

O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida

Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life

El enfermero en la defensa de la autonomía del anciano al final de la vida

Rafael Barroso Gaspar¹

ORCID: 0000-0002-1042-3096

Marcelle Miranda da Silva¹

ORCID: 0000-0003-4872-7252

Karen Gisela Moraes Zepeda¹

ORCID: 0000-0001-8390-3579

Ítalo Rodolfo Silva^{II}

ORCID: 0000-0002-2882-1877

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Gaspar RB, Silva MM, Zepeda KGM, Silva IT. Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1639-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0768>

Autor Correspondente:

Marcelle Miranda da Silva

E-mail: marcellemsuffrj@gmail.com



Submissão: 04-10-2018 **Aprovação:** 27-02-2019

RESUMO

Objetivo: compreender a forma como os enfermeiros lidam com a autonomia do idoso na terminalidade da vida. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, guiado pela Teoria Fundamentada nos Dados. Dez enfermeiros, oito médicos e 15 técnicos de enfermagem foram entrevistados entre novembro de 2016 e maio de 2017, em um hospital universitário, no Rio de Janeiro/Brasil. **Resultados:** os enfermeiros lidam com a autonomia do idoso em atendimento ao código de ética e exercem a liderança nas ações e interações para defender este direito, avaliando, orientando e ouvindo as preferências dos idosos; interagindo com a família; e compartilhando informações com a equipe de saúde. **Considerações finais:** a autonomia dos idosos deve ser assegurada no planejamento assistencial, tendo como base a comunicação centrada no paciente e desenvolvida no processo interacional entre os agentes envolvidos no cuidado. É preciso fomentar a discussão sobre as Diretivas Antecipadas de Vontades e sobre os princípios dos cuidados paliativos.

Descritores: Enfermagem; Autonomia Pessoal; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Direitos dos Idosos; Doença Crônica; Hospitalização.

ABSTRACT

Objective: to understand how nurses deal with the elderly's autonomy at the end of life. **Method:** qualitative, exploratory study, guided by the Grounded Theory. Ten nurses, eight doctors and 15 nursing technicians were interviewed between November 2016 and May 2017 at a university hospital in Rio de Janeiro/Brazil. **Results:** nurses deal with the elderly's autonomy in compliance with the code of ethics and exercise leadership in actions and interactions to defend this right, evaluating, guiding and listening to the preferences of the elderly; interacting with the family; and sharing information with the health team. **Final considerations:** the elderly's autonomy must be ensured in care planning, based on patient-centered communication and developed in the interaction among agents involved in care. The discussion on "Living Wills" Health Care Directives and principles of palliative care must be encouraged.

Descriptors: Nursing; Personal Autonomy; Hospice Care; Aged Rights; Chronic Disease; Hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: comprender la forma en que los enfermeros se ocupan de la autonomía del anciano en relación con el fin de la vida. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio, guiado por la Teoría Fundamentada en los Datos. Diez enfermeros, ocho médicos y 15 técnicos de enfermería fueron entrevistados entre noviembre de 2016 y mayo de 2017, en un hospital universitario, en Río de Janeiro/Brasil. **Resultados:** los enfermeros lidan con la autonomía del anciano en atención al código de ética y ejercen el liderazgo en las acciones e interacciones para defender este derecho, evaluando, orientando y escuchando las preferencias de los ancianos; interactuando con la familia; y compartiendo información con el equipo de salud. **Consideraciones finales:** la autonomía de los ancianos debe ser asegurada en la planificación asistencial, teniendo como base la comunicación centrada en el paciente y desarrollada en el proceso interacional entre los agentes involucrados en el cuidado. Es necesario fomentar la discusión sobre las *Directivas Antecipadas de Vontades* (Directivas Anticipadas de Voluntades) y sobre los principios de los cuidados paliativos.

Descritores: Enfermería; Autonomía Personal; Cuidados Paliativos la Final de la Vida; Derechos de los Ancianos; Enfermedad Crónica; Hospitalización.

INTRODUÇÃO

À medida que a população envelhece, prevalecem as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis anualmente por aproximadamente 70% das mortes no mundo⁽¹⁾. Tais doenças estão associadas à síndrome clínica no idoso, que resulta em comprometimento fisiológico, com o aumento das hospitalizações e do tempo de permanência nas instituições de saúde. Destaca-se que as intervenções para o controle das DCNT demandam elevados recursos financeiros, serviços de saúde especializados, oferta de cuidados paliativos e capacitação dos profissionais de saúde⁽²⁾.

Esta realidade afeta a área de conhecimento da Enfermagem, pois, uma vez hospitalizado, o idoso com DCNT sofre impacto na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado, passando a necessitar de assistência com elevado grau de dependência da equipe de enfermagem, bem como de defensores da preservação da sua autonomia⁽³⁾.

A autonomia pode ser compreendida como um direito personalíssimo que se expressa na capacidade de tomar decisões, ou seja, na liberdade que a pessoa tem para agir e tomar suas próprias decisões, segundo seus valores e, conseqüentemente, decidir sobre aquilo que julga ser melhor para si. Embora o idoso se encontre em condição de dependência, deve lhe ser assegurado o direito à autonomia, uma vez que não há relação entre a necessidade de cuidados e a capacidade da pessoa para tomar decisões sobre a própria vida⁽⁴⁻⁵⁾.

Embora todas as pessoas tenham direitos e deveres de acordo com a ordem civil, é preciso refletir sobre o direito da autonomia sob o viés da autodeterminação incontestável, visto que as pessoas precisam ser compreendidas no contexto em que estão inseridas, abrindo precedente para a tomada de decisão compartilhada, já que não existe direito absoluto⁽⁵⁾.

A idade não é um fator que incapacita a pessoa de exercer pessoalmente os atos da vida civil, como decidir sobre a própria vida e morte. Entretanto, as fragilidades impostas pela doença e pela hospitalização, as relações de poder pautadas no domínio do conhecimento científico da Medicina e a dominação do paradigma biomédico curativista podem gerar situações em que o direito à autonomia do idoso seja violado. Dessa forma, como membro da equipe de saúde, o enfermeiro pode reunir elementos que favoreçam a criação de vínculos e o desenvolvimento de ações e interações no escopo do gerenciamento do cuidado para defender a autonomia do idoso⁽⁶⁻⁷⁾.

OBJETIVO

Compreender a forma como os enfermeiros lidam com a autonomia do idoso na terminalidade da vida.

MÉTODO

Aspectos éticos

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, o projeto de pesquisa foi aprovado pelas instituições proponente e coparticipante, respectivamente, Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Todos os participantes receberam informações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o anonimato, sendo os recortes das entrevistas identificados por códigos alfanuméricos.

Referencial metodológico

Aplicou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT), com base nos preceitos da Escola Straussianiana. Com a TFD, busca-se desvelar a compreensão dos múltiplos fenômenos do cenário de atuação da equipe de enfermagem a partir de elementos, como significados, opiniões, valores e percepções e, assim, atender às requisições do objeto de estudo⁽⁸⁾.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório.

Cenário do estudo

Os dados foram coletados nas enfermarias de clínica médica de um hospital universitário, no município do Rio de Janeiro, Brasil, no período entre novembro de 2016 e maio de 2017.

Coleta e organização dos dados

Entre os princípios de desenvolvimento da TFD, está a capacidade de o processo analítico direcionar para diferentes grupos amostrais, a partir de hipóteses que surgem no decurso do processo de coleta e análise dos dados. Esses novos grupos amostrais, quando surgem, permitem compreender o enraizamento do fenômeno investigado a partir de outras percepções ou significados que influenciam diretamente a teorização do fenômeno de pesquisa. Tal possibilidade ocorre porque, na TFD, os dados são coletados e analisados de forma simultânea. Desse modo, além do grupo de enfermeiros, foram construídos outros dois grupos amostrais, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação dos grupos amostrais, Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Grupos	Participantes	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Pergunta geradora
1º Grupo Amostral	Dez enfermeiros	Ter vínculo empregatício com a instituição e experiência mínima de seis meses nas enfermarias de clínica médica.	Estar afastado do trabalho por quaisquer motivos durante o período de coleta de dados. Atuar em cargos exclusivamente administrativos.	O que você compreende por autonomia do idoso na terminalidade da vida?
2º Grupo Amostral	Oito médicos, sendo um responsável clínico e sete residentes médicos			
3º Grupo Amostral	15 técnicos de enfermagem			

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram observação não participante e entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas individualmente, em lugar privado, no horário de escolha dos participantes e gravadas após devida autorização. O tempo médio de cada entrevista foi de 30 minutos.

Para a captação dos participantes do estudo, a partir dos critérios estabelecidos, realizou-se a caracterização do perfil profissional, considerando, além do tempo de experiência no setor, as seguintes variáveis: idade, categoria profissional, tempo de experiência em cuidados paliativos e qualificação profissional.

A saturação de dados foi discutida entre os pesquisadores, ao passo que as categorias foram construídas com profundidade teórica de modo a conseguir, em conjunto, explicar o fenômeno investigado. Ademais, o processo analítico da TFD permite alguns recursos para avaliar a densidade teórica dos dados, em que pese, inclusive, o processo de saturação.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por dois pesquisadores, de forma independente. Não foram identificadas divergências, não sendo necessária a análise de um terceiro pesquisador. Foram seguidas as etapas de codificação: codificação aberta, codificação axial e integração. Tais etapas ressaltam o processo analítico das informações na TFD, que ocorre a partir da divisão, conceitualização e correlação dos dados⁽⁸⁾.

Na codificação aberta, os dados brutos das entrevistas transcritas são analisados linha a linha, em processo de microanálise, gerando códigos preliminares. Na codificação axial, os códigos preliminares são agrupados por semelhança, formando códigos conceituais. Tais códigos podem formar subcategorias que, em seguida, se agrupam em categorias que representam conceitos. Na última etapa de integração, o modelo paradigmático é aplicado para revelação da categoria central ou fenômeno central do estudo⁽⁸⁾.

O modelo paradigmático é composto pelos seguintes elementos: fatores condicionantes, estratégias ações-interações e consequências. Os fatores condicionantes visam responder às perguntas sobre o porquê, quando e como as coisas acontecem, além de evidenciar os motivos e explicações fornecidas pelos participantes para justificar suas ações (ação/interação) diante do ocorrido. As estratégias ações-interações compreendem as respostas das pessoas diante de determinados problemas,

desafios ou objetivos. Tais respostas resultam dos significados atribuídos por elas após percepções sobre determinadas situações. As consequências podem ser entendidas como os resultados reais ou expectativas de determinadas ações⁽⁸⁾.

Destaca-se que a codificação gerou três categorias. Porém, considerando a abrangência e importância das possíveis ações-interações que podem ser implementadas pelo enfermeiro para defender a autonomia dos idosos, foi detalhado, neste recorte, apenas uma categoria referente ao componente paradigmático estratégias ações-interações, que reúne as formas como os indivíduos lidam com determinadas situações, no caso, a autonomia do idoso; o que as pessoas fazem para resolver determinados problemas que emergem no contexto social no qual estão inseridas.

No que se refere à validação teórica dos resultados, destaca-se que o retorno constante aos dados mediante o método de constante comparação é, em si, uma das possibilidades de validação.

RESULTADOS

Sobre o perfil profissional dos participantes, dentre os enfermeiros, a média de idade foi de 39 anos. O tempo médio de atuação no setor foi de quatro anos e o de experiência em cuidados paliativos foi de sete anos. Oito enfermeiros são pós-graduados. Dentre os médicos, a média de idade foi de 31 anos. O tempo médio de atuação no setor e de experiência em cuidados paliativos foi de quatro anos. Dos técnicos de enfermagem, a média de idade foi de 45 anos. O tempo médio de atuação no setor e de experiência em cuidados paliativos foi de sete anos.

A respeito do processo de codificação e análise sistemática dos dados, desenvolveu-se a categoria intitulada "Estabelecendo ações e interações para defender a autonomia do idoso em cuidados paliativos na terminalidade da vida". Essa categoria representa o elemento de estratégias ações-interações do modelo paradigmático, que contribuiu para a definição do seguinte fenômeno central: articulando elementos da profissão enfermeiro e do perfil desenvolvido em seu exercício na assistência hospitalar para defender a autonomia do idoso na terminalidade da vida.

Esta categoria é formada por quatro subcategorias, apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Apresentação dos dados brutos e principais códigos conceituais das subcategorias, Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Subcategoria 1: Interatuando com a família para defender a autonomia do idoso	
Dados brutos	Principais códigos conceituais
<i>O principal é a família orientada, participativa, que entenda o que está acontecendo. Às vezes, você pode promover a autonomia do idoso, mas vêm os filhos que não concordam e querem que você faça tudo. (M8)</i> <i>Na comunicação com a família, procuramos chamar os que são mais próximos para uma conversa bem aberta, não ficamos mentindo ou omitindo as coisas. (M5)</i> <i>É preciso ver qual a sensação da família naquele momento. Se ela está muito esperançosa, temos que ir com mais calma. (M2)</i> <i>Muitas vezes, a própria família é uma barreira, pois o idoso tem condições de ir ao banheiro, tomar o banho, e a família quer que dê o banho no leito. (T5)</i>	<ul style="list-style-type: none">- Estabelecendo relação de confiança;- Incentivando a participação do familiar;- Dialogando com a família com base na veracidade das informações;- Avaliando o que os familiares sabem sobre o estado de saúde do idoso e o que desejam saber;- Enfrentando dificuldades no relacionamento com os familiares.

Continua

Continuação do Quadro 2

Subcategoria 2: Interagindo com o idoso para defender sua autonomia	
Dados brutos	Principais códigos conceituais
<p><i>Uma boa ação vem do carinho, do saber ouvir. Às vezes, o paciente nem quer nada, mas saber ouvir o que ele tem para te falar, para ele já é um cuidado essencial [...]. Temos que respeitar a decisão do paciente, falando sua verdadeira condição, ouvindo suas queixas. O diálogo é essencial, pois favorece a autonomia do idoso. (E4)</i></p> <p><i>Encaro a autonomia do idoso como relativa, pois depende do nível de consciência e do estado que ele está. Mas, ao meu ver, é ele que deve decidir o que quer. (E8)</i></p> <p><i>É preciso dar a opção de o paciente participar das decisões sobre sua vida, mas se não fica claro para ele o que está acontecendo e as opções, ele não terá possibilidade de expressar o que quer. (E3)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Defendendo a autonomia do idoso; - Dialogando com o idoso; - Compreendendo os desejos do idoso e suas razões; - Avaliando o nível de consciência do idoso e sua condição patológica; - Relativizando a autonomia do idoso a partir de sua condição; - Criando condições para que o idoso participe da tomada de decisão.
Subcategoria 3: Trabalhando em equipe	
Dados brutos	Principais códigos conceituais
<p><i>Converso com o médico que o paciente comentou que não quer mais o tratamento, que quer se entregar. Diante disso, o médico pede um parecer para um psicólogo conversar com ele e confirmar essa posição. (E5)</i></p> <p><i>Com o diálogo, a equipe vai trabalhar bem; e amplia-se a visão sobre o caso. (E1)</i></p> <p><i>Com a equipe multidisciplinar, a gente tem que primeiro pegar deles o que eles acham, pois eles convivem mais que a gente. Eu vejo o paciente só no plantão, mas a Enfermagem está com o paciente o tempo todo. Então, eles falam se o paciente está entendendo ou não. (M5)</i></p> <p><i>Trabalhar quase sempre com a mesma equipe facilita o compartilhamento das tomadas de decisão com a Enfermagem. (M8)</i></p> <p><i>Discutimos em round, reafirmamos na passagem de plantão que, para aquele paciente, são só medidas de conforto e informamos à Enfermagem e ao Serviço Social depois que foi tomada a decisão. (M6)</i></p> <p><i>Às vezes, no plantão, tem uma nutricionista que entende de cuidados paliativos, dá apoio à autonomia e deixa dar um pouco mais de conforto para o paciente (E8).</i></p> <p><i>A autonomia do idoso vai ser mais fácil se ele tem a oportunidade de receber a visita do médico dele, que o acompanha de longa data, pois ele sabe mais do paciente do que a gente. (M7)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidiando o trabalho em equipe a partir do compartilhamento de informações; - Dialogando com os demais profissionais da equipe; - Compartilhando o processo de tomada de decisão; - Centralizando no médico o processo de tomada de decisão; - Buscando parecer de profissional especializado.
Subcategoria 4: Reconhecendo a liderança do enfermeiro na defesa da autonomia do idoso	
<p><i>O enfermeiro tem maior proximidade com eles do que os outros profissionais. Muitas coisas que os idosos não falam com o médico eles falam com o enfermeiro. (M2)</i></p> <p><i>Eu sempre pergunto ao paciente se ele informou o que está me passando para o médico e na maioria das vezes ele fala que não. (E2)</i></p> <p><i>Eu me apresento pelo nome, para ser uma referência para ele como enfermeira do plantão. Tudo que será realizado, eu comunico a ele sobre a proposta a ser feita como, por exemplo, uma punção periférica. Se ele responde que não quer, pergunto o porquê para entender seus argumentos, pois ele tem suas razões. (E1)</i></p> <p><i>Quando algo impossibilita que a gente promova a autonomia do idoso, a princípio a gente tem o enfermeiro, nosso chefe imediato, a quem repassamos a situação que não concordamos e que achamos que tenha que ter uma intervenção. Então, o enfermeiro é uma referência em certas situações. (T1)</i></p> <p><i>A maioria dos enfermeiros, infelizmente, aceita muito o que é colocado, talvez pela sobrecarga de trabalho ou por se deter a fazer aquilo que dá para ser feito. (T6)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tendo maior proximidade com o idoso durante a internação; - Tendo maior abertura para dialogar com o idoso e oportunidade para compreender suas necessidades; - Potencializando ações na defesa da autonomia do idoso; - Estabelecendo relação de confiança; - Sendo referência para a equipe e para o paciente; - Vivenciando desafios para defender a autonomia do idoso.

DISCUSSÃO

A interação entre o enfermeiro, demais membros da equipe de saúde e a família do idoso constitui importante ação para promover sua autonomia na terminalidade da vida, especialmente, quando hospitalizado. O núcleo familiar desempenha um papel social fundamental, pois, uma vez participativo e integrado, gera sentimento de fraternidade, segurança e dignidade. Para que a família desempenhe este papel no hospital, a equipe de saúde precisa inseri-la no processo de cuidar e considerá-la uma unidade de cuidado, uma vez que poderá demandar diferentes necessidades⁽⁹⁾.

Destaca-se a comunicação como uma importante ferramenta de trabalho que, pautada na sensibilidade e na compaixão, possibilita o esclarecimento de dúvidas sobre o quadro de saúde do idoso de forma simples e objetiva⁽¹⁰⁾.

Os participantes do estudo demonstraram preocupação que as informações sejam transmitidas de forma clara, pautada na veracidade, respeitando a capacidade de compreensão e o momento de aceitação de cada pessoa. É preciso ter atenção ao estado emocional dos idosos e seus familiares, que, a depender, pode interferir na interpretação das informações, o que requer cautela por parte da equipe de saúde, pois o processo de comunicação pode precisar ser desenvolvido de forma gradativa ao longo do período de hospitalização.

O enfermeiro desempenha importante papel no compartilhamento das informações, pois ocupa posição estratégica no cenário da internação, atuando como mediador entre os demais integrantes da equipe, em prol do atendimento das necessidades dos idosos e de seus familiares⁽¹¹⁾.

A família, enquanto unidade de cuidado, precisa ser instrumentalizada, ou seja, orientada e incentivada a participar de forma

ativa no cuidado ao idoso, especialmente, pelo enfermeiro que, juntamente à sua equipe, é responsável pelo gerenciamento do cuidado nas 24 horas. Contudo, é preciso treinar e incentivar a participação dos enfermeiros para que possam intermediar o processo de comunicação, incluindo estratégias, como as conferências familiares⁽¹²⁻¹³⁾.

Situações de conflito e discordância com o plano terapêutico são comuns quando familiares não são informados, ou são mal informados, podendo comprometer sua participação no processo de tomada de decisão; conseqüentemente, na interferência na autonomia do idoso, em especial, se há déficit cognitivo e transferência da tutela⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O cuidado realizado pela família é fundamental para proporcionar a autonomia do idoso, mesmo nos momentos que este se encontra hospitalizado e vivenciando situações clínicas que podem ampliar seu estado de vulnerabilidade. Desta forma, para que a autonomia do idoso seja garantida, é imperioso que a equipe fomente mecanismos assecuratórios para o cumprimento deste direito, já que a política nacional de saúde que norteia os serviços públicos e privados dispõe de princípios e diretrizes que garantem a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A complexidade do cuidado no processo de morte e morrer, a inabilidade profissional, as rotinas institucionais, a falta de referências teórico-práticas sobre cuidados paliativos e a elevada carga de trabalho ocasionam falta de tempo para o compartilhamento de informações, gerando desacordos e compreensão inadequada sobre o diagnóstico e o prognóstico do paciente, corroborando para dificultar a participação da família no contexto assistencial⁽¹⁵⁾.

O incentivo à participação dos idosos nas decisões sobre seus tratamentos possibilita o planejamento do cuidado centrado na pessoa, corroborando para pôr em prática uma abordagem assistencial ampla, interdisciplinar e que valoriza suas preferências. No Brasil, o respeito à autonomia e à prestação de informações sobre a condição clínica e opções de tratamento são pressupostos éticos e legais previstos nos códigos de deontologia dos profissionais de saúde⁽¹⁸⁾.

Para os profissionais de enfermagem, tais prerrogativas constam na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 564/2017, nos artigos nº 39 e nº 42 que incluem o dever profissional de oferecer informações sobre o tratamento de saúde, respeitar e promover ações que promovam a participação da pessoa nas decisões sobre o tratamento. Desta forma, ratifica-se que a autonomia do paciente deve ser assegurada no processo assistencial, tendo como base a comunicação, e desenvolvida no processo interacional entre os agentes envolvidos no cuidado^(16,18-19).

Embora a comunicação e a proposição de decisões compartilhadas atendam à filosofia dos cuidados paliativos, é preciso ressaltar que existem nas instituições de saúde possíveis barreiras para promoção da autonomia do idoso, como, por exemplo, o paternalismo profissional e o despreparo para definir o diagnóstico e o prognóstico, o que contribui para gerar falsas expectativas e comprometimentos psicossociais. Assim, as tomadas de decisões unilaterais e inadequadas emergem a partir de julgamentos profissionais que não atendem aos anseios dos pacientes e que pode afastá-los do exercício de sua autonomia⁽²⁰⁾. Para evitar a concentração da tomada de decisão no médico, por exemplo, é

fundamental atuar em equipe, e participar o idoso e sua família no processo de tomada de decisões.

Além das barreiras supracitadas, o quadro de fragilidade e vulnerabilidade do idoso hospitalizado com possível comprometimento da lucidez, também interfere no exercício de sua autonomia, uma vez que esse direito deixa de ser reconhecido, o que remete à necessidade de representação legal e à sobreposição do poder da Medicina.

Frente aos avanços biotecnológicos e a progressiva complexidade do processo assistencial decorrente do envelhecimento populacional, torna-se imperioso garantir o direito à autonomia dos idosos para que possam decidir sobre qual tratamento desejam de acordo com seus valores éticos, morais e religiosos. Por se tratar de um dos princípios da bioética, a autonomia visa protegê-los contra o uso indevido de medidas terapêuticas fúteis que visem à manutenção da vida, ainda que sem qualidade.

Presente em tratados internacionais, como Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura e na legislação brasileira, a exemplo do Estatuto do Idoso e da Constituição da República Federativa do Brasil, o princípio da autonomia e o princípio do melhor interesse do idoso visam assegurá-lo do direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for mais favorável, salvaguardando sua dignidade.

Ratifica-se em alguns trechos dos depoimentos que o paciente tem direito à autonomia, inclusive para decidir se deseja permanecer ou não hospitalizado, à medida que tem o conhecimento do processo evolutivo de sua doença. No entanto, essa autonomia parece ser condicionada a determinados fatores; dentre eles, sua condição de saúde e sua capacidade cognitiva para tomar decisões. Com isso, há dados que afirmam que a autonomia não é um direito absoluto, pois deve ser compartilhada entre o paciente, profissionais e familiares. A respeito da decisão compartilhada, o paciente precisa ser incentivado pela equipe de saúde a desempenhar papel ativo no processo de tomada de decisão. Assim, poderá expressar seus valores, necessidades, preferências e o que deseja alcançar com o tratamento proposto.

É importante, então, que se estabeleça o incentivo à tomada de decisão compartilhada nas instituições, no cerne da sistematização da assistência, identificando as barreiras que possam impedir a defesa da autonomia do idoso. Nesse contexto, enfermeiro agrega fundamental importância já que têm a possibilidade de promover a comunicação de forma clara para identificar circunstâncias ameaçadoras à autonomia do idoso e agir informando-o de modo a torná-lo agente ativo em seu tratamento, assim como mediar e facilitar o planejamento do cuidado em equipe^(5,21).

A passividade dos idosos nas relações com os médicos pode ser analisada sob a perspectiva da representação social e cultural que a medicina exerce na sociedade. O médico é visto pela maioria da população como o profissional que tem o conhecimento sobre o corpo e está plenamente capacitado para tomar as melhores decisões por ele. Contudo, é preciso atentar sobre tal relação, pois a pressão sociocultural do papel do médico pode prejudicar a troca de informações, a tomada de decisão compartilhada e o exercício da autonomia do idoso⁽²²⁾.

Os cuidados destinados aos pacientes que vivenciam a terminalidade da vida devem ser providos a partir de uma perspectiva

interdisciplinar, onde cada categoria profissional oferece seus conhecimentos e tecnologias próprias, estabelece comunicação entre si e, desta forma, troca informações sobre a condição clínica dos pacientes, a fim de que se possa oferecer o melhor tratamento que atenda às suas expectativas. Assim, ratifica-se a importância de ações interativas entre os agentes que desenvolvem o cuidado. A respeito da atuação dos enfermeiros, por terem maior proximidade com os pacientes e familiares, por meio do raciocínio clínico, do Processo de Enfermagem e da comunicação como ferramenta de trabalho, dispõem de mecanismos para promover a interlocução entre a equipe de saúde, bem como contribuir para que o processo de tomada de decisão seja centrado no paciente⁽²³⁾.

O enfermeiro quando transmite determinadas informações e promove o diálogo com equipe médica, está validando o trabalho em equipe como mecanismo assecuratório para defesa da autonomia do idoso. O diálogo em equipe amplia as possibilidades de cuidado, gerando novas condutas assistenciais e atuação de profissionais que, até então, não estavam inseridos no planejamento assistencial, por meio, por exemplo, de emissão de pareceres. Assim acontece no caso da participação de especialistas em diversas áreas, como Oncologia, Geriatria e Cuidados Paliativos.

O planejamento assistencial também é qualificado quando algum membro da equipe de plantão possui expertise em cuidados paliativos, o que contribui para o delineamento das metas para promoção do conforto e da qualidade de vida. Dessa forma, diante das dificuldades e adversidades já destacadas para compartilhar decisões, comunicar más notícias e defender princípios, como a autonomia, destaca-se a importância de conhecimento específico em cuidados paliativos.

No Brasil, a atuação do enfermeiro em prol da defesa dos direitos dos pacientes, com destaque para a autonomia, não está devidamente consolidada. Entretanto, devido às características da profissão com bases filosóficas e humanísticas, bem como do perfil profissional que pode ser desenvolvido na prática assistencial, os enfermeiros dispõem de muitas oportunidades e instrumentos metodológicos, como o Processo de Enfermagem, para avaliar os pacientes de forma individualizada, identificar diferentes respostas e necessidades e salvaguardar os seus direitos, fornecendo apoio e informações.

No entanto, o processo de hospitalização do idoso, diante de suas fragilidades ainda mais potencializadas, pode desencadear sentimentos de incapacidade para tomada de suas próprias decisões. Desta forma, a dependência para os próprios cuidados e o sentimento de insegurança acarreta a despersonalização do idoso. Mas, pequenas atitudes do enfermeiro, como, por exemplo, o exercício da escuta, podem elevar o status de protagonista do idoso em seu cuidado.

Mesmo que não, necessariamente, o enfermeiro possa ser a figura representativa do defensor do idoso, em determinadas situações, em cumprimento aos preceitos éticos no exercício profissional, deverá defendê-lo, resguardando, assim, sua autonomia⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A defesa da autonomia do idoso pelo enfermeiro compreende um dever profissional especial e específico que faz parte dos pressupostos morais, capaz de potencializar a visibilidade social da profissão, mas, por outro lado, pode ser prejudicado nas realidades onde há risco de sobrecarga funcional decorrente da

polarização de múltiplas tarefas e do déficit de recursos humanos.

Os enfermeiros precisam de aptidões específicas, motivação e comprometimento profissional para defender a autonomia do idoso. No entanto, ao promover essa defesa, o enfermeiro pode entrar em conflito com outros profissionais de saúde. Sendo assim, é preciso manter um comportamento assertivo, ter diplomacia e habilidade de comunicação e negociação, visto que suas ações em prol do idoso podem gerar confronto de opiniões, de interesses e falsas interpretações.

Baseado no perfil profissional desenvolvido na prática assistencial, apreende-se que a ação de defesa tem natureza interpessoal e depende do grau da relação estabelecida entre o enfermeiro e o paciente. No entanto, o enfrentamento de barreiras para esta ação pode desencadear sentimento de impotência e indignação moral⁽²⁴⁻²⁵⁾. Dentre as barreiras, além da própria condição clínica do idoso, destaca-se falta de apoio institucional, falta de poder, falta de formação para exercer tal atividade, falta de tempo devido às múltiplas tarefas e ameaça de punições e perda do emprego.

A defesa da autonomia do idoso pelo enfermeiro deve ser discutida também sob o prisma do risco do paternalismo, especialmente, quando o idoso apresenta alterações do nível de consciência e não pode mais expressar seus desejos. Nesse caso, é preciso difundir conhecimento sobre as Diretivas Antecipadas de Vontades (DAV) como instrumento que pode ser utilizado pelos idosos para expressar seus desejos quanto à terminalidade da vida nas situações que não mais poderão responder por seus atos⁽²⁶⁻²⁷⁾.

A defesa exercida pelo enfermeiro representa um indicador de qualidade dos serviços de enfermagem. Ao assumir esse papel, os enfermeiros consideram os pacientes como humanos dotados de suas crenças, o que os afastam de uma postura meramente técnica nos momentos que precisam elucidar alguma dúvida ou até mesmo nas abordagens do cotidiano hospitalar^(25,28).

Limitações do estudo

Reconhece-se como limitação do estudo o fato de ter se explorado um único cenário de pesquisa, apesar de tratar-se de um hospital geral, de grande porte. Outro aspecto limitante refere-se à composição dos grupos amostrais, uma vez que não participaram do estudo: familiares, outros profissionais de saúde ou mesmo os idosos. Com isso, tem-se a necessidade de novas produções científicas sobre a temática incluindo novos participantes.

Embora não seja uma limitação, uma vez que o método não prevê a necessidade de retorno dos dados aos participantes, é importante a execução de outras formas de validação dos resultados, que podem contar com a avaliação do grupo ou parte do grupo de participantes da pesquisa, almejando representatividade da realidade investigada e possível aplicabilidade a outras realidades.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Política Pública

Possibilitar maior visibilidade do papel do enfermeiro brasileiro no campo da advocacia da saúde e contribuir para a qualidade do serviço prestado. Buscar defender a autonomia do idoso, que representa o elemento chave em cuidados paliativos. Fomentar discussões ao encontro das diretrizes internacionais e políticas

públicas no que se refere à necessidade de cuidados paliativos, especialmente, para idosos com DCNT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autonomia do idoso na terminalidade da vida refere-se à sua participação na tomada de decisão sobre questões inerentes ao seu cuidado, em respeito à dignidade. Contudo, diversas situações podem violá-la, como as fragilidades pela doença e pelo processo de hospitalização.

Por permanecerem diuturnamente ao lado do paciente e sua família, os enfermeiros podem desenvolver importante papel na defesa da autonomia do idoso, estabelecendo comunicação eficaz e orientações sobre o cuidado. Sua posição no organograma institucional e as características da profissão conferem privilégios para estabelecer ações e interações no âmbito da equipe de enfermagem e saúde, idosos e seus familiares, para

realização do cuidado individualizado pautado nos princípios bioéticos e humanísticos.

Assim, em cumprimento ao código de ética profissional, o enfermeiro pode intervir para resguardar a autonomia do idoso em situação de vulnerabilidade, ou seja, quando incapaz de expressar suas necessidades, crenças e valores, como, por exemplo, na situação de DCNT em fase avançada e em cuidados ao fim da vida. A autonomia é um elemento fundamental para implementação dos cuidados paliativos, sendo necessárias discussões ampliadas sobre esse princípio e o compartilhamento da tomada de decisão, já que implicam na prática de enfermagem.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Castro VC, Borghi AC, Mariano PP, Fernandes CAM, Mathias TAF, Carreira L. Hospitalization profile of elderly within the unified health system. Rev RENE [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 07];14(4):791-800. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3548/2788>
2. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. Rev Saude Publica. 2017;51(Suppl 1):4s. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051000090
3. Kernkamp CL, Costa CKF, Massuda EM, Silva ES, Yamaguchi MU, Bernuci MP. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. Cad Saúde Pública. 2016;32(7):e00044115. doi: 10.1590/0102-311X00044115
4. Valcarenghi RV, Lourenço LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):618-25. doi: 10.1590/0034-7167.2015680419i
5. Wilson F, Ingleton C, Gott M, Gardiner C. Autonomy and choice in palliative care: time for a new model? J Adv Nurs. 2013;70(5):1020-29. doi: 10.1111/jan.12267
6. Felix ZC, Batista PSS, Costa SFG, Lopes MEL, Oliveira RC, Abrão FMS. Nursing care in terminality: compliance with principles of bioethics. Rev Gaúcha Enferm. 2014;35(3):97-102. doi: 10.1590/1983-1447.2014.03.46405
7. Khoury HTT, Sá-Neves AC. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(3):553-65. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13012
8. Corbin JM, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. 14th ed. Thousand Oaks: SAGE; 2014.
9. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid. 2016;7(2):1297-309. doi: 10.15649/cuidarte.v7i2.330
10. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. Cien Saude Colet. 2013; 18(9):2523-30. doi: 10.1590/S1413-81232013000900006
11. Gibaut MAM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(5):1114-21. doi: 10.1590/S0080-62342013000500015
12. Moir C, Roberts R, Martz K, Perry J, Tivis LJ. Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. Int J Palliat Nurs. 2015;21(3):109-12. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.3.109
13. Silva SR, Trindade GSS, Paixão GPN, Silva MJP. Family conference in Palliative care: concept analysis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):206-13. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0055
14. Warnock C, Buchanan J, Tod AM. The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. J Adv Nurs. 2017;73(7):1632-45. doi: 10.1111/jan.13252
15. You JJ, Downar J, Fowler RA, Lamontagne F, Ma IW, Jayaraman D, et al. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. JAMA Intern Med. 2015;175(4):549-56. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7732
16. Bélanger E, Rodríguez C, Groleau D, Légaré F, MacDonald ME, Marchand R. Patient participation in palliative care decisions: an ethnographic discourse analysis. Int J Qual Stud Health Well-being. 2016;22(11):32438. doi: 10.3402/qhw.v11.32438
17. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Figueira AB, Fornari NC. Nursing beliefs and actions in exercising patient

- advocacy in a hospital context. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):806-12. doi: 10.1590/S0080-623420150000500015
18. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Brasília: Cofen, 2017 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
 19. Nogario ACD, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Ramos AM, Oliveira ACC. Nursing actions in practicing inpatient advocacy in a burn unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):579-86. doi: 10.1590/S0080-623420150000400007
 20. Hoerger M, Epstein RM, Winters PC, Fiscella K, Duberstein PR, Gramling R, et al. Values and options in cancer care (VOICE): study design and rationale for a patient-centered communication and decision-making intervention for physicians, patients with advanced cancer, and their caregivers. *BMC Cancer*. 2013;13:188. doi: 10.1186/1471-2407-13-188
 21. Hahlweg P, Didi S, Kriston L, Härter M, Nestoriuc Y, Scholl I. Process quality of decision-making in multidisciplinary cancer team meetings: a structured observational study. *BMC Cancer*. 2017;17:772. doi: 10.1186/s12885-017-3768-5
 22. Silva JLCL, Silva TCM, Alencar LCA. O paciente e a vivência da visita médica à beira do leito. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):704-12. doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e01572015
 23. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCR. Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(3):662-8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0509
 24. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematizing autonomy and advocacy in nursing. *Nurs Ethics*. 2014;21(5):576-82. doi: 10.1177/0969733013511362
 25. Hanks RG. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007;42(4):171-7. doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00084.x
 26. McSteen K, Peden-McAlpine C. The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *J Hosp Palliat Nurs*. 2006;8(5):259-269. doi: 10.1097/00129191-200609000-00011
 27. Zomorodi M, Foley BJ. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *J Adv Nurs*. 2009;65(8):1746-52. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x
 28. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Silveira RS, Vargas MAO. How have nurses practiced patient advocacy in the hospital context? a Foucaultian perspective. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e2560014. doi: 10.1590/0104-0707201600002560014
-