

Percepções sobre a qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos*

Perceptions of quality of life among elderly people in palliative care

Como citar este artigo:

Araújo EMNF, Lordão AV, Costa ICP, Agra G, Alves AMPM, Batista PSS, et al. Perceptions of quality of life among elderly people in palliative care. Rev Rene. 2026;27:e96235. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796235>

 Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo¹

 Alana Vieira Lordão¹

 Isabelle Cristinne Pinto Costa²

 Glenda Agra³

 Adriana Marques Pereira de Melo Alves¹

 Patrícia Serpa de Souza Batista¹

 Maria Eliane Moreira Freire¹

*Extraído da tese “Música como intervenção para pessoas idosas em cuidados paliativos: impactos na qualidade de vida à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico”, Universidade Federal da Paraíba, 2025.

¹Universidade Federal do Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

²Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil.

³Universidade Federal de Campina Grande.
Campina Grande, PB, Brasil.

Autor correspondente:

Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo
Rua João Alfredo Coelho da Fonseca, 225/
Aeroclube. CEP: 58036560. João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: edna_marilia@hotmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros 

RESUMO

Objetivo: compreender as percepções sobre a qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos. **Métodos:** estudo qualitativo, conduzido em duas instituições hospitalares filantrópicas, envolvendo pessoas idosas em cuidados paliativos, à luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. Utilizou-se a técnica de Pesquisa Convergente Assistencial, com entrevistas. O *corpus* textual foi processado pelo *software* IRaMuTeQ. **Resultados:** participaram 29 pessoas idosas (66–70 anos), principalmente homens, aposentados, casados, com diagnóstico de insuficiência renal crônica ou câncer. Identificou-se que relações interpessoais, espiritualidade, esperança e práticas de lazer sustentam a qualidade de vida e favorecem o enfrentamento da dor e da finitude. **Conclusão:** a percepção de qualidade de vida envolve múltiplas dimensões do viver e do morrer, o que corroborou os pressupostos da Teoria do Final de Vida Pacífico. **Contribuições para a prática:** o estudo subsidia a enfermagem na qualificação de práticas de cuidado paliativo à pessoa idosa, sobretudo no apoio emocional, manejo de sintomas e comunicação terapêutica.

Descritores: Cuidados Paliativos; Idoso; Qualidade de Vida; Morte; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand perceptions of quality of life among elderly people receiving palliative care. **Methods:** a qualitative study was conducted in two charitable hospitals involving elderly people receiving palliative care, considering the Peaceful End of Life Theory. The Convergent Care Research technique was used, with interviews. The textual corpus was processed using IRaMuTeQ software. **Results:** twenty-nine elderly people (aged 66–70), mainly men, retired, married, diagnosed with chronic renal failure or cancer, participated. It was identified that interpersonal relationships, spirituality, hope, and leisure activities sustain quality of life and help individuals cope with pain and finitude. **Conclusion:** the perception of quality of life involves multiple dimensions of living and dying, which corroborate the assumptions of the Peaceful End of Life Theory. **Contributions to practice:** the study supports nursing in the qualification of palliative care practices for the elderly, particularly in emotional support, symptom management, and therapeutic communication.

Descriptors: Palliative Care; Aged; Quality of Life; Death; Nursing Theory.

Introdução

O processo de envelhecimento é uma experiência singular para cada pessoa especialmente quando associado à perda de funcionalidade, autonomia e independência. As formas de enfrentar essa fase da vida são influenciadas por fatores biográficos, culturais e sociais, o que demanda uma abordagem individualizada, sobretudo em contextos de adoecimento⁽¹⁾.

Diante de condições clínicas crônicas ou ameaçadoras à vida, é essencial que a equipe multiprofissional ofereça um cuidado sensível, que ultrapasse a dimensão clínica e reconheça que senescência não é sinônimo de senilidade⁽²⁾. Nessa perspectiva, o cuidado deve ser pautado na escuta ativa, na promoção da autonomia e na valorização da qualidade de vida⁽³⁾.

A qualidade de vida é um constructo com característica multidimensional, subjetiva e singular da experiência humana em saúde, a qual contempla não apenas dimensões físicas, funcionais, emocionais e cognitivas, mas também aspectos pessoais, como atividades laborais, relações sociais e demais elementos que compõem a rotina cotidiana⁽⁴⁾.

À luz dessa compreensão ampliada do cuidado, os cuidados paliativos se configuram como algo fundamental, sustentado pela integralidade e humanização da assistência, especialmente nas situações e limitações infligidas por doenças graves ou progressivas⁽⁵⁾. Essa abordagem contribui para minimizar o sofrimento, promover conforto físico e emocional e oferecer um ambiente acolhedor. Além disso, fundamenta-se nos princípios do alívio da dor, da construção de sentido, da preservação da dignidade e da valorização das relações interpessoais⁽⁶⁾.

Nesse contexto, a Teoria do Final de Vida Pacífico (TFVP) constitui-se um referencial teórico pertinente por convergir com os princípios dos cuidados paliativos. A Teoria originou-se da pesquisa de doutorado em enfermagem, orientada por Moore. Oferece aos profissionais fundamentos para qualificar o cuidado a pessoas em fase terminal⁽⁷⁾.

Esta Teoria enfatiza a importância de não sentir

dor, vivenciar conforto, manter dignidade e respeito, estar em paz, e próximo de pessoas queridas. Articulada ao metaparadigma da enfermagem, possibilita compreender a pessoa como um sujeito de vivências singulares; atribui à enfermagem a responsabilidade de oferecer cuidado humanizado e respeitoso; entende a saúde como busca de bem-estar a partir do alívio de desconfortos; e concebe o ambiente como espaço que favorece tranquilidade e acolhimento. Assim, a Teoria demonstra utilidade para orientar práticas que valorizam a subjetividade e qualidade de vida nessa fase de finitude⁽⁸⁻¹⁰⁾.

No entanto, ainda são escassas investigações que explorem as percepções sobre a qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos sob a ótica da TFVP. Diante desse panorama, emerge a seguinte questão norteadora: que percepções as pessoas idosas que estão em cuidados paliativos têm sobre a qualidade de vida? Assim, este estudo objetivou compreender as percepções sobre a qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos.

Métodos

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, fundamentado na abordagem metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), à luz da TFVP. A condução deste estudo e a construção do seu relatório cumpriram os princípios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). A PCA une a prática da pesquisa científica à atuação em saúde, a qual articula situações sociais vivenciadas pelos sujeitos com práticas assistenciais implementadas.

A pesquisa caracteriza-se pela dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansibilidade, atributos que orientam a PCA. Seguiu-se as cinco fases preconizadas pela PCA: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Na concepção, definiram-se área de interesse, temática, justificativa e objetivo, alinhados à prática profissional da pesqui-

sadora em cuidados paliativos à pessoa idosa⁽¹¹⁾. A dialogicidade foi favorecida por contatos prévios com profissionais das instituições, o que permitiu identificar demandas assistenciais e assegurar a pertinência e o alinhamento da investigação às necessidades do cuidado.

A PCA foi aplicada na etapa diagnóstica/interpretativa, enquanto a intervenção musical integra um projeto ampliado descrito em estudo futuro.

Local e período

O estudo foi realizado em duas instituições hospitalares filantrópicas de médio porte, localizadas em João Pessoa, Paraíba, que prestam assistência a pessoas idosas em cuidados paliativos por equipes multiprofissionais. A coleta de dados ocorreu entre setembro e novembro de 2023.

Nesta fase, definiram-se os procedimentos metodológicos, os critérios de seleção, estratégias de acesso ao campo e métodos de coleta, considerando a natureza multidimensional do cuidado paliativo. Contemplou aspectos físicos, emocionais, espirituais e sociais da pessoa idosa, que orientaram entrevistas e observações.

A imersibilidade, atributo central da PCA, manifestou-se pela inserção ativa da pesquisadora no cotidiano das instituições, com presença regular nas unidades, participação em atividades assistenciais e observação das dinâmicas de cuidado. Esse processo permitiu apreender demandas clínicas e subjetivas das pessoas idosas, ampliando a compreensão do contexto e a articulação entre pesquisa e prática.

População

A população do estudo foi constituída por pessoas idosas em atendimento nos serviços de cuidados paliativos das instituições acima mencionadas, no período da coleta de dados, sendo: 30 idosos internados na instituição A e 260 cadastrados na instituição B, totalizando 290 pessoas.

Critérios de inclusão e exclusão

Para seleção dos participantes do estudo foram adotados como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; estar elegível para cuidados paliativos, segundo o Manual de Cuidados Paliativos⁽¹²⁾; apresentar boa comunicação verbal e audição autorreferida; funcionalidade preservada, conforme escore $\geq 50\%$ obtido pelo *Palliative Performance Scale* (PPS)⁽¹³⁾ e condição cognitiva favorável para responder aos itens do roteiro de entrevista, avaliada por meio do instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – 1Consideraram-se os seguintes pontos de corte: 13 pontos ou mais para participantes não escolarizados, 18 pontos ou mais para aqueles com baixa ou média escolaridade e 26 pontos ou mais para indivíduos com alta escolaridade, com a finalidade de excluir possível quadro de demência entre os participantes⁽¹⁴⁾. Foram excluídas pessoas com alta programada durante o período da coleta ou com dor intensa no momento da entrevista, avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA)⁽¹⁵⁾.

A identificação de potenciais participantes ocorreu a partir da análise de prontuários, nos quais verificaram-se diagnóstico, quadro clínico geral e registro de dor. A amostragem foi do tipo não probabilística, obtida por conveniência, considerando os critérios de elegibilidade, acessibilidade e anuência dos participantes e familiares. Dentre as 290 pessoas idosas, 35 estiveram acessíveis no período da coleta de dados sendo, então, convidadas pela pesquisadora para participarem do estudo. Destas, seis se recusaram a participar por motivos de timidez para responder aos itens dos instrumentos. No entanto, 29 idosos estiveram plenamente em conformidade com os critérios de elegibilidade e as respostas, obtidas mediante aplicação dos instrumentos de coleta de dados, atingiram o critério de saturação teórica, que ocorre quando as respostas apreendidas pelo pesquisador se tornam repetitivas e não oferecem informações novas e substanciais para a análise qualitativa, sem prejuízo à compreensão do fenômeno investigado⁽¹⁶⁾, compondo dessa forma a amostra final.

Ressalta-se que, pacientes e familiares foram esclarecidos acerca da finalidade do estudo e aspectos éticos da pesquisa, com obtenção da anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumento de coleta de dados

A etapa de perscrutação da PCA envolve estratégias de obtenção de dados integradas à prática assistencial, o que intensifica a atuação do pesquisador e evidencia a simultaneidade entre cuidado e investigação. Para confirmar a elegibilidade, aplicaram-se o MEEM, o PPS e a EVA: o MEEM avalia funções cognitivas⁽¹⁴⁾; o PPS mensura funcionalidade⁽¹³⁾; e a EVA quantifica a intensidade da dor⁽¹⁵⁾.

As entrevistas seguiram norteadas por um roteiro semiestruturado, constituído por duas partes: a primeira, objetiva, composta por variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde autorreferida e clínica, além de aspectos subjetivos derivados da adaptação do instrumento de *World Health Organization Quality of Life Group Elderly*⁽¹⁷⁾. Elaboraram-se 14 perguntas abertas, que abordaram dimensões físicas, espirituais, sociais e emocionais, os quais incluíram dor, desejos, relações interpessoais, espiritualidade, sentido da vida, lazer, preferência musical e percepções sobre a morte. O instrumento visou apreender percepções, sentimentos e experiências relacionadas ao enfrentamento de doença sem perspectiva de cura e à qualidade de vida. O roteiro foi submetido à validação aparente por três especialistas em cuidados paliativos.

Operacionalização da coleta de dados

A pesquisadora realizou entrevistas individuais gravadas, com aparelho celular do tipo (*iphone 11*), à beira do leito, após os cuidados de rotina e conforme a disponibilidade dos participantes, priorizando turnos da manhã e tarde.

A comunicação foi acessível e respeitosa, com registros de respostas verbais e não verbais em diário de campo, incluindo observações comportamentais e

expressões faciais, para captar dimensões subjetivas que enriquecessem a análise qualitativa. A expansibilidade da PCA ocorreu pela adaptação contínua dos instrumentos e objetivos, o que permitiu integrar dados clínicos e experiências subjetivas de pessoas idosas em cuidados paliativos, mantendo sensibilidade às demandas assistenciais.

Análise dos dados

Na fase de análise e interpretação, as entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas em planilhas do *Microsoft Excel*. A análise textual foi realizada a partir do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), o qual empregou a técnica da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que possibilitou a organização dos segmentos textuais pelos vocábulos e seus respectivos valores de Qui-quadrado, originando um dendograma⁽¹⁸⁾. O dendograma, ilustrado nos resultados, revelou quatro classes de segmentos de texto, caracterizadas de acordo com suas ideias centrais, à luz da TFVP. As classes foram agrupadas em duas categorias analíticas, discutidas posteriormente em consonância com a literatura especializada e com princípios da TFVP. Por fim, a fase de interpretação promoveu a integração entre as evidências empíricas e o referencial teórico. Esse processo orientou a elaboração do modelo interpretativo com base na TFVP.

Aspectos éticos

Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados por pseudônimos inspirados em cantores e estilos musicais de sua preferência (exemplo: R. Carlos, M. Mendonça, entre outros). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer de número 5.540.436/2022 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 60470722.7.0000.5188, atendendo aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Participaram 29 pessoas idosas, sendo a maioria homens, 16 (55%), com idades entre 66 e 70 anos, 19 (55%); aposentados, 26 (90%); casados, 16 (55%); com ensino fundamental incompleto ou completo, 17 (58%). Quanto à raça/cor da pele, 13 participantes (45%) autodeclararam-se de cor de pele preta. Os demais participantes não registraram outra autodeclaração de raça/cor nos prontuários ou durante a entrevista. A renda predominante situava-se entre um e dois salários mínimos 21 (72%), e o número de filhos variou entre um e três 15 (51%). A maior parte dos idosos, 20 (68%), residia com parceiros e filhos.

Sobre as condições clínicas, 25 (86%) tinham diagnóstico de insuficiência renal crônica e quatro (14%) de câncer; 15 (52%) estavam em tratamento há cerca de 18 meses; 16 (55%) faziam uso de um ou dois tipos de analgésicos; e, a maioria, 26 (90%), realizava hemodiálise. Em relação à acuidade auditiva, 25 (86%) apresentavam preservação, e todos tinham cognição preservada, segundo o MEEM. A avaliação pelo PPS demonstrou que 18 (62%) apresentaram escores entre 80% e 100%. Já a intensidade da dor, medida pela EVA, mostrou que 14 (48%) relataram dor moderada e 10 (34%) estavam sem dor.

A partir das entrevistas semiestruturadas, foi construído um *corpus* textual composto por 29 textos e 540 Segmentos de Texto (ST), com aproveitamento de 72,04% no *software* IRaMuTeQ. Identificaram-se 12.762 ocorrências, distribuídas em 1.234 lemas e 1.110 formas ativas, das quais 351 apresentaram frequência ≥ 3 . As formas detectadas apenas uma vez (hápx) totalizaram 1.010, correspondendo a 7,91% das ocorrências.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) identificou quatro classes temáticas no *corpus* analisado. A Classe 3, com 37,5%, destacou elementos de espiritualidade, desejos e esperanças, vinculados às dimensões de dignidade e respeito. A Classe 2, com 22,1%, abordou aspectos das relações interpessoais, enfatizando a importância da presença de pessoas significativas, conforme preconiza a Teoria. A Classe

1, correspondente a 23,4%, do material, reuniu conteúdos relacionados à morte e à dor, alinhando-se ao princípio da ausência de sofrimento proposto pela TFVP. A Classe 4, representando 17%, contemplou temas de lazer e distrações, associados ao conforto e ao bem-estar (Figura 1).



Figura 1 – Dendrograma do *corpus* textual e distribuição das classes oriundas da percepção das pessoas idosas em cuidados paliativos. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

Diante da análise das classes supraditas, fundamentado na TFVP, emergiram quatro categorias temáticas, a saber: 1) Percepção de pessoas idosas em relação à vida vinculada à espiritualidade, desejos e esperança; 2) A importância das relações interpessoais de pessoas idosas em cuidados paliativos; 3) Percepção de pessoas idosas acerca da morte e da experiência da dor no âmbito dos cuidados paliativos e 4) Envolvimento de pessoas idosas em cuidados paliativos nas atividades de lazer e distrações.

Categoria 1: Percepção de pessoas idosas em relação à vida vinculada à espiritualidade, desejos e esperança

A maior parte dos participantes descreveu a vida como dádiva divina, e, que diante de sua magnitude, emerge o desejo de viver cada vez mais, tendo a espiritualidade como alicerce de sua vida: *Deus vai me curar aí fiquei pensando: eu acho que é um milagre de Deus* (V. Neri). *A vida é tudo, é perfeita. Tenho muita esperança de viver a cada dia que amanhece. Eu agradeço a Deus cada momento em minha vida, eu sou muito feliz* (N. Gonçalves). *Eu tenho muita fé em Deus. Peço que ele me dê muitos anos de vida e que eu fique nesta máquina há muito tempo, porque eu vi gente aqui com 20 anos fazendo hemodiálise e eu sei que vou sempre precisar* (Z. Camargo).

Apesar de toda situação de saúde, eles se consideravam muito felizes, cheios de vontade e esperança de viver. Além do mais, a crença em um ser transcendente, seja religioso ou espiritual, atua como fonte de amparo e ressignificação da experiência da finitude, o que os fazem acreditar na vida e na melhora: *Minha esperança é melhorar esse tratamento, porque se eu melhorar eu vou sair da máquina [hemodiálise]* (C. Veloso). *Mas minha vontade é fazer tudo, tenho vontade de passear, ir à praia e ir às festas* (A. Barros). *A minha vontade mesmo era beber água* (P. Fábio).

Evidenciou-se o reconhecimento da espiritualidade como dimensão primordial do ser humano, por oferecer conforto, esperança, fé e a certeza de não estar só: *Eu tenho muita fé em Deus. Peço que ele me dê muitos anos de vida. É Jesus que me dá força. Mesmo não tendo ninguém por perto, eu tendo ele, já está de bom tamanho* (Z. Camargo). *Sou evangélico*

e acho que a fé ajuda sim, porque como evangélico a gente tem dois sentidos: servir a Jesus e esquecer as coisas velhas (L. Gonzaga).

Categoria 2: A importância das relações interpessoais de pessoas idosas em cuidados paliativos

Observou-se a satisfação das pessoas idosas ao contar com a presença de amigos e familiares, visto que esse convívio lhes proporcionavam apoio e suporte durante o processo de adoecimento: *Teinho meus dois filhos, eles se preocupam muito comigo, me deixam, me buscam, eles não querem que eu ande só, daqui pra ali, eles sempre andam comigo* (A. Barros). *Meus familiares, principalmente meu marido e minha filha, sempre dão o melhor para mim...* (G. Rocha). *Às vezes a gente se reúne com os amigos na calçada para conversar, para colocar os assuntos em dia* (W. Alencar).

A gratidão emergiu nas falas ao descrever o apoio dos amigos no processo saúde-doença, o que revitalizou os idosos e reafirmou seu sentido de existência: *Eu tenho amigos que me transportam, tenho amigas que me ajudam muito. O que eu preciso, elas fazem para mim, se eu precisar de um remédio é só ligar para ela, ela vai, compra e manda levar lá em casa. Sou grata a Deus por isso* (E. Ribeiro).

Em contraste, alguns entrevistados relataram solidão pela ausência de vínculos ou de atenção, referindo, infelicidade, insatisfação, esmorecimento e desânimo. Manifestaram a sensação de inutilidade quando se está na condição enferma, percebendo que só são procurados quando estão bem ou podem oferecer algo: *Chego e saio e ninguém nem pergunta o que foi que aconteceu. Quando chego em casa, eu quem digo se estou bem ou não, porque ninguém pergunta* (R. Rossi). *Não existe amigo, só existe quando você está com dinheiro, bebendo ou farreando, aí sim você tem muitos amigos. A família, tem uns que até entendem a sua situação, que vem e procura, mas tem outros que desconhecem* (A. Timóteo).

Houve comparação entre amigos e familiares, destacando que o apoio dos primeiros foi mais expressivo. Tal achado indica que a ideia de família pode incluir vínculos escolhidos ao longo da vida: *Muito triste a gente ter que falar isso, mas os amigos procuram mais que os familiares. Eu tenho um exemplo, pois eu tenho um amigo que a gente foi criado praticamente juntos, porque ele chamava minha mãe de*

mãe e eu chamava a dele de mãe. Pra mim eles são minha família, se preocupam comigo (P. Fábio).

A fragilidade dos vínculos afetivos emergiu igualmente nos relatos, ao apontar o receio de retornar ao seu próprio lar devido ao risco de agressões e violência, o que a fez considerar mais seguro permanecer em uma instituição de longa permanência: *Não vou voltar para lá [casa da filha], vou ficar aqui mesmo, para uma casa de apoio, em nome de Jesus. Ela [filha] disse que não está vindo me ver, porque ela sente dor na coluna. Eu acho até melhor. Não quero mais morar com ela [filha]. Tenho medo de apanhar de novo* (P. Possi).

Categoria 3: Percepção de pessoas idosas acerca da morte e da experiência da dor no âmbito dos cuidados paliativos

As palavras destacadas revelaram a compreensão de pessoas idosas em cuidados paliativos sobre morte, morrer e dor. Alguns relataram ausência de temor, por considerá-la expressão da vontade divina e ocorrida apenas no momento destinado, percepção que favorece o enfrentamento das fragilidades clínicas: *Acho que existem algumas ações que ajudam a gente a falar mais sobre o assunto, eu mesma não tenho nenhum medo de morrer, se chegar à morte é porque está no tempo. Já tive muito medo, já quis viver muito, mas hoje não tenho esse desejo* (E. Ramalho). *Não tenho medo de morrer, porque a morte é uma fatalidade. Ninguém vive para sempre, às vezes a pessoa vai dormir e não acorda. Eu acho que precisamos falar mais sobre este tema, porque as pessoas têm medo, não precisa disso* (F. José).

Um dos participantes revelou a importância da fé para aceitar os eventos da vida e partir em paz, tranquilizando os seus entes. As falas mostram que a associação entre fé e morte intensifica a aceitação do processo e favorece uma perspectiva positiva sobre aquilo que há de vir: *Não tenho medo de morrer, porque a minha certeza está em Deus, porque nesse mundo tudo vai perecer, mas nós temos Jesus. É como a bíblia diz, que Jesus foi e vai preparar o lugar para aqueles que esperam nele* (A. Barros). *A morte é natural, igual quando nascemos. A pessoa que tem Deus no coração sabe que nós vamos para a vida, vem do pó e do pó voltaremos* (R. Miranda).

Ademais, uma das falas mostra a negação da morte próxima, pois acredita que isso está longe de

acontecer, visto que há coisas ainda para realizar: *Não quero morrer agora, porque eu acho que ainda tenho alguma coisa para realizar aqui e não é minha hora ainda, mas, essa questão de ter medo, não tenho* (Daniel).

Os participantes também relataram incômodo pelas dores, o que demonstrou a relevância de amenizá-las por meio de intervenções ou mesmo de conversa e atenção: *Melhorei um pouco, antes era tanta dor que eu vomitava, ficava enjoada, não comia direito, quando comecei o tratamento, aí comecei a comer, a melhorar* (K. Patrício). *A dor está presente sempre, é muita dor, minha filha, mas quando tomo algo ela ameniza* (R. Miranda). *Dói tanto, que chego a chorar e ficar deitada. Agora, quando tem uma pessoa como você dando atenção, a gente até tenta esquecer a dor, mesmo ela estando presente* (M. Mendonça).

Categoria 4: Envolvimento de pessoas idosas em cuidados paliativos nas atividades de lazer e distrações

Atividades de lazer e distrações favorecem autonomia, aliviam o sofrimento e melhoram a qualidade de vida, ao promover prazer, expressão subjetiva e fortalecimento de vínculos: *Essa televisão tira atenção, a gente até esquece que está aqui na máquina, esquece também a dor* (A. Barros). *Gosto muito de escutar música, de assistir televisão* (Amazon).

Os relatos indicaram que, além da televisão e das conversas, a música foi uma das principais formas de distração em cuidados paliativos. Essas atividades, como estratégias de conforto emocional, mostraram-se eficazes ao gerar alívio e prazer e breve esquecimento da dor, conforme depoimentos a seguir: *Adoro música, gosto muito das antigas e gosto também de conversar com os amigos. Sempre tento ficar perto deles aqui na sala de hemodiálise, para ver se converso, me distraio e a hora passa mais rápido* (N. Gonçalves). *Gosto de música gravada ou música ao vivo, mas acho que ao vivo seria bem melhor e ajudaria a gente a esquecer um pouquinho essa máquina* (Amazon). *A música seria ótima pra poder se distrair e esquecer a dor que sinto* (R. Carlos). *Eu gosto muito de música, aí quando escuto traz um conforto, é como se fosse um remédio, a dor vai embora* (Leonardo).

As opções das músicas estão associadas às lembranças do passado, aos momentos vividos e às pessoas falecidas, que trazem afago à alma: *Adoro música, gosto*

muito das antigas que me faz lembrar do passado, das pessoas que se foram (N. Gonçalves). *Eu gosto de escutar música, pois traz recordações dos amores passados* (A. Barros). *Faz dois meses que minha esposa faleceu e quando escuto nossa música, parece que sinto ela perto de mim* (Amazon). *Eu gosto muito de música sertaneja, na verdade, escuto todo tipo de música, mas o que mais escuto é sertaneja, principalmente, porque me lembra um amor que tive na infância* (Leonardo).

Discussão

A organização dos depoimentos em quatro categorias revelou como as pessoas idosas em cuidados paliativos atribuem sentido à vida, ao adoecimento, à finitude e ao alívio do sofrimento. As classes lexicais revelaram a complexidade e complementaridade dessas experiências.

Observou-se forte articulação entre as quatro classes, nas quais o lazer mediou dimensões existenciais, emocionais e físicas, o que reforçou vínculos interpessoais, articuladas com espiritualidade dor e morte.

A espiritualidade favoreceu a compreensão do sofrimento e das incertezas, especialmente quando associado à religiosidade, o que contribui para qualidade de vida⁽¹⁹⁾. Mesmo diante da finitude, pacientes mantiveram a esperança e projetaram planos sustentados pela fé⁽²⁰⁾. Esse achado converge com a TFVP, segundo a qual “estar em paz” envolve recorrer à espiritualidade para reduzir preocupações e amenizar o impacto da doença⁽²¹⁾.

Os vínculos familiares e de amizade são fundamentais para percepção de cuidado, pertencimento e valorização, enquanto sua fragilidade intensifica abandono, inutilidade e vulnerabilidade. A TFVP avigora a relevância da rede de apoio em cuidados paliativos, cuja presença oferece tranquilidade, alento, conforto, sendo essencial na fase final da vida⁽²¹⁻²²⁾. Entretanto, alguns participantes relataram violência e negligência familiar, reconhecidas como marcadores de vulnerabilidade no envelhecimento e associadas a pior qualidade de vida, menor satisfação e maior risco de institucionalização⁽²³⁾.

Em cuidados paliativos, idosos com doenças limitantes acumulam fatores como isolamento, fragili-

dade e dependência, o que aumenta a exposição à violência. Nesses contextos, a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem, desempenha papel central na triagem, identificação, notificação e encaminhamento de casos, o que garante intervenções seguras⁽²⁴⁾.

A TVFP também defende a necessidade de que familiares, amigos e profissionais adotem um olhar sensível e responsivo às demandas dos pacientes, o qual promove bem-estar⁽²²⁾. Neste íterim, os cuidados paliativos favorecem uma percepção mais serena da finitude, alinhada à TFVP, que busca proporcionar a sensação de bem-estar integral mesmo diante da vulnerabilidade⁽¹⁰⁾. As falas indicaram que compreender a finitude oferece consolo, embora o receio de deixar os familiares desamparados dificulte falar sobre a morte.

O alívio da dor, relacionado ao conceito de “estar sem dor” da TFVP, foi destacado como primordial para evitar sofrimento físico, emocional e sensorial, já que a dor intensa compromete a integridade e a consciência do paciente⁽⁹⁾.

Algumas atividades como ouvir *música*, assistir televisão e manter interações sociais contribuem para amenização da dor. Embora simples, essas práticas favorecem a qualidade de vida ao reduzir estresse, angústia e solidão, o que promove conforto e plenitude.

A TFVP reconhece que, para muitos pacientes, a televisão é uma maneira comum de se distrair, o que ajuda a aliviar a angústia e desviar a atenção dos desafios que acompanham a doença⁽²¹⁾. A televisão pode atuar como substituto social, mas também intensificar a solidão, enquanto que a música se revelou estratégia relevante para aliviar sofrimento físico, emocional e social⁽²⁵⁻²⁶⁾.

As quatro classes articularam-se de forma interdependente: a espiritualidade sustenta o enfrentamento da dor e da morte; as relações interpessoais modulam a percepção da finitude; a vivência da dor reforça a necessidade de apoio afetivo e espiritual; e o lazer fortalece todas essas dimensões. Essa integração evidencia a importância de intervenções que contemplem não apenas tratem a condição clínica, mas também experiências subjetivas e relações, consolidando um cuidado integral à pessoa idosa.

Limitações do estudo

As limitações concentram-se, sobretudo, na composição e no contexto da amostra, formada por pessoas idosas hospitalizadas em duas instituições filantrópicas de uma única capital do Nordeste brasileiro, o que restringe a transferibilidade dos achados.

A homogeneidade clínica e demográfica, predominantemente idosos em hemodiálise, pode ter reduzido a diversidade de percepções. O uso do IRaMuTeQ, embora fortaleça a análise, pode atenuar nuances subjetivas típicas da pesquisa qualitativa e depende do rigor na preparação do corpus. A coleta exclusiva por entrevistas impediu a triangulação metodológica, que ampliaria a profundidade interpretativa. Ainda assim, a imersão prevista na PCA, com observações e registros em diário de campo, mitigou parcialmente essa limitação.

Contribuições para a prática

O estudo apresenta contribuições diretas para enfermagem em cuidados paliativos à pessoa idosa. Ao evidenciar que a qualidade de vida envolve dimensões emocionais, espirituais, sociais e relacionais, reforça-se a necessidade de integrá-las ao plano de cuidado. Destaca-se a importância da avaliação contínua da dor e do sofrimento global, bem como do acolhimento das narrativas, reconhecendo-as como indicadores clínicos. A detecção precoce de solidão, abandono ou violência constitui componente essencial da prática.

Os achados também mostram relevância de intervenções simples, como música, lazer, conversas e presença de pessoas queridas, que fortalecem vínculos e promovem alívio emocional. Evidencia-se o papel central da enfermagem na coordenação do cuidado centrado na pessoa, na mediação com familiares e equipes na criação de ambientes acolhedores e coerentes com valores e desejos dos idosos.

Ao reconhecer que ações cotidianas e de baixo custo impactam o bem-estar, o estudo reafirma o

potencial da enfermagem em promover qualidade de vida mesmo diante de doença irreversível. Tais práticas reforçam um cuidado sensível, criativo e intencional, alinhado à Teoria do Final de Vida Pacífico e ao compromisso ético com dignidade, autonomia e a humanização no processo de morrer.

Conclusão

Concluiu-se que as experiências de qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos são influenciadas por aspectos emocionais, espirituais e relacionais, que ultrapassam o controle a dor física. À luz da Teoria do Final de Vida Pacífico, constatou-se que vínculos afetivos, espiritualidade, esperança e atividades simples, como ouvir música, são fundamentais para o bem-estar no processo de morrer. Evidenciou-se ainda que estratégias de lazer, especialmente a música terapêutica, contribuem significativamente para o enfrentamento dos desafios físicos e existenciais, o que reforça a importância de uma abordagem integral e a recomendação de novas pesquisas sobre a aplicação da Teoria em diferentes contextos de atenção à saúde.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Araújo EMNE, Freire MEM.** Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Lordão AV, Costa ICP, Agra G, Alves AMPM, Batista PSS.**

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que os dados estão disponíveis de forma completa no corpo do artigo.

Referências

1. Pageau F, Fiasse G, Nordenfelt L, Mihailov E. Care of the older person and the value of human dignity. *Bioethics*. 2024;38(1):44-51. doi: <https://doi.org/10.1111/bioe.13251>
2. Silva MLS, Carvalho MAP, Gomes FC, Galindo Junior JUF, Batista SCDD. Multidisciplinary practices for hospitalized elderly people in palliative care: a scoping review. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2025;99:e025048. doi: <https://doi.org/10.31011/read-2025-v.99-n.Ed.Esp-art.2390>
3. Costa GMC, Monteiro GKNA, Rodrigues RCS, Vasconcelos SC, Soares JS, Souto RQ. Quality of life and associated factors in the multidimensional assessment of hospitalized elderly: cross-sectional study. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2024;29(1):e135543. doi: <http://doi.org/10.22456/2316-2171.135543>
4. Chung V, Sun V, Ruel N, Smith TJ, Ferrell BR. Improving palliative care and quality of life in pancreatic cancer patients. *J Palliat Med*. 2022;25(5):720-7. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0187>
5. Paiva CF, Silva CPG, Santos TCF, Augusto PS, Ennes LD, Almeida Filho AJ. Oncology nursing and palliative care in a reference institution (2005-2006). *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e2023010632. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0106en>
6. Düzgün G, Karadakovan A. Effect of music on pain in cancer patients in palliative care service: a randomized controlled study. *Omega (Westport)*. 2024;88(3):1085-100. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/00302228211059891>
7. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook*. 1998;46(4):169-75. doi: [http://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90069-0](http://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90069-0)
8. Jimenez OB, Trajera SM, Ching GS. Providing end-of-life care to COVID-19 patients: the lived experiences of ICU nurses in the Philippines. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12953. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912953>
9. Furtado MA, Nogueira VP, Araújo MCP, Cestari VRF, Pessoa VLMP, et al. Palliative care for SARS-CoV-2 patients in the intensive care unit: a comprehensive study. *Rev Bras Enferm*. 2024;77:e20230218. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0218>
10. Matos Júnior JM, Pinheiro AS, Reis DST, Borges WD, Sonobe HM, Correa Júnior AJS. Palliative care of nursing in the pandemic scenario according to the pacific end-of-life theory. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2023;15:e12037. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12037>
11. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. The convergent care research method and its application in nursing practice. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e1450017. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>
12. Ministério da Saúde (BR). Manual de Cuidados Paliativos. Hospital Sírio-Libanês [Internet]. 2023 [cited Jun 5, 2025]. Available from: <http://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/@download/file>
13. Ferreira PCS, Moreira MN, Lourenço RA. Cross-cultural adaptation of the Karnofsky Performance Status instrument to Brazilian Portuguese. *Rev Col Bras Cir*. 2024;51:e20243771. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243771>
14. Bertolucci PH, Bruckl SMD, Campacci SR, Juliani Y. The Mini-Mental State examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7. doi: <http://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
15. Alghadir AH, Anwer S, Lqbal A, Lqbal ZA. Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog numerical rating and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *J Pain Res*. 2018;26(11):851-6. doi: <http://doi.org/10.2147/jpr.s158847>
16. Campos CJG, Saidel MGB. Sampling in qualitative research: concepts and applications to the field of health. *Rev Pesqui Qual*. 2022;10(25):404-24. doi: <http://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
17. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version

- of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91. doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
18. Martins KN, Paula MC, Gomes LPS, Santos JE. Iramuteq software as a resource for discursive textual analysis. *Rev Pesq Qual*. 2022;10(24):213-32. doi: <http://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.24.383>
19. Santos JC, Sena AS, Anjos JM. Spirituality and religiosity in the approach to patients under palliative care. *Rev Bioét*. 2022;30(2):382-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022302534EN>
20. Okuma GY, Manhães MFM, Pedras RN, Azevedo IM, Domenico EBL, Bergerot CD. Espiritualidade, religiosidade, estresse e qualidade de vida em pacientes oncológicos. *Rev Psicol Saúde*. 2021;13(2):3-17. doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1097>
21. Alves MBA, Silva VA, Almeida ARLP, Pereira RCD, Barbosa LC, Silva RS. Care for the institutionalized elderly in the perspective of a peaceful end of life. *Ciênc Cuid Saúde*. 2023;22:e65964. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65964>
22. Andrade CG, Costa ICP, Batista PSS, Alves AMPM, Costa BHS, Nassif MS, et al. Palliative care and communication: a reflection in the light of the peaceful end of life theory. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e80917. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80917>
23. Araújo-Monteiro GKN, Santos RC, Leal CQAM, Brandão MLS, Souto RQ, Freitas WMF, et al. Assessment of life satisfaction and risk of violence in elderly. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2023;15:e11080. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11080>
24. Choi Y Y, Hong B, Rha SY, Cho S, Lee HS, Lee J. The effect of nurse-led enhanced supportive care as an early primary palliative care approach for patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. *Int Nurs Stud*. 2025;168:105102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnurstu.2025.105102>
25. Fingerman KL, Kim YK, Ng YT, Zhang S, Huo M, Birditt KS. Television viewing, physical activity, and loneliness in late life. *Gerontologist*. 2022;62(7):1006-17. doi: <http://doi.org/10.1093/geront/gnab120>
26. Uysal DA, Aykar FS, Uyar M. The effects of aromatherapy and music on pain, anxiety, and stress levels in palliative care patients. *Support Care Cancer*. 2024;32(10):632. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08837-0>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons