

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

Perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados: análise a partir da teoria da enfermagem transcultural

Louisanna Saint-Fort

Pelotas, 2025

Louisanna Saint-Fort

Perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados: análise a partir da enfermagem transcultural

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidados na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Franciele Roberta Cordeiro

Pelotas, 2025

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

F737p Fort, Louisanna Saint

Perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados [recurso eletrônico] : análise a partir da teoria da enfermagem transcultural / Louisanna Saint Fort ; Franciele Roberta Cordeiro, orientadora. — Pelotas, 2025.
107 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2025.

1. Idoso. 2. Assistência terminal. 3. Enfermagem. 4. Enfermagem transcultural. 5. Cultura. I. Cordeiro, Franciele Roberta, orient. II. Título.

CDD 610.73

Agradecimentos

Não tenho palavras para expressar minha gratidão e meu reconhecimento pelas pessoas extraordinárias que encontrei ao longo do meu percurso acadêmico. A palavra obrigada não é suficiente para dizer tudo o que sinto, mas não encontrei uma palavra maior que "obrigada". Tudo o que posso dizer é: obrigada!

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela vida, pela saúde e pelo fôlego de vida que Ele me deu, e por sempre colocar pessoas incríveis no meu caminho. Agradeço ao meu pai, Cameus Saint Fort, e à minha mãe, Louisanne Mon Premier (Acefie Pierre), que nunca desanimaram comigo. Mamãe, muito obrigada, pois quando todas as condições pareciam indicar que eu teria que abandonar os estudos, você permaneceu firme e fez de tudo para que eu pudesse continuar. Um grande agradecimento especial ao meu irmão mais velho, Filuis Saint Fort, que está ao meu lado desde 2012 e nunca me abandonou. Não posso falar sobre minha carreira sem mencionar esse grande irmão.

Muito obrigada de coração ao meu Esposo, Ilgentche Appolon, que me guiou no caminho da pesquisa científica e que sempre vela por mim. Antes, nunca pensei em fazer um mestrado, mas desde que você entrou na minha vida, tudo mudou. Você é meu anjo da guarda nesta terra. Obrigada por todo o apoio que você me dá, obrigada por estar sempre ao meu lado. Obrigada por todos os sacrifícios que você faz, não há ninguém como você nesta terra, você é realmente especial para mim. Seus sacrifícios são imensos, às vezes você se esquece de si mesmo por mim. Você está sempre pronto para fazer tudo por mim. Muito obrigada, meu esposo.

Um grande agradecimento especial à minha orientadora, Franciele Roberta Cordeiro. No final, não encontro palavras maiores do que "obrigada". É isso que posso dizer: obrigada e obrigada. Obrigada por todas as orientações, obrigada por ter escolhido me acompanhar para que eu pudesse realizar esse mestrado. Obrigada e mais uma vez, obrigada. Se eu não tivesse encontrado uma orientadora como você, meus estudos teriam sido muito mais difíceis. Você é compreensiva, está sempre lá para me lembrar tudo o que eu preciso fazer. Você é uma professora rara, não há muitas como você. Ao longo do meu percurso, desde os estudos clássicos até a minha graduação, encontrei muitos bons professores, mas nunca encontrei alguém como você. Você é única. Minha orientadora, o trabalho que você

faz não tem preço, não importa o valor de dinheiro que você poderia receber, nada pode te recompensar pelo trabalho que você faz com seus alunos. Você é única, é especial na sua forma de trabalhar. Eu nunca vou te esquecer na minha vida, pois você faz parte das pessoas que mais me ajudaram na minha carreira.

Um grande agradecimento aos professores/pesquisadores do PPGENF UFPel. Embora eu seja uma estudante estrangeira, com uma língua e cultura diferentes, nunca me senti excluída das aulas nem no ambiente físico dos grupos. Obrigada, em especial, à coordenadora do PPGENF por me aceitar no programa.

Agradeço ao governo brasileiro e ao GCUB-PROLAC, à Capes, pelo financiamento recebido durante esses 24 meses de pesquisa. Dedico um enorme agradecimento a toda a equipe de português para estrangeiros (PPE), que faz um excelente trabalho com os estudantes estrangeiros, demonstrando muita paciência e carinho, ajudando-nos a conhecer a língua portuguesa.

Também gostaria de agradecer ao Professor Marcos Aurélio Matos Lemões, à Professora Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz, à Professora Suele Manjourany Silva Duro pelas contribuições durante o meu exame de qualificação, por terem sido os revisores da minha dissertação e por terem aceitado participar da minha banca de defesa de Mestrado, ao lado da minha orientadora.

Obrigada à minha colega Kethelyn Costa Rodrigues pelo seu apoio. Um agradecimento especial e do fundo do meu coração para minha amiga Délivrance St Amour. Obrigada por me acompanhar tão bem durante toda essa grande aventura, apesar da distância. Obrigada por ser quem você é, com seu senso de humor e sua grande generosidade. Obrigada por me incentivar constantemente.

Minha família e amigos, minhas irmãs e irmãos, agradeço por serem pessoas excepcionais, cada um à sua maneira, que me guiam pelas diferentes fases da minha vida. Obrigada por serem quem são, obrigada por estarem sempre presentes. À minha cunhada Lisemene Pierre, agradeço por cada conselho, por cada apoio.

Enfim, obrigada a todos que fazem parte do meu percurso migratório no Brasil e que continuam me ajudando na transição para a vida acadêmica. Mãe, obrigada pelas suas orações constantes e pelo seu amor incondicional por mim.

Resumo

SAINT-FORT, Louisanna. **Perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados**: análise a partir da teoria da enfermagem transcultural. Orientadora: Franciele Roberta Cordeiro. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2025.

O envelhecimento da população é um problema mundial, que exige atenção dos gestores dos serviços de saúde, sobretudo em países em desenvolvimento e com poucos recursos, como o Haiti. Os idosos comumente apresentam doenças crônicas que em algum momento deixam de responder ao tratamento que pretende modificá-las, culminando no fim de vida. Nessa fase, a enfermagem se torna essencial e ao prestar cuidados deve considerar os aspectos culturais que envolvem a história de vida dos idosos, respeitando suas crenças, valores e desejos, um desafio no contexto da hospitalização. Por isso, esta pesquisa teve por objetivo compreender as perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados a partir da teoria de enfermagem transcultural. Para respondê-lo, foi realizada uma pesquisa qualitativa sustentada na Teoria de Enfermagem Transcultural. Entre julho e setembro de 2024, foram realizadas entrevistas semiestruturadas online ou respondidas via Google Forms com 11 enfermeiras atuantes no Centro Médico-Social de Ouanaminthe (CMSO), Haiti. Os dados foram gerenciados no programa Atlas.ti, em sua versão de demonstração e em nuvem, tendo sido submetidos à análise de conteúdo do tipo temática. Foi solicitada a anuência para realização da pesquisa ao CMSO, a qual foi concedida. Os resultados foram estruturados em duas categorias: “A formação das enfermeiras haitianas para o cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados” e “A interface da cultura nas dimensões do cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados”. Na primeira categoria é apresentada uma visão dos principais elementos da formação das enfermeiras haitianas para os cuidados com os idosos em fim de vida, com enfoque nas áreas da gerontologia e dos cuidados paliativos. Identificou-se que embora mencionem formação específica, ela demonstra-se centrada em aspectos físicos e parece carecer de tempo suficiente para impactar diretamente nos cuidados ofertados, o que foi perceptível ao apontarem as facilidades e dificuldades diante da hospitalização dos idosos em fim de vida. Na segunda categoria, discorre-se sobre os principais elementos da interface da cultura nas dimensões do cuidado aos idosos em final de vida hospitalizados, tendo sido perceptível, por um lado, a tentativa das enfermeiras incorporarem aspectos da cultura nos cuidados ofertados mesmo em meio à precária estrutura econômica do serviço e, por outro, as limitações e choques culturais causados pela diferença entre as visões de mundo das enfermeiras sobre o comportamento dos idosos e suas preferências em relação aos cuidados genéricos em detrimento dos cuidados dos profissionais de saúde. Conclui-se que há necessidade de investimento político, econômico e estrutural em direção à constituição de uma cultura paliativista no serviço, além de formação das enfermeiras para o cuidado ampliado e culturalmente congruente, algo fundamental, considerando as especificidades dos idosos haitianos e seus modos de vida.

Palavras-chave: idoso; assistência terminal; enfermagem; enfermagem transcultural; cultura.

Abstract

SAINT-FORT, Louisanna. **Perspectives of Haitian nurses on end-of-life care to hospitalized elderly**: analysis from transcultural nursing theory. Advisor: Franciele Roberta Cordeiro. 2015. 107 f. Dissertation (Master in Sciences) – Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2025.

The aging of the population is a global issue that requires attention from health service managers, especially in developing countries with limited resources, such as Haiti. The elderly often suffer from chronic diseases that, at some point, no longer respond to treatments aimed at modifying them, ultimately leading to the end of life. In this phase, nursing becomes essential, and when providing care, it must consider the cultural aspects that involve the life history of the elderly, respecting their beliefs, values, and desires— a challenge in the context of hospitalization. Therefore, this research aimed to understand the perspectives of Haitian nurses on end-of-life care for hospitalized elderly individuals based on the concepts of transcultural nursing. To answer this, a qualitative study was conducted based on the Theory of Transcultural Nursing. Between July and September 2024, semi-structured interviews were conducted online or completed via Google Forms with 11 nurses working at the *Centre Médico-Social de Ouanaminthe* (CMSO), Haiti. The data were managed using the Atlas.ti program, in its demo and cloud versions, and we used thematic content analysis. We obtained the consent to conduct the research at CMSO. We structured the results into two categories: 'Training of Haitian nurses for the care of hospitalized elderly at the end of life' and 'The interface of culture in the dimensions of care for hospitalized elderly at the end of life.' In the first category, I presented an overview of the main elements of the training of Haitian nurses for the care of elderly individuals at the end of life, focusing on the areas of gerontology and palliative care.

It was found that, although they mention specific training, it is focused on physical aspects and seems to lack sufficient time to directly impact the care provided. This was evident when identifying the challenges and difficulties faced by hospitalized elderly individuals at the end of life. In the second category, I discuss the main elements of the cultural interface in the dimensions of care for elderly individuals hospitalized at the end of life. It was notable, on the one hand, that nurses attempted to incorporate cultural aspects into the care provided, despite the precarious economic structure of the service. On the other hand, limitations and cultural clashes were evident, arising from the difference between nurses' worldviews regarding elderly people's behavior and their preferences for generic care, which sometimes took precedence over more personalized care from health professionals. I conclude that there is a need for political, economic, and structural investment to establish a palliative culture within the service, as well as to train nurses for comprehensive and culturally congruent care—something fundamental, considering the specificities of Haitian elderly individuals and their ways of life.

Keywords: aged; terminal care; nursing; transcultural nursing; culture.

Resumen

SAINT-FORT, Louisanna. **Perspectivas de las enfermeras haitianas sobre los cuidados al final de la vida de los ancianos hospitalizados: un análisis desde la teoría de la enfermería transcultural**. Directora: Franciele Roberta Cordeiro. 2015. 107 f. Disertación (Maestría en Ciencias) – Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2025.

El envejecimiento de la población es un problema mundial que requiere la atención de los gestores de los servicios de salud, especialmente en países en desarrollo y con recursos limitados, como Haití. Los ancianos suelen presentar enfermedades crónicas que, en determinado momento, dejan de responder a los tratamientos que buscan modificarlas, lo que lleva a la fase final de la vida. En esta etapa, la enfermería se vuelve esencial y, al brindar cuidados, debe considerar los aspectos culturales que forman parte de la historia de vida de los ancianos, respetando sus creencias, valores y deseos, lo que representa un desafío en el contexto de la hospitalización. Por ello, esta investigación tuvo como objetivo comprender las perspectivas de las enfermeras haitianas sobre los cuidados al final de la vida de los ancianos hospitalizados desde la teoría de la enfermería transcultural. Para responder a esta cuestión, se llevó a cabo una investigación cualitativa basada en la Teoría de la Enfermería Transcultural. Entre julio y septiembre de 2024, se realizaron entrevistas semiestructuradas en línea o respondidas a través de Google Forms con 11 enfermeras que trabajan en el Centro Médico-Social de Ouanaminthe (CMSO), Haití. Los datos fueron gestionados en el programa Atlas.ti, en su versión de demostración y en la nube, y sometidos a un análisis de contenido de tipo temático. Se solicitó la autorización para la realización del estudio al CMSO, la cual fue concedida. Los resultados se estructuraron en dos categorías: "La formación de las enfermeras haitianas para el cuidado de los ancianos hospitalizados en el final de la vida" y "La interfaz de la cultura en las dimensiones del cuidado de los ancianos hospitalizados en el final de la vida". En la primera categoría se presenta una visión de los principales elementos de la formación de las enfermeras haitianas para los cuidados de los ancianos al final de la vida, con énfasis en las áreas de gerontología y cuidados paliativos. Se identificó que, aunque mencionan formación específica, esta parece centrarse en aspectos físicos y carecer de tiempo suficiente para impactar directamente en la calidad de los cuidados brindados, lo que se evidenció en las facilidades y dificultades señaladas por las enfermeras en el contexto de la hospitalización de los ancianos al final de la vida. En la segunda categoría, se abordan los principales elementos de la interfaz cultural en las dimensiones del cuidado de los ancianos hospitalizados en la fase final de la vida. Se percibió, por un lado, el esfuerzo de las enfermeras por incorporar aspectos culturales en los cuidados brindados, a pesar de la precaria estructura económica del servicio, y, por otro lado, las limitaciones y los choques culturales derivados de la diferencia entre la visión de las enfermeras sobre el comportamiento de los ancianos y sus preferencias, que priorizan cuidados genéricos en lugar de los cuidados brindados por los profesionales de la salud. Se concluye que es necesario invertir en políticas, recursos económicos y estructurales para la consolidación de una cultura paliativista en el servicio, así como en la formación de las enfermeras para un cuidado ampliado y culturalmente congruente, algo fundamental considerando las especificidades de los ancianos haitianos y sus modos de vida.

Palabras clave: anciano; cuidados paliativos; enfermería; enfermería transcultural; cultura.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Estratégias de busca.....	26
Quadro 2 - Caracterização dos estudos.....	29
Quadro 3 - Composição das subcategorias e categorias.....	43

Lista de Figuras

Figura 1 - Pirâmide etária do Haiti.....	17
Figura 2 - Projeção de crescimento da população do Haiti.....	17
Figura 3 - Pirâmide populacional do Brasil.....	18
Figura 4 - Pirâmide populacional da França.....	19
Figura 5 - Estimativa do número de idosos para 2025 no Haiti.....	19
Figura 6 - Fluxograma da revisão integrativa.....	28
Figura 7 - Modelo do sol nascente proposto por Leininger.....	40

Lista de Abreviaturas

CMSO	Centro Médico-Social de Ouanaminthe
DSF	<i>Douleur sans frontières</i>
ENSS	Escola Nacional de Serviço Social
FAES	Fundo de Assistência Social
GCUB	Grupo de Cooperação Internacional de Universidades Brasileiras
HUEH	Hospitalar da Universidade Estatal do Haiti
UDUAL	Unión de Universidades de América Latina e o Caribe
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
IHSI	Instituto Haitiano de Estatística e Informática
IESALC	Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e o Caribe
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MSPP	Ministério da Saúde Pública e População
Minustah	<i>United Nations Stabilization Mission in Haiti</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	<i>Office national de l'accueil</i>
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
ProLAC	Programa de Formação de Professores de Educação Superior Para América Latina e o Caribe
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
CNSPFV	<i>Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie</i>

Sumário

Apresentação.....	6
1 Introdução.....	07
2 Objetivos.....	13
3 Pressupostos.....	14
4 Revisão de literatura.....	15
4.1 O envelhecimento no Haiti.....	15
4.2 O final de vida: aspectos culturais e políticas públicas no Haiti.....	24
4.3 Atuação de enfermeiras junto a idosos em final de vida no hospital:.....	27
4.3.1 Resultados.....	30
5 Marco Conceitual.....	36
6 Método.....	43
6.1 Caracterização.....	43
6.2 Cenário.....	43
6.3 Participantes.....	44
6.4 Produção dos dados.....	45
6.5 Gerenciamento dos dados.....	45
6.6 Análise.....	46
6.7 Aspectos éticos.....	49
6.8 Devolutiva.....	50
7 Resultados e discussão.....	51
7.1 A formação das enfermeiras haitianas para o cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados.....	51
7.1.1 A formação em gerontologia e cuidados paliativos.....	51
7.1.2 A hospitalização dos idosos no Centro de Saúde de Ouanaminthe.....	58
7.1.3 Facilidades e dificuldades para o cuidado ao idoso hospitalizado.....	64
7.2 A interface da cultura nas dimensões do cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados.....	67
7.2.1 A influência das crenças dos idosos nos cuidados de enfermagem.....	68
7.2.2. Os cuidados com a dimensão física no final da vida e seus desafios.....	71
7.2.3 Os cuidados com a dimensão psicossocial e espiritual.....	80
8 Considerações finais.....	89
Referências.....	91
Apêndice A - Protocolo de Entrevista Semiestruturada.....	99
Anexo A - Carta de autorização para realização da pesquisa.....	101

Apresentação

No contexto de desastres naturais que quase devastaram totalmente o Haiti em 2010, quando terminei o ensino médio, decidi estudar Enfermagem. Como eu nasci no Nordeste do país, numa cidade que se chama Carice, meus familiares decidiram que eu iria estudar em uma cidade mais desenvolvida, em uma universidade mais importante, por isso optei pela *Université Jean Price Mars*, onde fiz a minha graduação, entre 2016 e 2020.

Mais de doze anos depois do terremoto, no início de junho de 2022, participei do processo de seleção de bolsistas das universidades brasileiras; em outubro, recebi um e-mail da GCUB-Prolac dizendo que eu havia sido selecionada para participar do programa Prolac, organizado pelo Ministério da Educação do Brasil. No Brasil está em andamento, o Programa de Formação de Professores de Educação Superior Para América Latina e o Caribe-ProLAC-Grupo de Cooperação Internacional de Universidades Brasileiras - GCUB e a União de Universidades de América Latina e o Caribe - UDUAL, com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO e o Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e o Caribe - IESALC (ProLAC, 2021).

Lançado em 2011, em parceria a ProLAC, em 2021 o programa estava entre as mais importantes iniciativas de cooperação regional no âmbito educacional para o avanço dos países latino-americanos e caribenhos, e o principal objetivo é contribuir para a integração e o fortalecimento regional das Américas, por meio da oferta de bolsas de estudos integrais para cursos de pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado), oferecidos pelas universidades brasileiras associadas ao GCUB a estudantes oriundos dos países latino-americanos e do caribe, exceto o Brasil (Prolac, 2021).

São selecionados estudantes de alto nível acadêmico, com trajetória de liderança e elevado potencial de impacto em seus países de origem, para que vivenciem o intercâmbio científico e cultural por meio da mobilidade acadêmica, retornando, posteriormente, aos seus países de origem com a missão de contribuir para o desenvolvimento socioeconômico da sociedade em que estão inseridos.

Desde 2023, sou imigrante haitiana em território brasileiro. A minha aprovação no mestrado e no processo seletivo de bolsas representou a realização do sonho que eu tinha desde a infância: estudar no exterior. Ao mesmo tempo, iniciou-se ali uma grande aventura fora do comum no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Cheguei ao Brasil em 03 março de 2023, quando comecei a estudar na UFPel, *campus* Anglo. Como todo migrante, vivenciei — e ainda estou vivenciando — certas saudades e também dificuldades ao longo da experiência migratória no país. As minhas dificuldades estão ligadas à utilização de uma nova língua, bastante diferente da materna; adaptação a uma nova cultura e novo sistema educacional; falta da minha família, meu bairro e meus amigos, além da angústia da falta de planejamento do programa ProLAC desde o princípio, pois o tempo e o recurso financeiro para realizar o intercâmbio são bastante curtos neste país em desenvolvimento.

Destaco que, na sociedade haitiana, mesmo com uma escolaridade de nível superior, a inserção dos profissionais no mercado de trabalho permanece difícil. Dessa maneira, os jovens/adultos com maior escolaridade — ainda que oriundos dos grupos sociais mais favorecidos — são obrigados a deixar o país. Contudo, não são apenas estes que deixam o Haiti: muitos outros, menos favorecidos, optam por migrar para fugir da situação difícil que se seguiu à catástrofe. Estes últimos migraram, sobretudo, para países onde a vida parece ser mais fácil, ainda que, para tanto, assumam riscos e se submetam a condições altamente vulneráveis. Quando cheguei à UFPel, em Pelotas, como enfermeira, percebi a importância de considerar o cuidado aos idosos no Haiti na prática das enfermeiras. Discuti com minha orientadora sobre meu trabalho de conclusão do curso, no qual estudei a integração dos cuidados de enfermagem aos idosos que vivem no domicílio, analisando casos de pessoas com idades entre 70 e 85 anos em Ouanaminthe. Nesse cenário, o número de idosos que necessitam de cuidados cresce continuamente, enquanto a quantidade de profissionais de saúde disponíveis para fornecer esses cuidados de

forma adequada é insuficiente. O aumento do número de idosos que precisam de cuidados em casa não é acompanhado por um número adequado de profissionais de saúde.

Eu me interessei por estudo dos cuidados de enfermagem de fim de vida para idosos em Ouanaminthe, uma cidade da fronteira no Haiti que faz limite com Dajabón, República Dominicana. Essa localidade é de particular interesse devido ao ambiente dinâmico gerado pelo mercado binacional, frequentado diariamente por muitas pessoas. A singularidade dessa região, marcada por fluxos populacionais constantes e desafios socioeconômicos, torna a situação dos idosos em fim de vida ainda mais complexa e carente de atenção específica. Tal escolha se justifica pela necessidade de buscar, ouvir e analisar o testemunho mais representativo possível da realidade desses profissionais que atuam nos cuidados de fim de vida aos idosos em Ouanaminthe, Haiti.

1 Introdução

Esta pesquisa se dedica a pensar os cuidados aos idosos em fim de vida hospitalizados em Ouanaminthe/Haiti. No Haiti, a reforma dos serviços de saúde tem provocado, como em outras partes do mundo, uma profunda reestruturação dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Embora tradicionalmente os hospitais sejam considerados o elemento central das redes de saúde, nos últimos anos, tem-se testemunhado um grande problema no cuidado na comunidade.

Idosos são pessoas que têm sessenta anos ou mais. Em 2019, essa população era estimada em mais de um bilhão de pessoas. Até 2050, ela terá duplicado para mais de dois bilhões (OMS, 2024). No Haiti, em 2024, essa população representava 4,7% dos 11. 772. 557 habitantes, sendo a expectativa de vida ao nascer de 65,1 anos (IHSCI, 2024). O envelhecimento é o produto do acúmulo de danos moleculares e celulares ao longo do tempo que provoca deterioração progressiva das capacidades físicas e mentais, aumento do risco de doenças e, finalmente, de morte. À medida que as pessoas envelhecem, é provável que sofram de diferentes problemas de saúde complexos simultaneamente, o que é denominado de síndrome geriátrica, incluindo incontinência urinária, quedas e estados de confusão (WHO, 2024a).

O enfermeiro tem responsabilidade no cuidado à pessoa idosa ao propor ações para minimizar ou prevenir os sinais e sintomas das doenças. Ao implementar o processo de enfermagem, método que organiza cientificamente o cuidado, promove proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e da família, além de cuidados de conforto diante da finitude. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa idosa devem ser baseados na confiança e no respeito, além de serem realizados de forma integral e holística (Rocha, 2019).

A maioria das hospitalizações dos idosos em fim de vida é motivada por sintomas de desconforto, nomeadamente respiratórios, por episódios agudos, mas também por um efeito de medo e de pânico, sobretudo à noite, quando confrontados com uma situação agonizante, e não necessariamente por razões estritamente médicas. Globalmente, as principais causas de mortalidade são as doenças cardiovasculares, a doença pulmonar obstrutiva crônica, o câncer, especialmente na via respiratória inferior, o Alzheimer e outras demências, o diabetes mellitus, as doenças hepáticas e a tuberculose (WHO, 2024b).

Tais doenças apresentam caráter de cronicidade e em determinado momento de sua trajetória deixam de responder ao tratamento que pretende modificá-las, culminando gradativamente no fim de vida. O fim de vida é o período estimado em até 12 meses até a ocorrência do óbito a partir do momento em que se constata que a doença progrediu, limitando a capacidade funcional da pessoa, terminando na morte. As horas e os dias que antecedem o momento do óbito são compreendidos como a fase ativa de morte (Cordeiro *et al.*, 2020). Nesse período, é importante para além do adequado controle de sinais e sintomas, do trabalho com elementos psicossociais, físicos e espirituais, valorizar e entender que os desejos da pessoa devem direcionar as terapêuticas e planos de cuidados propostos. Dessa forma, é possível assegurar o respeito à autonomia e à biografia da pessoa que passa por essa fase, sendo algo, por vezes difícil quando se trata de idosos, que culturalmente tendem a ser infantilizados ou terem suas vozes silenciadas em detrimento das escolhas das famílias.

O período de fim de vida é um momento especial na vida dos idosos merecendo atenção sustentada dos profissionais. Entre os idosos, esta situação acentua a sua vulnerabilidade física e psicológica, limitando o seu poder de decisão (Anesm, 2010). O fim da vida levanta muitas questões, especialmente sobre o respeito pelos direitos e liberdades individuais, mas também à qualidade do apoio e da apreciação. A qualidade do fim de vida é subjetiva e os fatores que a influenciam podem ser diferentes dependendo da cultura, das crenças e da história de vida de cada pessoa. Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde respeitem os direitos, a autoestima e a privacidade das pessoas idosas (Anesm, 2010).

Para Madeleine Leininger (2002), a cultura é um conjunto dinâmico de valores, crenças, comportamentos, práticas e experiências compartilhadas por um grupo de pessoas. Ela define a cultura como um fator essencial que influencia a maneira

como os indivíduos percebem a saúde, a doença e os cuidados. A cultura é considerada uma construção social que molda a identidade das pessoas e que deve ser compreendida para fornecer cuidados de saúde apropriados e sensíveis. Segundo Leininger, o reconhecimento e a integração dos elementos culturais nos cuidados permitem criar intervenções de saúde mais eficazes e respeitadas, atendendo melhor às necessidades diversificadas dos pacientes em um mundo multicultural.

Estudo brasileiro (Possati *et al.*, 2024) identificou os desejos e as vontades de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sobre a terminalidade de vida. Os desejos estavam atrelados ao morrer em casa, próximos da família, e não em corredores de serviços de emergência ou outros serviços hospitalares. Os idosos também manifestaram desejo de apoio na espiritualidade e nas pessoas, pois apresentavam medo de morrer sozinhos, além de manifestar afeto em relação aos familiares e amigos. No fim da vida, expressaram desejar cuidado atencioso, respeitoso, carinhoso, além de poder ouvir as músicas preferidas, morrer sem dor, com as questões financeiras organizadas, e poder pedir perdão ao transcendente por eventuais falhas cometidas em suas jornadas.

Nesse contexto, os cuidados paliativos no fim de vida são importantes, pois sua adoção pode produzir um morrer e uma morte mais tranquila e mais digna, com alívio do sofrimento, reduzindo-se o risco de obstinação terapêutica. A força da abordagem paliativista, ligada à sua especificidade holística, têm levado os profissionais a não reduzirem o cuidar somente aos aspectos clínicos que envolvem o adoecer; mas também à demanda constante de aperfeiçoamento para que possam dar conta da multidimensionalidade humana (CNSPFV, 2019). Dessa forma, a temática desta pesquisa nasce a partir de minha experiência com pessoas idosas no Haiti. A partir de minha formação, percebi que algumas pessoas muito idosas têm dificuldades para chegar aos centros médicos, estando expostas a diversos problemas como mobilidade reduzida, dificuldade de locomoção, fraqueza física, etc.

Durante a formação universitária e como investigadora aprendiz em enfermagem, consciente da realidade, pensei ser importante desenvolver uma pesquisa que dialogasse com a linha de pesquisa proposta pela Escola de Enfermagem da Université Jean Price Mars. Sobretudo, vinculada ao processo de envelhecimento, buscando compreender como o paciente e a sua família

experienciam as dificuldades em obter cuidados de saúde adequados, ao mesmo tempo que são privados de cuidados de saúde suficientes. Isso porque, culturalmente no Haiti o cuidado aos idosos é tradicionalmente responsabilidade da família, que muitas vezes enfrenta dificuldades econômicas e limitações no acesso aos serviços de saúde. Além disso, crenças e práticas culturais influenciam a forma como a população percebe o envelhecimento e a necessidade de cuidados médicos. A falta de recursos e infraestrutura adequada intensifica os desafios enfrentados pelos idosos e seus familiares, tornando essencial a compreensão dessas dinâmicas para propor estratégias que possam melhorar a assistência e a qualidade de vida dessa população.

No Haiti, a situação de fim de vida de populações particularmente vulneráveis concentra-se nas pessoas em situações precárias e com dependência, especificamente nas pessoas que vivem em lares de acolhimento especializados e em lares de acolhimento médico. Destaca-se a dificuldade de tomar decisões e/ou apoiar o fim da vida nessas situações. Ao problematizar tal realidade, a presente pesquisa parte da noção de diversidade cultural para pensar cuidados dos idosos no contexto de um hospital haitiano, tendo em vista que o fenômeno da morte promove dinâmicas relacionadas a doenças e aos variados modos de cuidar, impactando na atuação dos enfermeiros junto aos idosos em fim de vida em Ouanaminthe, Haiti. Para isso, o estudo se apoiou em algumas noções teóricas propostas por Leininger com enfoque no cuidado cultural (Leininger, 2002).

Esse conjunto de considerações leva a **questionar**: quais as perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados e os aspectos culturais envolvidos nessas?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Compreender as perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados a partir da teoria de enfermagem transcultural.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer as vivências de enfermeiras haitianas no cuidado aos idosos hospitalizados.

Investigar os cuidados de fim de vida, realizados por enfermeiras haitianas, aos idosos hospitalizados.

Identificar os aspectos culturais que influenciam os cuidados de fim de vida realizados por enfermeiras aos idosos hospitalizados em Ouanaminthe, Haiti.

3 Pressupostos

Um dos aspectos mais difíceis para as enfermeiras que cuidam de idosos hospitalizados em Ouanaminthe é a abordagem do sofrimento e a limitação quanto aos recursos materiais para poder ofertar conforto.

Integrar os aspectos religiosos, os quais são importantes para a cultura haitiana, nos cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados é um dos desafios, considerando o comportamento das famílias e dos pacientes que, diante do sofrimento, em muitas situações, preferem recorrer a entidades religiosas e a terapias alternativas¹ em detrimento dos cuidados dos profissionais de saúde.

As enfermeiras centram seus cuidados nos aspectos físicos, em virtude da carência de formação e de estruturas de cuidados paliativos na formação e nos serviços hospitalares de saúde do Haiti.

¹ Aqui, utilizo a expressão terapias alternativas, pois pela maneira como os pacientes agem não se tratam de complementares ao tratamento convencional prescrito nos hospitais. Como será apresentado nos resultados, há preferências por chás e outras práticas em detrimento das terapêuticas dos saberes da saúde, o que repercute, inclusive, no abandono da internação pelos pacientes.

4 Revisão de literatura

Neste capítulo, buscou-se explorar o quadro teórico da atuação do enfermeiro no cuidado ao idoso no final da vida. Inicialmente, discute-se o que se compreende como o conceito de envelhecimento em sua forma mais ampla, contemplando os aspectos individuais e sociais. Destacam-se, as possíveis relações entre as enfermeiras e os idosos, mais especificamente os idosos em Ouanaminthe, Haiti.

Na sequência, será fornecida uma visão geral da história e das questões atuais dos cuidados modernos de final de vida e sobre os papéis e habilidades dos enfermeiros que atuam em situações de fim de vida, a partir de olhar ético no cuidado dos idosos. Por fim, apresentam-se os resultados de uma revisão integrativa sobre a atuação das enfermeiras e enfermeiros no final da vida de idosos hospitalizados.

4.1 O envelhecimento no Haiti

O envelhecimento é um processo natural, progressivo, irreversível e de acordo com as teorias sociológicas, psicológicas e biológicas existem múltiplas formas de percebê-lo. Uma das possibilidades é por meio da teoria da gerontologia crítica (Neri, 2001), que fornece como base para a investigação duas dimensões: a estrutural e a humanística. Essa teoria está num nível macrossocial dentro do conjunto de teorias sociológicas de terceira geração correlacionadas à perspectiva marxista (Salgado, 1999). Para compreensão dessa teoria, elementos como sociedade, tendências econômicas, fator socioestrutural, poder e ação social, bem como subjetividade, interpretação do envelhecimento e reconhecimento da heterogeneidade do processo de envelhecimento são centrais na escolha.

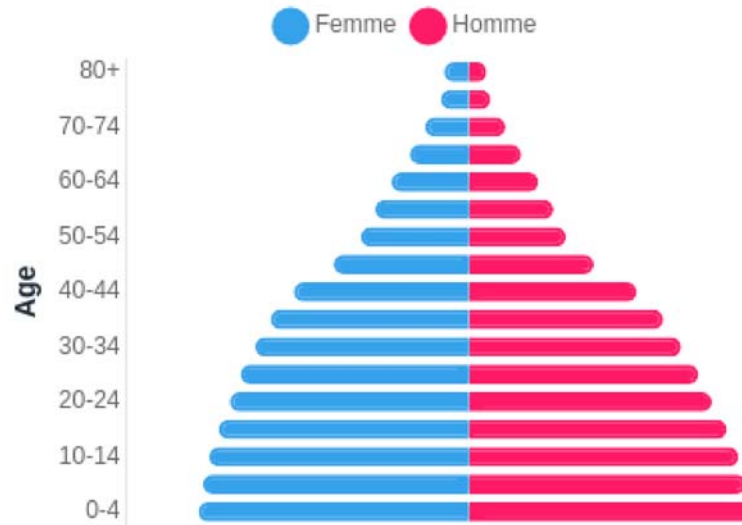
Dentre as teorias do envelhecimento existem outras que abordam a ideia de afastamento do sujeito da sociedade, como, por exemplo, a teoria do desengajamento. Essa teoria compreende o envelhecimento como “um acontecimento mútuo e inevitável de retirada ou desengajamento, resultando em diminuição nas interações entre a pessoa que está envelhecendo e os membros que compõem seu sistema social” (OFSP, 2015, p. 14).

Sob a gerontologia crítica, o estudo da sociedade deve partir de uma base material (fatos econômicos) na qual outras dimensões da realidade, como política, cultura e arte estão sustentadas. Nessa perspectiva não há interesse em harmonia social, mas no resultado da luta de classes que se estabelece na medida em que vão se constituindo os contrários (Dias, 2010).

O conceito ‘idoso’ expressa um estado e refere-se ao indicador idade, que pode ser tomado no sentido cronológico ou biológico, mental ou social. Definir o idoso, dizer o que ele é exatamente, é uma realidade muito complexa. Até agora não se conseguiu chegar a um acordo sobre uma definição universalmente aceita para os idosos (Ravenel, 1972).

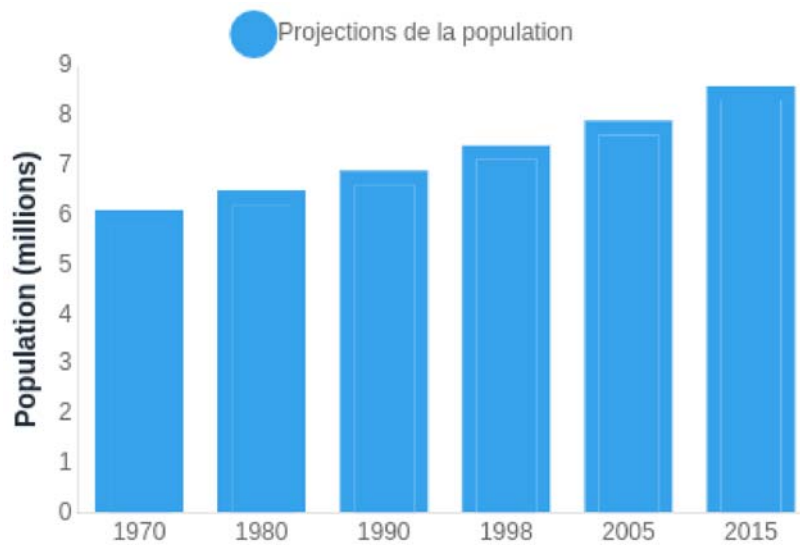
Dados do *Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique* (IHSI - Instituto Haitiano de Estatística e Informática) mostram que em 2024 o país contava com uma população estimada em 12.394.537 pessoas (IHSI, 2024). Em 2015, os idosos representavam 3,8% da população total do país (IHSI, 2024), sendo possível afirmar que o processo de envelhecimento ainda é recente no país e que há um crescimento populacional local (Figuras 1 e 2), se comparado com outros países, como o Brasil e a França (Figuras 3 e 4). Na figura 5 apresenta-se a estimativa da população idosa para 2025.

Figura 1: Pirâmide etária do Haiti.



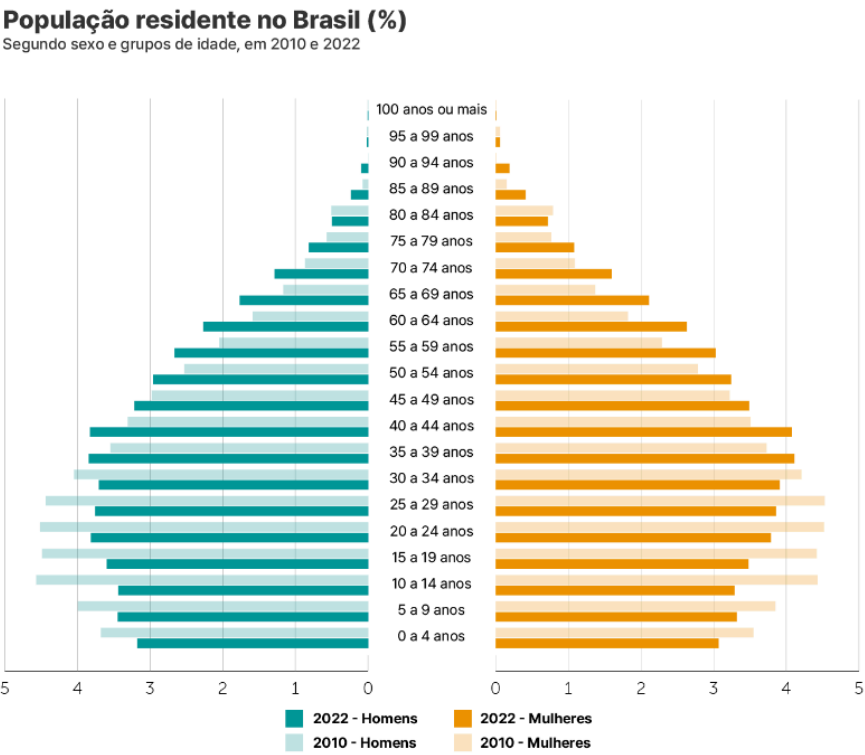
Fonte: IHSI, 2015

Figura 2: Projeção de crescimento da população do Haiti.



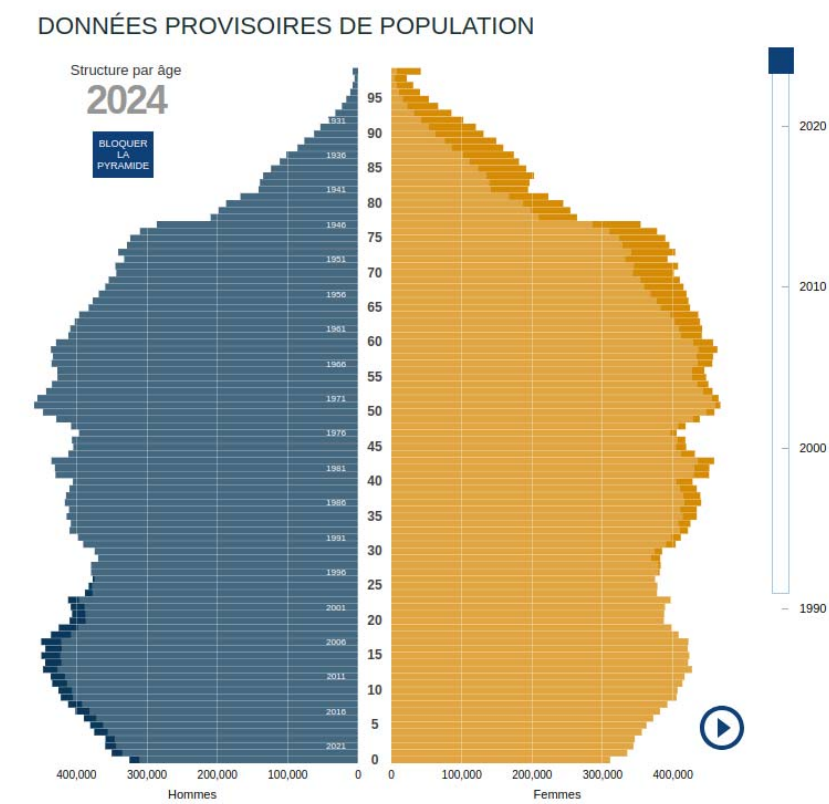
Fonte: IHSI, 2015.

Figura 3: Pirâmide populacional do Brasil.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2022.

Figura 4: Pirâmide populacional da França.



Fonte: Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), 2024.

Figura 5: Estimativa do número de idosos para 2025 no Haiti.

PYRAMIDE DES ÂGES			
ANNÉE	TRAN. D'ÂGES	FEMMES	HOMMES
2025	80+	61287	42243
2025	75-79	67120	50884
2025	70-74	107388	89330
2025	65-69	141807	124972
2025	60-64	187586	166629

Fonte: IHSI, 2024.

Em relação às figuras acima, a primeira representa a distribuição da população haitiana por idade e sexo. A estrutura piramidal, caracterizada por uma

base ampla, evidencia uma alta proporção de crianças e jovens, um traço distintivo dos países em desenvolvimento. Essa configuração demográfica reflete altas taxas de natalidade e um potencial de crescimento populacional contínuo. No entanto, também implica desafios significativos em termos de planejamento e provisão de serviços sociais, especialmente nas áreas de educação, saúde e emprego.

A figura 2 ilustra as previsões sobre a evolução demográfica do Haiti, destacando as implicações econômicas e sociais dessa dinâmica. Um crescimento populacional sustentado pode gerar maior pressão sobre os recursos naturais, o mercado de trabalho e as infraestruturas públicas. Essas tendências demográficas ressaltam a necessidade de desenvolver políticas públicas adequadas para garantir um desenvolvimento socioeconômico equilibrado e sustentável.

A figura 3 destaca as diferenças demográficas entre o Haiti e o Brasil. Ao contrário da estrutura piramidal haitiana, a pirâmide etária do Brasil apresenta uma base mais estreita e uma forma mais equilibrada, refletindo uma transição demográfica avançada. Essa configuração indica uma redução progressiva nas taxas de natalidade e um aumento na expectativa de vida, características de países em desenvolvimento avançado ou desenvolvidos. Essas dinâmicas demográficas sugerem uma estabilização do crescimento populacional brasileiro, com implicações significativas para o mercado de trabalho, a previdência social e as políticas de saúde pública.

A comparação com a França, por meio da Figura 4, evidencia o envelhecimento da população, refletindo as dinâmicas demográficas características dos países desenvolvidos. Essa tendência indica um aumento na proporção de pessoas idosas, associado à redução das taxas de natalidade, o que gera desafios significativos para as políticas de proteção social, o sistema de saúde e o mercado de trabalho.

Por fim, a Figura 5 indica um aumento no número de pessoas idosas até 2025, evidenciando uma mudança demográfica que pode ter implicações significativas para as políticas de saúde e previdência, assim como para o suporte social no Haiti. De um modo geral, no Haiti, os idosos se beneficiam de cuidados familiares sólidos, em que “a grande maioria das famílias vive no quadro de uma família alargada em que avós, tios e tias, primos se somam ao novo triangular formado pelo pai, a mãe e seus descendentes” (Boncy; Bijoux, 1997, p. 135).

Devido às contradições que permeiam a sociedade haitiana, existem algumas variações no cuidado aos idosos nas áreas rurais. Nas zonas rurais, os idosos gozam de um estatuto social gratificante e de muito prestígio, constituindo-se referência e apresentando peso significativo no processo de tomada de decisões. Os idosos são os guardiões das tradições, das crenças, dos saberes certos, dos conhecimentos imensuráveis, da grande sabedoria e são respeitados porque muitas vezes venceram a morte. Devido à sua sabedoria, desempenham um papel importante como reguladores de conflitos e são chamados a aconselhar as gerações mais jovens. Além disso, muitas vezes, antes da sua morte, os idosos haitianos decidem de forma quase discricionária sobre a distribuição da sua riqueza (Boncy; Bijoux, 1997).

No Haiti urbano a estrutura da família não é muito diferente daquela da família urbana; “é uma família unida numa única casa” (Boncy; Bijoux, 1997, p. 144). Com a urbanização, encontram-se quase as mesmas mentalidades do ambiente rural para o urbano. Idosos de famílias urbanas beneficiam-se de solidariedade, ajuda mútua e acolhimento familiar (Jean-Pierre, 1993).

Uma das diferenças fundamentais a apontar aqui é que nas zonas urbanas, as famílias que residem durante algum tempo em terras estrangeiras e que não têm quem cuide dos pais são obrigadas a colocá-los nas poucas casas de pensões existentes. Considera-se, no Haiti, a definição dada pela Organização da Saúde Mundial (WHO, 2024 b) para o envelhecimento, que pode ser um processo complexo, inelutável, resultante de fatores genéticos, alterações no funcionamento celular e molecular, assim como disfuncionamento dos sistemas protetores contra os mecanismos oxidativos, além de ou menos influenciados pelos fatores ambientais. Ele se manifesta através de modificações no funcionamento fisiológico e psicológico da aparição mais ou menos progressiva. Em termos etários, a OMS mantém o critério de idade de 60 anos para considerar alguém idoso.

A situação econômica e social dos idosos no Haiti é muito difícil. O desenvolvimento econômico e social das pessoas idosas no Haiti continua a ser dificultado pela instabilidade política, pelo aumento da violência, por um nível de insegurança sem precedentes e pela fragilidade exacerbada. Embora tenham sido registados grandes avanços nas últimas duas décadas em termos de esperança de vida das pessoas idosas, a situação social e sanitária continua a apresentar elevados níveis de precariedade, agravados pela pandemia de COVID-19, pela

instabilidade política e por catástrofes naturais como os terremotos e secas no contexto das alterações climáticas (Minustah, 2008). Os idosos eram muito respeitados, mas os valores mudaram. Por um lado, quem tem pouco dinheiro e não está na rua não encontra ninguém que o ame o suficiente para cuidar bem dele, mesmo com o dinheiro. Por outro lado, os laços que unem os agricultores e os idosos deterioraram-se e os velhos agricultores encontram-se sozinhos. Além disso, não há estrutura suficiente no Haiti para cuidar dos idosos (Minustah, 2008).

No Haiti, este segmento da população é muitas vezes abandonado à própria sorte. Sentados no chão nas margens das ruas, nos principais cruzamentos, sozinhos ou acompanhados, os idosos no Haiti às vezes passam por momentos difíceis. Além dos asilos municipais, algumas estruturas do Ministério dos Assuntos Sociais visam ajudar os idosos, mas os recursos são muito limitados. Dentre essas instituições, destaca-se o Fundo de Assistência Social (FAES), cujo orçamento é composto por 1% descontado dos salários dos servidores públicos e acolhe no seu único escritório instalado na capital, não só idosos, mas também pessoas com deficiência e indigentes de diversas regiões do país (Minustah, 2008).

Outra instituição de apoio aos idosos é o *Office National de l'Accueil* (ONA). Essa instituição é responsável pela gestão da reforma dos trabalhadores do setor privado formal. Este seguro cobre apenas 7,5% da população ativa. Os melhores cuidados para os idosos exigem boas políticas governamentais, mas para além do compromisso político, deve-se esperar um regresso a uma série de valores tradicionais que fizeram com que o idoso fosse respeitado e valorizado. Na verdade, há idosos que moram com os filhos, sendo esses os responsáveis pelos seus cuidados ou responsáveis pelo pagamento de cuidadores para cuidar deles (Minustah, 2008).

Alguns idosos muitas vezes vivem à margem da sociedade, esquecidos pelos mais jovens e pelos próprios filhos. Muitos deles são colocados em asilos. Há cidades no Haiti onde idosos que não estão com a família, estão em asilos comunitários ou vivem da mendicância. Na falta de algo melhor, transformam praças públicas ou esquinas em dormitórios, e durante o dia, invadem as fachadas de bancos, hotéis, restaurantes, igrejas, mercados públicos, em busca do menor gesto de caridade (Minustah, 2008).

Segundo o sociólogo Saint-Paul (2000), é um período de grande vulnerabilidade tanto física quanto socioeconômica, a aposentadoria é naturalmente

um assunto que pode ser estressante, entre a falta de informação e as ofertas insatisfatórias no Haiti. A idade de aposentadoria é um assunto delicado no país, sendo fixada em 58 anos, anteriormente era de 55 anos, sendo qualquer mudança nesta, muitas vezes, causa de grande debate.

De acordo com os últimos dados da OMS publicados em 2020, a esperança de vida no Haiti é: masculina 63,3, feminina 64,88 anos e a esperança de vida total é 64,18 anos, o que coloca o Haiti na 156ª posição na classificação mundial de esperança de vida.

Nos países onde o sistema de aposentadoria é eficaz, explica Thomas Lalim (2019), as pessoas querem aposentar-se a partir do momento em que completam a idade necessária, pois para elas é o momento de viajar, de desfrutar de determinadas atividades de lazer. Se o Estado decide acrescentar um ano a esta idade, as pessoas sentem isso como um dificultador, e no serviço público haitiano é difícil as pessoas conseguirem se aposentar diretamente no primeiro ano que poderiam fazer isto.

As leis haitianas determinam que a aposentadoria de um funcionário público não pode exceder 15.000² Gourdes (equivalente a R\$563,57 reais), exceto em certos casos. O mínimo que ele pode receber é 5.000 Gourdes (equivalente a R\$ 187,86). Esta pensão é calculada a partir da média do salário bruto do funcionário nos últimos cinco anos, ou dos seis melhores salários mensais deste trabalhador. É pago ao empregado 60% desse salário médio, sem ultrapassar o limite estabelecido. Segundo Thomas Lalim (2019), estes valores parecem insuficientes, e que a aposentadoria deveria ser pelo menos igual a 70% do salário, o que não ocorre no Haiti.

No Haiti, a aposentadoria é pessoal e vitalícia. Não pode ser paga a mais ninguém, salvo nos casos previstos em lei, e é concedida até à morte do beneficiário. O funcionário público deve atender a dois critérios principais para se beneficiar dela. Ele deve ter pelo menos 58 anos e ter servido na administração pública por pelo menos cinco anos. Trabalhadores contratados e funcionários de organizações independentes são todos elegíveis. São descontados automaticamente 8% do salário do funcionário público, e o seu empregador paga 8% ao fundo de aposentadoria gerido pela Direção de Pensões Cíveis. Se o titular da aposentadoria falecer, 50% do dinheiro que deveria receber será distribuído entre os

² 1 Gourdes equivale a 0,038 Real brasileiro.

seus familiares. O cônjuge, caso não tenha se casado novamente, e os filhos menores são os primeiros beneficiários. Também são elegíveis os filhos adultos, desde que apresentem certificado escolar, até aos 25 anos. A pensão também se aplica aos filhos adultos absolutamente incapazes de trabalhar. O pagamento desta pensão cessa com o falecimento dos beneficiários ou com o novo casamento do cônjuge viúvo (Francisque, 2019).

Durante a primeira metade do século XX, o Haiti contava com oito asilos públicos para idosos: o asilo de Augier, o hospício Haut du Cap, além dos estabelecimentos fundados em 1940, como Marfranc, Sigueneau, Bayonnais e Bonneau. Em 1941, foi criado o asilo de Jacmel, enquanto o asilo comunitário de Porto Príncipe já existia desde 1922. No entanto, atualmente, quase todos esses asilos estão inoperantes e, até onde se sabe, resta apenas o asilo municipal de Porto Príncipe, que funciona como uma instituição social voltada à caridade e à assistência pública (Francisque, 2019).

4.2 O final de vida: aspectos culturais e políticas públicas no Haiti

A fase final da vida é caracterizada pela deterioração progressiva da funcionalidade, aumento dos sintomas e da procura por cuidados devido à progressão da doença de base, tornando a cura não mais possível. O tempo de sobrevida estimado varia, dependendo das fontes, de algumas horas ou dias a seis ou doze meses (INCA, 2023).

Os cuidados paliativos são uma abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e das suas famílias, confrontados com problemas ligados a doenças potencialmente fatais. Eles melhoram a qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, sejam elas físicas, psicossociais e espirituais (WHO, 2020).

Embora os cuidados paliativos não se restrinjam ao final da vida, pessoas que vivenciam essa etapa do adoecimento se beneficiam desta abordagem, devido ao seu caráter holístico e centrado no alívio do sofrimento relacionado a uma ou mais doenças graves (IAHPC, 2018). Assim como a estrutura das equipes se difere,

segundo Lamontagne, Beaulieu e Caron (2008) há também uma diferença no perfil das pessoas idosas que irão requerer cuidados paliativos, tendo em vista o tipo de doença que desenvolvem, diferentemente das doenças oncológicas atendidas nos hospitais e domicílios, público prioritário desta política de atendimento.

O fim da vida no Haiti não acontece como planejado, nem como em outros países. Não existem estruturas para pessoas em fim de vida, os idosos vivem muitas vezes com os filhos ou filhas, ou encontram-se num espaço equipado por voluntários vulgarmente denominados asilos. Há pessoas que estão no fim da vida que permanecem nos hospitais, há algumas que estão com os seus entes queridos no domicílio e outras estão sob os cuidados tradicionais de *Bòkòs*, ou seja, pessoas que evocam os espíritos, que oferecem medicamentos à base de plantas medicinais e se assemelha aos curandeiros (Minustah, 2008).

No Haiti, o Ministério da Saúde não dispõe formalmente dos cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida dos idosos que estão em estado crítico e para apoiar os seus familiares e entes queridos. O direito de acesso aos cuidados paliativos deve estar consagrado na lei e os cuidados paliativos devem estar disponíveis independentemente do local de residência ou de cuidados. Os cuidados paliativos devem também ser organizados de forma gradativa através de uma oferta que abranja todos os territórios. Devem ser organizados no ambiente do doente, com o apoio de profissionais e equipes assistenciais, no domicílio, nos estabelecimentos de saúde e nos estabelecimentos sociais e médico-sociais. Dessa forma, no Haiti observa-se uma ausência de políticas públicas para gerenciar adequadamente esta população que sofre com doenças ameaçadoras da vida (Salla, 2017).

Considerando as políticas e estruturas públicas em relação aos cuidados paliativos no Haiti, é possível dizer que o Estado não intervém adequadamente sobre essas questões. No entanto, várias organizações privadas trabalham em cuidados paliativos com o apoio do Estado, por exemplo, a estrutura denominada unidade de dor do centro hospitalar da Universidade Estatal do Haiti (HUEH), juntamente com a organização não governamental *Douleur sans frontières* (DSF), têm organizado frequentemente dias de sensibilização para os cuidados paliativos. Essas atividades contam com a ajuda de diversas organizações, nomeadamente *Douleur sans frontières*, a embaixada francesa e agências farmacêuticas, defendem uma nova dinâmica de cuidado às pessoas em fim de vida (Salla, 2017).

Uma pesquisa realizada em 2015 pela unidade de dor do HUEH, no Haiti, revelou que a maioria dos pacientes morre em casa, em sofrimento injustificado e em total isolamento, sendo que a família vivencia sozinha os últimos momentos da morte do ente querido. Os centros assistenciais são sub equipados e não contam com profissionais qualificados no atendimento aos pacientes (Salla, 2017).

Globalmente, mesmo que nos últimos anos identifique-se alguns sinais de melhoria quanto à oferta e às estruturas de cuidados paliativos, muito há a ser feito em instituições de longa permanência, que estão na linha de frente no cuidado de pessoas idosas. Existem indicadores visíveis de pouca qualidade nos cuidados tais como restrições físicas, lesões por pressão e falta de documentação sobre decisões antecipadas. Estes achados sugerem que as pessoas idosas não são percebidas em terminalidade, e nem sempre recebem cuidados paliativos apropriados (Simões, 2013).

Um artigo italiano (Di Giulio *et al.*, 2008) analisou as intervenções nas últimas horas de vida de pessoas idosas com demência institucionalizadas e identificou a inadequação do atendimento por não compreensão da equipe do processo de morrer como um evento natural. Nesse estudo, percebeu-se que nas últimas 48 horas de vida foram adotadas práticas controversas em relação à promoção do conforto, como a manutenção ou implementação de alimentação por sonda, hidratação endovenosa e prescrição de antibioticoterapia. As equipes ainda apresentaram dificuldade no controle de sintomas graves, sendo que a dor não era avaliada e a contenção física foi utilizada para a maioria dos residentes.

Em uma revisão sobre cuidados em fim de vida em lares de pessoas idosas, alguns domínios foram identificados no que se refere aos cuidados no fim da vida de pessoas idosas institucionalizadas no âmbito europeu, americano e australiano, a citar: integralidade dos cuidados, relação com a família, personalidade e história de vida da pessoa idosa, trabalho em equipe, controle de sintomas, planejamento antecipado, uso adequado de tratamentos. Estes domínios tiveram como base os fatores que dificultam ou facilitam a implementação da filosofia dos cuidados paliativos nestes contextos (Simões, 2013).

Isso sinaliza a necessidade de focar na individualidade enquanto campo de manutenção da identidade dos sujeitos, nas tarefas preparatórias que envolvem questões relacionadas ao funeral e eventos pós-morte, na despedida e resolução de assuntos inacabados, no resgate de afetividade (relacionado com o estar preparado

para morrer, pensamentos de medo de morrer), e no senso de propósito onde o idoso encontra sentido de utilidade para própria vida (Di Giulio *et al.*, 2008).

Pelo exposto, observa-se um conjunto de fatores, dimensões e problemáticas que perpassam a qualidade de vida no processo de morrer de pessoas idosas e sobre o qual se propõe aprofundar o olhar na atuação do enfermeiro.

4.3 Atuação de enfermeiras junto a idosos em final de vida no hospital:

Esta revisão seguiu as etapas metodológicas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2019): definição da pergunta da revisão, busca e seleção dos estudos primários, extração de dados dos estudos primários, avaliação crítica dos estudos primários, síntese dos resultados da revisão, apresentação da revisão.

Na primeira etapa foi elaborada a questão de pesquisa: Quais as ações de enfermeiras e seus efeitos no cuidado a idosos em final de vida hospitalizados indicados na literatura internacional? Essa questão foi construída com base na estratégia PICO, em que: P-população: enfermeiras; I-intervenção: as ações de enfermeiras junto aos idosos em final de vida no hospital ; C-contexto: hospitalização; O - resultados: os efeitos das ações de enfermeiras no cuidado a idosos em fim de vida hospitalizados.

Na segunda etapa, foram utilizadas as bases de dados LILACS e MEDLINE, nas quais foram associados os descritores em inglês e português articulados pelo booleano AND: Idoso, Enfermeiras e Enfermeiros, Estado terminal, Cuidados, Paliativos, Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, *Aged, Nurses, Critical Illness, Palliative Care, Hospice and Palliative, Care Nursing, Hospitals*. As estratégias de busca são apresentadas no Quadro 1.

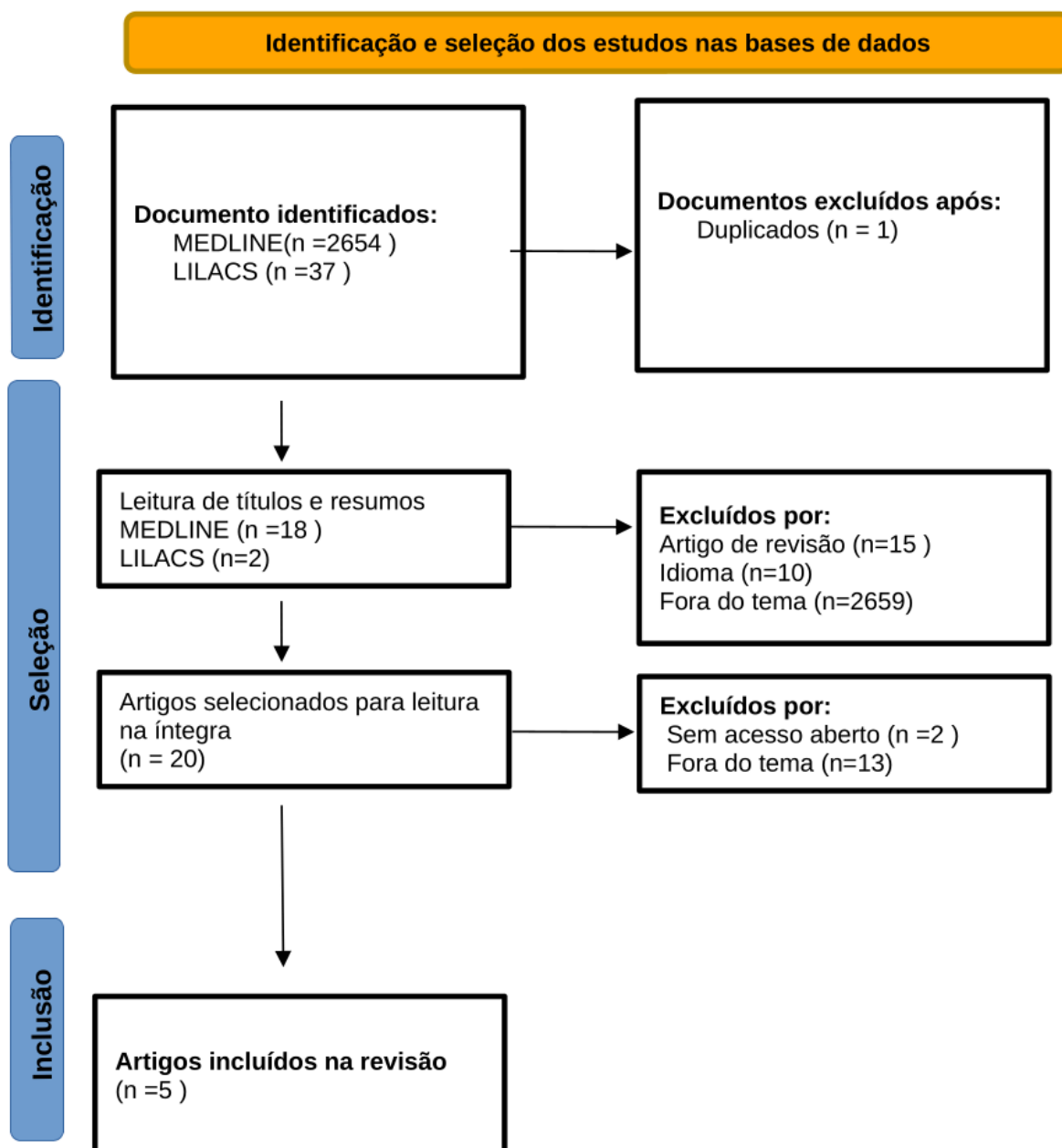
Quadro 1 - Estratégias de busca

LILACS
Aged [Palavras] and Nurses [Palavras] and Critical Illness [Palavras]
Aged [Palavras] and Nurses [Palavras] and Palliative care [Palavras]
Aged [Palavras] and Nurses [Palavras] and Hospice and Palliative Care Nursing [Palavras]
Pubmed/Medline
((Aged) AND (Nurses)) AND (Critical Illness)) AND (Hospitals))
((Aged) AND (Nurses)) AND (Palliative Care)) AND (Hospitals))
((Aged) AND (Nurses)) AND (Hospice and Palliative Care Nursing)) AND (Hospitals))

Fonte: Saint-Fort, 2023.

Na base LILACS foram encontrados 37 artigos e na MEDLINE 2.654 Artigos, totalizando aproximadamente 2.691 documentos, dos quais cinco foram selecionados para análise, após atenderem aos critérios de inclusão: artigos originais, realizados com enfermeiras, nos idiomas inglês, português, que abordassem sobre idosos em fim de vida em hospitais. Foram excluídos: dissertações, teses, resumos em evento. A Figura apresenta o fluxograma de seleção, com base no modelo PRISMA (2020).

Figura 6 - Fluxograma da revisão integrativa



Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Na terceira etapa, extração de dados, foram extraídas no aplicativo de gerenciamento de pesquisas do Google (Google Forms) as informações a seguir: títulos de todos os artigos, nomes dos autores, anos de publicação dos artigos, abordagem da pesquisa, país de publicação dos artigos, principais resultados, principais conclusões dos artigos, técnica de produção dos dados, participantes da pesquisa, referencial teórico utilizado para análise dos dados.

Na quarta etapa, avaliação crítica dos estudos, foram avaliados brevemente os aspectos metodológicos dos artigos identificados. Na quinta etapa, síntese dos resultados, os achados foram agrupados por semelhança, por exemplo, os sentimentos dos profissionais, os cuidados, as dificuldades dos profissionais encontradas durante o exercício de suas funções³. Por fim, a sexta etapa compreende a apresentação dos resultados

4.3.1 Resultados

No quadro 2 apresenta-se a caracterização dos estudos

Quadro 2 - Caracterização dos estudos

Título	Autores	Ano	País	Abordagem	Participantes	Técnica de produção de dados
Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude.	Lopes <i>et al.</i>	2020	Brasil	Qualitativa	10 Enfermeiras	Entrevista
Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study	Jansen <i>et al.</i>	2016	Reino Unido	Qualitativa	24 Enfermeiras	Entrevista
Staff Nurses' Perceptions Regarding Palliative Care for Hospitalized Older Adults	O'Shea	2014	Estados unidos	Qualitativa	18 Enfermeiras	Grupo focal
Fatores condicionantes para o enfermeiro defender a autonomia do idoso diante da	Gaspar <i>et al.</i>	2020	Brasil	Qualitativa	10 Enfermeiros, 8 Médicos e 15 técnicos de enfermagem	Entrevista, Observação

³ A planilha com a organização da extração dos dados e sua posterior análise estão disponíveis para livre acesso no link: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1IKHACw3JOBGx7ydHP3IBCXqeKcF_Ll0MsS5Kwd9_sz8/edit?usp=sharing

terminalidade da vida.						
O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida	Gaspar <i>et al.</i>	2019	Brasil	Qualitativa	10 Enfermeiros, 8 Médicos e 15 técnicos de enfermagem	Entrevista

Fonte: Saint-Fort, 2023.

4.3.1.1 Sentimentos dos profissionais frente aos cuidados com os idosos em fim de vida hospitalizados

Os participantes dos estudos avaliados referiram sentimentos negativos e positivos. Em relação aos sentimentos negativos, os enfermeiros sentem tristeza porque às vezes acabam se apegando ao paciente que está em cuidados paliativos, e por saberem que aquele paciente pode não ter um bom prognóstico. Alguns têm dificuldades de gerenciar esse tipo de sentimento (Lopes *et al.*, 2020).

Os enfermeiros são profissionais disponíveis para servir, cuidar fazendo as suas atribuições. No momento do trabalho, é necessário que aconteça o envolvimento emocional, a empatia, desta forma surgindo o vínculo entre profissional-paciente-família, o que de forma inconsciente poderá levá-lo a sentir-se impotente em algumas situações e abatido emocionalmente (Lopes *et al.*, 2020).

Como sentimento positivo, mesmo diante do paciente sofrendo, os profissionais procuram fazer o melhor em relação aos cuidados e sentem-se bem diante da compaixão com os pacientes em processo de finitude (Gaspar *et al.*, 2020).

Ao encontro dessa ideia, em outro estudo (Lopes *et al.*, 2020) foi identificado que uma das características da Enfermagem é trabalhar com as emoções, tanto do próprio profissional, quanto do paciente. A emoção permeia o cuidado diante da finitude e da morte dos pacientes, levando os enfermeiros a sentirem compaixão, sensação de dever cumprido, diante do paciente que não responde mais ao tratamento modificador.

Para além da compaixão, no cuidado aos idosos em fim de vida, os enfermeiros de um estudo identificaram uma necessidade de aprendizagem interativa no desenvolvimento de suas práticas, particularmente em farmacologia para o alívio da dor dos pacientes (Jansen *et al.*, 2016).

Há ambiguidade em relação ao conceito de cuidados paliativos, desafios de comunicação, sentido de defesa informada, dissonância cognitiva e emocional e restrições do sistema de saúde (O'Shea, 2014). Para encerrar esta análise, é fundamental destacar que os desafios identificados impactam significativamente a qualidade e a eficácia do atendimento em cuidados paliativos. A ambiguidade em torno desse conceito, as dificuldades de comunicação, as tensões entre a autonomia do paciente e o acompanhamento médico, bem como as limitações estruturais do

sistema de saúde, representam obstáculos importantes para a oferta de cuidados adequados. Além disso, a dissonância cognitiva e emocional vivenciada pelos profissionais de saúde evidencia a necessidade de uma abordagem mais integrada, baseada em uma formação aprofundada e em uma maior sensibilização para os princípios dos cuidados paliativos. Assim, a implementação de estratégias institucionais que visem fortalecer a compreensão, a adesão e a acessibilidade aos cuidados paliativos surge como uma prioridade essencial para garantir um atendimento alinhado às necessidades dos pacientes e de suas famílias.

4.3.1.2 Ações de cuidados desenvolvidas pela enfermagem aos idosos em fim de vida hospitalizados

O controle da dor e a abordagem ao idoso com demência avançada são prioridades na prática de enfermagem. Os enfermeiros são fundamentais para garantir a inclusão precoce desses pacientes em cuidados paliativos, melhorando significativamente sua qualidade de vida (Jansen *et al.*, 2016).

Ainda, a família é um elemento importante no cuidado, devendo ser orientada para que entenda o que está acontecendo. Às vezes, pode-se promover a autonomia do idoso, os familiares, especialmente os filhos não concordam com algumas medidas e querem que o enfermeiro invista de forma invasiva (cateteres, monitores) mesmo quando isso só prolonga o sofrimento e não agrega qualidade de final de vida.. Na comunicação com a família, os profissionais devem acionar os mais próximos para uma conversa bem aberta, não mentir e nem omitir as coisas. É preciso perceber a sensação da família durante as interações, de tal forma que se ela estiver muito esperançosa, é preciso ir com calma (Gaspar *et al.*, 2019).

Os enfermeiros precisam com a autonomia do idoso, respeitando o código de ética, exercendo a liderança nas ações e interações para defender os direitos dos idosos, avaliando, orientando e ouvindo suas preferências; interagindo com a família; e compartilhando informações com a equipe de saúde. 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, diminuído, assim, dificuldades no relacionamento com os familiares (Gaspar *et al.*, 2019). O conforto

como objetivo para aliviar a dor e sofrimento foi elencado como principal método para lidar com pacientes em finitude (Lopes *et al.*, 2020).

Diante dos aspectos analisados, percebe-se que o cuidado de enfermagem a idosos em fim de vida exige um equilíbrio entre o respeito à sua autonomia e a aplicação de práticas alinhadas aos princípios éticos e profissionais. O estabelecimento de uma relação de confiança com o paciente e sua família, o compartilhamento transparente de informações e a consideração das preferências do idoso são fundamentais para uma assistência humanizada e eficaz. Além disso, o conforto, como objetivo central para o alívio da dor e do sofrimento, destaca-se como um eixo essencial no cuidado paliativo. Dessa forma, o comprometimento dos enfermeiros, por meio de uma comunicação empática, liderança ativa e colaboração interdisciplinar, torna-se crucial para assegurar um atendimento adequado às necessidades do paciente e de seus familiares, promovendo uma abordagem paliativa mais eficaz e respeitosa.

4.3.1.3 Dificuldades na realização dos cuidados aos idosos em fim de vida hospitalizados

Um dos estudos (Lopes *et al.*, 2020) apontou como principal dificuldade perante o doente em finitude a ausência de protocolos que definem e dão continuidade ao cuidado paliativo. As dificuldades enfrentadas perpassam desde as do próprio hospital, equipe multiprofissional e em relação aos familiares. Porém foram perceptíveis, em sua grande maioria, as dificuldades encontradas no que diz respeito ao enfermeiro se reconhecer como membro relevante da equipe multiprofissional na implementação e continuidade dos cuidados paliativos.

Outro estudo (Gaspar *et al.*, 2020) apontou a dificuldade de participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão, na transição dos cuidados curativos para os paliativos. Em geral, destacou-se que eles participam pouco ou não participam desse processo, sendo apenas comunicados pelos médicos a respeito da decisão. Além disso, nota-se que a decisão médica interfere no planejamento da assistência dos enfermeiros e demais profissionais da saúde, especialmente quando há retardo no reconhecimento do paciente em cuidados paliativos. No serviço, a tomada de decisão é basicamente médica, feita pelos staffs e demais residentes que

estão próximos do paciente. Depois de tomada a decisão, na passagem de plantão é reafirmado para a enfermagem e para o serviço social que, para aquele paciente, devem ser instituídas “medidas de conforto”.

Em alguns casos, a dificuldade para os cuidados está atrelada à própria família, que se constitui como uma barreira, pois o idoso tem condições de ir ao banheiro, tomar banho, e a família quer que dê o banho no leito, por exemplo (Gaspar *et al.*, 2019).

Outro dificultador é a recusa dos pacientes em relação a alguns cuidados, como por exemplo a administração de analgesia, que representa um desafio no controle de sintomas como a dor (Jansen *et al.*, 2016).

A análise dos desafios relacionados aos cuidados paliativos para pacientes idosos evidencia lacunas organizacionais e profissionais que dificultam uma assistência eficaz. A ausência de protocolos claros e a baixa participação dos enfermeiros nas decisões sobre a transição dos cuidados curativos para os paliativos limitam a efetividade das intervenções. Além disso, as dinâmicas interprofissionais, em que a tomada de decisão permanece majoritariamente médica, reduzem a autonomia da enfermagem e comprometem a continuidade do cuidado. As resistências por parte das famílias e dos próprios pacientes a determinadas intervenções, como a administração de analgésicos, ressaltam a necessidade de uma comunicação mais eficiente e de uma abordagem centrada no paciente. Assim, para superar esses obstáculos, é fundamental adotar estratégias institucionais que promovam a integração dos cuidados paliativos, fortalecer o papel do enfermeiro na tomada de decisão e aprimorar a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde, garantindo um atendimento digno e adequado às necessidades específicas dos pacientes em fim de vida.

5 Marco Conceitual

Neste capítulo serão apresentados os conceitos que auxiliarão a pesquisadora na compreensão do seu objeto de pesquisa. A partir da compreensão de que o final de vida é marcado por questões culturais e por ter sido escolhido um país diferente do Brasil, acredita-se que alguns aspectos da teoria do cuidado transcultural, de Madeleine Leininger, possam ser produtivos. Sendo assim, serão conceituadas enfermagem, cultura e cuidado cultural, noções teóricas utilizadas na interpretação dos achados desta pesquisa.

Madeleine Leininger nasceu nos Estados Unidos, em Sutton, e desde muito jovem frequentou a Sutton High School e a Scholastica College. Mais tarde, faria sua estreia na carreira em 1948, quando completou seus estudos de enfermagem na Escola de Enfermagem de St Anthony. Na sequência, começou a trabalhar como chefe da unidade médico-cirúrgica e abriu uma nova unidade psiquiátrica no Hospital St. Joseph, em Omaha, local onde Leininger passou quase toda a sua vida pesquisando (Oriá; Ximenes; Alves, 2005).

Foi enfermeira e antropóloga, fundadora da enfermagem transcultural. Leininger dedicou-se à escrita de diversos trabalhos de âmbito teórico e educativo, contribuindo para o desenvolvimento do modelo teórico mais completo relativo à articulação do problema geral da Enfermagem com o da Antropologia Cultural. Em 1954, Leininger obteve o título de mestre em enfermagem psiquiátrica pela Universidade Católica da América em Washington (Oriá; Ximenes Alves, 2005).

Após a sua formação em enfermagem psiquiátrica, passou a publicar na área. Leininger iniciou sua carreira em uma unidade psiquiátrica, observou uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam o comportamento das crianças sob seus cuidados. A partir daí, ela passou a refletir sobre a inter-relação entre

Enfermagem e Antropologia, o que lhe proporcionou conhecimentos mais específicos para consolidar sua assistência à criança. Por volta de 1959, investiu a sua investigação em aspectos conceituais relativos à cultura, à enfermagem e à ética a partir do seu ingresso no doutorado em Antropologia na Universidade de Washington (Oriá; Ximenes Alves, 2005).

Durante seus estudos, ela desenvolveu seu primeiro método de enfermagem denominado etnoenfermagem. Leininger utilizou este método durante dois anos na Nova Guiné, Eastern Highlands, quando decidiu continuar a sua investigação etnográfica/etnoenfermagem na população indígena. Esta experiência na Nova Guiné foi de grande importância para a fundamentação e validação da sua teoria. Em 1965, Leininger se tornou a primeira enfermeira doutora em Antropologia, o que levou, em 1966, ao primeiro curso de Enfermagem Cultural na Universidade do Colorado (Oriá; Ximenes Alves, 2005).

Leininger compreende a **enfermagem** como profissão e disciplina, com mandato social para servir as pessoas. Para a autora:

A enfermagem transcultural é um substantivo, área de estudo e prática focada em valores, crenças e práticas de cuidado cultural comparativo de indivíduos ou grupos de culturas semelhantes ou diferentes. O objetivo da enfermagem transcultural é prestar cuidados específicos à cultura e às necessidades de cuidado das pessoas. Ou para ajudá-las a enfrentar situações desfavoráveis, condições humanas, doenças ou morte, transformando em significado cultural (Leininger; McFarland, 2002, p. 45)

Para Leininger (2002), **cultura** tem relação com os valores, as crenças, as normas e as práticas aprendidas, compartilhadas e transmitidas que constituem os modos de vida de um determinado grupo cultural que orientam e estruturam o pensamento (Leininger; McFarland, 2002).

No Haiti, a cultura desempenha um papel central na forma como as enfermeiras prestam cuidados aos pacientes em fim de vida. Segundo Leininger (2002), a cultura engloba valores, crenças, normas e práticas que estruturam o pensamento e os comportamentos de um grupo. Nesse contexto, as enfermeiras haitianas incorporam esses elementos culturais em sua abordagem aos cuidados paliativos, levando em consideração as crenças religiosas e espirituais profundamente enraizadas na sociedade. Elas permitem que os pacientes e suas famílias expressem sua fé por meio de orações, cânticos e rituais específicos, criando assim um ambiente de cuidado mais reconfortante e respeitoso às tradições.

Além disso, adotam uma abordagem comunicativa sensível, envolvendo não apenas o paciente, mas também sua família ampliada no processo de tomada de decisão sobre os cuidados. Ao integrar essas dimensões culturais em sua prática, as enfermeiras promovem uma assistência mais humanizada, respeitosa e adaptada às necessidades dos pacientes em fim de vida.

O termo **cuidado culturalmente congruente** foi utilizado para embasar o objeto principal de sua teoria, que é identificar os fatores que influenciam a saúde, ou bem-estar, doença e morte. A partir dessa identificação, o enfermeiro deve entender que o ser humano possui uma formação cultural, da qual não pode ser dissociado. As diferentes práticas, valores e hábitos culturais são expressos através de comportamentos e estilos de vida e é sobre eles que o profissional vai trabalhar (Oriá; Ximenes; Alves, 2005).

A cultura exerce uma influência significativa sobre a escolha e a adesão dos pacientes idosos em fim de vida aos cuidados de enfermagem. Como aponta Leininger, o cuidado culturalmente congruente permite compreender os fatores que afetam a saúde, a doença e a morte, reconhecendo que o ser humano está intrinsecamente ligado à sua formação cultural (Oriá; Ximenes; Alves, 2005). No Haiti, onde crenças religiosas e espirituais desempenham um papel fundamental, muitos idosos em fim de vida baseiam suas decisões de cuidados na fé, no significado da doença e na esperança de cura divina. Alguns podem rejeitar intervenções médicas, preferindo rituais espirituais e orações, enquanto outros aceitam os cuidados paliativos, desde que estejam alinhados com seus valores culturais e religiosos. Diante disso, os enfermeiros precisam adotar uma abordagem sensível e adaptativa, respeitando as crenças dos pacientes e estabelecendo um diálogo que promova a aceitação dos cuidados sem desconsiderar suas convicções. Dessa forma, a cultura não apenas molda a percepção dos idosos sobre a doença e a morte, mas também direciona a forma como a assistência de enfermagem pode ser mais eficaz e humanizada.

Através da teoria de Leininger observa-se que a cultura é mais do que etnia ou pertencimento a um grupo específico. É um conjunto de valores, crenças, padrões de pensamento, ações e artefatos que dizem aos membros desse grupo quem eles são e como devem fazer as coisas.

Estes modelos refletem pressupostos básicos que a comunidade desenvolve ao longo do tempo e retratam como aprendeu a interagir com o seu ambiente. A cultura de uma comunidade representa assim a sabedoria acumulada ao longo dos anos e serve a vários propósitos, entre eles: controle do comportamento, obrigando, permitindo ou proibindo certos comportamentos; integração, em que os membros da comunidade nutrem um sentido de identidade que implica uma adesão aos objetivos e decisões da comunidade (Leininger; McFarland, 2002).

No contexto haitiano, a teoria de Leininger permite compreender como a cultura influencia a forma como os cuidados são prestados aos idosos em final de vida. As famílias, tradicionalmente responsáveis por esse cuidado, muitas vezes o realizam sem conhecimento técnico, baseando-se em práticas transmitidas ao longo das gerações. Esse cuidado leigo, embora fundamentado em valores e crenças culturais, pode entrar em conflito com os cuidados profissionais oferecidos pelas enfermeiras, que, por sua vez, também estão inseridas nesse mesmo contexto cultural. Assim, as enfermeiras precisam equilibrar o saber científico com o respeito às práticas culturais locais, considerando que muitas decisões sobre o cuidado do idoso são influenciadas por fatores empíricos e crenças populares. Esse cenário exige dos profissionais de enfermagem uma abordagem sensível e adaptada, que respeite as tradições familiares, ao mesmo tempo em que promove intervenções baseadas em evidências para garantir o conforto e a dignidade dos pacientes.

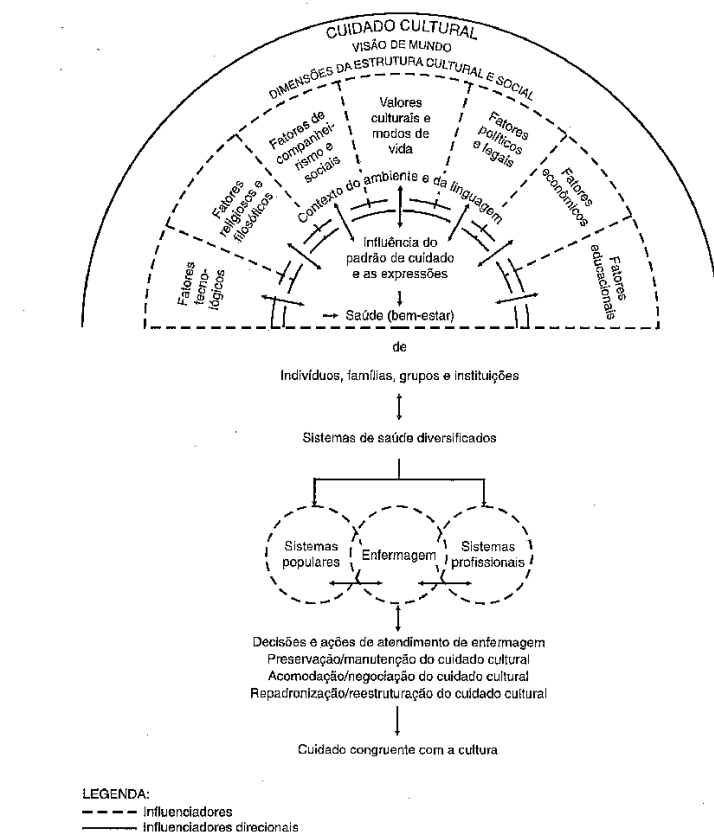
A cultura é, ainda, uma estrutura conceitual que contribui para que os membros de um grupo interpretem de forma mais homogênea as situações que encontram. A maioria das culturas opera assim inconscientemente e aceita como autorizados os valores partilhados pela comunidade e pelos seus membros. Esses valores são difundidos por meio de artefatos culturais, que podem ser materiais, verbais ou comportamentais. Ao operar com o conceito de cultura, há necessidade de atentar para os aspectos simbólicos e visíveis desses grupos que auxiliam na organização em sociedade, com base em crenças, valores e pressupostos (Abemyl, 2011; Leininger; McFarland, 2002).

Em relação aos artefatos materiais, cabe destacar que são indicadores físicos de uma cultura como logotipos, selos; como a cruz nos logotipos de diversas organizações de saúde associadas a motivações voluntárias, altruístas e de caridade. Quanto aos artefatos verbais, trata-se de observar os materiais escritos que a comunidade disponibiliza ao público, bem como os mitos as lendas, que são

anedotas que a comunidade desenvolveu sobre a sua história e os seus membros e que ajudam a estabelecer, manter ou explicar certos comportamentos e artefatos materiais dentro da comunidade (Abemyl, 2011).

Tendo em vista a importância da teoria de Madeleine no que diz respeito a cada cultura, deve-se considerar o modo de vida de cada população. Na verdade, as diferenças culturais são essenciais para estudar e compreender o cuidado. Sobretudo, por meio dos diferentes elementos que envolvem o cuidado cultural e que estão apresentados na Figura 7, por meio do modelo do sol nascente elaborado por Leininger. Nas ciências da saúde, principalmente o enfermeiro, para ter um bom desempenho, deve compreender que o cuidado é um conhecimento contido no ser humano, pois é ele quem pensa o cuidado e o pratica no seu cotidiano. São os pacientes, ou os grupos estudados, que possibilitam descobrir o que é desconhecido.

Figura 7 - Modelo do sol nascente proposto por Leininger.



Fonte: George, 2000, p. 301

Assim, os profissionais de saúde devem avaliar, planejar e intervir dentro de uma lógica cultural melhorando a qualidade dos seus cuidados, podendo minimizar danos e preconceitos nas suas relações de saúde. Em última análise, para ser eficaz, o cuidado deve ser um **cuidado cultural**, ou seja, precisa refletir a compreensão única de valores, crenças, atitudes, estilos de vida e a visão global dos modelos de aculturação dos indivíduos, o que pressupõe que as pessoas cuidadas são co-participantes nas suas atividades de cuidado e têm uma escolha em intervenções relacionadas (Abemyl, 2011).

A enfermagem exige necessariamente outras disciplinas; a autonomia total das disciplinas é uma ilusão. Cada teoria é composta por uma história que a funda e que determina a trajetória de seus múltiplos princípios, postulados, orientações, métodos, filosofias, pesquisas, contexto cultural, personalidade do autor, etc. É importante conhecê-los se quiser-se pensar a fundo e aprender a utilizar os conhecimentos das ciências humanas e sociais com ética profissional (Abemyl, 2011)

Diante do exposto, a teoria de Madeleine é relevante para a realização deste estudo, porque tem em conta o estilo de vida de cada pessoa, de cada área, a qualidade e quantidade de recursos disponíveis para os profissionais prestarem cuidados às pessoas idosas. Há que se dizer que existem preocupações quanto à qualidade dos cuidados de saúde, tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. Na verdade, o que chama a atenção é o baixo desempenho dos sistemas de saúde, que após um período de expansão massiva e rápida foram confrontados com enormes problemas socioeconômicos no Haiti.

Estes países são caracterizados por elevadas taxas de sofrimento e mortalidade precoce. Os mais jovens sofrem com a falta de cuidados nos hospitais do Haiti, especialmente na comuna de Ouanaminthe. A falta de equipamentos de saúde influencia a capacidade dos enfermeiros sendo, portanto, considerada um problema sem fronteiras que afeta diversas áreas e comunidades no Haiti. A importância desta teoria reside justamente no fato dela possibilitar apreender como esses elementos da cultura podem interferir no cuidado.

A atuação do enfermeiro na qualidade do cuidado ao idoso é uma preocupação a nível social, acadêmico, científico e o conhecimento sobre a forma como os profissionais atuam nos centros de saúde de um país como o Haiti, que

dispõe de poucos recursos, é pouco aprofundado e até desconhecidos, sobretudo no que diz respeito ao processo de integração dos cuidados de enfermagem.

Vários trabalhos de investigação foram realizados com base nessa teoria. Por exemplo, o trabalho de Silva e Carvalho (2021) sobre a transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger explicou que a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural é a única teoria que tem como enfoque principal o elo entre a cultura, o bem-estar e os cuidados em saúde e no momento atual existem poucos artigos com essa aplicabilidade no Brasil. No entanto, a enfermagem vem empregando esta teoria em vários campos de atuação e vem sendo utilizada em distintas temáticas, o que gera maior relevância para sustentação de sua validação sistemática e contínua no país, visto que promove maior conforto ao paciente, preservando sua cultura, religião, etnia e crenças.

Segundo Souza *et al.* (2007), a teoria valoriza a importância que os fatores culturais exercem no ser humano e que sua ausência no planejamento do cuidado de enfermagem resulta em um cuidado desvinculado da realidade cultural da pessoa. No artigo de Almeida (2021) sobre as reflexões teóricas do cuidado transcultural de Leininger no contexto da Covid-19, defendeu-se que através dessa teoria o enfermeiro deve conhecer o cuidado transcultural para considerar o tratamento individual e ou coletivo e respeitar as diferenças existentes sobre as crenças e valores.

A utilização da teoria de Leininger nos mostra que a valorização das vidas humanas de todos os países, incluindo o Haiti, tornou-se prioritária em relação aos fatores econômicos, sociais, educacionais, entre outros. Com base nos trabalhos supracitados, a descrição da importância do cuidado transcultural de Leininger ressalta que o enfermeiro que insere essa teoria na sua área de trabalho terá mais autonomia na prática do cuidado, trazendo mais conforto ao paciente, preservando a cultura, religião, etnia e crenças do mesmo.

6 Método

Neste capítulo descreve-se o percurso metodológico que foi empreendido para a realização da pesquisa.

6.1 Caracterização

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na Teoria de Enfermagem Transcultural, de Madeleine Leininger (2002). A pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que tem como principal característica a análise de poucos casos de maneira bastante aprofundada, as técnicas qualitativas são muito utilizadas nas Ciências Sociais, principalmente na Sociologia e na Antropologia (Kniess, 2022). A Teoria da Enfermagem Transcultural enfatiza a importância da compreensão dos valores culturais, crenças e práticas dos indivíduos para fornecer um cuidado de enfermagem eficaz e culturalmente sensível, respeitando as diferenças e promovendo a saúde de maneira humanizada.

6.2 Cenário

O cenário do estudo foi o Centro Médico-Social de Ouanaminthe. Segundo Mindat (2015), a população de Ouanaminthe foi estimada em aproximadamente 146.484 habitantes. Hoje em dia, esta população está aumentando exponencialmente porque a cidade é mais segura e economicamente estável. Este Centro Médico-social é um estabelecimento público de saúde, gerido pelo Ministério da Saúde Pública e População (MSPP) que contém vários serviços como: Maternidade, serviço de urgência, clínica médica, laboratório, ginecologia, sala de cólera, bem como serviços de atendimento a pessoas que vivem com HIV+, um

serviço de nutrição, vacinação, pré-natal, planejamento familiar e também oferece serviços comunitários de saúde e psicologia.

No Centro médico-social de Ouanaminthe, os serviços de medicina interna, maternidade e urgência funcionam dia e noite, e os demais serviços encerram às 14h00. Os profissionais de saúde estão divididos em várias equipes, um grupo começa a trabalhar das 8h00 às 12h00, outro grupo das 12h00 às 20h00 e o outro grupo das 20h00 às 8h00 do dia seguinte. Este último não contém todos os serviços, porém, quando um paciente necessita de uma intervenção cirúrgica, ou outros cuidados, através de sua ambulância o médico solicita um atendimento urgente para outra cidade em um hospital maior.

6.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que trabalhavam no Centro Médico-Social de Ouanaminthe. Sendo selecionados aqueles que atendiam ao critério de inclusão: ser enfermeiro atuando junto a idosos em fim de vida nas unidades de Medicina Interna. Foram excluídos aqueles que estavam de licença ou afastados durante o período de coleta de dados.

A técnica de amostragem utilizada foi a "bola de neve". Essa técnica é um método não probabilístico frequentemente usado para estudar populações de difícil acesso. Ao contrário da amostragem probabilística que depende de uma seleção aleatória de participantes, a amostragem em bola de neve depende de referências em cascata, onde os primeiros participantes, chamados de "sementes", recomendam outras pessoas com as características desejadas. Esse método é geralmente usado quando estabelecer uma amostra probabilística inicial é difícil. O processo de amostragem em bola de neve começa pela identificação dessas "sementes" na população-alvo (Vinuto, 2014).

Essas 'sementes' são frequentemente selecionadas com base na sua acessibilidade ou conhecimento do grupo a ser estudado. Uma vez identificados, os possíveis participantes são contatados e solicitados a recomendar outros indivíduos que atendam aos critérios do estudo. Esse processo repete-se iterativamente, com cada novo indivíduo recomendado podendo, por sua vez, recomendar outras pessoas, resultando num crescimento exponencial da amostra (Vinuto, 2014).

Assim, foram convidadas 14 enfermeiras, das quais três recusaram participar da pesquisa por não demonstrar interesse. Nenhuma foi excluída devido aos critérios de exclusão estabelecidos. O trabalho foi realizado, então, com 11 enfermeiras que constituíram a amostra da pesquisa. O contato com a primeira enfermeira que trabalhava no Centro Médico-social de Ouanaminthe foi feito por uma chamada no WhatsApp, e esse contato abriu a possibilidade de alcançar outras enfermeiras.

6.4 Produção dos dados

Os dados foram produzidos entre julho e setembro de 2024, por meio de entrevistas semiestruturadas online ou respondidas via Google Forms. A entrevista semiestruturada é um modelo de entrevista flexível. Com roteiro prévio, abre espaço para haver perguntas fora do planejado. A entrevista semiestruturada é um método mais espontâneo para contratações, no qual o entrevistador faz apenas algumas perguntas predeterminadas em roteiro. O restante do processo é parecido com uma conversa, por vezes até informal, sem ser planejada com antecedência (Pontotel, 2023). Nesta pesquisa, elaborou-se um protocolo de entrevista que está no apêndice A.

Com sete participantes as entrevistas foram realizadas por chamada de áudio no WhatsApp e duraram de 15 a 30 minutos. Somente o conteúdo em voz, ou seja, da fala, foi analisado nesta pesquisa. O agendamento das entrevistas foi de acordo com o dia e horário de preferência de cada participante. Como alguns possíveis participantes não encontravam horário para participar ou se sentiam constrangidos em realizar a gravação, foi adotada como estratégia de produção de dados o envio das questões da entrevista a essas pessoas por meio de formulário no Google forms. Isso foi feito com quatro participantes.

6.5 Gerenciamento dos dados

As entrevistas em áudio foram transcritas pela autora do trabalho no Google Docs para convertê-las para documento em texto. Essas entrevistas foram traduzidas do idioma crioulo para o português pela autora e revisadas pela sua orientadora. Entretanto, não foram revisadas pelas participantes. A formatação a ser

seguida foi: margens 1,5 cm, fonte arial 12, espaçamento 1,5 cm entrelinhas, totalizando 34 páginas de documento.

Os arquivos em texto foram armazenados em uma pasta e após as revisões foram adicionados no programa Atlas.ti em sua versão de demonstração e em nuvem.

6.6 Análise

Os dados da pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo temática de Bardin (2021). A análise de conteúdo é um processo metodológico essencial nas ciências sociais, utilizado para explorar e interpretar dados textuais com o objetivo de descobrir tendências, padrões ou significados ocultos, propõe uma abordagem detalhada em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, a inferência e interpretação.

A pré-análise é utilizada para organizar ideias iniciais, escolher documentos para analisar, formular hipóteses e objetivos e desenvolver indicadores. Esta fase é caracterizada por uma leitura flutuante dos documentos, permitindo ao analista absorver impressões e orientações iniciais. A seleção dos documentos é fundamental e deve seguir regras de completude, representatividade e relevância. Além disso, a formulação de hipóteses e objetivos orienta o processo de análise, propondo pressupostos a serem testados e definindo os objetivos gerais do estudo (Bardin, 2021). Nesta pesquisa, essa fase ocorreu mediante a organização das entrevistas, após as transcrições, em pastas no Google Drive. Todas as entrevistas foram revisadas pela orientadora, de modo a instigar novas questões e mobilizar outras perguntas a cada nova entrevista realizada, visando responder aos objetivos.

Em seguida, a exploração do material envolve a aplicação sistemática das decisões tomadas durante a pré-análise. Isso inclui operações de codificação, decomposição ou enumeração de acordo com regras pré-estabelecidas. Essa etapa é descrita como longa e tediosa, mas essencial para os resultados e a interpretação, pois visa dar sentido aos dados coletados. Assim, operacionalizou-se esta etapa com o auxílio do programa Atlas.ti, versão de demonstração em nuvem. No programa foram inseridos os arquivos em texto das entrevistas, para posterior codificação e categorização. Ao final desse processo, foram gerados 44 códigos atribuídos a 180 excertos de fala, os quais foram agrupados para comporem as

subcategorias e categorias, conforme demonstrado no quadro 3. Destaca-se que nem todos os códigos foram utilizados para a construção deste relatório de pesquisa.

Quadro 3. Composição das subcategorias e categorias.

Quadro 6: Organização das subcategorias e categorias.

Códigos	Subtemas	Unidades temáticas
Formação gerontologia	A formação em gerontologia e cuidados paliativos	A formação das enfermeiras haitianas para o cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados
Formação cuidados paliativos		
Definição cuidados paliativos		
Problemas de saúde idosos	A hospitalização dos idosos no Centro de Saúde de Ouanaminthe	
Aspectos positivos da A hospitalização dos idosos no Centro de Saúde de Ouanaminthe hospitalização		
Aspectos negativos da hospitalização		
Aspectos positivos ao cuidar idosos	Facilidades e dificuldades para o cuidado ao idoso hospitalizado	
Aspectos que facilitam cuidados oferecem idosos		
Dificuldade idoso infantilização		
Não influência das crenças	A influência das crenças dos idosos nos cuidados de enfermagem	A interface da cultura nas dimensões do cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados
Crenças influenciam os cuidados		
Crenças religiosas sobre a aceitação dos cuidados		
Respeito às crenças dos idosos		

Cotidiano do cuidado idoso fim de vida	Os cuidados com a dimensão física no final da vida e seus desafios	
Cuidado físico		
dificuldade idoso medicamento		
Falta de material		
Acredita mais nas folhas		
Cuidados psicologia	Os cuidados com a dimensão psicossocial e espiritual	
Cuidado emocional		
Cuidados sociais		
Dificuldade com idosos que querem volta para casa		
Idosos não querem ficar no hospital		
Idosos estressados		
Saída paciente hospital		
Cuidados religiosos		

Fonte: Saint-Fort, 2025.

O tratamento das informações compreende o momento em que os resultados são então submetidos a interpretações e discussões com a literatura, visando a formulação de novas proposições (Bardin, 2021). Nesta pesquisa, as interpretações e discussões foram articuladas com os conceitos propostos por Leininger (2002) e outros autores do campo da enfermagem que abordassem questões vinculadas à enfermagem transcultural, ao cuidado em fim de vida e à gerontologia.

A competência cultural é uma habilidade essencial para os profissionais de saúde, permitindo-lhes fornecer cuidados que estejam em conformidade com as crenças, valores e práticas culturais dos pacientes. Esse conceito não se limita apenas ao conhecimento das diferenças culturais, mas também envolve a capacidade de adaptar práticas e abordagens clínicas para atender às necessidades específicas de cada indivíduo. O domínio da competência cultural permite que os profissionais de saúde enfrentem desafios como preconceitos e estereótipos, que

podem impactar a relação entre profissional e paciente e, conseqüentemente, a eficácia dos cuidados prestados. Assim, ao incorporar essa competência em sua prática profissional, os profissionais de saúde promovem um atendimento mais humanizado e equitativo, essencial para a melhoria da experiência do paciente e dos resultados em saúde(Leininger 2002)

Além disso, a competência cultural vai além do simples reconhecimento da diversidade; ela exige um compromisso contínuo com o aprendizado e a autorreflexão sobre as próprias crenças e práticas profissionais. Essa dinâmica pressupõe disposição para adaptar estratégias de cuidado, desenvolvendo uma compreensão aprofundada das práticas culturais valorizadas por diferentes comunidades. Por exemplo, a percepção e o manejo das doenças podem variar significativamente entre culturas, influenciando a adesão aos tratamentos propostos. Ao abordar essas especificidades com sensibilidade e respeito, os profissionais de saúde não apenas fortalecem a relação de confiança com seus pacientes, mas também garantem cuidados pertinentes e adaptados, contribuindo assim para a promoção da saúde e do bem-estar das populações atendidas (Leininger 2002)

A análise temática, segundo Bardin (2021), é um método rigoroso e sistemático para analisar dados qualitativos. Exige planejamento detalhado, execução meticulosa e interpretação cuidadosa, proporcionando uma estrutura sólida para uma análise de conteúdo eficaz e confiável.

6.7 Aspectos éticos

Esclarece-se que no Haiti não há legislação que determina obrigatoriedade de aprovação de pesquisas por Comitê de ética em pesquisa quando estes envolvem seres humanos, no sentido da produção de dados a partir de pesquisa qualitativa. Naquele país, contudo, é preciso da aprovação da instituição cenário da pesquisa para que ela possa ser executada.

Por isso, inicialmente, o projeto de pesquisa foi enviado ao Centro médico-social de Ouanaminthe para solicitar a carta de autorização para realização da pesquisa. Somente após esta autorização a pesquisa teve início (Anexo A). Vale esclarecer que foram respeitados os princípios da pesquisa biomédica envolvendo seres humanos determinados na 18ª Assembléia Médica Mundial, Helsinki,

Finlândia, em junho de 1964, e corrigida pelas 29ª Assembleia Médica, Tóquio, Japão, em outubro de 1975 e 35ª Assembleia Médica Mundial Veneza, Itália, em outubro de 1983 e pela 41ª Assembléia Médica Mundial Hong Kong, em setembro de 1989 (Helsinki, 1964).

Sob essa perspectiva, as investigações devem basear-se em princípios científicos, com protocolos claros e uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios para os participantes. Eles devem ser informados sobre os objetivos e métodos e fornecer consentimento informado e voluntário. A privacidade e a integridade física e mental dos participantes devem ser sempre respeitadas e protegidas.

Por isso, destaca-se que foi solicitado o consentimento verbal dos participantes, registrados antes do início de cada entrevista, por meio de gravação. Para aqueles que responderam o formulário, entendeu-se como consentimento presumido o fato de terem respondido ao formulário, pois caso não desejassem participar da pesquisa, não teriam feito. A identidade dos participantes foi preservada utilizando-se, para tanto, da expressão “Entrevistada” seguida do número da ordem de realização da entrevista (Entrevistada 1, Entrevistada 2....). Ressalta-se que os materiais digitais oriundos da pesquisa foram armazenados em pastas online, compartilhadas somente com a orientadora da pesquisa. Após o período de cinco anos esses materiais serão deletados permanentemente.

6.8 Devolutiva

Os resultados da pesquisa serão apresentados por meio da dissertação de mestrado que será defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Além disso, serão publicados resumos em eventos e artigos em revistas científicas. Por fim, também será realizado o convite aos participantes para uma explanação online com os principais achados e com discussões pensando nas implicações para a prática.

7 Resultados e discussão

O estudo foi realizado com 11 enfermeiras, todas do sexo feminino. Entre elas, quatro eram casadas e sete solteiras, dentre as quais três tinham filhos. As idades variaram de 29 a 63 anos. Uma das enfermeiras possui mais de 25 anos de experiência, enquanto outras têm mais de um ano de trabalho. Duas das participantes atuavam em várias instituições. Em termos de formação complementar, uma enfermeira tinha habilitação na área de análises laboratoriais.

A seguir são apresentadas e discutidas as duas categorias que emergiram das análises, a citar: *“A formação das enfermeiras haitianas para o cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados”* e *“A interface da cultura nas dimensões do cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados”*.

7.1 A formação das enfermeiras haitianas para o cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados

Nesta categoria, apresenta-se uma visão geral dos principais elementos da formação das enfermeiras haitianas para os cuidados com os idosos em fim de vida.

7.1.1 A formação em gerontologia e cuidados paliativos

Nessa subcategoria apresenta-se uma visão geral dos principais elementos sobre formações das enfermeiras e conhecimentos das participantes sobre cuidados paliativos e gerontologia. No que diz respeito à gerontologia, todas as participantes receberam uma formação específica, tanto teórica quanto prática, durante seus estudos. Essa formação permitiu que desenvolvessem habilidades para cuidar de pessoas idosas em diferentes contextos.

Durante a minha formação como enfermeira, eu fiz uma formação especial sobre cuidados com idosos. Essa formação me ajudou a entender e a

responder às necessidades específicas dos idosos, pois eles têm condições médicas e físicas diferentes das outras faixas etárias. (Entrevistada 5).

Sim, eu fiz uma formação em geriatria, onde tive tanto teoria quanto prática. Aprendi como cuidar dos idosos e quais doenças eles podem desenvolver com a idade. (Entrevistada 7)

Sim, na minha formação como enfermeira, recebi uma disciplina chamada geriatria, que incluía tanto teoria quanto prática, com um mês de prática. Aprendemos como cuidar dos idosos, quais são as doenças mais comuns entre eles, e também aprendi sobre o comportamento deles. Foi uma experiência muito boa. (Entrevistada 11)

De acordo com as entrevistas, ficou evidente que todas as enfermeiras participantes possuem uma combinação de conhecimentos teóricos e práticos na área da gerontologia. Isso representa um aspecto essencial para uma enfermeira que cuida de pessoas idosas, uma população particularmente vulnerável. O cuidado com os idosos exige uma base sólida de conhecimentos, permitindo que as enfermeiras compreendam melhor suas reações, se comuniquem com respeito e lhes atribuam valor no fornecimento dos cuidados. Os conhecimentos teóricos permitem que as enfermeiras compreendam as condições de saúde associadas à idade, enquanto a experiência prática fortalece suas competências para se comunicarem e adaptarem os cuidados às necessidades específicas dessas pessoas.

Apesar da formação básica das enfermeiras, elas não possuem um diploma em gerontologia. A formação é centrada em uma abordagem geral da geriatria, mas é limitada em profundidade. Essa lacuna pode reduzir a capacidade das enfermeiras de atender às necessidades complexas dos idosos de maneira mais eficaz. Se as enfermeiras fossem especializadas em gerontologia, elas poderiam ter uma competência mais ampla e melhor adaptada para responder às necessidades das pessoas idosas.

O período de um mês de prática geriátrica, conforme relatado pelas participantes, é muito curto para desenvolver competências sólidas. Prolongar esse período para oferecer mais tempo de prática pode melhorar a qualidade da preparação das enfermeiras. Apesar de a formação básica das enfermeiras incluir uma abordagem teórica e prática que as ajuda a cuidar de pessoas idosas, a falta de formação especializada continua sendo uma deficiência importante. Por isso, a meu ver, é válido encorajar o desenvolvimento de especialização em geriatria para garantir a qualidade ideal do cuidado destinado à população idosa crescente no

Haiti.

Estudo (Wilke *et al.*, 2013) destaca a importância da formação em geriatria para as enfermeiras, apontando-a como essencial para desenvolver competências adequadas às necessidades específicas das pessoas idosas. Nele, os autores descrevem que a formação em gerontologia permite às enfermeiras compreender as diferentes práticas culturais e crenças que influenciam a saúde e o bem-estar dos pacientes idosos. Uma formação adequada também favorece uma melhor interação com os pacientes e suas famílias, o que resulta em um cuidado mais eficaz e respeitoso em relação aos diversos contextos culturais. Ao respeitar os valores e crenças dos pacientes, as enfermeiras contribuem para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e para fortalecer sua autonomia.

Em outro estudo (Nicoli *et al.*, 2023), os autores apontaram a importância crucial da formação em gerontologia para as enfermeiras, evidenciando que muitas delas, embora experientes, apresentam lacunas significativas em conhecimentos gerontológicos. Essas deficiências resultam em uma gestão do cuidado menos segura e eficaz para as pessoas idosas hospitalizadas. Reforçam ainda, a necessidade de uma revisão nos currículos de formação em enfermagem, a fim de integrar conteúdos específicos sobre a saúde das pessoas idosas, o que é essencial para promover um envelhecimento saudável e atender às necessidades particulares dessa população vulnerável.

Quanto aos cuidados paliativos, as entrevistadas relataram não receber uma formação específica durante seus estudos, mas tiveram uma abordagem que tocava em alguns aspectos desses cuidados. Elas adquiriram algumas informações sobre cuidados paliativos, o que lhes deu um conhecimento básico sobre como cuidar de pessoas em fim de vida.

Durante minha formação como enfermeira, não recebi uma formação específica em cuidados paliativos nem em cuidados de fim de vida, mas tive aulas teóricas que abordam os cuidados paliativos. (Entrevistada 1)

Sim, tive uma abordagem sobre cuidados paliativos, aprendi o que são os cuidados paliativos e entendi que não é um cuidado para tratar o paciente, mas sim um cuidado para lhe proporcionar conforto. Foi uma experiência positiva e eu aprendi muito. (Entrevistada 10)

Sim, eu tive uma abordagem sobre cuidados paliativos. Aprendi quais tipos de cuidados eu deveria fornecer e como administrá-los. Durante meu

estágio, pratiquei no serviço de cuidados paliativos, onde pude ver como atender às necessidades físicas, emocionais e espirituais dos pacientes. Esses cuidados me ajudaram a entender a importância de respeitar a vontade do paciente e de sua família, enquanto oferecia um apoio completo que os ajudasse a se sentir mais confortáveis nesses momentos difíceis. Foi uma experiência que reforçou minha convicção sobre o valor dos cuidados paliativos na vida das pessoas enfrentando doenças graves.. (Entrevistada 11)

As participantes relataram experiências variadas em relação à sua formação em cuidados paliativos. Uma das participantes mencionou que não recebeu uma formação específica em cuidados paliativos, mas que participou de aulas teóricas sobre o tema. As outras participantes destacaram uma abordagem positiva, reconhecendo que os cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar conforto ao paciente, em vez de tratá-lo.

Nesse sentido, a formação em cuidados paliativos pode favorecer atitudes em direção ao relativismo cultural e de encontro à imposição cultural (Leininger, 2002). O relativismo cultural diz respeito à compreensão de que cada cultura é única, que cada pessoa não deve ser julgada pelos seus valores e modos de vida (Leininger, 2002). A imposição cultural diz respeito às imposições de comportamentos e crenças por um indivíduo ou um grupo a outrem. Ao longo de seu trabalho, Leininger (2002) observou que profissionais de saúde, incluindo enfermeiras, tendem a impor inconscientemente suas crenças e convicções nas interações de cuidado interferindo, assim, na relação com os pacientes.

Por isso, no processo de cuidado que considera a cultura, as ações devem ser avaliadas e adaptadas às decisões, desejos e visões de mundo de quem se cuida. A partir de tais conceitos inerentes à teoria do cuidado transcultural, acredito que as enfermeiras devem ser capacitadas não apenas com conhecimentos técnicos sobre cuidados paliativos, mas também com uma compreensão profunda das necessidades culturais dos pacientes. Isso garantirá que os cuidados sejam não apenas eficazes, mas também respeitosos e significativos para cada indivíduo, especialmente pelas etapas finais do adoecimento e da vida serem marcadas por diferentes rituais e oscilações em relação às vontades, as quais são singulares para cada pessoa.

Cárdenas *et al.* (2022) argumentam que com o envolvimento ativo de organizações internacionais, ONG e fundações que financiam programas, os cuidados paliativos, mesmo em ambientes marginalizados e com recursos limitados -

como é o caso da realidade Haitiana -, podem se tornar uma realidade. Nenhuma pessoa, onde quer que esteja e independentemente de sua cultura, deve morrer com dor. Muito embora os cuidados paliativos não restrinjam sua atuação somente a esta etapa, mas compreendem todo o período que envolve o prognóstico de uma doença como não respondendo ao tratamento que pretende modificá-la.

Estudo realizado no Haiti revelou que 70% da população estudada estava desempregada, refletindo as precárias condições socioeconômicas que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Os pacientes expressaram uma necessidade urgente de assistência financeira, visitas domiciliares de profissionais de saúde e apoio psicológico, destacando a ausência de um sistema completo de cuidados paliativos. Embora haja um esforço em andamento para fortalecer a oferta de cuidados, a infraestrutura de saúde limitada, o acesso restrito a analgésicos e a falta de formação dos profissionais de saúde ainda representam desafios significativos. Esses resultados evidenciam a urgência de desenvolver e implementar um programa robusto de cuidados paliativos no Haiti, capazes de atender às necessidades não apenas médicas, mas também sociais e espirituais dos pacientes e suas famílias. A falta de infraestrutura para os cuidados paliativos e o acesso limitado a analgésicos também foram destacados como desafios comuns em contextos de recursos limitados em nível global, refletindo experiências de outras regiões semelhantes (Dolisca, Sarah, Bianca, 2017).

Estudo (Cárdenas *et al.*, 2022) discute ainda a necessidade de considerar a cultura e a realidade de cada continente e de seus países na implementação dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos, que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças graves ou em fase terminal, devem ser adaptados às especificidades culturais, sociais e econômicas de cada região do mundo. Cada continente, cada país e até mesmo cada comunidade apresenta crenças, valores e práticas que influenciam a percepção da morte, o manejo da dor e as necessidades espirituais ou emocionais dos pacientes e de suas famílias.

Nos países de baixa ou média renda, por exemplo, os recursos limitados e o acesso restrito aos serviços de saúde exigem abordagens inovadoras e integradas, levando em consideração as realidades econômicas locais. Além disso, em algumas culturas, as práticas religiosas, as estruturas familiares e as tradições comunitárias desempenham um papel crucial no acompanhamento dos doentes. Ignorar esses

fatores pode não apenas limitar a eficácia dos cuidados paliativos, mas também levar a incompreensões ou resistências (Cárdenas *et al.*, 2022).

Ao serem questionadas sobre o que compreendiam sobre o conceito de cuidados paliativos, apreendeu-se que as entrevistadas entendem essa abordagem de cuidados em acordo com a definição proposta pelas instituições como a Organização Mundial da Saúde e a International Association for Hospice and Palliative Care, centrando suas explicações na promoção do conforto, e na oferta dos cuidados às pessoas com doença grave e/ou em estágio terminal.

Eu entendo que os cuidados paliativos, também chamados de cuidados de suporte, são cuidados oferecidos aos pacientes em fim de vida para melhorar a qualidade de vida deles e aliviar os sintomas. Isso inclui pessoas com câncer, onde nos concentramos mais nos sintomas do câncer. Para mim, esses cuidados são cuidados de suporte, mas não são cuidados curativos. (Entrevistada 2)

Para mim, os cuidados paliativos são um tipo de assistência à saúde que melhora a qualidade de vida de uma pessoa gravemente doente em fase terminal. (Entrevistada 3)

Os cuidados paliativos são essenciais para proporcionar conforto e qualidade de vida a pacientes com doenças graves ou em fase terminal. Eles focam no alívio da dor e do sofrimento, oferecendo suporte emocional, espiritual e físico, tanto para o paciente quanto para a família. Esses cuidados valorizam a dignidade e o respeito pelo paciente, priorizando o bem-estar em vez de tentar curar a doença. (Entrevistada 9)

As declarações das participantes oferecem uma visão global e compartilhada sobre os cuidados paliativos, em que o objetivo principal continua sendo o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida. No entanto, essa análise também revela a necessidade de uma formação de enfermagem mais aprofundada, tanto no aspecto técnico quanto emocional, para atender às necessidades dos pacientes em fim de vida, respeitando as especificidades vinculadas ao envelhecimento. Além disso, os cuidados paliativos devem ser continuamente adaptados às doenças específicas e às necessidades culturais dos pacientes, sempre respeitando sua dignidade.

Leininger (2002) destaca a importância do cuidado culturalmente congruente, afirmando que o cuidado culturalmente baseado é essencial para o bem-estar, a saúde, além de ser fundamental para enfrentar deficiências ou a morte. A autora destaca que esse tipo de cuidado não apenas reconhece as diferenças culturais, mas valoriza as práticas e crenças de cada cultura, permitindo que os enfermeiros ofereçam um atendimento que respeite e atenda às necessidades específicas dos

pacientes. Essa abordagem holística é crucial para garantir que o cuidado seja eficaz e significativo, promovendo resultados terapêuticos positivos e um ambiente de cuidado que respeite a diversidade humana.

Em um estudo (Paiva *et al.*, 2023), que teve como objetivo compreender como enfermeiros atuam em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde contribuindo para a melhoria do cuidado aos pacientes oncológicos, observou-se que as enfermeiras possuíam pouco conhecimento sobre cuidados paliativos. Isso pode impactar negativamente na qualidade da assistência prestada. A formação e a educação continuada são essenciais para que os profissionais de saúde possam oferecer cuidados adequados, especialmente em situações que envolvem o sofrimento físico, emocional e espiritual dos pacientes. Portanto, é crucial que haja investimentos na educação e na formação, para que as enfermeiras se tornem competentes em cuidados paliativos.

Corroborando, pesquisa (Souza *et al.*, 2023) que buscou avaliar o conhecimento e a prática de enfermeiros sobre cuidados paliativos na hospitalização identificou que as enfermeiras entrevistadas apresentam um déficit de conhecimento sobre os princípios dos cuidados paliativos, o que impacta negativamente a qualidade da assistência, especialmente na gestão da dor e dos sintomas em fase terminal. Elas também enfrentam dificuldades para compreender e resolver os conflitos bioéticos relacionados ao fim da vida, revelando uma lacuna significativa em sua formação ética e prática.

No estudo supracitado, embora 60% das participantes tenham se declarado aptas a fornecer cuidados paliativos, essa confiança pareceu contraditória diante das lacunas observadas, sugerindo um desconhecimento dos padrões exigidos. Esses resultados destacam a urgência de investir em formações contínuas adequadas, que incluam módulos específicos sobre manejo de sintomas, dilemas éticos e uma abordagem interdisciplinar, a fim de reforçar suas competências e garantir cuidados respeitosos e eficazes para pacientes em fim de vida (Souza *et al.*, 2023).

A análise dos dados evidencia que as enfermeiras participantes receberam uma formação introdutória em geriatria, com enfoque teórico e prático, porém de curta duração, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada à população idosa. Ademais, observa-se a ausência de uma especialização formal na área, sugerindo a necessidade de aprofundamento dos conhecimentos para melhor atender às demandas desse grupo etário. No que se refere aos cuidados paliativos,

embora as participantes tenham tido contato teórico com o tema, a falta de uma capacitação específica limita a implementação de práticas assistenciais mais abrangentes e alinhadas às necessidades dos pacientes em fim de vida. Tais achados corroboram a literatura, que ressalta a importância de uma formação contínua e estruturada em geriatria e cuidados paliativos, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores culturais, sociais e emocionais envolvidos no processo de cuidado.

7.1.2 A hospitalização dos idosos no Centro de Saúde de Ouanaminthe

Nesta subcategoria são apresentados os relatos das enfermeiras que dizem respeito aos problemas de saúde recorrentes entre os idosos hospitalizados. A maioria das participantes afirma que frequentemente se deparam com casos clínicos de idoso com diabetes, anemia, hipertensão, doenças cardíacas, da próstata, desidratação, pneumonia e doenças mentais.

Quando trabalho com idosos, frequentemente encontro várias situações clínicas comuns, como: Doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e doença pulmonar obstrutiva crônica são muito frequentes, demência e alzheimer. Problemas de nutrição e desidratação, incontinência urinária, problemas de saúde mental e emocional, doenças como infecções respiratórias, como pneumonia. (Entrevistada 1)

Cuido de idosos com frequência, e eles costumam sofrer mais de doenças como cardiopatias e pneumonia. (Entrevistada 7)

Eu trabalho frequentemente com pessoas idosas, e as situações clínicas que eu mais encontro são: anemia, diabetes, hipertensão, câncer de útero, próstata e pneumonia. (Entrevistada 10)

As declarações das participantes destacam a diversidade de situações clínicas encontradas no cuidado a pessoas idosas. Doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, doença pulmonar obstrutiva crônica, além de transtornos de saúde mental, estão entre as patologias mais frequentemente mencionadas. Contudo, é importante notar que algumas doenças potencialmente presentes no final da vida de pessoas idosas não foram citadas.

Essa omissão pode ser explicada pelo fato de que o CMSO é um centro de saúde e não um hospital de referência. Consequentemente, pacientes com doenças graves ou casos complexos geralmente não são atendidos nesse estabelecimento. Esses pacientes costumam ser encaminhados a hospitais que possuem a

infraestrutura e os recursos necessários para fornecer cuidados especializados. Essa realidade reflete as limitações estruturais e funcionais do cenário desta pesquisa.

Além disso, é importante destacar que uma doença comum no Haiti, a febre tifóide, não foi mencionada pelas participantes. Dada a sua alta prevalência no contexto haitiano, seria pertinente incluí-la nas discussões sobre as doenças frequentes que afetam as pessoas idosas. Essa observação ressalta a necessidade de um olhar mais amplo e contextualizado sobre as necessidades de saúde dos idosos, levando em consideração as especificidades locais.

Estudo (Abu-Odah; Molassiotis; Liu, 2020) que trata dos principais desafios na oferta de cuidados paliativos para pacientes com câncer em países de baixa e média renda, destacou as lacunas significativas no conhecimento, na infraestrutura, na formação dos profissionais de saúde e no apoio político. Ele enfatiza que tanto os prestadores de cuidados quanto o público em geral muitas vezes desconhecem os cuidados paliativos, o que leva a equívocos e a uma compreensão inadequada da sua importância. Além disso, há uma escassez de profissionais qualificados e treinados para oferecer esse tipo de cuidado, limitando as opções de tratamento para os pacientes. O texto também ressalta a necessidade de melhorias na infraestrutura de saúde e na disponibilidade de medicamentos, especialmente analgésicos essenciais, apontando que a falta de fornecimento de opioides é um grande obstáculo para a prestação de cuidados eficazes.

Além disso, a ausência de um planejamento nacional e o apoio governamental insuficiente são identificados como barreiras significativas, tornando essencial o envolvimento dos formuladores de políticas para integrar os cuidados paliativos nos sistemas de saúde pública. Em suma, para superar esses desafios, é fundamental fortalecer a educação e a formação dos profissionais, melhorar a infraestrutura de saúde, garantir o acesso a medicamentos e incentivar uma abordagem política proativa, assegurando que os cuidados paliativos sejam não apenas compreendidos, mas também implementados de forma eficaz neste contexto (Abu-Odah; Molassiotis; Liu, 2020).

Conforme apontado por Leininger (2002) o contexto ambiental, que se trata do todo físico, geográfico, hábitos, recursos alimentares, moradia e fatores relacionados, influencia os significados, as expressões e ações humanas sobre as situações específicas que nele ocorrem. Dessa forma, os próprios cuidados em fim

de vida aos idosos em hospitais no Haiti precisam estar de acordo com a realidade epidemiológica local. Infelizmente, não foram encontrados dados na literatura que abordem tais cuidados, ou guias que direcionam as ações e os cuidados dos enfermeiros e demais profissionais de saúde tendo em consideração as doenças específicas locais. Por isso, acredito ser importante, a partir dos achados desta pesquisa, dialogar com enfermeiros e atores locais para impulsionar a elaboração de protocolos e planos de cuidado, sobretudo no cenário dos cuidados paliativos, considerando o contexto ambiental de Ouanaminthe.

Convergindo com o identificado na presente pesquisa, estudo (Vieira, 2018) avaliou pacientes idosos com idades entre 71 e 100 anos, sendo a maioria acometida por doenças crônicas, como demência e problemas cardíacos. A dependência funcional foi um fator crítico no prognóstico, sendo que os idosos com dependência funcional total apresentaram maior risco de complicações e óbito.

No mesmo artigo (Vieira, 2018), o autor discute os sintomas e necessidades nos cuidados paliativos. Os sintomas mais comuns que demandaram cuidados paliativos incluíram dificuldades respiratórias e dor. O manejo eficaz desses sintomas é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O uso de analgésicos simples e opioides foi frequente, refletindo a necessidade de controle da dor e de outros sintomas.

Em contraponto, outro estudo (Ehlert, 2024), realizado com pacientes em cuidados paliativos em serviço de atenção domiciliar, diverge do identificado nesta pesquisa, pois nele as doenças neoplásicas foram prevalentes, sobretudo aquelas do trato gastrointestinal (TGI), pulmão, mama, aparelho urogenital masculino, cabeça e pescoço, uroginecológicas, sistema nervoso central, além de outras neoplasias menos frequentes.

As participantes também discutiram os aspectos positivos da hospitalização dos idosos neste centro. A maior parte delas afirma que a hospitalização permite que os idosos recebam cuidados adequados às suas necessidades de saúde. Isso também lhes permite receber cuidados paliativos; mesmo no fim da vida, eles morrem sob cuidados e não por falta de assistência.

Para mim, hospitalizar os idosos em fim de vida significa oferecer-lhes um ambiente com mais recursos e apoio especializado, como equipes de cuidados interdisciplinares, instalações e equipamentos médicos avançados. Também é importante garantir que os pacientes recebam cuidados focados no alívio da dor e de outros sintomas, com uma

abordagem completa para melhorar sua qualidade de vida. (Entrevistada 5)

Hospitalizar uma pessoa idosa em fim de vida permite que ela viva mais tempo, pois recebe cuidados diários. (Entrevistada 7)

Para mim, é uma boa escolha, pois nunca se hospitaliza as pessoas por nada. Hospitalizá-las em um estágio final as ajuda a receber bons cuidados e conforto para aliviar todos os seus sinais e sintomas. (Entrevistada 11)

As declarações das participantes destacam uma percepção equilibrada sobre a hospitalização de pessoas idosas em fim de vida. Elas ressaltam os benefícios significativos associados a essa prática, como o acesso a cuidados especializados, o acompanhamento por equipes interdisciplinares e a disponibilidade de equipamentos médicos adequados. Esses elementos permitem atender às necessidades complexas dos pacientes em fim de vida, especialmente no que diz respeito ao manejo da dor e de outros sintomas associados a doenças crônicas ou terminais. No entanto, esses benefícios devem ser avaliados à luz dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos, que priorizam a qualidade de vida e o respeito à dignidade humana.

Baseando-se na teoria transcultural de Madeleine Leininger (2002), esta análise também destaca a importância crucial de levar em consideração os valores, crenças e preferências culturais dos pacientes e de suas famílias. A hospitalização só pode ser eficaz se estiver alinhada com as expectativas e necessidades específicas de cada indivíduo, especialmente no que se refere à espiritualidade, aos vínculos familiares e às tradições culturais. Por exemplo, em algumas culturas, o final da vida é visto como um momento em que a proximidade familiar é fundamental, o que pode influenciar a escolha entre hospitalização ou cuidados domiciliares.

Assim, hospitalizar um paciente idoso em fim de vida deve ser uma decisão profundamente refletida, que integra não apenas as necessidades médicas imediatas, mas também as dimensões culturais, espirituais e emocionais. Uma abordagem global, baseada nos princípios de Leininger, garante que os cuidados permaneçam centrados na pessoa, respeitando sua dignidade e verdadeiramente adaptados ao seu contexto de vida. Isso também ressalta a necessidade de os profissionais de saúde receberem formação continuada, permitindo-lhes adquirir as competências necessárias para entender e integrar as diferenças culturais em sua prática diária.

Leininger (2002) discute a importância de respeitar os valores e crenças culturais no cuidado de enfermagem, e isso inclui o cuidado no ambiente hospitalar. Assim, um dos princípios ao realizar o processo de enfermagem, sistematizando o cuidado com base na teoria do cuidado transcultural é buscar uma visão integral daquilo que constitui o contexto ambiental do paciente, colhendo informações sobre sua família, como ele percebe e compreende a doença a saúde e o próprio cuidado.

Dessa maneira, o enfermeiro pode usar tais fontes de informação para incorporar elementos do saber tradicional, popular, que incluem a visão de mundo e o estilo de vida do paciente, na orientação da abordagem terapêutica proposta pela equipe (Leininger, 2002). Pode-se, assim, estabelecer relação de confiança e segurança com ele - no caso desta pesquisa os idosos em fim de vida -, favorecendo a aceitação da hospitalização e a credibilidade nas equipes de saúde, que por vezes são postas em cheque por esse público, como será explanado mais adiante neste trabalho.

Em relação aos aspectos negativos, todas as participantes destacam que, às vezes, a hospitalização pode deixar os idosos tristes. Além disso, mencionam que, em alguns casos, os idosos são hospitalizados por uma doença específica, mas devido ao sistema imunológico enfraquecido, podem desenvolver outros sintomas ou doenças durante o período de hospitalização.

Hospitalizar os idosos têm vantagens e desvantagens. As desvantagens incluem o fato de que você pode hospitalizá-los para uma doença e eles podem desenvolver outra, pois o sistema imunológico pode estar enfraquecido. Em alguns casos, é necessário hospitalizá-los. No entanto, passar muito tempo no hospital pode causar estresse, eles podem desenvolver escaras e sentir falta de casa. (Entrevistada 8)

Consequências de um sistema imunológico enfraquecido, os pacientes podem contrair doenças no hospital. (Entrevistada 9)

No entanto, isso pode, às vezes, causar tristeza, já que eles passam muitos dias no hospital. (Entrevistada 10)

As participantes destacaram o risco de pessoas idosas hospitalizadas desenvolverem outras doenças devido a um sistema imunológico enfraquecido. Esse ponto ressalta uma problemática bem conhecida na geriatria, em que o ambiente hospitalar pode favorecer infecções nosocomiais e outras complicações. Penso que é essencial avaliar as necessidades individuais dos pacientes antes de

optar pela hospitalização, considerando também seus valores e preferências culturais. Além disso, é importante promover um cuidado multidimensional que inclua a gestão dos riscos físicos e emocionais em um ambiente que respeite as crenças e práticas dos pacientes. Os profissionais de saúde devem ser capacitados para a prevenção de infecções nosocomiais e complicações, como as escaras, integrando práticas adaptadas às necessidades específicas dos pacientes idosos.

A hospitalização de pessoas idosas em fim de vida apresenta vantagens e desvantagens que precisam ser cuidadosamente equilibradas. Uma abordagem centrada no paciente, combinada com práticas clínicas rigorosas, pode minimizar esses riscos, ao mesmo tempo em que maximiza o conforto e a dignidade do paciente.

Em um estudo (Carvalho *et al.*, 2018) sobre o impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos foi mostrado que as pessoas idosas apresentam uma funcionalidade mais baixa na alta hospitalar em comparação com o momento antes da internação. Muitas pessoas idosas apresentaram uma função reduzida 30 dias após a alta em relação a 15 dias antes da internação. Os idosos com síndrome de fragilidade no momento da internação têm um risco aumentado de resultados funcionais piores 30 dias após a alta. Assim, a hospitalização pode ter um impacto negativo significativo na funcionalidade das pessoas idosas, mas estratégias apropriadas podem ajudar a atenuar esses efeitos. Uma abordagem proativa e multidisciplinar é essencial para melhorar os resultados funcionais nessa população vulnerável.

Outro estudo (Borges, 2019) que analisou o impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos concluiu que o tempo de internação hospitalar parece influenciar a mobilidade, a qualidade de vida do idoso, com impacto significativo após quinze dias de internamento.

O fato de alguns idosos sentirem-se tristes e estressados, conforme a percepção das enfermeiras, por estarem distantes de seu domicílio pode ocorrer devido aos ambientes e profissionais de saúde não estarem preparados para “modos de cuidado culturalmente diversos” (Leininger, 2002, p. 201). Assim, a partir da proposta de Leininger (2002), acredita-se que a dinâmica e a cultura hospitalar, com regras, despersonalização, frieza e controle pode entrar em choque com a cultura e a rotina de vida do idoso, por isso, seria relevante que os ambientes hospitalares pudessem ser adaptados e flexibilizados em algumas de suas

estruturas e condutas, visando minimizar o impacto que causam na saúde e bem estar dos idosos que ali internam.

7.1.3 Facilidades e dificuldades para o cuidado ao idoso hospitalizado

Nesta subcategoria são apresentados os dados que se referem tanto os aspectos que facilitam quanto os que dificultam o trabalho das enfermeiras. Sobre as facilidades, elas mencionaram o gosto pelo trabalho, a comunicação e o trabalho em equipe. Quando cuidam dos idosos, sentem que estão cuidando de seus próprios pais, o que torna a tarefa mais fácil para elas.

Isso também desenvolve mais devoção em mim para poder apoiar alguém nessa situação. (Entrevistada 2)

O aspecto que facilita os cuidados que dou aos idosos é a comunicação. A comunicação os encoraja e os ajuda a entender a importância dos cuidados que estou oferecendo. (Entrevistada 4)

Quando cuido de uma pessoa idosa, eu me sinto bem, porque, ao cuidar de idosos, é como se eu estivesse cuidando dos meus pais e avós. (Entrevistada 10)

Os aspectos que facilitam os cuidados que eu forneço são o trabalho em equipe e a comunicação. Eu sempre me esforço para entender os pacientes, me colocar no lugar deles para trabalhar junto com eles, ouvi-los e explicar o que é melhor para eles. Faço com que sintam que estou ali para ajudá-los a receber os melhores cuidados possíveis. (Entrevistada 11)

As respostas das participantes destacam vários fatores que contribuem para facilitar o cuidado com os idosos. A comunicação surge como um pilar fundamental, permitindo decifrar as necessidades específicas dos pacientes, tranquilizá-los e explicar os cuidados oferecidos de maneira clara e adequada. Essa interação ajuda a estabelecer um clima de confiança, favorecendo uma melhor adesão aos tratamentos. Além disso, a empatia das enfermeiras, que consiste em se colocar no lugar dos pacientes, desempenha um papel crucial na construção de uma relação de cuidado humanizada, marcada pelo respeito e consideração. Ademais, o trabalho em equipe se mostra um apoio essencial, permitindo uma coordenação multidisciplinar e uma sinergia entre os profissionais, garantindo um atendimento global e de qualidade. Esses elementos ressaltam a importância de uma abordagem centrada no paciente, integrando dimensões relacionais, emocionais e organizacionais para otimizar os cuidados aos idosos.

Dentre as recomendações de ações aos enfermeiros que atuam a partir da enfermagem transcultural, propostas em um dos capítulos do livro sobre a teoria, está o desenvolvimento da empatia com os pacientes para que assim sejam minimizadas ações muito rígidas nos serviços de saúde. O desenvolvimento da empatia pelos enfermeiros durante o cuidado pode propiciar, assim, cuidados que sejam culturalmente congruentes e promovam bem-estar (McFarland, 2002).

Quanto à comunicação, Leininger (2002, p. 126) indica que “entender a comunicação verbal e não verbal dos clientes é fundamental hoje neste mundo multicultural”. A autora discorre sobre modos de comunicação transcultural, destacando a importância dos enfermeiros falarem, pelo menos, dois idiomas além de se apropriarem do conhecimento acerca de símbolos, imagens e gestos característicos de outras culturas. Tal asserção é realizada privilegiando o contexto migratório mundial.

Para além, e convergindo com a especificidade da comunicação identificada neste estudo, Leininger (2002) corrobora sobre a comunicação enquanto elemento facilitador do cuidado, sobretudo o culturalmente congruente, pois argumenta que os enfermeiros devem estar atentos às expressões da linguagem corporal, às expressões faciais, aos silêncios e ao uso de expressões e palavras que podem ter sentidos muito particulares para as pessoas dependendo da cultura em que estão inseridas, pois ela determina o padrão das formas de comunicação e suas significações.

Um estudo destaca que as diversas barreiras para uma humanização efetiva dos cuidados incluem a formação dos profissionais de saúde e a organização dos serviços centrada em ações programáticas e um modelo clínico epidemiológico. Observa-se que as decisões são frequentemente baseadas em conhecimentos técnicos, sem considerar os valores, crenças e costumes dos indivíduos e das comunidades. Embora as práticas sejam frequentemente roteirizadas e apresentem resultados questionáveis no que diz respeito aos cuidados culturalmente congruentes, uma revisão da literatura mostra uma abertura para uma contextualização sócio-histórica e cultural. É essencial que os profissionais de saúde assumam a responsabilidade de mudar esse paradigma, integrando a subjetividade e a individualidade dos pacientes em suas ações, a fim de promover a saúde e a autonomia, respeitando os contextos sócio-culturais. O objetivo é adotar uma abordagem mais integral e participativa, que respeite os limites e as possibilidades

dos indivíduos (Müller *et al.*, 2007).

Por outro lado, as dificuldades surgem principalmente com os pacientes inconscientes, com quem encontram obstáculos para fornecer cuidados e administrar medicamentos. Outra dificuldade está no comportamento dos idosos, que, às vezes, agem, na perspectiva das participantes, como crianças. Eles, por vezes, se recusam a cooperar com os cuidados que precisam receber, o que complica o trabalho das enfermeiras.

Há momentos em que sinto uma profunda tristeza e empatia por elas e por suas famílias, especialmente quando as vejo sofrer. É um trabalho que exige muita força emocional, mas tento me concentrar em oferecer cuidados com sensibilidade e compaixão. As dificuldades que enfrento ao cuidar de pessoas idosas são principalmente aquelas que estão inconscientes. Às vezes, elas sofrem de uma dor cuja origem é difícil de determinar, e às vezes, algumas até se recusam a tomar seus medicamentos. Também há aquelas que reagem como crianças, o que me exige adivinhar suas necessidades. (Entrevistada 1)

A dificuldade que encontro com os idosos é que muitos deles reagem como se fossem crianças. (Entrevistada 5)

A dificuldade está no fato de que alguns pacientes são rebeldes e desagradáveis. Isso faz com que eu leve mais tempo para cuidar deles, pois eles agem como crianças. (Entrevistada 7)

As participantes descreveram desafios comportamentais significativos em pacientes idosos, que se manifestam por atitudes percebidas como infantis ou rebeldes. Esses comportamentos são uma fonte de frustração e prolongam o tempo necessário para o cuidado deles. Isso revela uma tensão entre as necessidades de cuidados técnicos e as dimensões relacionais do trabalho de enfermagem. O comportamento infantil mencionado pelas participantes pode ser interpretado como uma regressão psicológica associada ao envelhecimento, na qual os idosos expressam insegurança ou uma necessidade maior de atenção. A resistência aos cuidados, como a recusa de medicamentos, pode refletir uma rejeição à perda de autonomia ou uma falta de compreensão das intervenções propostas. Essas reações exigem uma adaptação constante por parte dos cuidadores, destacando a falta de formação ou de recursos para lidar com essas situações.

Esses testemunhos mostram uma dualidade entre as exigências técnicas da profissão e os desafios relacionais impostos pelos pacientes idosos. De fato, eles refletem uma necessidade urgente de integrar habilidades de comunicação, gestão de comportamentos complexos e autogestão emocional na formação dos

cuidadores. Além disso, a organização dos cuidados deve considerar essas realidades, oferecendo apoio psicológico e alocando tempo suficiente para que os cuidadores enfrentem esses desafios.

Leininger (2002) explica que crianças e idosos apresentam rotinas e hábitos diferentes, especialmente para comer e dormir. Por isso, as equipes de enfermagem podem apresentar maior dificuldade em lidar com esses públicos. Uma maneira de reduzir o choque cultural durante as hospitalizações seria o questionamento, por parte dos enfermeiros, sobre esses diferentes rituais e hábitos, pensando em como é possível incorporá-los às práticas da equipe de enfermagem. Além disso, identificar o impacto da alteração desses hábitos no bem-estar dos pacientes, pois “esses rituais geralmente são importantes para fornecer cuidados culturalmente congruentes para a manutenção e preservação da saúde do cliente” Leininger (2002, p. 132). No contexto desta pesquisa, esses rituais são importantes para a promoção do conforto e da própria dignidade diante do final da vida.

Silva (2015) explica que a maneira de viver a velhice é influenciada pela cultura do país de origem, mas também está relacionada às condições de vida (autonomia, dependência física e financeira), à valorização do trabalho, aos preceitos religiosos e aos laços/relacionamentos familiares. Assim, conceber e viver a velhice, além dos aspectos culturais, baseia-se nas experiências e interações singulares que ocorreram ao longo dos anos e que, conforme o contexto e o momento de vida, ganham contornos significativos. Considera-se possível desenvolver abordagens culturalmente congruentes, que exigem a responsabilidade e o comprometimento dos profissionais, assim como uma abertura de olhar que promova a integralidade e a autonomia dos sujeitos.

7.2 A interface da cultura nas dimensões do cuidado aos idosos em fim de vida hospitalizados

Nesta categoria, apresenta-se uma visão geral dos principais elementos da interface da cultura nas dimensões do cuidado aos idosos em final de vida hospitalizados.

7.2.1 A influência das crenças dos idosos nos cuidados de enfermagem

Nessa subcategoria são apresentados os resultados referentes às falas das participantes sobre a cultura e as crenças dos idosos. A maioria dentre elas expressaram que as crenças dos idosos influenciam os cuidados que oferecem, enquanto uma pequena parte afirmou que as crenças dos idosos não têm impacto nos cuidados. Elas discutiram como respeitam essas crenças e abordaram o fato de que, às vezes, elas levam os idosos a recusar certos tipos de cuidados.

Sim, fatores culturais como crenças e religião têm uma grande influência sobre os cuidados oferecidos aos idosos em fim de vida no hospital. Esses fatores podem até afetar muitos aspectos dos cuidados. Por exemplo, algumas religiões não aceitam transfusões de sangue, mesmo que seja um cuidado que você queira oferecer. As crenças podem levar a pessoa a não aceitar certos tipos de cuidados. (Entrevistada 5)

Sim, para mim, as crenças influenciam os cuidados. A razão pela qual digo isso é que alguns idosos doentes, quando suas famílias os levam ao hospital, às vezes recusam que lhes administre soro ou injeções. Eles não aceitam que sejam injetados porque acreditam que têm uma doença "fétiche" e que a injeção não lhes fará bem. Às vezes, eles nem querem ficar no hospital para receber cuidados. Na minha opinião, as crenças das pessoas podem levá-las a morrer mais rapidamente e em más condições, por falta de cuidados. (Entrevistada 8)

Sim, fatores culturais, como crenças, religião e valores, às vezes influenciam os cuidados. Por exemplo, alguns pacientes acreditam em outros espíritos e não aceitam todos os tipos de cuidados. Alguns dizem que não vão tomar injeções, enquanto outros acreditam mais em remédios naturais à base de ervas. Há até aqueles que saem do hospital para morrer em casa, em condições precárias, sem receber cuidados médicos, e isso acontece por causa das suas crenças. (Entrevistada 11)

Os depoimentos analisados destacam uma tensão entre as práticas de cuidados modernos e as crenças culturais dos pacientes idosos. A teoria transcultural de Madeleine Leininger destaca a importância de integrar as crenças, valores e práticas culturais dos pacientes nos cuidados de enfermagem para atender de forma eficaz às suas necessidades (Leininger, 2002).

A teoria transcultural de Leininger oferece um quadro relevante para compreender essas dinâmicas e adaptar os cuidados de forma adequada. Ao adotar uma abordagem centrada no paciente e integrar práticas culturais nos cuidados, os profissionais de saúde podem melhorar os resultados de saúde enquanto respeitam as identidades culturais dos pacientes. Acredito que é importante integrar uma avaliação sistemática das crenças e práticas dos pacientes desde a sua admissão

para antecipar os desafios potenciais; organizar treinamentos específicos sobre comunicação intercultural e gestão de comportamentos influenciados por crenças culturais. Além disso, incluir as famílias nas discussões sobre os cuidados para superar resistências e estabelecer uma ponte entre as necessidades de saúde e as expectativas culturais.

Quando as crenças do paciente comprometem gravemente sua saúde, os profissionais de saúde devem estabelecer uma negociação respeitosa, conscientizando os pacientes e suas famílias sobre a importância dos cuidados, minimizando ao mesmo tempo os conflitos culturais.

Leininger (2002) aborda em sua obra os conflitos culturais, destacando que esses conflitos, assim como as práticas de imposição cultural, o estresse cultural e a dor cultural, muitas vezes resultam da falta de conhecimento e compreensão dos cuidados culturais. Isso significa que os profissionais de saúde podem não estar suficientemente informados sobre os valores, crenças e práticas das diferentes culturas, o que pode levar a mal-entendidos e tensões na relação entre o profissional de saúde e o paciente.

Também é mencionado que, para fornecer cuidados culturalmente congruentes, é essencial ter uma formação adequada que integre a diversidade cultural e as especificidades das diferentes comunidades. A pesquisa qualitativa, especialmente através da etnoenfermagem, é apresentada como uma ferramenta importante para descobrir e interpretar os dados culturais e éticos complexos que influenciam os cuidados. Isso permitiria entender melhor as necessidades dos pacientes e evitar os conflitos que podem surgir quando as práticas de cuidados não levam em conta os contextos culturais dos indivíduos (Leininger, 2002).

A teórica discorre ainda sobre a importância de cuidados genéricos (populares) e cuidados profissionais, os quais devem ser integrados para favorecer a oferta de cuidados culturalmente congruentes para pessoas de diversas culturas (Leininger, 2002). Para ela, cuidados genéricos se referem às formas “culturais mais antigas ou primeiras, populares, leigas, naturalistas e tradicionais de auxiliar, ajudar ou facilitar o processo de cura e cuidado de seres humanos” (Leininger, 2002, p. 147). Em sua perspectiva, as pessoas não necessitavam, por longos períodos da história, de profissões da área da saúde, dependendo quase que exclusivamente de aspectos relacionados ao biológico e à família para o cuidado.

Em culturas primitivas observa-se a presença de curandeiros, medicamentos

naturais e rituais específicos para lidar com os eventos da vida e da morte (Leininger, 2002). Tal situação remete ao observado nas falas das participantes e indicam que a população de idosos hospitalizados no CMSO acreditam mais em cuidados genéricos do que nos cuidados profissionais. Contudo, Leininger (2002) argumenta que seria mais benéfico aos pacientes a mistura entre os saberes e as práticas dos cuidados genéricos e profissionais visando o fornecimento de cuidados culturalmente congruentes e, por conseguinte, a promoção do bem-estar.

Souza *et al.* (1999) entendem que, na dimensão da cultura e do respeito pelo ser humano, as incongruências e os conflitos culturais tendem a diminuir. A percepção que as pessoas têm do cuidado é inerente às suas necessidades e acompanha o seu modo de vida. Estabelecer diálogos e relações de ajuda, durante a realização das ações que envolvem o cuidado de enfermagem, é um caminho para a equipe se conectar com o paciente e atender às suas expectativas.

Em contraponto, algumas enfermeiras expressaram acreditar que as crenças não influenciam os cuidados.

Na minha opinião, cada um tem suas próprias crenças, e eu não sou contra as crenças das pessoas. Para mim, as crenças dos indivíduos não influenciam os cuidados que eu lhes presto, pois uma vez que a pessoa chega ao hospital, é porque ela sabe que os cuidados que receberá poderão ajudar a aliviar qualquer doença que ela possa ter. (Entrevistada 1)

Na minha opinião, os fatores culturais, como crenças, religião e valores, não influenciam os cuidados que dou aos idosos em fim de vida, pois cada pessoa tem suas próprias crenças. (Entrevistada 2)

Há casos em que a crença tem influência e outros em que não tem. Por exemplo, uma pessoa que é membro de uma igreja protestante e que acredita apenas na oração, quando está hospitalizada, suas crenças não influenciam os cuidados, pois ela confia tanto nos medicamentos quanto na oração. Como protestante, gosto de ajudá-los a orar, porque esse tipo de pessoa não deixa que suas crenças a impeçam de receber cuidados. (Entrevistada 10)

Os depoimentos analisados mostram que as crenças dos pacientes não devem ser vistas como obstáculos aos cuidados médicos e de enfermagem, mas sim como um aspecto a ser considerado na relação entre o profissional de saúde e o paciente. Em uma abordagem respeitosa e empática, é crucial reconhecer que cada indivíduo tem suas próprias crenças e que estas podem coexistir com os tratamentos médicos sem interferir em sua eficácia.

No entanto, é importante que os profissionais de saúde não julguem ou

minimizem as crenças dos pacientes, mas as respeitem, ao mesmo tempo em que sensibilizam as famílias para a necessidade de um equilíbrio entre a medicina tradicional e a espiritual. A integração das crenças religiosas nos cuidados não deve ser vista como uma limitação, mas como uma forma de fortalecer a confiança e o bem-estar do paciente. Contudo, é essencial que essa abordagem seja fundamentada em uma comunicação aberta e diálogo, a fim de evitar conflitos culturais e garantir cuidados que respeitem tanto as necessidades espirituais quanto médicas dos pacientes.

Souza *et al.* (2007) entendem que os cuidados culturais no ambiente de enfermagem são essenciais para garantir que as pessoas idosas recebam cuidados adequados às suas necessidades específicas, levando em consideração suas crenças, valores e práticas culturais. Os enfermeiros devem adotar uma abordagem holística que reconheça a diversidade das experiências de vida das pessoas idosas, integrando elementos culturais em sua prática cotidiana.

Isso implica ouvir atentamente os pacientes, respeitar suas tradições e entender como a cultura deles influencia sua percepção de saúde e bem-estar. Por exemplo, alguns pacientes podem ter rituais ou práticas espirituais que são importantes para seu conforto e cura, e os enfermeiros devem estar abertos a esses elementos para estabelecer uma relação de confiança. Além disso, é crucial que os enfermeiros sejam capacitados em competência cultural, o que significa que devem estar cientes de seus próprios preconceitos e estereótipos, e se esforçar para superá-los, a fim de oferecer cuidados equitativos.

Ao criar um ambiente de cuidados inclusivo e respeitoso, os enfermeiros podem não apenas melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mas também fortalecer a autoestima e o bem-estar das pessoas idosas, permitindo-lhes viver a velhice com dignidade e autonomia. Assim, os cuidados culturais exigem sensibilidade e adaptabilidade por parte dos enfermeiros, que devem estar prontos para negociar e adaptar suas intervenções de acordo com as necessidades culturais únicas de cada paciente idoso, favorecendo assim uma abordagem de cuidados verdadeiramente centrada na pessoa.

7.2.2. Os cuidados com a dimensão física no final da vida e seus desafios

Nessa subcategoria As participantes falaram sobre os cuidados que prestam

aos idosos em fim de vida, explicando o tipo de cuidados que oferecem. Elas mencionaram os cuidados físicos, centrando-se nos cuidados de higiene e na administração de medicamentos.

Monitorar a saúde deles: verifico regularmente os sinais vitais para detectar qualquer mudança e ajustar os cuidados conforme necessário. E depois, alguns dos cuidados que eu forneço são banho no leito, troca de fraldas, administração de medicamentos conforme o protocolo, curativos para aqueles com feridas diabéticas e escaras, e colocação de sondas nasogástricas e de Foley para aqueles que precisam. (Entrevistada 1)

Para os cuidados físicos, ajudamos os pacientes a manterem-se limpos e cheirosos, garantimos que a cama esteja sempre bem arrumada, administramos os medicamentos necessários, colocamos sondas nasogástricas e cateteres, fazemos curativos para pacientes com úlceras diabéticas e monitoramos os sinais vitais dos pacientes. (Entrevistada 2)

Os cuidados físicos variam de um paciente para outro, dependendo do estado do paciente, pois alguns estão em fim de vida com uma doença incurável, mas não estão inconscientes ou em coma. Nesses casos, deixamos a família cuidar do corpo deles, e fazemos o que precisamos fazer para eles. Para os pacientes inconscientes, nós fazemos a higiene no leito, arrumamos a cama, trocamos as fraldas, colocamos sondas, administramos os medicamentos conforme o protocolo prescrito, esvaziamos os sacos coletores sempre que estão cheios, e monitoramos os sinais vitais. Alguns pacientes precisam de monitoramento de sinais vitais mais frequente que outros, dependendo do protocolo e da doença que têm. Nós administramos soluções intravenosas, medicamentos intravenosos e injeções. (Entrevistada 3)

Nós fornecemos muitos cuidados porque, às vezes, os pacientes não merecem todos o mesmo nível de cuidados. Por exemplo, há aqueles que estão inconscientes e aqueles que não estão, aqueles que têm sonda nasogástrica e aqueles que não têm, aqueles que têm cateter e aqueles que não têm. Para os pacientes inconscientes e em estado grave, eu os dou banho na cama, dou-lhes comida, administrar medicamentos, esvaziar o saco coletor quando está cheio, trocar suas roupas, troco as fraldas, arrumo a cama e limpo suas feridas. Para os outros que não estão em estado grave, deixamos que as famílias cuidem deles. (Entrevistada 6)

As participantes descrevem uma série de intervenções padronizadas, como o banho no leito, a troca de roupas ou de roupa de cama, o manejo de sondas e a monitorização dos sinais vitais. Essas práticas demonstram um bom domínio dos cuidados essenciais para pacientes em fim de vida. No entanto, essa padronização pode revelar uma abordagem, por vezes, pouco adaptada às necessidades específicas e às preferências pessoais de cada paciente, limitando assim a personalização dos cuidados.

As enfermeiras demonstram a capacidade de ajustar os cuidados com base no estado clínico dos pacientes: os pacientes inconscientes recebem cuidados completos, enquanto aqueles que estão conscientes ou em condições menos graves contam com maior envolvimento de suas famílias. Essa diferenciação revela uma

gestão pragmática dos recursos, mas levanta questões éticas e práticas sobre o equilíbrio entre o envolvimento familiar e o dever dos profissionais. Mesmo que o paciente não esteja inconsciente e sua condição não seja muito grave, uma vez hospitalizado, os enfermeiros devem fornecer todos os cuidados necessários. Nem sempre é indispensável que os profissionais envolvam a família nos cuidados.

De fato, a menção repetida do papel das famílias nos cuidados físicos indica uma prática que pode ter várias implicações: isso pode enriquecer o cuidado ao fortalecer os laços afetivos e envolver os familiares. No entanto, também pode ser interpretado como uma delegação forçada, especialmente em contextos de sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde ou de falta de pessoal. Essa abordagem pode gerar problemas para famílias que não estão disponíveis ou não estão preparadas para oferecer cuidados físicos.

As descrições concentram-se principalmente em tarefas técnicas (troca de sondas, administração de medicamentos, gestão de coletores). Essas ações são cruciais para o conforto e a sobrevivência dos pacientes, mas a ausência de menção explícita à qualidade relacional (como a comunicação com pacientes inconscientes ou a gestão de sua dignidade) reflete uma abordagem potencialmente limitada em sua dimensão humana.

Os depoimentos revelam uma gestão de prioridades baseada na gravidade dos casos. Isso ilustra uma adaptação realista às limitações hospitalares, mas pode gerar desigualdades nos cuidados oferecidos. Pacientes conscientes podem sentir-se negligenciados se sua assistência for deixada principalmente a cargo das famílias.

Gomes e Câmara (2014) discutem a relação complexa entre o corpo doente, a hospitalização e a subjetividade, abordando a importância dos cuidados físicos e da ética profissional na delegação dos cuidados às famílias. A questão cultural em torno da privacidade e do pudor no contexto familiar durante os cuidados com o corpo é um tema relevante. O estudo menciona que a delegação dos cuidados às famílias deve ser feita com sensibilidade e respeito, levando em consideração a fragilidade do paciente e a capacidade dos familiares de oferecer esse suporte. A ética profissional é fundamental para garantir que os cuidados sejam apropriados e respeitem a dignidade do paciente.

A cultura desempenha um papel significativo na forma como as famílias abordam o cuidado do corpo doente. Muitas vezes, existe o desejo de manter a

privacidade e o pudor, o que pode influenciar a maneira como os cuidados são prestados. Essa dinâmica pode gerar tensões entre a necessidade de cuidados e as normas culturais que cercam a exposição do corpo. Dessa maneira, uma comunicação aberta e o respeito pelas crenças e valores familiares são essenciais para promover um ambiente de cuidado que seja ao mesmo tempo eficaz e sensível às necessidades emocionais e culturais das pessoas envolvidas (Gomes, 2014).

Leininger (2002) aborda a importância que as enfermeiras devem dar às acomodações nas instituições, implementando medidas que preservem o pudor do corpo. Em sua análise ela foca no corpo feminino, no contexto islâmico, argumentando que como parte dos cuidados de enfermagem está a permanência da enfermeira junto aos pacientes durante qualquer tipo de exame ou procedimento. Nesses momentos, é essencial que se evite expor desnecessariamente o corpo, preservando assim a dignidade da pessoa.

Acredita-se que tais afirmações sejam válidas não somente para o corpo feminino, mas para qualquer paciente, sobretudo aqueles que estão em fim de vida e que já são submetidos a inúmeras intervenções que, por vezes, são desnecessárias. Os idosos, em particular, também podem se sentir constrangidos por uma dupla exposição: uma seria a do corpo envelhecido e infantilizado tanto por profissionais quanto por familiares e a outra seria pelo corpo doente e transformado, que pode causar vergonha e constrangimento ao ficar exposto aos familiares que carregam consigo uma imagem de um corpo que já foi belo e sadio, com o qual as vivências e memórias foram construídas.

As entrevistadas também abordaram as dificuldades que às vezes enfrentam durante os cuidados, como a falta de medicamentos e materiais no hospital.

A principal dificuldade que encontro ao cuidar dos idosos é, às vezes, a falta de materiais e medicamentos. Para os medicamentos que às vezes faltam, o centro médico social de Ouanaminthe não os fornece gratuitamente, mas há uma farmácia dentro do centro que vende os medicamentos a um preço reduzido para os pacientes. Às vezes, quando um paciente precisa de um medicamento, damos a ele uma receita para que possa comprar, mas o medicamento não está disponível na farmácia. Nesse caso, ele precisa comprá-lo em uma farmácia privada. No entanto, muitas vezes a família do paciente não tem condições, pois os medicamentos são mais caros nas farmácias privadas. Na farmácia no centro médico social de Ouanaminthe frequentemente faltam muitos medicamentos, como analgésicos, antibióticos, medicamentos para tratar feridas diabéticas e soluções intravenosas. (Entrevistada 3)

Por exemplo, alguns pacientes precisam de medicamentos, mas são as famílias que devem comprá-los, e às vezes as famílias não têm condições financeiras para isso. Isso pode atrasar os cuidados. Também há vezes em que faltam fraldas, e são as famílias que devem comprá-las. Pode faltar oxigênio e creme para fazer curativos em pessoas com feridas. Às vezes, usamos meios que não são ideais para ajudá-los. Em certas ocasiões, também falta soro. (Entrevistada 6)

A dificuldade que encontro é que as prescrições muitas vezes estão com a família dos idosos em fim de vida, e eles nem sempre têm condições financeiras para comprar os medicamentos. Isso pode atrasar os cuidados necessários. Às vezes, nos organizamos para ajudar financeiramente aqueles que não podem comprar os medicamentos. (Entrevistada 9)

Os depoimentos das enfermeiras destacam dificuldades significativas enfrentadas no atendimento a pacientes idosos em fim de vida, principalmente relacionadas à falta de recursos essenciais, como medicamentos, materiais médicos e até itens básicos, como fraldas ou oxigênio. Essas carências, muitas vezes compensadas pelas famílias dos pacientes ou, em alguns casos, por iniciativas da equipe de saúde, revelam uma dependência preocupante dos recursos financeiros dos familiares.

O CMSO é uma instituição de saúde pública, mas não distribui medicamentos gratuitamente. Contudo, há uma farmácia dentro da instituição que oferece medicamentos a preços acessíveis. No entanto, quando são dadas prescrições às famílias dos pacientes, algumas delas não têm os recursos financeiros necessários para comprar os medicamentos. Além disso, é comum que a farmácia não tenha certos medicamentos em estoque. Essas situações criam obstáculos para as enfermeiras na oferta de cuidados adequados aos pacientes.

É essencial que centros de saúde, como o CMSO, disponham de todos os medicamentos essenciais para os pacientes, assim como os grandes hospitais de outras cidades. A disponibilidade de medicamentos não apenas melhora a qualidade dos cuidados, mas também reduz os atrasos nos tratamentos e diminui o estresse das famílias dos pacientes, que já enfrentam cargas emocionais e financeiras. A ausência regular de medicamentos em um centro de saúde público levanta questões críticas sobre a gestão de recursos e a eficácia do sistema de saúde, especialmente em áreas onde a população tem recursos limitados para lidar com essas dificuldades.

A Worldwide Palliative Care Alliance, em 2014, publicou um relatório indicando que os cuidados paliativos, embora indispensáveis para atender às

necessidades de pacientes com doenças crônicas ou em fase terminal, permanecem subdesenvolvidos em muitos países de baixa e média renda - como é o caso do Haiti. Essa situação destaca desafios sistêmicos e culturais que exigem uma resposta integrada e sustentável. Observou-se, nesses países, a ausência de marcos políticos dedicados aos cuidados paliativos, refletindo uma lacuna estratégica no planejamento dos sistemas de saúde. Essa ausência não apenas limita a alocação de recursos, mas também impede a institucionalização de práticas padronizadas (WPCA, 2014).

O acesso limitado a medicamentos essenciais, especialmente aos analgésicos opioides, perpetua o sofrimento dos pacientes. Isso resulta de regulações rígidas, preconceitos culturais relacionados ao uso de opioides e infraestruturas logísticas inadequadas. As reformas devem incluir medidas para equilibrar o combate ao abuso de substâncias e a facilitação do acesso para necessidades médicas legítimas. Superar esses obstáculos exige vontade política e mobilização de recursos adaptados às realidades locais. Os cuidados paliativos não devem ser vistos como um luxo, mas como um elemento fundamental dos sistemas de saúde. O desafio é transformar as políticas globais em ações locais sustentáveis (WPCA, 2014).

Esses obstáculos podem ser superados com recursos adaptados às necessidades dos países. O que é necessário é a vontade de reconhecer que a ausência de cuidados paliativos gera sofrimentos desnecessários para as pessoas mais vulneráveis da sociedade (WPCA, 2014). No Haiti, os cuidados paliativos ainda não contam com uma política pública nacional específica. No entanto, iniciativas significativas foram empreendidas para melhorar o acesso a esses cuidados essenciais.

A organização não-governamental *Douleurs Sans Frontières (DSF)*, é um exemplo dessas iniciativas, e desempenha um papel fundamental nesse domínio. Desde 2012, a DSF promove ações de formação, sensibilização e estudo vinculados à Sociedade Haitiana de Anestesiologia, à Faculdade de Medicina e Farmácia da Universidade de Estado do Haiti, à Faculdade de Enfermagem de Porto Príncipe, entre outras (DSF, s/d). Desde 2019, com o apoio da Agência Francesa de Desenvolvimento (AFD), a DSF implementou um projeto que visa fortalecer o manejo da dor e os cuidados paliativos em vários departamentos haitianos. Esse projeto inclui a criação e o fortalecimento de unidades multidisciplinares dedicadas à

gestão da dor, ao desenvolvimento de cuidados paliativos domiciliares, a formação de profissionais de saúde e à conscientização das autoridades públicas e da sociedade civil sobre a importância desses cuidados (DSF, 2019).

As participantes discutiram, ainda, o fato de que alguns idosos acreditam mais nos remédios à base de plantas do que nos medicamentos do hospital.

Por exemplo, há aqueles que acreditam em remédios tradicionais à base de plantas e se recusam a tomar medicamentos modernos ou a aceitar transfusões de sangue. Alguns acreditam que sua doença é resultado de um feitiço ou de uma maldição, e pensam que os medicamentos ou tratamentos médicos não os ajudarão. Isso faz com que eles recusem tomar medicamentos ou seguir determinados protocolos médicos que são essenciais para sua saúde. (Entrevistada 9)

Outra dificuldade é que os idosos costumam acreditar mais na medicina tradicional, enquanto os problemas que eles têm são problemas do hospital, e é o hospital que pode ajudá-los. (Entrevistada 6)

Os depoimentos das participantes destacam um desafio crucial no cuidado de idosos em fim de vida, relacionado às crenças culturais que privilegiam a medicina tradicional à base de plantas em detrimento dos tratamentos médicos modernos. Alguns pacientes se recusam a seguir as prescrições médicas ou a adotar protocolos terapêuticos essenciais, devido à sua convicção de que sua doença resulta de um feitiço ou maldição.

Essa percepção cultural constitui um obstáculo significativo para os profissionais de saúde, que devem não apenas fornecer cuidados médicos, mas também lidar com essas resistências culturais. De acordo com Leininger (2002), a integração das crenças e valores culturais dos pacientes é uma componente fundamental dos cuidados transculturais, permitindo uma abordagem de saúde mais respeitosa e adaptada. No entanto, neste caso específico, essa dinâmica revela uma deficiência nas estratégias de conscientização e educação dos profissionais de saúde para explicar a importância dos tratamentos médicos modernos e sua relevância no manejo das patologias.

Esse desafio vai além da dimensão clínica, tornando-se uma questão ética, pois questiona a capacidade do sistema de saúde de oferecer cuidados tanto adaptados quanto respeitosos às necessidades culturais dos pacientes, garantindo sua segurança e bem-estar. Na ausência de medidas para reduzir esse abismo cultural, os riscos de maus resultados clínicos para os pacientes e de frustração para os profissionais de saúde aumentam consideravelmente, comprometendo assim a qualidade geral dos cuidados prestados.

Existem pacientes que privilegiam a medicina tradicional em vez dos medicamentos modernos, mas uma boa comunicação entre os profissionais de saúde, os pacientes e suas famílias pode ajudar a resolver essas divergências, respeitando ao mesmo tempo as crenças culturais dos pacientes. Quando um paciente está hospitalizado e necessita de cuidados, é essencial que os profissionais de saúde sejam capazes de fornecer os tratamentos necessários, explicando claramente a importância desses cuidados. Tal intercâmbio favorece não apenas a compreensão e a confiança, mas também garante que os pacientes tomem decisões informadas, o que melhora o seu tratamento, respeitando seus valores e crenças.

O que leva muitos pacientes, especialmente os idosos, a confiarem mais nas plantas medicinais são os hábitos que eles desenvolveram no passado. Antigamente, muitas pessoas dependiam das plantas e de outros remédios naturais para tratar doenças, pois era o principal recurso disponível para cuidarem de si mesmas. Essas tradições foram transmitidas de geração em geração e se tornaram parte integrante da cultura e da vida cotidiana das pessoas.

Historicamente, a humanidade investiga as plantas pela atratividade de seus sabores, odores e propriedades, desenvolvendo ações com caráter farmacológico a partir de substâncias delas extraídas. Por isso, ao invés dos enfermeiros verem neste tipo de terapia complementar um empecilho aos cuidados de enfermagem hospitalares, eles podem apoiar a construção de planos de cuidado em sistemas de crença genéricos, promovendo não somente cuidados culturalmente congruentes, mas maior adesão dos pacientes ao que é proposto pelos saberes da saúde (Leininger, 2002).

Siqueira *et al.* (2006) mencionam que, muito antes de recorrer aos serviços de saúde, muitas pessoas utilizam métodos tradicionais, como chás caseiros, bônçãos, banhos ou cataplasmas, para prevenir e tratar doenças. O estudo destaca que, apesar das orientações dos profissionais de saúde, esses indivíduos permanecem apegados às suas práticas, convencidos de sua eficácia. Isso demonstra o quanto é difícil mudar os hábitos relacionados à saúde. Portanto, é essencial respeitar as tradições e as crenças dos pacientes ao estabelecer condutas e tratamentos.

Outro estudo (Benarroz; Carvalho; Prado, 2011) abordou o uso de plantas medicinais nos cuidados paliativos de pacientes com câncer avançado, refletindo essa prática como uma abordagem profundamente enraizada em suas crenças e

cultura. Muitos pacientes, mesmo recebendo tratamentos médicos convencionais, escolhem utilizar remédios tradicionais, como chás e plantas, devido à forte crença de que esses remédios podem curá-los ou melhorar seu estado. Esse fenômeno, que à primeira vista pode parecer estranho, destaca a importância de respeitar as práticas culturais dos pacientes e integrá-las de maneira mais harmoniosa aos tratamentos médicos. Assim, os enfermeiros devem incluir, quando possível, se for de entendimento da gerência dos serviços, esses cuidados tradicionais na assistência, pois eles podem auxiliar na adesão de cuidados convencionais.

Os pacientes parecem buscar um equilíbrio entre o que é percebido como natural e o que é prescrito como medicamento. Os dados sugerem que essas práticas estão não apenas relacionadas a uma forma de esperança, mas também a vínculos afetivos e familiares que reforçam seu sentimento de controle e conforto. A ideia de que essas práticas podem ter um efeito benéfico, mesmo que principalmente do ponto de vista psicológico, sublinha a necessidade de integrar o conhecimento tradicional com os tratamentos científicos em uma abordagem mais ampla dos cuidados paliativos (Benarroz *et al.*, 2011).

Oliveira e Araújo (2009) explanam que, embora muitas pessoas idosas utilizam plantas medicinais para controlar sua pressão arterial, o conhecimento sobre a preparação e o uso correto dessas plantas é frequentemente insuficiente. Algumas práticas são apropriadas, mas há lacunas, especialmente no que diz respeito à forma de preparo. É crucial que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, orientem os pacientes para que o uso terapêutico das plantas seja apoiado por bases científicas e pesquisas validadas.

Algumas entrevistadas relataram situações de cuidado que lhes marcaram, dando alguns exemplos.

Lembro-me de ter cuidado de um idoso de aproximadamente 70 anos. Ele teve um acidente cerebrovascular e estava inconsciente. Cuidei dele com muita dedicação, como se fosse meu próprio pai. Eu lhe dei todos os cuidados necessários: lavei-o na cama, alimentei-o por sonda, troquei os lençóis da cama e o vesti. Todas as manhãs, assim que chegava ao trabalho, a primeira coisa que eu fazia era vê-lo, e depois começava a cuidar dele. Após 15 dias, ele recuperou a consciência e começou a melhorar. Infelizmente, depois de um mês no hospital, ele faleceu. Isso me marcou profundamente, pois me apeguei muito a ele durante sua hospitalização. Fiquei muito triste com sua partida. (Entrevistada 1)

Eu me lembro de ter cuidado de um paciente que tinha falta de oxigênio, mas suas crenças o faziam pensar que era um problema não natural. Ele não queria que lhe dessem oxigênio. Depois de conversar com ele, ele

aceitou receber o oxigênio. No entanto, durante a noite, ele retirou o oxigênio e faleceu. É realmente triste esse tipo de situação. (Entrevistada 4)

Eu tive um paciente que não enxergava bem, mas ele sempre colaborava comigo, gostava muito de fazer piadas, o que me fez ficar mais familiarizada com ele. Quando ele faleceu, senti como se um membro da minha família estivesse me deixando. Isso me marcou muito. (Entrevistada 10)

Os depoimentos das participantes revelam uma dimensão emocional e humana nos cuidados prestados aos pacientes idosos, frequentemente relacionada ao apego afetivo desenvolvido durante os períodos de cuidado. Essas experiências demonstram a dificuldade dos profissionais de saúde em manter uma distância profissional quando se deparam com o sofrimento ou a perda de pacientes aos quais se afeioaram. Além disso, o testemunho do paciente que recusou o oxigênio destaca um aspecto crucial do cuidado: a gestão das crenças culturais que podem entrar em conflito com os tratamentos médicos.

A recusa de cuidados devido a crenças pessoais levanta a questão do equilíbrio entre o respeito pelos valores dos pacientes e a obrigação de fornecer os cuidados médicos necessários para preservar suas vidas. Essa dinâmica enfatiza a necessidade de os profissionais de saúde adotarem estratégias de comunicação adequadas para sensibilizar os pacientes, respeitando suas crenças. Esse desafio ético também revela as limitações do sistema de saúde frente a resistências culturais, que podem comprometer a eficácia dos cuidados e afetar a qualidade do atendimento.

De fato, Ferreira (2023) discute a questão da autonomia das pessoas idosas. A autonomia das pessoas idosas hospitalizadas é crucial no contexto do rápido envelhecimento da população mundial. Essa autonomia não se limita apenas à capacidade física ou cognitiva dos pacientes, mas também abrange o direito de participar ativamente das decisões relacionadas à própria saúde. Nessa perspectiva, o papel dos profissionais de enfermagem torna-se central para promover e respeitar essa autonomia.

7.2.3 Os cuidados com a dimensão psicossocial e espiritual

Nesta subcategoria os participantes falaram sobre os cuidados psicológicos, sociais e emocionais que prestam aos idosos em fim de vida, a partir dos quais

ajudam os idosos que não conseguem se cuidar sozinhos. Eles os escutam com atenção, conversam com eles e fazem tudo o que está ao seu alcance para ajudá-los.

Estou à disposição para ouvi-los, tranquilizá-los e ajudá-los, assim como suas famílias, a atravessar essa fase difícil, compartilhando momentos de troca e conforto. Cuidar deles no dia a dia, ajudo nas atividades diárias para que eles se sintam bem, tanto no corpo quanto na mente. (Entrevistada 1)

Para os cuidados psicológicos, ouvimos os pacientes com paciência, sempre criamos um ambiente onde eles possam se sentir como se estivessem em casa, evitamos estresse e mantemos uma comunicação constante com eles. (Entrevistada 2)

Para os cuidados sociais que eu ofereço, às vezes acontece que o paciente está internado e não tem família, ou que a família não tem condições financeiras de atender às suas várias necessidades. Nós, as enfermeiras, nos unimos para ajudá-lo, comprando medicamentos, alimentando-o e comprando roupas para ele. (Entrevistada 3)

Nos cuidados psicológicos, por exemplo, quando os idosos se sentem desesperados e começam a perder a confiança, eu estou sempre lá para apoiá-los. Eu levanto a moral deles, converso com eles e os ajudo a se sentirem bem. (Entrevistada 11)

Os excertos destacam o compromisso das enfermeiras em oferecer cuidados holísticos que integram dimensões psicológicas, sociais e emocionais no atendimento a pessoas idosas em fim de vida. Os cuidados psicológicos baseiam-se na capacidade delas de ouvir e compreender os pacientes, ao mesmo tempo em que criam um ambiente favorável ao conforto e à confiança. Isso demonstra um profundo comprometimento em aliviar o estresse e o desânimo dos pacientes, enquanto buscam melhorar o ânimo deles.

No âmbito dos cuidados sociais, as enfermeiras não se limitam ao tratamento de condições médicas; elas também atendem às necessidades sociais de pacientes que podem estar isolados ou sem apoio familiar. Iniciativas como a compra de medicamentos, alimentos ou roupas para pacientes em situação de vulnerabilidade refletem um senso de solidariedade que vai além das funções tradicionais de uma enfermeira. Essas ações destacam uma fragilidade do sistema de saúde, que, em alguns casos, não consegue fornecer suporte social adequado, deixando para as enfermeiras a responsabilidade de preencher as lacunas existentes nesse aspecto do cuidado.

A dissertação de Cordier (2022) explora o desenvolvimento de uma "cultura paliativa" nas instituições para idosos, destacando a importância de uma abordagem holística, centrada na dignidade e nos direitos dos residentes em fim de vida. A autora enfatiza a integração dessa cultura em cada etapa do cuidado, desde a admissão até o fim da vida, valorizando as histórias, os valores e os desejos dos residentes.

Destaca a relevância dos cuidados paliativos em instituições de longa permanência, onde os residentes enfrentam doenças crônicas e cognitivas que afetam sua qualidade de vida. A abordagem proposta baseia-se em cuidados contínuos e individualizados, fortalecidos pela colaboração interdisciplinar e pela comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. A formação de equipes móveis especializadas em cuidados paliativos também é apresentada como uma estratégia-chave para atender às necessidades complexas dos residentes. Em seguida, a autora defende uma cultura paliativa que humanize os cuidados, atendendo de maneira integrada às necessidades físicas, emocionais e espirituais dos residentes, enquanto promove sua autonomia e respeita sua dignidade até o fim da vida (Cordier, 2022).

Apesar da dedicação e compaixão das enfermeiras, os dados revelam uma necessidade urgente de um suporte mais estruturado para lidar com as dificuldades emocionais e sociais que elas enfrentam. Um treinamento mais aprofundado sobre gestão do estresse e relações próximas com os pacientes é essencial para garantir a sustentabilidade profissional desses profissionais. Além disso, as ações sociais realizadas pelas enfermeiras destacam as lacunas do sistema de saúde, que frequentemente deixam para os profissionais a responsabilidade de suprir essas carências de forma autônoma. Para melhorar essa situação, é imperativo integrar mais recursos sociais e apoio emocional no sistema de saúde. Essa abordagem ajudaria a reduzir a carga sobre as enfermeiras, ao mesmo tempo em que garantiria um atendimento de qualidade aos pacientes (Cordier, 2022).

Em um documento publicado pelo Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP, 2009) são discutidas as dificuldades financeiras no setor de saúde no Haiti, que representam um tema crítico e afetam a promoção da saúde e o acesso a serviços de qualidade. Dentre as dificuldades estão o orçamento insuficiente para a saúde, pois o financiamento do setor de saúde no Haiti frequentemente é inadequado. O governo enfrenta limitações orçamentárias que

dificultam a alocação de recursos suficientes para a saúde pública, resultando em serviços precários e infraestrutura inadequada.

Igualmente, a dependência de ajuda externa é outra dificuldade. O Haiti depende significativamente da ajuda internacional e de doações para financiar seus programas de saúde. Essa dependência pode resultar em falta de sustentabilidade e continuidade nos serviços de saúde, especialmente quando a ajuda externa diminui ou é redirecionada. Por consequência, o acesso aos cuidados de saúde são limitados, devido às dificuldades financeiras, muitas pessoas não conseguem pagar por serviços de saúde, medicamentos e tratamentos. Isso resulta em um acesso desigual aos cuidados de saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis e de baixa renda (MSPP, 2009).

Na mesma direção, a falta de recursos financeiros afeta a qualidade dos serviços de saúde disponíveis. Hospitais e clínicas podem carecer de equipamentos adequados, medicamentos essenciais e profissionais de saúde qualificados, o que compromete a eficácia dos cuidados. As dificuldades financeiras no setor de saúde exacerbam as desigualdades sociais existentes. As comunidades mais pobres enfrentam barreiras adicionais para acessar os cuidados de saúde, o que resulta em piores indicadores de saúde e maior vulnerabilidade às doenças. Por fim, a falta de um financiamento estável e previsível para a saúde impede a implementação de políticas de saúde de longo prazo e a realização dos investimentos necessários para melhorar a infraestrutura e os serviços de saúde (MSPP, 2009).

Pelo explicitado acima, as dificuldades financeiras representam um desafio significativo para a promoção da saúde no Haiti, exigindo abordagens inovadoras e parcerias estratégicas para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde adequados e de qualidade.

As demais as enfermeiras explicaram que os idosos, muitas vezes, ficam estressados e, às vezes, não querem ficar no hospital, pedindo para voltar para casa.

As dificuldades que encontro são que os idosos frequentemente querem voltar para casa, lembram das suas atividades passadas. (Entrevistada 4)

Eles se queixam dizendo que ficaram deitados por muito tempo e que já deveriam estar em casa. Entrevistada 8)

Outras vezes, alguns preferem sair do hospital para morrer em casa, acreditando que isso respeita suas crenças ou lhes permite morrer em paz. Isso pode ser um grande desafio para a equipe médica, pois, ao tentar oferecer os melhores cuidados possíveis, também precisamos respeitar as escolhas dos pacientes e de suas famílias. (Entrevistada 9)

Os testemunhos refletem os desafios enfrentados por enfermeiras ao lidar com pacientes idosos em fim de vida. Eles frequentemente manifestam um profundo desejo de deixar o hospital e voltar para casa, motivados por uma nostalgia de seu passado ou pelo desejo de morrer em um ambiente familiar e tranquilo, alinhado com suas crenças. Essa situação obriga a equilibrar o dever de fornecer cuidados de qualidade com o respeito pelas escolhas pessoais dos pacientes e de suas famílias. Isso destaca a importância de manter uma comunicação empática e implementar cuidados centrados nas necessidades do paciente, ao mesmo tempo que expõe as limitações estruturais dos hospitais para atender a essas demandas psicossociais.

A teoria Leininger (2002) enfatiza a importância de compreender os costumes e a cultura do lar dos pacientes para oferecer cuidados de saúde adequados e sensíveis. Leininger argumenta que os cuidados de saúde não podem ser efetivos se não considerarem as crenças, valores e práticas culturais que os indivíduos trazem de suas casas e comunidades. Ela introduz o conceito de "cuidado culturalmente congruente", que se refere à prática de cuidados que respeitam e incorporam as tradições e costumes dos pacientes. Isso implica que os profissionais de saúde devem estar cientes das práticas culturais que influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos, incluindo hábitos alimentares, rituais de cura, e formas de expressar dor e sofrimento.

Leininger (2002) também destaca que a cultura do lar é um fator crucial que molda a identidade e as experiências de saúde dos indivíduos. Portanto, ao planejar e implementar intervenções de saúde, os enfermeiros e outros profissionais devem considerar como os costumes da casa e a cultura do lar impactam a percepção de saúde e a adesão ao tratamento. Ainda, indica que eventos da vida comum têm significados diferentes para as pessoas a depender de seus contextos e espaços culturais. A autora exemplifica que, em algumas culturas, quando as pessoas são separadas de suas famílias, como no caso da hospitalização, elas podem se sentir

abandonadas. A admissão de idosos nesse ambiente pode representar o abandono e/ou a morte. Por esse motivo compreende-se a relutância que esse grupo apresenta para com o hospital (Leininger, 2002).

As entrevistadas falaram sobre os cuidados religiosos e espirituais. A maioria das participantes explicou que oferece os cuidados religiosos aos idosos por meio da oração, pois a maioria dos participantes é protestante.

No entanto, às vezes eles pedem para que eu ore por eles ou estude a Bíblia com eles. Eu não faço isso pessoalmente, mas deixo que a família faça durante alguns minutos. (Entrevistada 2)

Sim, eu integro cuidados religiosos porque rezo por eles quando solicitam. Às vezes, eles pedem para eu ler um salmo para eles, e eu faço isso, pois sou religiosa e acredito na oração. (Entrevistada 9)

Sim, eu ofereço cuidados religiosos porque eles costumam me pedir para orar por eles. Eu faço isso porque acredito muito na oração, e tudo o que vou fazer, sempre começo orando. (Entrevistada 10)

As falas sobre os cuidados religiosos e espirituais destacam um aspecto essencial dos cuidados holísticos no fim da vida, particularmente relevante no contexto teórico de Madeleine Leininger e sua teoria da diversidade e universalidade dos cuidados culturais (2002). Essa abordagem enfatiza a importância de reconhecer e integrar as crenças e práticas espirituais dos pacientes em seus cuidados, a fim de respeitar sua dignidade e seus valores culturais.

Nos relatos, várias enfermeiras mencionaram se envolver ativamente ao atender pedidos de orações ou leituras bíblicas feitas pelos pacientes. Essas ações refletem uma adaptação cultural dos cuidados, reconhecendo a importância da fé no bem-estar psicológico e espiritual dos pacientes idosos, especialmente nos momentos críticos de fim de vida. Para essas profissionais, sua própria fé também desempenha um papel na forma como atendem a essas necessidades, ilustrando uma reciprocidade entre seus valores pessoais e profissionais. Embora as enfermeiras demonstrem a vontade de atender às necessidades religiosas e espirituais, seu envolvimento frequentemente depende de escolhas individuais, em vez de uma abordagem estruturada e apoiada por recursos institucionais. Isso destaca uma fraqueza na formação dos profissionais de saúde em cuidados espirituais e na integração desses cuidados nos protocolos de atendimento.

Ismail (2024) advoga que os cuidados religiosos ocupam um papel central no

acompanhamento dos pacientes em fim de vida, especialmente para aqueles cujas crenças espirituais ou religiosas influenciam profundamente sua experiência com a doença e a morte. Esses cuidados integram aspectos emocionais e espirituais, indo além das preocupações físicas, para oferecer um apoio adaptado às crenças e práticas religiosas dos pacientes e de suas famílias. Os cuidadores, sejam profissionais de saúde ou cuidadores familiares, desempenham um papel fundamental na integração dessas práticas religiosas nos cuidados. A fé e os rituais religiosos, como a oração, a meditação ou a leitura de textos sagrados, podem oferecer um conforto significativo, fortalecer a resiliência emocional dos pacientes e seus familiares, e facilitar a aceitação do processo de fim de vida. Essa dimensão espiritual dos cuidados permite responder a necessidades profundas relacionadas ao sentido da vida, ao sofrimento e à preparação para a morte.

De uma perspectiva cultural e religiosa, os cuidados paliativos devem ser particularmente sensíveis às práticas religiosas dos pacientes. Isso inclui o reconhecimento dos diferentes rituais e crenças próprias das religiões cristã, muçulmana, budista, hindu, entre outras, e sua integração nos cuidados diários. Os enfermeiros devem não apenas ser competentes do ponto de vista técnico, mas também possuir uma abertura cultural e espiritual que lhes permita personalizar os cuidados de acordo com as convicções religiosas dos pacientes. A falta de respeito ou o desconhecimento das práticas religiosas pode ter um impacto negativo na qualidade dos cuidados e na relação de confiança entre o cuidador e o paciente (Ismail, 2024).

Os cuidados religiosos contribuem para um atendimento holístico, integrando as dimensões físicas, emocionais, psicológicas e espirituais. Eles favorecem o bem-estar global do paciente e de sua família, especialmente nos momentos críticos do fim da vida. Os cuidadores devem ser treinados para reconhecer e responder a essas necessidades espirituais, oferecendo cuidados dignos, respeitosos e adaptados. Assim, os cuidados paliativos devem ir além do tratamento médico, incluindo intervenções religiosas e espirituais, garantindo uma abordagem completa e humana do fim da vida.

Por outro lado, as entrevistadas disseram que respeitam as crenças dos pacientes, assim como as de suas famílias, mas relataram não ofertar cuidados religiosos no hospital.

Eu não forneço cuidados religiosos no hospital, mas respeito as crenças de cada idoso. (Entrevistada 4)

A maneira como lido com esses aspectos é que minha experiência me acostumou com esse tipo de situação, pois devo respeitar as decisões do paciente e da família, de acordo com a minha ética profissional. (Entrevistada 5)

No entanto, não podemos ir contra a decisão da pessoa; explicamos o que gostaríamos de fazer por ela, o que seria bom para ela. Mas, se ela não quiser, precisamos aceitar, pois não podemos ir contra a escolha dela. (Entrevistada 8)

Esses depoimentos refletem que embora as enfermeiras afirmem respeitar essas crenças de pacientes e familiares, elas deixam clara uma distância ao declarar que não oferecem cuidados religiosos no ambiente hospitalar. Isso destaca uma separação evidente entre o papel profissional dos cuidadores e a dimensão espiritual ou religiosa dos cuidados, que parece ser percebida como algo externo às suas responsabilidades.

A recusa explícita em fornecer cuidados religiosos, expressa pelas entrevistadas, pode indicar uma vontade de manter uma neutralidade profissional ou uma falta de formação e preparo nessa área específica. Essa atitude pode ser vista como uma forma de proteger a integridade dos cuidados de enfermagem diante de demandas potencialmente conflitantes. No entanto, também pode ser interpretada como uma ausência de abertura para práticas que, para alguns pacientes, podem desempenhar um papel essencial em seu bem-estar integral.

No cotidiano dos serviços de saúde é comum enfermeiros se depararem com dilemas morais, éticos e religiosos que podem repercutir em conflitos e práticas profissionais questionáveis sob o ponto de vista da ética, como as questões de transfusão sanguínea em determinados grupos religiosos. Por isso, os enfermeiros precisam compreender que os pacientes possuem direitos, devendo ter suas crenças respeitadas, entendendo que do contrário podem incorrer em infração legal e cultural (Leininger, 2022).

Tavares *et al.* (2018) argumentam que a espiritualidade pode melhorar o estado mental dos pacientes, reduzir o nível de ansiedade e fortalecer sua colaboração com os tratamentos médicos. A espiritualidade ajuda os pacientes a encontrar um sentido positivo em sua situação e serve como um apoio para enfrentar os sintomas de suas doenças, mesmo em casos graves, como câncer ou situações críticas em cuidados intensivos. Apesar do papel importante da

espiritualidade, os profissionais de saúde raramente recebem treinamento para integrar os aspectos espirituais nos cuidados que oferecem. Isso gera uma lacuna em termos de conhecimento e estratégias para atender às necessidades espirituais dos pacientes. Além disso, a eficácia dos cuidados espirituais depende da capacidade dos enfermeiros de coordenarem a equipe de cuidados e observar as necessidades espirituais dos pacientes.

No estudo de Berwaldt *et al.* (2018) a espiritualidade é apontada pelos pacientes como uma estratégia para enfrentar a doença. Ela é uma estratégia para enfrentar a doença que pode ser oferecida e incentivada nos serviços de saúde. A enfermagem tem o potencial de oferecer cuidados espirituais, mas precisa incluir essa abordagem em sua prática cotidiana, especialmente quando se trata de cuidados destinados às pessoas em cuidados paliativos. Para isso, é necessário preparar os profissionais para um atendimento integral, considerando que o ser humano é bio-psico-social e espiritual.

8 Considerações finais

O objetivo desta pesquisa foi compreender as perspectivas de enfermeiras haitianas sobre cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados a partir de conceitos da enfermagem transcultural. Abordou-se a formação em gerontologia, os cuidados paliativos e a importância da cultura no processo de cuidado. Os resultados mostraram que, embora todas as participantes tenham recebido uma formação teórica e prática em gerontologia, esta é considerada insuficiente. As enfermeiras, cuja experiência varia, não possuem diploma especializado em gerontologia, o que limita sua capacidade de atender às necessidades complexas das pessoas idosas. Além disso, o mês de prática em geriatria é considerado muito curto para desenvolver competências sólidas, destacando a necessidade de uma formação mais aprofundada.

Em relação aos cuidados paliativos, a maior parte das enfermeiras relatou não receber formação específica, embora tenha-se evidenciado o adequado conhecimento sobre os aspectos teóricos acerca da definição desta filosofia de cuidados. Elas entenderam que esses cuidados visam oferecer conforto em vez de tratar a doença, mas carecem de conhecimentos aprofundados para atender de forma eficaz às necessidades das pessoas em fim de vida. A pesquisa também destacou que os cuidados paliativos devem ser adaptados às especificidades culturais e sociais das pessoas idosas. O respeito às crenças e práticas culturais é essencial para garantir um cuidado que seja não apenas eficaz, mas também respeitoso, significativo e culturalmente congruente. Contudo, pelas análises deste estudo, observou-se que nem sempre o sistema de cuidado profissional compreende as necessidades de sistema de cuidados genéricos.

Outro aspecto importante abordado no estudo foi a diversidade dos problemas de saúde encontrados em pessoas idosas, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas. No entanto, algumas condições críticas e agudas relacionadas ao fim de vida e características do contexto epidemiológico local não foram mencionadas, o que pode ser atribuído ao contexto de um centro de saúde, em vez de um hospital especializado.

Enfim, o estudo destacou a urgência de melhorar a formação das enfermeiras haitianas em gerontologia e cuidados paliativos, integrando uma perspectiva cultural em sua educação. Uma abordagem holística que respeite os valores e crenças dos pacientes é crucial para oferecer um cuidado adequado e digno às pessoas idosas em fim de vida. Isso requer um investimento na educação e uma revisão dos currículos para atender às necessidades específicas dessa população vulnerável. Ademais, há necessidade de investimento político, econômico e estrutural em direção à constituição de uma cultura paliativista não somente no serviço de saúde cenário da pesquisa, mas nos serviços de saúde do Haiti, visando à oferta de cuidado ampliado e culturalmente congruente, algo fundamental, considerando as especificidades e a tendência futura de envelhecimento da população haitiana e seus modos de vida.

A importância deste estudo ao contexto haitiano reside no fato de que ele destaca as lacunas existentes na formação das enfermeiras, especialmente no que diz respeito aos cuidados com as pessoas idosas em fim de vida. No Haiti, onde a população que começa - muito timidamente - a se tornar envelhecida exige atenção especial, a falta de formação específica em gerontologia e cuidados paliativos limita a qualidade dos cuidados oferecidos.

Além disso, este estudo enfatiza a necessidade de integrar as especificidades culturais e sociais nas práticas de enfermagem, a fim de garantir cuidados respeitosos e adequados às crenças dos pacientes. Este estudo também tem grande importância porque fala sobre a realidade no Haiti. É difícil encontrar um trabalho de um estudante haitiano que aborde a realidade do país, pois quem estuda no exterior realiza e publica estudos principalmente sobre imigração, desconsiderando as potencialidades de investigação e proposição de ações futuras para o cenário local.

Por fim, a pesquisa teve como limitações o restrito número de participantes, o que pode ser explicado pela inexistência de uma cultura de pesquisa no país, o fato de algumas entrevistas terem sido respondidas por meio de formulário e a utilização de somente uma técnica de produção de dados. Contudo, acredito ter sido possível apreender elementos importantes sobre a interface entre cultura e cuidados em fim de vida aos idosos hospitalizados, contribuindo com a construção do conhecimento em enfermagem no Haiti e com a abertura de caminhos futuros para a pesquisa no país.

Referências

- ABEMYIL, M. **Soin transculturel, science infirmière et anthropologie**. Syndicat National des Professionnels Infirmiers, 2011. Disponível em: <https://www.syndicat-infirmier.com/Soin-transculturel-science.html>. Acesso: 20 fev. 2024.
- ANESM. **Accompagner la fin de vie des personnes âgées**. France: ANESM, 2010. Disponível em: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/web_rbpp_findevie_ehpad.pdf. Acesso: 2 mar. 2024.
- ALMEIDA, G. M. F. Reflexões teóricas do cuidado transcultural de Leininger no contexto da Covid-19. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 42, n. esp., e20200209, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/117729/64094>. Acesso: 19 fev. 2024.
- ABU-ODAH, Hanan; MOLASSIOTIS, Alex; LIU, Jian. Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: a systematic review of reviews. **BMC Palliative Care**, [s.l.], v. 19, n. 55, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00558-5>. Acesso em: 28 Fev 2025
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Coimbra: Edições 70, 2021.
- BENARROZ, Mônica de Oliveira; CARVALHO, Maria Claudia da Veiga Soares; PRADO, Shirley Donizete. Sentidos e significados de chás e de outras preparações com plantas medicinais para pacientes com câncer avançado sob cuidados paliativos. **CERES**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 5-22, 2011.
- BONCY, M.; BIJOUX, L. Force et faiblesse de la famille haïtienne: un point de vue (dans) La famille, un dispositif universel. **E. Gifric**, Québec, v. 3, n. 1-2, p. 135, fev. 1997.
- CARVALHO, Tatiane Cristina et al. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 481-493, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HTMckZWnrCwsbVFbvv3FzBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2025.
- CARDENÁS, Regina; GUTIÉRREZ, Ana; TUKA, Marie; MABENGO, Roselyne Simbu; PARDO SÁENZ, José María. Cuidados paliativos: Paliativos pediátricos em África. **Bioética: Revista Iberoamericana de Bioética**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 175-188, jan./jun. 2024. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/17571/15762>. Acesso em: 29 dez. 2024.

CENTRE NATIONAL DES SOINS PALLIATIFS ET DE LA FIN DE VIE - CNSPFV.

Des soins palliatifs à la médecine palliative: quels enjeux pour l'avenir? Paris:

CNSPFV, 2019. Disponible:

https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/06/brochure_medecine_palliative_site.pdf. Acesso: 2 mar. 2024.

CORDEIRO, Franciele Roberta et al. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. **Enfermería**, Montevideo, v. 9, n. 2, p. 205-228, dic. 2020. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200205&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 13 jan. 2025.

CORDIER, S.M. **Accompagner la fin de vie en Institution pour Personnes âgées** : vers une culture palliative. 2021-2022. 58f. Mémoire (Certificat Interuniversitaire d'Accompagnement et de Soins Palliatifs). Université Catholique de Lille. Lille, 2022.

Disponible em:

<https://www.cliniquesdeleurope.be/sites/default/files/assets/Soins%20palliatifs/memoire-version-electronique-sylvie-marie-cordier.pdf>. Acesso em : 5 jan. 2025.

CRIZE, Liceli Berwaldt et al. Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos. **Salusvita**, Bauru, v. 37, n. 3, p. 577-597, 2018.

Disponível em:

https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n3_2018/salusvita_v37_n3_2018_art_08. Acesso em: 2 jan. 2025.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE. 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinque, Finlândia, jun. 1964. Disponível em: <http://www.cometica.ufpr.br/Helsinque.htm>. Acesso em: 1 ago. 2023.

DOLISCA, Sarah-Bianca G. Successes and Challenges of Palliative Care in Resource Limited Settings: A Case Study of Mirebalais, Haiti. 2017. Tese (Doutorado) – Harvard Medical School. Disponível em:

<http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:40621347>. Acesso em: [28 Fev 2025].

DOULEURS SANS FRONTIÈRES (DSF). Amélioration de l'accès à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs. Paris: DSF, 2019. Disponible em: <https://www.afd.fr/fr/carte-des-projets/amelioration-de-lacces-la-prise-en-charge-de-la-douleur-et-aux-soins-palliatifs>. Acesso em: 03 jan. 2025.

DOULEURS SANS FRONTIÈRES (DSF). Haiti. Paris: DSF, s/d. Disponível em: <https://www.douleurs.org/haiti/>. Acesso em: 09 jan. 2025.

DERENONCOURT, F. **La situation des personnes âgées en Haïti (dans) La problématique des personnes âgées en Haïti**. Port-au-Prince: Forum libre du jeudi, inédit, 1999.

DI GIULIO, P. *et al.* Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. **J Palliat Med.**, [S.l.], v. 11, n. 7, p. 1023-8, 2008. Disponível em: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2008.0020?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed. Acesso em: 1 ago. 2023.

DIAS, R. **Introdução à sociologia**. 2. ed. São Paulo: Pearson, 2010.

EHLERT, Victoria Alves et al. Perfil dos pacientes em cuidados paliativos na atenção domiciliar em um serviço do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 3922, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3922](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3922). Acesso em: 31 dez. 2024.

FRANCISQUE, J. Pourquoi les fonctionnaires ne peuvent pas vivre de leur pension? **Ayibopost**, 2019. Disponível: <https://ayibopost.com/pourquoi-les-fonctionnaires-ne-peuvent-pas-vivre-de-leur-pension-en-haiti/>. Acesso em: 2 set. 2024.

FALLER, Jossiana Wilke; MARCON, Sonia Silva. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 512-519, jul.-set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/6XhFqvijNb7t33ZQrRjz9Ln/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

FALLER, Jossiana Wilke; TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 127-134, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PRfZwXxD9sZtkQMzfiVJCQr/?lang=pt>. Acesso em: 31 dez. 2024.

FERREIRA, Katariny Marie Tatino; REPPETTO, Maria Angela. Ações da enfermagem no respeito à autonomia do idoso hospitalizado. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 41, p. 761-767, 2023. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/785>. Acesso em: 10 jan. 2025

GASPAR, R. B. *et al.* O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1639-1645, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LBB5M8K86nkWZYz5rTSkBXz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2023.

GASPAR, R. B. *et al.* Conditioning factors for nurses to defend the autonomy of the elderly on the terminality of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, e20180857, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0857>. Acesso em: 20 nov. 2023.

George, J. B. **Teorias de Enfermagem, os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOMES, Daniela Rodrigues Goulart; CÂMARA, Caio César Sousa Camargo. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? **Saúde**

e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 902-913, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8KjQFtg6T9MT9kRnVpN6JDd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2025.

INSTITUT HAÏTIEN DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE – IHSI. Indicateurs clés. Delmas: IHSI, 2024. Disponível em: <https://ihsi.gouv.ht/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Últimos dias de vida**. Rio de Janeiro: Inca, 2023.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE - IAHPC. **Global Consensus based palliative care definition**. Houston: The International Association for Hospice and Palliative Care, 2018. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em: 2 abr. 2024.

ISMAIL, Mohamad et al. Faithful caregiving: Christian, Hindu, Buddhist and Muslim spiritual practices in palliative care. **International Journal of Care Scholars**, Kuantan, v. 7, n. 3, p. 188-189, 30 nov. 2024. Disponível em: <https://journals.iium.edu.my/ijcs/index.php/ijcs/article/view/387/248>. Acesso em: 5 jan. 2025.

JANSEN, B. D. W. *et al.* Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. **J Clin Nurs.**, [S.l.], v. 26, n. 9-10, p. 1234-1244, maio 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=McIlfactrick+SJ&cauthor_id=27324751. Acesso: 20 jun. 2023.

JEAN-PIERRE, L. **Vivre sa vieillesse en Haïti**. [S.l.], Port-au-Prince, 1993.

KNIESS, A. B. O que é pesquisa qualitativa? **IBPAD**, 2022. Disponível em: <https://ibpad.com.br/politica/o-que-e-pesquisa-qualitativa/>. Acesso em: 2 mar. 2024.

LAMONTAGNE, J.; BEAULIEU, M.; CARON, C. D. Le respect de l'autonomie des aînés lors des soins palliatifs. **Éthique publique**, [S.l.], v. 10, n. 2, 2008. Disponível em: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/1445>. Acesso em: 12 abr. 2024.

LALIM, T. La pension de retraite en Haiti. **Ayibopost**, 2019. Disponível em: <https://ayibopost.com/pourquoi-les-fonctionnaires-ne-peuvent-pas-vivre-de-leur-pension-en-haiti/>. Acesso em: 22 jul. 2023.

LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice**. 3. ed. New York: McGraw-Hill Education/Medical, 2002.

LOPES, M. F. G. de L. *et al.* Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude. **Rev. Ciênc. Plur**, v. 6, n. 2, p. 82-100, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100313>. Acesso em: 20 jun. 2023.

McFARLAND, Marilyn R. Selected Research Findings from the Culture Care Theory. In: LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice**. 3. ed. New York: McGraw-Hill Education/Medical, 2002.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 12 abr. 2024.

MINDAT. Estimation de la population de Ouanaminthe. **MINDAT**, 2015. Disponível em: <https://www.mindat.org/feature-3719436.html>. Acesso em: 12 mar. 2024.

MINUSTAH. Haïti Pour plus de respect du droit des personnes âgées. **MINUSTAH**, 2008. Disponível em: <https://reliefweb.int/organization/minustah>. Acesso: 23 set. 2023.

MIRANDA, Gilsie Bezerra Siebra; BORGES, Natália Gaspar Santana; RIBEIRO, Nildo Manoel da Silva. Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 18, n. 3, p. 330-334, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/34417>. Acesso em: 31 dez. 2024.

MÜLLER, C. P.; ARAÚJO, V. E.; BONILHA, A. L. L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 858-865, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a24.htm>. Acesso em: 31 dez. 2024.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (Haïti). **Politique Nationale de Promotion de la Santé**. Port-au-Prince: MSPP, 2009. Disponível em: <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Politique%20Nationale%20de%20PS.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2025.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento**. São Paulo: Papirus, 2001.

NICOLI, Esther Mourão; SILVA, Frances Valéria Costa e; CALDAS, Celia Pereira; ASSAD, Luciana Guimaraes; LIMA, Cláudia Feio da Maia; CHRIZOSTIMO, Miriam Marinho. Gestão do cuidado à pessoa idosa hospitalizada: perspectiva da enfermagem gerontológica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 76, e73411, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/73411>. Acesso em: 28 dez. 2024.

OLIVEIRA, Célida Juliana de; ARAUJO, Thelma Leite de. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 01, p. 93 - 105, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7138>. Acesso em: 03 jan. 2025.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE - OFSP. **Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS et palliative ch**: Soins palliatifs généraux. Recommandations et instruments de mise en œuvre Berne. Schwarzenburgstrasse: OFSP, 2015. Disponível em: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/allgemeine-palliative-care.html>. Acesso em: 12 jan. 2024.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; ALVES, M. D. S. Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2,, p. 24-30, 2005. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/3614/361453969005.pdf>. Acesso: 25 mar. 2024.

O'SHEA, M. F. Staff nurses' perceptions regarding palliative care for hospitalized older adults. **Am J Nurs.**, [S. l.], v. 114, n. 11, p. 26-34, nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000456424.02398.ef>. Acesso em: 13 abr. 2015.

PAIVA, Carolina Fraga et al. Enfermagem e cuidado paliativo oncológico em uma instituição de referência (2005–2006). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 32, p. e20230106, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6NyzkYs8FSb7MxHbYWCMJ7F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2025.

PONTOTEL. Entrevista Semiestruturada. **Pontotel**, 2023. Disponível em: <https://www.pontotel.com.br/entrevista-semiestruturada/>. Acesso em: 13 mar. 2024.

POSSATTI, Fabiane Marzari. et al.. Desejos e vontades de pessoas idosas institucionalizadas sobre a terminalidade de vida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e230177, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/qrWMmY4FzhcP4WCwjHFZ4xQ/> . Acesso em: 10 jan. 2025.

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROFESORES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - ProLAC. Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.gcub.org.br/programas/prolac/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

RABELLO DE SOUZA, Janei; SANSON ZAGONEL, Ivete Palmira; ALVES MAFTUM, Mariluci. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 117-125, set.-dez. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027960015.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2025.

RAVINEL, H. **Vieillir au Québec**. Ottawa: La Presse, 1972.

ROCHA, K. S. A qualidade de vida e a contribuição da Enfermagem no cuidado ao idoso para promoção à saúde. **Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad**, Jaén, v. 5, n. 2, p. 14-24, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5746/574660910002/html/>. Acesso em: 22 jan. 2024.

SAINT-PAUL, J. E. La prise en charge institutionnelle des personnes âgées en Haïti. **Université du Québec à Chicoutimi**, 2000. Disponível em: http://classiques.uqac.ca/contemporains/saint-paul_jean-eddy/approche_socio-historique_personnes_agees/approche_socio-historique_texte.html. Acesso em: 23 out. 2023.

SALLA, B. Prise en charge des symptômes douloureux par la médecine traditionnelle haïtienne: résultats d'une enquête réalisée dans le quartier de Martissant à Port-au-Prince. **Douleurs**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 223-233, out. 2017. Disponível em: <https://www.em-consulte.com/article/1178802/prise-en-charge-des-symptomes-douloureux-par-la-me>. Acesso em: 23 nov. 2023.

SALGADO, C. D. S. **Gerontología social**. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas, 1999.

SOUZA, Luiza Jane Eyre Xavier de; VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Cuidado cultural em enfermagem: análise de um conceito. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 29-35, jan./jun. 1999. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44369/26859>. Acesso em: 1 jan. 2025.

SOUZA, Yohann Rocha de et al. Conhecimento e prática de enfermeiros sobre cuidados paliativos na hospitalização: estudo transversal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 17, n. 1, p. e253863, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/253863>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SIQUEIRA, Karina Machado et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 406-414, jul./set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/kPCTgZ3QRCjixbQcszyK5Zf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2025.

SILVA, E. R. da; CARVALHO, S. C. M. de. Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. In: CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DA FASETE, 8. **Anais...** 2021. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/eventos/coninfa/anais/arquivos/2021/transculturalidade_na_enfermagem_baseada_na_teorica_de_madeleine_leininger.pdf. Acesso: 23 jan. 2024.

SIMÕES, Â. S. L. Cuidados em fim de vida em lares de idosos: revisão sistemática da literatura. **Pensar Enfermagem**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 31-61, set. 2013. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23910/1/PE17-1_31_61.pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.

SOUZA, J. R. de *et al.* O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 117-125, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027960015.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2024.

TAVARES, Marilei de Melo et al. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 13, n. 4, p. 234780, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234780/28687>. Acesso em: 2 jan. 2025.

VINUTO, J. A Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Tematicas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 15 mar. 2024.

VIEIRA DA SILVA, Sandro Cesar. **Perfil dos pacientes em cuidados paliativos internados em enfermaria de geriatria**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geriatria) – Residência em Geriatria, Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1281995/tcc-sandro-cesar.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2024.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. Disponível em: https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 6 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> . Acesso em: 13 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ageing and health**. Geneva: World Health Organization; 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> . Acesso em: 13 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization; 2024b. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1> . Acesso em: 13 jan. 2025.

Apêndice A - Protocolo de Entrevista Semiestruturada

Parte 1. Explicar ao participante os objetivos da pesquisa e solicitar o consentimento verbal (gravar)	
Parte 2. Caracterização dos participantes	
Nome:	Idade:
Pseudônimo:	Crença/Religião:
Renda:	Trabalha em mais de um local: () Sim () Não
Possui formação complementar? () Sim () Não	Se sim, em quê?
Filhos: () Sim _____ () Não	Estado civil:
Tempo de formado:	Unidade em que atua:
Tempo de atuação:	Turno que trabalha:
Parte 3. Questões	
1. Há quanto tempo você atua como enfermeiro e como tem sido desenvolver esse trabalho?	
2. Durante a sua formação como enfermeiro você teve alguma abordagem sobre cuidados específicos aos idosos? Se sim, como foi? Sobre o que foi?	
3. O que você entende por cuidados paliativos?	
4. Durante a sua formação como enfermeiro você teve alguma abordagem sobre cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida? Se sim, como foi? Sobre o que foi?	
5. Com que frequência você cuida de idosos que estão em fim de vida? Quais situações clínicas são mais comuns deles apresentarem?	
6. Como é para você cuidar de idosos em fim de vida? Como você se sente cuidando nessa situação?	
7. Você pode me dar um exemplo de um paciente idoso em fim de vida que você cuidou e que foi marcante?	
8. Qual a sua perspectiva frente à hospitalização de idosos em fim de vida e suas consequências?	
9. Você poderia me descrever quais os cuidados que você realiza ao idoso em fim de vida sob sua responsabilidade no hospital?	
10. Quais dificuldades você tem para cuidar dos idosos em fim de vida na unidade em que você trabalha?	
11. Quais seriam os aspectos que facilitam o cuidado que você realiza aos idosos em fim de vida?	
12. No seu ponto de vista, fatores culturais, como por exemplo, crenças, religião,	

Parte 1. Explicar ao participante os objetivos da pesquisa e solicitar o consentimento verbal (gravar)	
Parte 2. Caracterização dos participantes	
Nome:	Idade:
valores, influenciam no cuidado que você realiza com os idosos em fim de vida no hospital? Se sim, de que forma isso ocorre?	
13. Como você trabalha com esses fatores no seu dia a dia durante o cuidado aos idosos em fim de vida? E com as famílias deles?	
14. Você consegue integrar os cuidados religiosos durante os cuidados de enfermagem aos idosos em fim de vida hospitalizados? Se sim, como você o faz?	
Parte 4. Agradecer ao participante pelo tempo disponibilizado e oferecer um espaço para ele expor algo que ainda deseje	

Anexo A - Carta de autorização para realização da pesquisa

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
CENTRE MEDICO SOCIAL DE OUANAMINTHE

 Rue Espagnole / Ouanaminthe / Nord-Est / Haïti
 E-mail : centremedicosocial10@hotmail.com
 Téléphone : (509) 4051 3266


 RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
 Ministère de la Santé Publique
 et de la Population

Ouanaminthe, Haïti (W.I) le 01 août 2024

Mme Louisanna SAINT-FORT
 Étudiante à la Maîtrise en Sciences Infirmières à l'Université Fédérale de Pelotas (UFPel)

Objet : Lettre responsive/Autorisation

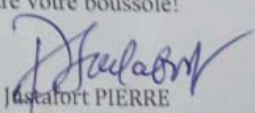
Chère étudiante,

La direction du Centre Médico-Social de Ouanaminthe (CMSO) a l'honneur de vous adresser cette correspondance en réponse de votre requête en date 30 juillet 2024, dans laquelle, vous avez sollicité une autorisation pour réaliser un travail de recherche portant sur les soins infirmiers auprès des personnes âgées en fin de vie hospitalisées spécialement dans le Centre Médico-Social de Ouanaminthe, Haïti sous la supervision de la professeure **Dre Franciele Roberta Codeiro**, dont l'objectif est de comprendre les soins infirmiers en fin de vie aux personnes âgées hospitalisées dans le Centre Médico-social de Ouanaminthe.

En effet, nous avons le plaisir de vous informer qu'une suite favorable est accordée à votre requête car, à CMSO, la recherche est l'une de nos principales missions. En fait, vous pourrez donc réaliser votre travail puisque cela peut être considérée comme un référentiel, pour non seulement votre carrière académique, mais aussi pour tous les professionnels de la santé du pays.

Déjà, la direction du CMSO vous souhaite, **Mme Louisanna SAINT-FORT**, bon courage et bonne étude. Que la recherche scientifique reste et demeure votre boussole!




 Justafort PIERRE
 La direction