensão mais profunda. Bem como, de transviar a percepção de que o idoso é um ser em declínio, ou que já não necessita de grandes investimentos. A finitude da vida muitas vezes se revela como um capítulo rico em significado e potencialidade e não deve se encerrar com pré-concepções etárias (CARVALHO; LUNARDI; SILVA *et al* 2016).

Pacientes idosos, mesmo em terminalidade, podem e devem ser vistos como sinônimos de potência de vida, refletidos em seus feitos e em seus desejos (MELEIS, 2010). Essa perspectiva desafiadora da concepção tradicional reconhece a riqueza e a complexidade da história de vida de cada um, componente central do processo de cuidado (CARVALHO; LUNARDI; SILVA *et al* 2016).

E neste contexto, a dimensão última discorreu sobre a implementação de estratégias que poderiam agregar de forma eficiente a dispensação de cuidados compassivos para este público. Um deles é a tentativa de transformar o ambiente hospitalar, muitas vezes associado a morbidez, solidão e sofrimento, em um lugar acolhedor. Para Dyar, Lesperance, Shannon *et al* (2012), a qualidade do morrer no hospital, a despeito de todos os esforços, continua ruim. Para essa transformação, ações aparentemente simples podem alcançar resultados impactantes.

Pesquisa indica que personalizar o ambiente com pertences pessoais do paciente é uma estratégia eficaz para criar um espaço mais acolhedor, proporcionando conforto emocional e familiaridade (DYAR; LESPERANCE; SHANNON *et al*, 2012). A presença de objetos pessoais, flexibilização de horários de visita, não apenas humaniza o espaço, mas também

estabelece uma conexão com a identidade do paciente, contribuindo para uma sensação de pertencimento (DYAR; LESPERANCE; SHANNON *et al*, 2012).

A presença constante de familiares e amigos não apenas oferece apoio emocional ao paciente, mas também cria um ambiente mais caloroso e menos institucional (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Portanto, a organização de um ambiente privativo, livre de interferências externas e a viabilização do atendimento dos desejos do paciente, as diretivas antecipadas de vontade, são práticas que corroboram essa transformação e trazem alívio, uma vez que suas demandas foram atendidas.

Desta maneira, a presente investigação teve o intuito de desvelar aspectos da assistência que são necessários a implementação de um cuidado mais compassivo e empático, de forma a repensar o atendimento em saúde. Há de se levar em consideração o advento do cuidado paliativo, sua pertinência, seu crescimento, na tentativa de fomentar uma formação profissional, uma sensibilização geral e uma mudança de comportamento e atitude, o que resultará em atenção mais socialmente conectada, planejada e, sobretudo, humana.

4.2 Abordagem sobre o Produto Tecnológico

“O manto do cuidar” foi o produto resultante da presente dissertação. Pensado de forma a compor um conjunto de conteúdo digital, foi composto por um *ebook* central e, em seguida, sua extensão de divulgação em forma de *webpage*, que contivesse hiperlinks e possibilidades de interação com opções de material interativo.

O intuito foi facilitar o acesso à temática e ser um instrumento de comunicação efetiva, não mais uma ferramenta que ficasse arquivada em repositórios ou perdida nas infinitas pastas dos postos de enfermagem. Trazer o conteúdo à tela do celular, ao alcance de quem está na correria do plantão, cujo o acesso rápido, design intuitivo e linguagem clara, com a conjugação de infografias, diagramas e linhas de raciocínio, levasse o leitor, de forma efetiva, ao contato com o mundo dos cuidados paliativos.

Desenvolver ferramentas digitais é uma vertente de ação típica do contexto interativo da contemporaneidade. Logo, estas mesmas criações são utilizadas posteriormente para moldar comportamentos e tendências, no caso, dos profissionais de enfermagem. Este viés interpretativo vai ao encontro, então, da ideia freireana de transformação da realidade, a partir da construção do indivíduo enquanto sujeito perceptor de seu mundo. Perceber a necessidade

de mudança de comportamento, de ações e atitudes diante da demanda urgente por cuidados paliativos foi o intuito desse instrumento.

Estruturá-lo e desenvolvê-lo per fez um desafio à medida em que é essencial garantir uma comunicação clara para a eficácia da transmissão da informação, e nisso as diversas abordagens presentes podem facilitar a construção dessa comunicação.

O *ebook* foi pensado, prioritariamente, como a forma mais adequada para veicular as informações adscritas de modo interativo. As novas tecnologias digitais se constituem em plataformas dinâmicas e contribuem para uma nova forma de linguagem. O Manto do Cuidar pautou-se nos achados de literatura científica e sobretudo, nas experiências dos participantes do estudo.

O roteiro, estruturado pelo pesquisador, se baseou nas principais lacunas presentes nos discursos dos participantes, sendo estruturado em 5 sessões, abordadas, desta forma, justamente para suprir as dificuldades verbalizadas em determinados tópicos da temática de cuidados paliativos.

Assim a estruturação do conteúdo do livro digital seguiu a lógica abaixo discriminada:

Sessão 1: **O que é cuidado paliativo?** – De forma geral, tentou-se responder às dúvidas observadas, trazendo tópicos relevantes da definição de cuidados paliativos, com destaque para sentenças-chave que ressaltam sua essência. A ênfase foi no fato que se trata de “um conjunto de práticas científicas”, que “deve ser implementado precocemente” e que “não significa abandono”. Tais sentenças foram escolhidas na tentativa de desmistificar o cuidado paliativo como prática empírica, realizado sob a tutela do pensamento social dominante, sem o devido planejamento e implementado na vigência de terminalidade, com o imaginário da figura clássica do paciente moribundo;

Sessão 2: **Comunicação compassiva** – talvez, o calcanhar de aquiles da assistência paliativa em enfermagem. A escolha deste tópico se justifica exatamente por sua pertinência para o processo assistencial, uma vez que o imaginário presente entre os profissionais os levam a agir de forma a não “ferir” a esperança do paciente, ocultando-lhe informações, subjugando seu entendimento, deixando-os “no escuro”. O conceito de noção prognóstica é citado, como algo a ser considerado pelos profissionais nos momentos de comunicação e algumas estratégias foram lançadas, salientando a subjetividade e complexidade deste momento;

Sessão 3: **Cirurgias paliativas** – Esse tópico foi dedicado para o debate sobre a implementação e a conjunção de cirurgias em concomitância com os cuidados paliativos, no que elas são necessárias, aplicadas e quais abordagens técnicas mais comuns. Há também o destaque para a dificuldade que permeia esse terreno, no tocante à formação e à *práxis* das diferentes categorias;

Sessão 4: **Domando a dor e outros sintomas** – “não existe cuidado paliativo sem manejo de sintomas”. Com esse lema levado de forma implícita, o tópico foi pensado para informar aos profissionais sobre os principais sintomas, as medicações, as dosagens, as causas e ao fato que não se deve levar em consideração a dependência de opióides sob o risco de prejuízo ao conforto do paciente. Domando a dor é uma tentativa de proporcionar respostas as principais dúvidas dos profissionais;

Sessão 5: **As últimas 48 horas de vida** - trouxe a tona o debate sobre o reconhecimento de quando o processo de morte ativa se inicia, descrevendo os sinais e sintomas fisiológicos do corpo em seus últimos momentos.

Créditos finais: A parte final oferece um passo-a-passo para iniciar a assistência paliativa, em um compilado baseado nas principais sugestões dos próprios participantes. Também, indica livros, podcasts e sites institucionais que podem vir a complementar a experiência de leitura.

A experiência de compor o livro, levou em consideração os moldes do design instrucional e da infografia como cerne estruturador importante. A infografia, neste caso, foi utilizada para diminuir os elementos textuais à sua essência informativa, como o mínimo de textos e o máximo de informações. É uma das formas mais indicadas para a explicação de assuntos complexos, como os de saúde, uma vez que pode atuar facilitando a compreensão e o entendimento das nuances deste tipo de assunto (ANDRADE, 2014).

Quanto ao detalhamento técnico, o guia constitui-se em 20 páginas, contadas sequencialmente, impressas em papel A5 couchê, fosco 90g para impressão de ilustrações de alta qualidade. Todas as cores seguiram o padrão Monteserrat, sendo as cores verde oliva, branco e azul predominantes. Todas as fontes foram da mesma família tipográfica, a Cinzel, nos seguintes tamanhos: capa: 31,5 pontos; títulos: 22,4 pontos; subtítulos, 8 pontos; texto: 7

pontos e números de páginas: 7 pontos. Procurou-se organizar as ilustrações enfocando as atitudes esperadas com a finalidade de promover uma melhor compreensão por parte dos leitores.

A abordagem de “O manto do cuidar” com o *ebook* e sua *webpage*, incorporou elementos presentes na Teoria Multimídia aplicada à educação, de Richard Meyer (2005), que reconhece a importância de utilizar uma variedade de meios comunicativos para facilitar a aprendizagem. Baseando-se na ideia da diversidade das diferentes pessoas e nas variedades de preferências de mídia para fixação da mensagem, utilizou-se formatos que podem melhorar a compreensão e a retenção do conteúdo e tornar o processo mais envolvente, como:

- a) **Abordagem interativa na composição do *ebook/webpage*:** utilizou-se infográficos, hiperlinks, qr-codes, opções para vídeos, manuais, podcasts e quizz. Incluíram-se assim elementos visuais integrados a recursos adicionais para reforçar a eficácia da aprendizagem multimodal;
- b) **Participação ativa dos envolvidos:** optou-se pela construção colaborativa do conhecimento na prática profissional, ou seja, a inclusão dos aspectos levantados pelos participantes do estudo, devidamente trabalhada e categorizada, serviu como roteiro para o *ebook* e reflete a abordagem do ambiente de internação cirúrgica, com a incorporação ativa das vozes dos profissionais de saúde na produção de conteúdo, garantindo que as experiências e as preocupações práticas estejam integradas ao material educacional;
- c) **Inteligência artificial como avanços tecnológicos na arte visual:** introduziu-se a Inteligência Artificial (IA) na criação de imagens, especialmente por meio da plataforma *midjourney.com*, salientando a reconhecida aplicação dessa tecnologia na criação de conteúdo visual como uma forma eficaz de aumentar a expressividade e a compreensão. A utilização desta ferramenta não apenas simplifica a criação de imagens, mas também aprimora a experiência visual dos leitores, contribuindo para uma comunicação mais eficaz;
- d) **Paleta de cores suavizada:** os elementos estéticos foram alinhados à sensibilidade dos cuidados paliativos. A escolha de uma paleta de cores neutra encontra respaldo

na teoria das cores e na psicologia visual. Núcleos como o verde estão associados à serenidade, tranquilidade e conforto, criando um ambiente visual que respeita a sensibilidade dos cuidados paliativos. Essa abordagem estética busca proporcionar uma experiência de leitura que transcende a informação pura, considerando a importância da estética na comunicação de temas delicados (*Plain Languages*, 2011);

- e) **Elementos pré e pós-Textuais:** uma das abordagens pessoais para conectar o leitor ao tema é a inclusão de elementos pré-textuais, como narrativas pessoais e intimistas, introduzindo aspectos pessoais no início de uma obra de forma a criar uma conexão emocional e aumentar o engajamento. Os elementos pós-textuais, como um apelo à ação e recomendações, são fundamentados nas estratégias de conclusão eficaz, incentivando os leitores a aplicar o conhecimento adquirido;
- f) **Escrita simplificada e modo imperativo:** A escolha de uma linguagem mais simples, suavizando termos técnicos e adotando um modo imperativo, segue princípios de comunicação eficaz. A comunicação de saúde, por vezes técnica e rebuscada, sugere a simplificação linguística para contribuir para uma melhor compreensão das informações, mesmo que para públicos profissionais. A abordagem imperativa reforça a clareza e a orientação prática, garantindo que as instruções sejam assimiladas de maneira direta e eficaz (Moreira *et al*, 2003);

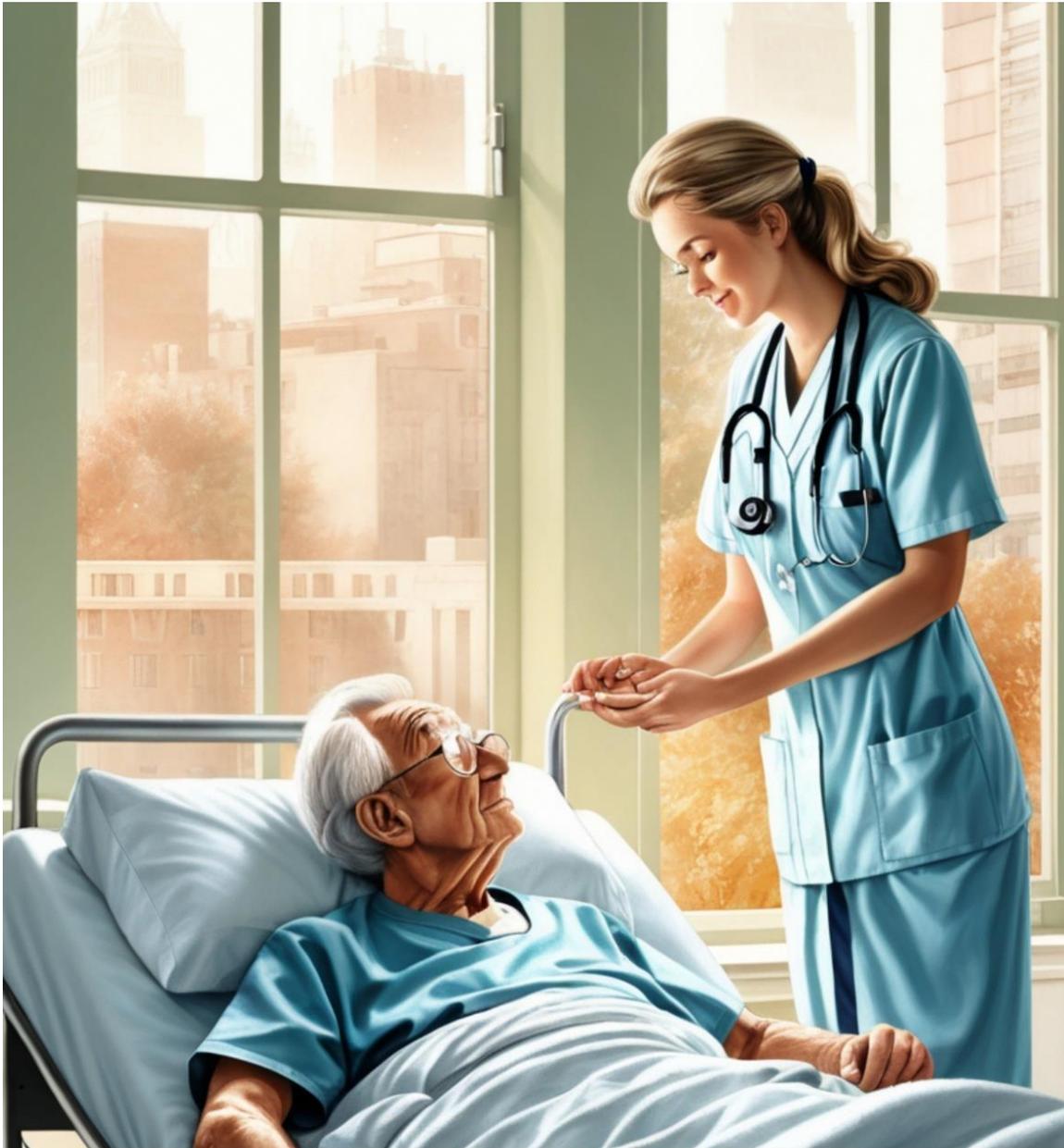
Outrossim, a proposta de uma experiência integrada baseada em evidências e inovações permeou o pensamento de produção deste produto. O intuito do *ebook* seria sua validação e posterior publicação nos sites institucionais do serviço onde realizou-se a pesquisa, notadamente as gerências de ensino e pesquisa, as bibliotecas institucionais, universitária, bem como sua disponibilização física e virtual nos setores em material impresso, e de forma virtual por meio de *qr codes* e através do próprio arquivo para disseminação em mídias digitais.

O *website* teria sua atualização realizada por profissional programador/diagramador, com sua hospedagem na plataforma *Hostinger.com* assegurada por no mínimo 1 ano, e credenciais de responsabilidade inteira do criador de conteúdo. Seu endereço de *Uniform Resource Locator* (URL) é “omantodocuidar.com”, e sua complementação para com o *ebook* decorre de um:

- g) **Portal para fornecimento do conhecimento:** optou-se por complementar o material do *ebook* justamente pela importância de plataformas online dinâmicas na disseminação rápida de informações. O site integrado não funciona apenas como um repositório de conteúdo, mas também como um portal que dá acesso a flash cards, textos, livros, filmes e *podcasts* que mantenham os profissionais de saúde informados sobre as últimas pesquisas, práticas clínicas e diretrizes em cuidados paliativos;
- h) **Elementos de Gamificação:** o intuito foi transformar o aprendizado em cirurgia paliativa e controle de sintomas em uma experiência engajadora com a incorporação de elementos de gamificação como estratégia de aprendizagem. A gamificação pode melhorar significativamente a motivação intrínseca, o envolvimento e a retenção de informações. No contexto específico de cirurgia paliativa e controle de dor, o *quizz* pode proporcionar simulações interativas que desafiam os profissionais de saúde, aprimorando suas habilidades práticas (VARGAS, VIERA, 2019). Ao aplicar princípios lúdicos, o aprendizado torna-se não apenas informativo, mas também estimulante e eficaz. O quizz foi baseado no curso de Cuidado Paliativos para Idosos da plataforma Unasus (FACHINI, FASSA, 2017)
- i) **Podcasts, livros e filmes como dicas de complementação:** A sugestão de podcasts e livros como complemento ao conteúdo do *ebook* baseia-se na compreensão de que a aprendizagem é um processo multifacetado. Podcasts, com sua natureza auditiva, proporcionam uma abordagem de aprendizagem mais passiva, sendo ideal para absorver informações enquanto se desempenha outras atividades.

Em suma, a estrutura do *ebook*, fundamentada em evidências teóricas e práticas inovadoras, visa não apenas informar, mas transformar a compreensão e a prática dos cuidados paliativos. Ao incorporar o site e elementos interativos, busca-se não apenas a difusão de informação, mas a criação de uma experiência de aprendizagem envolvente e impactante, orientando profissionais de saúde em uma jornada integral nos cuidados paliativos.

Detalhamento do Ebook



O MANTO DO CUIDAR

Cuidados Paliativos em Clínica Cirúrgica

Felipe Clementino Gomes | Ebook Informativo 2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA

O MANTO DO CUIDAR

CUIDADOS PALIATIVOS EM CLÍNICA CIRÚRGICA

ELABORAÇÃO: FELIPE CLEMENTINO GOMES
ORIENTAÇÃO: PROF^ª. DRA^ª MARIANA ALBERNAZ P. DE CARVALHO



Parte integrante do projeto "Ebook como recurso aliado ao cuidado paliativo do idoso em clínica cirúrgica"

APRESENTAÇÃO

Idosos entram e saem da clínica cirúrgica todos os dias. Internar-se para se submeter a uma cirurgia é um evento estressante e único para a maioria. Muitos adentram sem saber o que têm, sem saber o que farão. Muitos já em adoecimento grave e irremediável. Para estes casos, a internação não necessariamente precisa ser trágica, existem estratégias sistematizadas de conforto e alívio. Para esses casos existem os cuidados paliativos.

A clínica cirúrgica representa uma fronteira bem definida para a implementação de cuidados paliativos, pois sempre há uma alta expectativa de cura, a resistência da equipe cirurgiã e a falta de capacitação da enfermagem para saber como reconhecer, se comunicar e como agir nestes casos. Quando a cura não ocorre, é necessário proteger o paciente do sofrimento. É necessário evitar seu abandono. É necessário "paliar" (*cobri-lo com um "manto"*).

É justamente para ajudar nas ações de enfermagem diante da morte que "**O Manto do Cuidar: Cuidados Paliativos em Clínica Cirúrgica**", foi elaborado. Para absolutamente ninguém subestimar a dor do outro. A situação do outro, principalmente quando o outro estiver sob seus cuidados. Para sistematizar um pouco essa atenção e dar um norte, por mínimo que seja. Para confortar os tantos idosos que entram na nossa clínica todos os dias, e sobretudo, aliviar e o sofrimento para aqueles que dela não sairão.

Felipe Gomes

Mestrando em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB

ÍNDICE

Apresentação

03



05

Afinal, o que é cuidado paliativo?

Comunicação compassiva

08

11

Cirurgias Paliativas

Domando a dor e outros sintomas

14

18

As últimas 48h de vida

Referências

20





AFINAL, O QUE É CUIDADO PALIATIVO?

Área da saúde que trata do alívio do sofrimento humano quando da instalação de uma doença sem cura.

1 CONJUNTO DE CUIDADOS CIENTÍFICOS

Conjunto de cuidados implementados na situação de doenças incuráveis e em progressão e que vão levar o paciente à morte.

Ex: Câncer avançado, hepatopatias, doenças renais, insuficiência cardíaca, alzheimer, aids, etc.



2 TRATA DO SOFRIMENTO

A ênfase deixa de ser a **DOENÇA** e passa ser a **PESSOA**. Não é somente pegar na mão e fazer carinho. Existem protocolos que promovem alívio da dor, dispnéia, náusea e do sofrimento.



3 INICIADO TÃO LOGO POSSÍVEL

Deve ser iniciado **o quanto antes**, de preferência já no diagnóstico ou quando o paciente apresentar algum sofrimento.

Não é somente indicação de paciente terminal.



4 NÃO É ABANDONO

Não é deixar morrer. Não é restringir tudo. É reconhecer as condições de irreversibilidade e empregar práticas que dêem **conforto** ao paciente. **A intervenção demasiada não é mais aceita.**

CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL

O PANORAMA DA ABORDAGEM PALIATIVA E SEU CRESCIMENTO NO PAÍS.

234



é o total de serviços de cuidados paliativos no Brasil (2022). Esse número é 9x menor que o recomendado, de acordo com a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC).



No Brasil, o número de serviços de cuidados paliativos, apesar de crescente, é insuficiente para atender a demanda. Além disso, em um ranking de qualidade de morte com 81 países, o Brasil ficou em 41º, atrás de países vizinhos como Chile (27º), Argentina (32º) e Uruguai (37º).

The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. The economist.



é o percentual de pacientes em cuidados paliativos por câncer no Brasil, a segunda causa, ficando atrás de comorbidades cérebro e cardiovasculares.



é o percentual de serviços de palição no Nordeste (60), a maior parte nos estados de Bahia (19) e Ceará (18).



é o percentual de serviços de Cuidados Paliativos na Paraíba (3). Porém, o estado não reserva leitos exclusivos para este tipo de paciente.

PERFIL DOS SERVIÇOS NA PARAÍBA



Casos novos por mês
10
Acesso a opióides
100%
Protocolos de dor
0
Ambulatório de Cuidados Paliativos
0
Voltados a pesquisa
100%

Para saber mais:

Atlas do Cuidado Paliativo no Brasil 2022 (ANCP)





COMUNICAÇÃO COMPASSIVA

COMUNICAÇÃO COMPASSIVA

A comunicação muitas vezes é a única possibilidade de suporte e tratamento que doente e família recebem.

1 Preparação

Saiba o que o paciente tem. Olhe o prontuário, consulte os colegas. É essencial munir-se de informações a respeito do curso natural da doença, assim como a provável sobrevida. **Se você não souber o que o paciente tem, como irá ajudá-lo?**



2 Acessar a noção prognóstica

O paciente sempre tem noção de seu prognóstico, mas ele se apegua a tudo que dê esperanças para ele viver. **Então nunca minta.** O diálogo pode se iniciar com frases como:

Ex: O que os médicos falaram sobre sua doença? O que o senhor acha disso tudo?



3 Contemplação do estado de saúde agravado

Sempre teste a abertura do paciente para cenários de piora. Só diga o que ele consegue receber e o que couber. Transmita esperança mas seja realista. **Ex: Eu espero que a cirurgia corra bem, mas a gente tem de estar preparado para tudo.**



4 Abertura do paciente

Se o paciente almejar informações, diga a verdade em doses homeopáticas. Se ele não estiver aberto, repita os passos anteriores e procure saber ao que ele se prende.

Ex: É difícil falar sobre a doença, mas se precisar pode contar comigo.



AS ÚLTIMAS 48H DE VIDA



AS ÚLTIMAS 48H DE VIDA

Saiba diferenciar os sinais de morte ativa

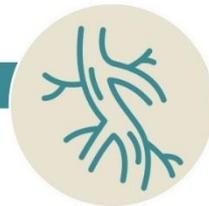
1 Sinais gerais

Bradycardia, bradipnéia, pupilas não reativas, mandíbula aberta, palidez corporal, hipotermia, relaxamento de músculos e esfíncteres, liberação de urina e fezes, os olhos podem permanecer abertos.



2 Perda de controle de deglutição/esfíncteriano

Incontinência urinária/fecal, quadros de diarreia ou obstipação. Evitar passagem de SVD. Interromper SNE, pois o intestino não absorve mais. Episódios de hipoglicemia são comuns. Acúmulo de secreções na árvore brônquica (*ronco da morte*). Aspições traqueobrônquicas podem não ter benefício. Manter hidratação.



3 Redução da perfusão sistêmica

Volume circulante reduzido, hipotensão, extremidades frias, cianose periférica, *livedo reticularis*, anúria. Evitar hidratação venosa em excesso sob risco de congestão pulmonar. O quadro de hipotensão não se reverte com administração de volume.

3



4 Delirium

Confusão, letargia e alucinações (*ver parentes mortos*). Avaliar indicação de sedação paliativa com midazolam EV em BIC, se angústia para familiares e paciente. O quadro evolui naturalmente com sonolência, semicoma, coma e morte.

*"O tratamento é limitado.
O cuidado não"*

POSFÁCIO

A enfermagem geralmente desempenha um papel muito responsável na atenção cirúrgica. Somos bons em cuidados de vida. Mas pecamos quando a ênfase são os cuidados de fim vida.

Há sempre os jargões clássicos ditos para o paciente, afinal quem nunca disse *"vai ficar tudo bem"* mesmo sabendo que não vai? Quem nunca se sentiu inseguro na dose de repetição da morfina? Em manter as gasometrias, os HGTs.

Morrer em hospital não precisa ser trágico, nem técnico, nem frio. Mas para isso, necessita-se buscar direcionamentos outros, que graduações nem a rotina diária darão. Direcionamentos que façam compreender um pouco mais sobre o ser que ali padece, sobre a família que se desespera, sobre nós, profissionais, que caminhamos neste terreno complexo com pouca ou nenhuma preparação.

Este livro foi feito para proporcionar um pouco de conhecimento a quem está na linha de frente, nos corredores e plantões diários. E tomara que em um futuro não muito distante, trabalhos como este, sobre o básico para cuidar de pessoas em fim de vida, não sejam assim mais tão necessários.

NÃO SABE POR ONDE COMEÇAR? 5 DICAS PARA UMA ASSISTÊNCIA EFETIVA

1. Ofereça suporte emocional para que o paciente se sinta acolhido.
2. Priorize o alívio da dor e do desconforto do paciente.
3. Estabeleça uma comunicação clara e empática com a família.
4. Promova um ambiente tranquilo e confortável para o paciente.
5. Esteja disponível para oferecer suporte a qualquer momento.

Parte integrante do projeto "Ebook como recurso aliado
ao cuidado paliativo do idoso em clínica cirúrgica"

O manto do cuidar: cuidados paliativos em Clínica Cirúrgica
1ª edição



Autoria: *Felipe Clementino Gomes*
Correção: *Profª. Drª Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho*



Edição:
Canva Online



Imagens:
Midjourney Inc. Artificial Intelligence



Para saber mais:
Referências utilizadas



Contato:
felipe.gomes@ebserh.gov.br
Rua Tabelaio Stanislaw Eloi - 585 - 2º andar
João Pessoa, PB, Brasil



Realização:
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia/ PMPG
Universidade Federal da Paraíba/ UFPB



Apoio:
Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW



Links úteis:
<https://paliativo.org.br/>
<https://cuidadospaliativos.org/>



Pallicast - Podcast da
Academia Nacional de Cuidados Paliativos on Spotify



Livros:
A morte é um dia que vale a pena viver - Ana Cláudia Quintana
Enquanto eu respirar - Ana Michelle Soares
O imperador de todos os males - Siddhartha Mukherjee
Os últimos momentos da minha vida - Gilberto Dimenstein



Todos os direitos reservados





Detalhamento do Website

a) Interface para computadores

omantodocuidar.com

O MANTO DO CUIDAR

Cuidados paliativos em clínica cirúrgica

AFINAL, O QUE É CUIDADO PALIATIVO?
Explore a essência desses cuidados e compreenda por que são vitais para a prática de enfermagem. Preparado para uma jornada transformadora?

[CLIQUE AQUI PARA SABER MAIS](#)

COMUNICAÇÃO COMPASSIVA
Quais os segredos da comunicação compassiva, essencial ao lidar com pacientes idosos em situações delicadas? Esta sessão oferece ferramentas práticas para fortalecer suas habilidades de comunicação. Vamos aprender a construir pontes de empatia?

[CLIQUE AQUI PARA SABER MAIS](#)

CIRURGIAS PALIATIVAS
Cirurgias quando bem indicadas trazem conforto sem medida, mesmo em situação de palição. Esteja preparado para identificar quais são e como ajudar o paciente neste momento.

[CLIQUE AQUI PARA SABER MAIS](#)

TESTE SEUS CONHECIMENTOS

Bem-vindo ao seu Quiz



[Clique para voltar](#)

TESTE SEUS CONHECIMENTOS

Para controle do retardo do trânsito intestinal decorrente do uso de opioide pode ser usado:

- Domperidona
- Dimenidrinato
- Lactulose
- Butilscopolamina
- Loperamida

[Previous](#)

[Next](#)

AS ÚLTIMAS 48H DE VIDA



CLIQUE AQUI PARA SABER MAIS

LIVROS

Dicas de livros



O QUE ACONTECE COM O CORPO NAS ÚLTIMAS HORAS DE VIDA?

WEBAULA - AS ÚLTIMAS 48 HORAS DE VIDA

O QUE ACONTECE COM O CORPO NAS ÚLTIMAS HORAS DE VIDA?

O que acontece com o corpo nas últimas horas de vida?

As últimas 48h de vida. Extubação paliativa...

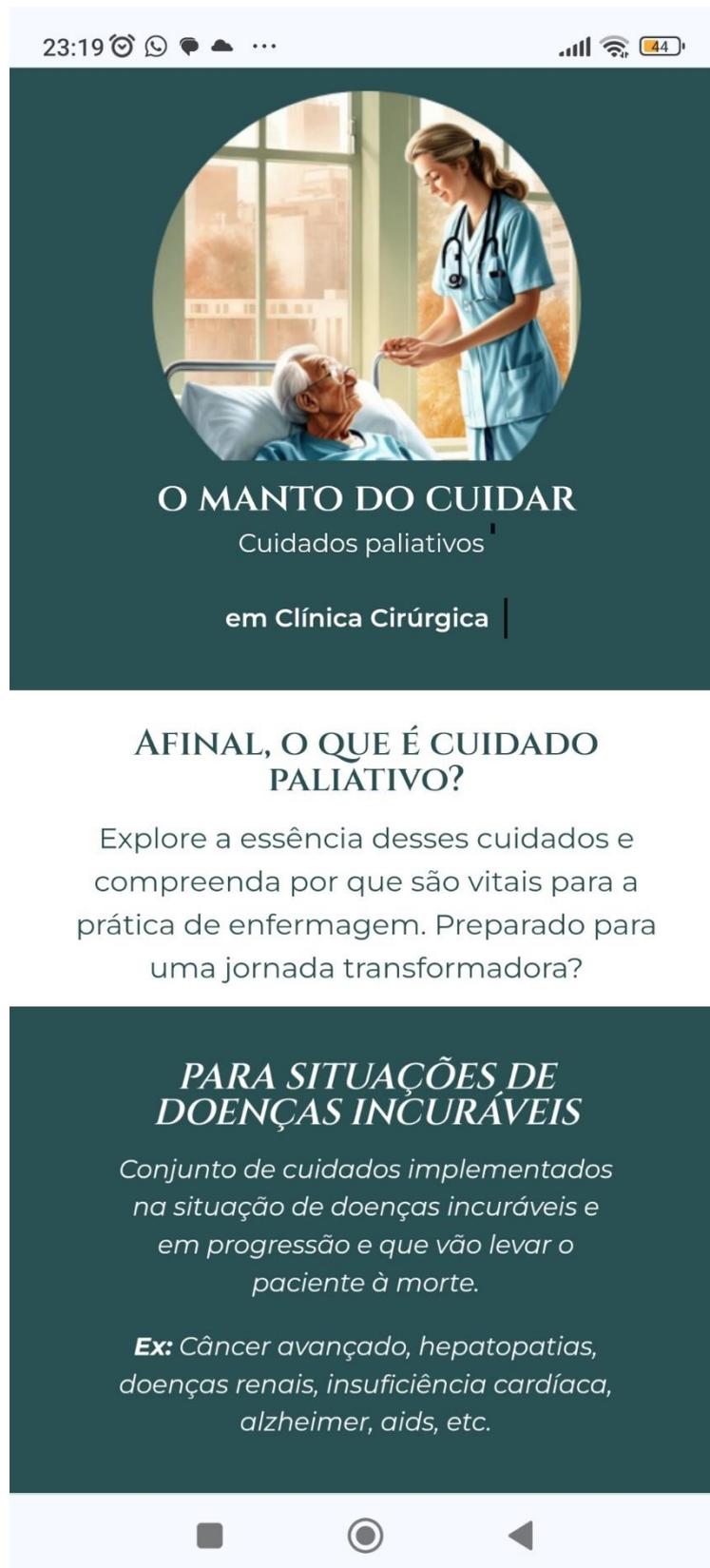
1. As últimas 48h de vida
2. Extubação paliativa
3. Sedação paliativa

Daniere Yurie Vieira Tomotani
Setor de Terapia Intensiva da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina Intensiva da UNIFESP.

Clique para voltar



b) Interface para celulares



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo subsidiaram a construção e o desenvolvimento de um objeto virtual de aprendizagem, cujo objetivo primeiro é o de instrumentalizar os esforços para disseminação de informações sobre cuidados paliativos e, sobretudo, provocar os profissionais de enfermagem a repensarem suas abordagens diante da incerteza que permeia a experiência da doença incurável nos idosos.

Outrossim, perceberam-se que os aspectos priorizados pela enfermagem na dispensação de cuidados paliativos tem como ênfase a dimensão física e ambiental. Orientada pela herança nightingaleana e nas necessidades humanas básicas, fruto da formação da categoria, a atenção paliativa ocorre de forma responsável, no entanto, com viés empírico e não sistematizado.

Fatores como a relutância em uma comunicação mais aberta, a não divulgação de informações sobre o processo de morte, a dificuldade em lidar com conflitos éticos, de planejamento e a falta de habilidades específicas em cuidados de fim de vida parecem determinantes para a qualidade da assistência ao idoso no ambiente de internação cirúrgica. Salienta-se que as ações de enfermagem neste contexto, reverberam alguns dos dilemas próprios a um ambiente perioperatório, com alta carga intervencionista, muita tecnologia agregada e grande expectativa de cura.

Os dados, como contribuição, certamente traduziram-se em uma ferramenta valiosa para o entendimento das necessidades e prioridades de divulgação dos cuidados paliativos como prática efetiva, servindo como ponto de partida para a ressignificação das dimensões do cuidar como um todo.

Salienta-se, como limitações desse estudo, que o processo de síntese de achados pode ser melhorado com a composição de evidências de maior robustez e abrangência populacional, no intuito de mensurar a significação dos resultados também para os pacientes, explorando lacunas encontradas de forma específica. O desenvolvimento de produtos tecnológicos voltados para o paciente certamente será necessário, com as estratégias cabíveis, em momentos *a posteriori*.

Outro fator limitante é o tempo disponível no âmbito do mestrado para a prospecção de dados, a publicação de estudos abrangentes e a criação de novas tecnologias que, por vezes, fogem do escopo de ação do pesquisador em saúde. O caráter inovador, multidisciplinar e de utilidade das ferramentas refletem em altos custos operacionais, de tempo e de *know-how* para seu desenvolvimento, fato que se traduz em um grande e instigador desafio.

Aspecto limitante, também, foi o da necessidade de validação do produto por juízes *experts* em enfermagem paliativa e design instrucional, o que corrigiria eventuais distorções, avalizaria e validaria de forma definitiva o produto. Ensejo que, tempestivamente será realizado.

Por fim, ao retornar “O manto do cuidar: cuidados paliativos em clínica cirúrgica”, o presente estudo concebeu uma plataforma lúdica e intuitiva em duas vertentes, *ebook* e *webpage*, de forma a auxiliar as ações de enfermagem diante da morte. Com intuito de que absolutamente ninguém possa subestimar a dor do outro, a situação do outro, principalmente quando o outro estiver sob seus cuidados. E fomentar um pouco a sistematização dessa atenção, dando um norte, por mínimo que seja. Ajudando a confortar os tantos idosos que entram em clínicas cirúrgicas todos os dias, e sobretudo, aliviando e o sofrimento daqueles que delas não sairão.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C., & COLUCI, M. Z. O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3065-3078, 2011 DOI: 10.1590/S1413-81232011000800006.
- AL-JAROODI, J., MOHAMED, N., & ABUKHOUSA, E. **Health 4.0: on the way to realizing the healthcare of the future.** *IEEE access: practical innovations, open solutions*, v. 8, p. 211189–211210, 2020 DOI: 10.1109/PMID: 34976565; PMCID: PMC8675545
- ALVAREZ, A. G.; DAL SASSO, G. T. M. **Aplicação de objeto virtual de aprendizagem, para avaliação simulada de dor aguda, em estudantes de enfermagem.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 229-237, 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000200002.
- ANCP. **Atlas do Cuidado Paliativo no Brasil.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo, 2022.
- ANDRADE, R. C. **Infográficos animados e interativos em saúde: um estudo sobre a compreensão de notícias.** (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Design. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/35526>
- ANDRADE, C. G.; DA COSTA, S. F.; LOPES, M. E. **Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 9, p.2523-2530, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900006
- ANTUNES FILHO, A. A. N., JENECCI, M., & GONÇALVES FILHO, W. **Envelhecer.** Rosa Celeste Empreendimentos Artísticos Ltda, 2009. (Vídeo documentário, 4min19seg).
- ARAÚJO, L. G.; SILVA, A. A.; OLIVEIRA, A. A.; SOUSA, A. M.; SILVA, A. A.; SILVA, A. S.; et al. **Cuidados paliativos em pacientes oncológicos: uma abordagem do conhecimento dos enfermeiros.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v.12, n.11, p.e4663, 2020. DOI:10.25248/reas.e4663.2020
- ARNAUTS, D. B., & CAVALHEIRI, J. C. **Perception of nurses in palliative care assistance.** *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p.e5710111088, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11088
- ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ALCP). **Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020.** 2ª edición. Cuidando Pasiva, Argentina, 2020.
- BALDUCCI, L. **Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care.** *Journal of Pain and Symptom Management*, v.57, n.1, p.171-175, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009

BALLOU, J. H., & BRASEL, K. J. **Palliative Care and Geriatric Surgery**. Clinics in Geriatric Medicine, v.35, n. 1, p.35-44, 2019. DOI: 10.1016/j.cger.2018.08.004

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARRUÉ, P., & SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. **The emotional experience of nurses in the Home Hospitalization Unit in palliative care: A qualitative exploratory study**. Enferm Clin (Engl Ed), S1130-8621, v. 20, p30555-6, 2021. DOI: 10.1016/j.enfcli2020.11.006

BERLIN, A., & CARLETON, T. J. **Concurrent Palliative Care for Surgical Patients**. The Surgical Clinics of North America, v. 99, n. 5, p.823-831, 2019. DOI: 10.1016/j.suc.2019.06.00

BEZERRA, M. B.; SILVA, M. B. M.; OLIVEIRA, G. M. **Cultivando a noção prognóstica em cuidados paliativos**. PEBMED, v.21, n.24, p.24-25, 2023.

BONANNO, A. M., KIRALY, L. N., SIEGEL, T. R., BRASEL, K. J., & COOK, M. R. **Surgical palliative care training in general surgery residency: An educational needs assessment**. Am J Surg, v. 217, n.5, p.928-931, 2019. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2019.01.008

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. **Procedimentos Hospitalares do SUS - Procedimentos Cirúrgicos por Local de Internação – Brasil, 2022**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acessado em 19 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 70p. (Série E. Legislação de Saúde).

CALVIN, A. O.; LINDY, C. M.; CLINGON, S. L. **The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: a qualitative descriptive study**. Intensive Crit Care Nurs, v. 25, n. 4, p. 214-220, 2009. DOI: 10.1016/j.iccn.2009.05.001.

CAMPELO E PAIVA, S, et al. **Desigualdade, Envelhecimento e Saúde no tempo de contrarreformas: da Magnitude à Desproteção Social no Brasil**. Revista Kairós-Gerontologia, v. 24, n. 30, p. 65-82, 2021. DOI: 10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial30p65-82.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. D. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CHAN, H. Y. L.; LEE, D. T. F.; WOO, J. **Diagnosing Gaps in the Development of Palliative and End-of-Life Care: A Qualitative Exploratory Study**. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 1, p. 151, 2019. DOI:10.3390/ijerph17010151.

CHANCHAICHUJIT, J.; TAN, A.; MENG, F.; EAIMKHONG, S. **Healthcare 4.0: Next Generation Processes with the Latest Technologies**. Singapore: Palgrave Pivot, 2019. 202p.

CHEN, H.; CHENG, M.; ZHUANG, Y.; BROAD, JB. **Multimorbidity among middle-aged and older persons in urban China: Prevalence, characteristics and health service utilization.** *Geriatrics & Gerontology International*, v. 18, p. 1447–1452, 2018. DOI: 10.1111/ggi.13510.

CONNOR, SR. **Development of hospice and palliative care in the United States.** *Omega (Westport)*, v. 56, n. 1, p. 89-99, 2008. DOI: 10.2190/om.56.1.h. PMID: 18051022.

COSTA, B. M.; SILVA, D. A. da. **Performance of the nursing team in palliative care.** *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, p.e28010212553, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12553.

COSTA, J.L.S. **As demências na perspectiva do familiar à luz da teoria das incertezas de Mishel 2017.** 63f. (Dissertação). Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde – Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/25276>.

CRISTOFF, C. **Construção de um roteiro de avaliação de cuidados paliativos para equipe de enfermagem baseado nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1884/53047>.

DYAR, S.; LESPERANCE, M.; SHANNON, R.; SLOAN, J.; COLON-OTERO, G. **A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study.** *J Palliat Med*, v. 15, n. 8, p. 890-895, 2012. DOI: 10.1089/jpm.2012.0220.

ELLIS, B.; WINN, S.; MACMILLAN, D.; BOUTHILLET, K.; PURCELL, C. **Simulated Learning Experience in Advance Care Planning Conversations.** *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, v.23, n.4, p.339-345, 2021. DOI:10.1097/NJH.0000000000000760

ELPERN, E. H.; COVERT, B.; KLEINPELL, R. **Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit.** *American Journal of Critical Care*, v. 14, p. 523-530, 2005. DOI: 10.1097/ANC.0b013e3181dd6c48.

ESPINOZA-VENEGAS, M.; LUENGO-MACHUCA, L.; SANHUEZA-ALVARADO, O. **Atitudes em profissionais de enfermagem chilenos para o cuidado no final da vida. Análise multivariada.** *Aquichan*, v. 16, n. 4, p. 430-446, 2016. DOI: 10.19053/2256-5098.2016.16.4.232.

EXPÓSITO CONCEPCIÓN, M. Y. **Cuidados paliativos e enfermagem: um olhar para dentro.** *Aquichan*, v. 22, n. 2, e2221, 2022. DOI: 10.19053/2256-5098.2022.22.2.e2221.

FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A. **Cuidados Paliativos e Óbito no Domicílio: Módulo de Autoaprendizagem de Atenção Domiciliar**. 2017. Desenvolvimento de material didático ou instrucional – Unasus. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/maad-paliativo>

FEHRING, R. **Methods to validate nursing diagnoses**. *Heart & Lung*, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3679856/>

GAWANDE, A. **Mortais: Nós, a medicina e o que realmente importa no final**. São Paulo: Editora Objetiva - Companhia das Letras, 2015. Tradução: Renata Telles.

GINTING, S.; AFNIWATI, A.; YUFDEL, Y. **The Effect of Brain GYM on the Dementia and Depression Reduction of the Elderly**. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*, v. 11, n. 2, p. 40-44, 2021. DOI: 10.51847/Cj6189cIbl.

GÓMEZ-PALENCIA, I. P.; CASTILLO-ÁVILA, I. Y.; ALVIS-ESTRADA, L. R. **Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel**. *Aquichan*, v. 15, n. 2, p. 210-218, 2015. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.5

HAGEN, K. B. et al. **Illness uncertainty in breast cancer patients: validation of the 5-item short form of the Mishel uncertainty in illness scale**. *European Journal of Oncology Nursing*, n. 19, p. 113–119, 2015. DOI: 10.1016/j.ejon.2014.10.009.

HAUN, M. W. et al. **Early palliative care for adults with advanced cancer**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 6, CD011129, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011129.pub2.

HIGGINSON, I.; GOMES, B.; HIGGINSON, R.; CLARK, D. **Global Atlas of Palliative Care**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018.

ILGEN, J. S. et al. **Comfort with uncertainty: reframing our conceptions of how clinicians navigate complex clinical situations**. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, v. 24, n. 4, p. 797–809, 2019. DOI: 10.1007/s10459-018-9859-5.

JANSSEN, T. L. et al. **Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis**. *Clinical Interventions in Aging*, v. 14, p. 1095-1117, 2019. DOI: 10.2147/CIA.S201323.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015**. Australia: JBI; 2015.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/1796>.

LEUNG, D. Y. P.; CHAN, H. Y. L. **Palliative and end-of-life care: More work is required.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 20, 7429, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17207429.

LILLEY, E. J. et al. **Palliative Care Interventions for Surgical Patients: A Systematic Review.** JAMA Surgery, v. 151, n. 2, p. 172-183, 2016. DOI: 10.1001/jamasurg.2015.3625.

LIMA, R. C. **Análise da infografia jornalística.** (Dissertação) Programa de Pós-graduação em Design – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Escola Superior de Desenho Industrial, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/9158>

LINE, D. **The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world.** The economist, 2015. Disponível em: <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>.

LYNN, M. R. **Determination and quantification of content validity.** Nursing Research, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>

MAYER, R. E. **Cognitive Theory of Multimedia Learning.** The Cambridge handbook of multimedia learning, pp. 31–48. Cambridge University Press, 2005. DOI: 10.1017/CBO9780511816819.004

MEDEIROS, R. K. da S.; FERREIRA JÚNIOR, M. A.; SOUZA, R. P.; DIANA, P.; FORTES VITOR, A.; SANTOS, V. E. PEREIRA; BARICHELLO, E. **Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem.** Referência Revista de Enfermagem, vol. 4, n. 4, p. 127-135, 2015. DOI:10.12707/RIV14009

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa qualitativa: Uma introdução** (4.ed.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

MISHEL, M. H. **Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory.** Image: the Journal of Nursing Scholarship, v. 22, p. 256-262, 1990. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x.

MISHEL, M. H. **Uncertainty in illness.** Image the Journal of Nursing Scholarship, v. 20, n. 4, p. 225-232, 1988. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x.

MONTEIRO, L. B. S. et al. **Nursing diagnoses in adults and elderlies in the preoperative period: a comparative study.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 2, p. 56-63, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0959.

MOREIRA, M. F; NÓBREGA, M. M. L; SILVA, M. I. T. **Contribuição Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003. DOI: 10.1590/S0034-71672003000200015

MOSENTHAL, A. C. **Palliative care in the surgical ICU.** *Surg Clin North Am*, v. 85, n. 2, p. 303-313, 2005. DOI: 10.1016/j.suc.2005.01.001.

OLIVEIRA, A. S. **Hipertextualidade, dialogismo e interatividade em ambientes virtuais sob a ótica do design instrucional.** 2018. 91 f., il. Dissertação. Mestrado em Design - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34184/1/2018_Andr%c3%a9iaSantiagodeOliveira.pdf.

OLIVEIRA, A. S. **Transição Demográfica, Transição Epidemiológica E Envelhecimento Populacional No Brasil.** *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 31, p 69-79, 2019. DOI: 10.14393/Hygeia153248614.

OLIVEIRA, T. M. G. JESUS, C. A. C. **Expressão da incerteza em pacientes cirúrgicos de retirada de órgão: estudo transversal.** *Enfermería Global*, n. 65, p. 218-232, 2022. <https://doi.org/10.6018/eglobal.482911>

OLIVEIRA, T. M. G. de; JESUS, C. A. de; PINHO, D. L. M. **Reflexão sobre a teoria da incerteza na doença no alcance do paciente cirúrgico com câncer.** *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, v. 2, p. 14545–14552, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n2-399.

OLIVER, D. P., TAPPANA, J., WASHINGTON, K. T., ROLBIECKI, A., CRAIG, K., DEMIRIS, G., SCHAFFER, C., WINJOBI, M., CLAYTON, M. F., REBLIN, M., & ELLINGTON, L. **Behind the doors of home hospice patients: A secondary qualitative analysis of hospice nurse communication with patients and families.** *Palliat Support Care*, v. 17, n. 5, p. 579-583, 2019. DOI: 10.1017/S1478951518001098.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUISPE MENDOZA, I. Y; PENICHE, A. C. G. **Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico.** *Saúde Coletiva*, v. 30, n. 6, p. 104-108, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212132003>.

RADBRUCH, L., DE LIMA, L., KNAUL, F., WENK, R., ALI, Z., ET al. **Redefining palliative care—A new consensus-based definition.** *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.08.022.

RAMOS, C. **Expressão da incerteza na doença: a perspectiva dos familiares de pacientes com câncer.** 32p. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2019. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/29213>.

RHEE, C., MCHUGH, M., TUN, S., GERHART, J., & O'MAHONY, S. **Advantages and Challenges of an Interdisciplinary Palliative Care Team Approach to Surgical Care.** *Surg Clin North Am*, v. 99, n. 5, p. 815-821, 2019. DOI: 10.1016/j.suc.2019.05.004.

RIVET, E. B.; DEL FABBRO, E.; FERRADA, P. **Palliative care assessment in the surgical and trauma intensive care unit.** JAMA Surgery, v. 153, n. 3, p. 280-281, 2018. DOI: 10.1001/jamasurg.2017.4479.

ROSES, R. E.; FOLKERT, I. W.; KROUSE, R. S. **Malignant bowel obstruction: reappraising the value of surgery.** Surgical Oncology Clinics of North America, v. 27, n. 4, p. 705-715, 2018. DOI: 10.1016/j.suc.2018.08.004.

ROWE, J. T.; JOHNSTON, F. M. **Surgical palliative care disparities.** Annals of Palliative Medicine, v. 11, n. 2, p. 862-870, 2022. DOI: 10.21037/apm-20-2394.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado.** 1. ed. Fortaleza, 2016. 482 p. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf>

SOUSA, L. C. de A.; AMORIM, C. F.; PEREIRA FILHO, E. da S. .; ALVES, K. K. A. F. **Assistência de enfermagem em cuidados paliativos com doenças degenerativas.** Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, [S. l.], v. 12, n. 37, p. 14–21, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.14-21.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. **Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. DOI: 10.5123/S1679-49742017000300022.

SOUZA, E. M, SILVA, D.P.P, BARROS, A. S. **Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 4, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.09642019.

SUE, K.; MAZZOTTA, P.; GRIER, E. **Palliative care for patients with communication and cognitive difficulties.** Canadian Family Physician, v. 65, Suppl 1, p19–24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31023774/>

TAYLOR, L. J.; NABOZNY, M. J.; STEFFENS, N. M.; et al. **A framework for improving surgeon communication in high-risk surgical decisions: best-case/worst-case.** JAMA Surgery, v. 152, n. 6, p.531–538, 2017. DOI:10.1001/jamasurg.2016.5674

TAVARES, J; LOVATE, T, ANDRADE, I. **Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil.** Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT), Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. n. 15, p. 453-479, 2018. DOI: 10.17127/got/2018.15.019.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V.M.S.S. **Tecnologias Educacionais em Foco.** São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2011.

TOMASI, A. V. R, PIRES, F. R. O, DURAND, M. K, DANCZK, R. F. T. HEIDEMANN, I. T. S. B. **Prevalência de Cirurgias em Idosos**. Revista de Enfermagem da UFPE on line, v. 11, n. 9, p. 3395-3401, 2017. DOI:10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201710.

URSI E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. (Dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005. DOI: 10.11606/D.22.2005.tde-18072005-095456.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V. da; FREIRE, F. M. P. **Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional**. Revista Novas Tecnologias na Educação, Porto Alegre, v. 5, n. 2, 2007. DOI: 10.22456/1679-1916.14199.

VELLOSO, I.S.C, CARAM, C. da S, ALMEIDA, I.R.P de, SOUZA, M.J.S, SILVA, M.H, GALDINO, C.S. **Cuidado paliativo à pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde: uma revisão de escopo**. Aquichan. v.22, n. 3, p.e2238, 2022. DOI:10.1590/0034-7167-2019-0378.

WALLING, M., D'AMBRUOSO, S. F., MALIN, J. L., et al. (2017). **Effect and efficacy of an integrated palliative care nurse in an oncology clinic**. J Oncol Pract, v.13, e. 9, p.e792-e799. DOI:10.1200/JOP.2017.13.0277

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 67. **Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course: report by the Director-General**. World Health Organization, 2019.

APÊNDICES

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

Prezado Sr(a).

Esta pesquisa é sobre o **EBOOK COMO TECNOLOGIA ALIADA AO CUIDADO PALIATIVO DO PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO**, voltada para profissionais de enfermagem e está sendo desenvolvida pelo **Enf. Felipe Clementino Gomes**, enfermeiro do Hospital Universitário Lauro Wanderley/Ebserh e aluno do Mestrado Profissional em Gerontologia da UFPB, sob a orientação da **Profa. Dra. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho**.

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, de forma voluntária da pesquisa e terá livre decisão para participar do estudo, bem como retirar-se a qualquer momento sem quaisquer prejuízos de qualquer natureza para o mesmo, de qualquer natureza.

O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós.

Eu, _____, nascido(a) em _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **EBOOK COMO TECNOLOGIA ALIADA AO CUIDADO PALIATIVO DO PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O presente estudo objetiva desenvolver uma tecnologia educacional do tipo *website/ebook* como ferramenta para o acompanhamento de pacientes idosos em cuidados paliativos, além de evidenciar as competências e habilidades no tocante aos cuidados a pacientes idosos em cuidados paliativos, sob o ponto de vista da enfermagem;
- II) Essa pesquisa se justifica pela necessidade de intervenções que auxiliem os profissionais de enfermagem a manejar melhor o cuidado de enfermagem nos idosos elegíveis ou em cuidado paliativo em clínica cirúrgica. Além disso, espera-se que essa ferramenta seja capaz de auxiliar na comunicação, na progressão da doença e no luto antecipatório das famílias;
- III) A pesquisa apresentará o risco mínimo de exposição do participante, constrangimento e quebra de sigilo com relação aos dados. No entanto, o pesquisador adotará os cuidados necessários para evitar tais situações, como: preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados, garantindo-lhes o anonimato; utilizar as informações exclusivamente para a execução do projeto em questão; agendar a aplicação dos instrumentos previamente conforme disponibilidade do participante, respeitando-se todas as normas da Resolução N° 446/12 na execução deste projeto;
- IV) Serei acompanhado e informado adequadamente quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento e minha colaboração com o estudo durante e após a sua execução;

- V) Poderei me recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto sem necessidade de justificativa, não havendo penalização ou prejuízo para mim;
- VI) Serão garantidos e mantidos o sigilo e a privacidade relacionada à minha participação durante todas as fases da pesquisa;
- VII) Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando que os mesmos serão utilizados exclusivamente para fins científicos;
- VIII) Após minha leitura e/ou leitura do pesquisador, assinarei duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via será minha e outra via ficará com o pesquisador. Todas as folhas serão rubricadas por mim e pelo pesquisador, apondo as assinaturas na última folha;
- IX) Não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros a mim e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável;
- X) Quando da existência de dispêndio de minha parte, serei ressarcido devidamente ou em casos de danos decorrentes de minha participação, serei indenizado adequadamente pelo aluno pesquisador (orientando);

Diante do exposto, aceito participar livremente deste estudo e autorizo a divulgação dos resultados por meio de eventos e periódicos da área.

Declaro que eu, _____
fui informado e participo como voluntário do projeto de pesquisa referido.

Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba, localizado na R. Tabelaão Stanislau Eloy, 585 - Castelo Branco, João Pessoa - PB, 58050-58, João Pessoa, PB. Tel: 3206 – 0600, 2º andar do HULW. E-mail: cep.hulw@ebserh.gov.br

Poderei também contactar o pesquisador responsável, por meio e-mail e telefone (83 99958-7758, felipe.gomes@ebserh.gov.br)

João Pessoa, PB ____/____/____.

() Participante da pesquisa / () Responsável

Enf. Felipe Clementino Gomes - COREN 318.628
Matrícula SIAPE 2250091

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA INVESTIGAÇÃO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Tema: Percepções do profissional de enfermagem acerca dos cuidados paliativos ao paciente idoso cirúrgico

Objetivo: identificar os aspectos da assistência de enfermagem apropriados ao cuidado paliativo ao idoso elegível em ambiente de internação cirúrgica.

Código/Pseudônimo: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Categoria de formação: _____ Categoria de atuação: _____

Tempo de formação: _____ Tempo de atuação CCA: _____

Titulação: () Pós-tec () Especialização () Mestrado () Doutorado

Especificar a área: _____

Capacitação/ formação em CP? Se sim, qual(is)?

PARTE I - REPRESENTAÇÕES

- 1) Pergunta extra: Você já teve alguma experiência marcante em CP? Qual?
- 2) Em ordem de importância, cite cinco palavras que para você representam/significam CP;

PARTE II - INTERVENÇÕES

- 3) Recordar-se quais as atividades de CP a enfermagem desenvolve na CCA?
- 4) Para você, qual a coisa mais importante a se fazer no processo de cuidado paliativo em uma clínica cirúrgica?
- 5) Na sua opinião, a enfermagem em CCA (no geral) faz o suficiente pelo idoso paliativo? Por quê?
- 6) Cite intervenções que a enfermagem, com autonomia, poderia fazer para o idoso em palição.
- 7) Costumemente, há tratamentos clínicos oferecidos que no seu julgamento não condizem com a situação do paciente? Qual seu sentimento ao desenvolver um cuidado ou ver um paciente recebendo protocolos intervencionistas quando não há prognóstico de cura?

- 8) Fale um pouco sobre a administração, aprazamento e indicação de opióides para controle da dor?

PARTE III - COMUNICAÇÃO

- 9) Qual a melhor forma de iniciar a comunicação com um paciente que você sabe que é elegível ao cuidado paliativo?
- 10) Em uma situação de não-ciência da doença, como o enfermeiro pode abordar o paciente? Qual a maior dificuldade neste sentido?
- 11) Acha conveniente tocar em qualquer mensagem espiritual ao idoso em CP? Na admissão ou no transcurso do cuidado?
- 12) Pergunta extra: Quer acrescentar algum detalhe?

APÊNDICE C – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE INFOGRÁFICO EM CUIDADOS PALIATIVOS COMO ALIADO NA ATENÇÃO AO IDOSO INTERNADO EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Pesquisador: FELIPE CLEMENTINO GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67165623.0.0000.5188

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.017.893

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, do aluno FELIPE CLEMENTINO GOMES, sob orientação da Profª. Dra. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho.

Objetivo da Pesquisa:

Na avaliação dos objetivos apresentados os mesmos estão coerentes com o propósito do estudo:

Objetivo Primário:

Desenvolver uma tecnologia educacional do tipo infográfico como um recurso aliado ao acompanhamento de pacientes idosos em cuidados paliativos.

Objetivos Secundários:

Evidenciar as competências e habilidades no tocante aos cuidados inerentes a pacientes idosos em cuidados paliativos, sob o ponto de vista da enfermagem;

Endereço: Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.017.893

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2083013.pdf	14/04/2023 17:55:57		Aceito
Outros	Despacho.pdf	14/04/2023 17:48:47	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/04/2023 17:17:18	FELIPE CLEMENTINO GOMES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/04/2023 17:12:32	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFelipe.pdf	14/04/2023 17:06:37	FELIPE CLEMENTINO GOMES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	06/02/2023 14:05:40	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Outros	Roteiro_Profissionais.pdf	02/02/2023 23:25:16	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Outros	Questionario.pdf	02/02/2023 23:23:39	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Outros	Carta_Convite.pdf	02/02/2023 23:21:23	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Declaração do Patrocinador	Financeiro.pdf	02/02/2023 23:18:30	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Declaração de concordância	Compromisso.pdf	02/02/2023 23:17:49	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	02/02/2023 23:11:17	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LASES.pdf	02/02/2023 23:09:16	FELIPE CLEMENTINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	02/02/2023 23:07:36	FELIPE CLEMENTINO GOMES	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	02/02/2023 23:03:36	FELIPE CLEMENTINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO/PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

a) Protocolo de revisão de escopo publicado

Research, Society and Development, v. 12, n. 8, e4112842831, 2023
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42831>

Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente idoso cirúrgico: protocolo de revisão de escopo

Palliative nursing care for the elderly surgical patient: scoping review protocol

Cuidados paliativos de enfermería para el paciente quirúrgico anciano: protocolo de revisión del alcance

Recebido: 25/07/2023 | Revisado: 06/08/2023 | Aceitado: 09/08/2023 | Publicado: 12/08/2023

Felipe Clementino Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5719-8041>
Hospital Universitário Lauro Wanderley/Ebserh, Brasil
E-mail: felipegomesenfer@gmail.com

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2911-324X>
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
E-mail: mariana.albemaz@professor.ufcg.edu.br

Mariane Lorena Souza Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4137-2137>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: marylorena6@gmail.com

Rosângela Alves Almeida Bastos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5785-5056>
Hospital Universitário Lauro Wanderley/Ebserh, Brasil
E-mail: <https://orcid.org/0000-0002-5785-5056>

Resumo

Este artigo apresenta o protocolo de revisão de escopo sobre a prestação de cuidados paliativos pela enfermagem, para idosos em ambiente perioperatório, reconhecendo a diversidade de necessidades em todo o *continuum* de viver e morrer bem para esses pacientes. O protocolo tem como objetivo documentar os processos envolvidos no planejamento e condução metodológica de uma extensa revisão de escopo, que visa mapear e identificar na literatura as produções existentes sobre as ações de enfermagem voltadas ao cuidado paliativo ao paciente idoso no contexto de hospitalização cirúrgica. O estudo será descritivo, exploratório, tipo revisão de escopo, a ser realizado em seis bases de dados e dois acervos de literatura cinzenta, orientada pelas diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI). O protocolo da revisão foi elaborado seguindo os itens do *Preferred Reporting Items for Systematic Review - Scoping Review (PRISMA-ScR)* e serão incluídas publicações restritas ao público idoso, internado em Clínica Cirúrgica/Unidades de Terapia Intensiva Cirúrgica, elegíveis ou em recebimento de cuidados paliativos de enfermagem. Os dados serão extraídos e tratados em 3 etapas, compilados no software *Rayyan*®, por 2 revisores independentes e 1 decisor. O protocolo foi registrado no *Open Science Framework* (OSF), e assim espera-se identificar as necessidades e prioridades das intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos ao idoso cirúrgico, bem como fomentar uma atenção mais socialmente conectada, planejada e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Envelhecimento; Pessoa idosa; Cuidados de enfermagem; Hospitalização; Cuidados paliativos; Cirurgia

Abstract

This article presents the scoping review protocol on the provision of palliative care for older adults in the perioperative setting by nursing, with the recognition of the diversity of needs across the continuum of living and dying well for older adults. The protocol aims to document the processes involved in the planning and methodological conduct of an extensive scoping review, which aims to map and identify in the literature the existing productions on nursing actions aimed at palliative care for the elderly patient in the context of surgical hospitalization. The study will be descriptive, exploratory, scoping review, to be carried out in six databases and two collections of gray literature, guided by the guidelines of the *Joanna Briggs Institute* (JBI). The review protocol was elaborated following the *Preferred Reporting Items for Systematic Review - Scoping Review (PRISMA-ScR)* and publications restricted to the elderly public, hospitalized in Surgical Clinic/Surgical Intensive Care Units, eligible or receiving palliative nursing care will be included. Data will be extracted and processed in 3 stages, compiled in *Rayyan*® software, by 2 independent reviewers and 1 decision maker. The protocol was registered in the *Open Science Framework* (OSF), and thus it is expected to identify the needs and priorities of nursing interventions in palliative care for the surgical elderly, as well as to foster a more socially connected, planned and person-centered care.

Keywords: Aging; Aged; Nursing care; Hospitalization; Palliative care; Surgery.

b) Revisão de escopo: “Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente idoso cirúrgico: revisão de escopo”

Article



Nursing Palliative Care for Elderly Surgical Patients: A Scoping Review*

* This article stems from the master's thesis entitled "E-book as a technology combined with palliative care for elderly surgical patients", presented at the Professional Master's Degree Course in Gerontology at the Universidade Federal da Paraíba, Brazil (not yet published). No financial or institutional support was received.

✉ Felipe Clementino Gomes

<https://orcid.org/0000-0002-5719-8041>
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,
 Hospital Universitário Lauro Wanderley,
 Universidade Federal da Paraíba, Brazil
felipe.gomes@ebserh.gov.br

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

<https://orcid.org/0000-0002-2911-324X>
 Universidade Federal da Paraíba, Brazil
mary_albernaz@hotmail.com

Mariane Lorena Souza Silva

<https://orcid.org/0009-0002-4137-2137>
 Universidade Federal da Paraíba, Brazil
mariane.lorena@academico.ufpb.br

Rosângela Alves Almeida Bastos

<https://orcid.org/0000-0002-5785-5056>
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,
 Hospital Universitário Lauro Wanderley,
 Universidade Federal da Paraíba, Brazil
rosangela.bastos@ebserh.gov.br

Recebido: 31/08/2023
 Submetido a pares: 20/10/2023
 Aceito por pares: 24/04/2024
 Aprovado: 03/05/2024

DOI: 10.5294/aqui.2024.24.2.9

Para citar este artigo / To reference this article / Para citar este artigo
 Gomes FC, Carvalho MAP, Silva MLS, Bastos RAA. Nursing palliative care for elderly surgical patients: A scoping review. *Aqui*. 2024;24(2):e1429.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.2.9>

c) **Estudo qualitativo: “Aspectos do cuidado paliativo ao idoso em internação cirúrgica: perspectivas do profissional de enfermagem”**

Artigo adequado às normas

×

Participants

Ana Fátima Carvalho Fernandes (afatima)

FELIPE (felipe_clg)

Messages

Note	From
<p>Prezados autores,</p> <p>Informamos que o artigo 92567: Aspectos do cuidado paliativo ao idoso em internação cirúrgica: perspectivas do profissional de enfermagem, sob autoria de Felipe Clementino Gomes, Ana Elza da Silva Souza e Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho, encontra-se adequado às normas de publicação da Rev Rene, devendo, nesta ocasião, ser encaminhado para o Editor de Seção (Editor por área temática), e posterior envio aos consultores adhoc (avaliação por pares cega).</p> <p>Acompanhem o status do artigo pelo sistema.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>Antonia Sampaio</p>	<p>afatima 29-12-2023 15:27</p>

[Add Message](#)

APÊNDICE E - COMPROVANTE DE REGISTRO DE AUTORIA**CERTIFICADO DE REGISTRO****Nome do Arquivo Origem:**

Ebook novo (1).pdf

HASHCODE(sha256) do Arquivo Origem:

991515909f1e72cd0a333b4694356980158c1c46d2374ddbac3a1011b9e1d8e6

Título da Obra:

O Manto do Cuidar: Cuidados Paliativos em Clínica Cirúrgica

Dados do(s) Autor(es):FELIPE CLEMENTINO GOMES CPF 08199962461, MARIANA ALBERNAZ PINHEIRO DE CARVALHO
CPF 06199137469**Dados do(s) Titular(es):**

FELIPE CLEMENTINO GOMES CPF 08199962461

Observações:

Livro digital produto da dissertação intitulada "EBOOK COMO TECNOLOGIA ALIADA AO CUIDADO PALIATIVO DO PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO", apresentada ao Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, com intuito de orientação e informação acerca do cuidado paliativo em pacientes idosos cirúrgicos. As imagens, textos e diagramação são de inteira responsabilidade de seus idealizadores. As referências foram devidamente feitas.

Data de emissão: 04/02/2024

Para que este registro se mantenha válido, é de responsabilidade única e exclusiva do usuário deste sistema guardar em local seguro o arquivo origem (arquivo digital onde está gravado a obra). Qualquer alteração no arquivo de origem, até mesmo alterações no nome do arquivo, invalidará o certificado gerado pelo sistema Autoria Fácil®. O presente documento comprova, aplicando a tecnologia de hashcode (SHA 256), Carimbo do Tempo e Assinatura Digital ICP-Brasil, que a pessoa supra indicada declarou-se autor da obra supra citada. Qualquer inconsistência quanto à autoria da obra supra declarada são de exclusiva responsabilidade do declarante e se falsas, podem configurar crime em alguns países. **Atenção:** Confira se o código hash foi gerado. Caso haja erro reporte o ocorrido imediatamente através do email suporte@autoriafacil.com.

[Autoria Fácil©](http://AutoriaFácil.com)