



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JULIANA BEZERRA DO AMARAL

**O SIGNIFICADO DO CUIDAR/CUIDADO PALIATIVO DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS: História Oral de Enfermeiras**

SALVADOR
2006

JULIANA BEZERRA DO AMARAL

**O SIGNIFICADO DO CUIDAR/CUIDADO PALIATIVO DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS: História Oral de Enfermeiras**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestra, área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria do Rosário de Menezes

SALVADOR
2006

Amaral, Juliana Bezerra.

O Significado do Cuidar/Cuidado Paliativo de Idosos Hospitalizados:
História Oral de Enfermeiras / Juliana Bezerra do Amaral. – Salvador, 2006.
164f. : il

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes
Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de
Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, 2006.

1. Idoso 2. Cuidados Paliativos 3. História Oral – enfermagem.
I. Menezes, Maria do Rosário II. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem III. Título

CDU 616. -053.9(043)

JULIANA BEZERRA DO AMARAL

**O SIGNIFICADO DO CUIDAR/CUIDADO PALIATIVO DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS: História Oral de Enfermeiras**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área
de concentração O Cuidar em Enfermagem.**

Aprovada em 20/02/06.

BANCA EXAMINADORA

Maria do Rosário de Menezes _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Lúcia Hisako Takase Gonçalves _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de Santa Catarina

Therezinha Teixeira Vieira _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Álvaro Pereira _____
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Sempre que você pensa
Que não consegue ir adiante,
De onde menos espera
Surge uma luz no caminho.

Essa luz tão pequenininha
Vem renovar suas forças
E trazer-lhe energia
Para dar um passo a mais.

Extraído do livro “A Roda da Vida” de Elizabeth Kubler-Ross
(p.96- tradução de um poema que ficava na casa da avó)

Dedico este estudo para os alicerces da minha vida

Meus queridos pais (D. Marlene e Amaral); minha irmã eterna (Ana) e sobrinha adorada (Ana Lícia) pela cumplicidade com que compartilhamos e pelo amor incondicional que me faz ser, a cada dia, o que sou.

Meu noivo, Nando, pelo amor e respeito em que vivemos e pela certeza de que construiremos, juntos, um futuro de amor e felicidades para nós, nossos filhos e pais.

AGRADECIMENTOS

À força espiritual que me amparou a cada tropeço, não me deixando tombar e ficar pelo meio do caminho.

A minha orientadora, exemplo de dedicação, caráter e competência profissional, meu eterno carinho pelos sábios ensinamentos, pela amizade que construímos com a certeza de que estaremos juntas em muitas jornadas.

Aos professores Álvaro Pereira, Lúcia Takase e Teresinha Vieira, por disponibilizarem horas de suas atividades, auxiliando na construção e definição deste estudo durante a Banca de Qualificação e de Defesa.

À minha família extensa, tios, primos e amigos, pela torcida, pelo afeto e pelas emoções que compartilhamos juntos. E, principalmente, para minha amada avó que, durante seu processo de doença fortificou a necessidade deste estudo.

Às enfermeiras que entrevistei, meu obrigada pelas preciosas informações fornecidas nos períodos de trabalho e que colaboraram para construção deste estudo.

À Enfermeira Íris, pelo exemplo que é na gerontogeriatria, pela disponibilidade e pelo carinho com que me recebeu no serviço geriátrico.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em especial às professoras, Ms Fátima Cerva, Ms Maria José e Ms. Fátima Bonfim, pelo apoio e incentivo e, principalmente por acreditarem, desde a graduação e residência, que meu caminho profissional seria o da docência.

À Secretaria da Pós-Graduação da EEUFBA, em especial a Alzira, Edivaldina e Ana Cláudia, pela paciência e informações.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento desta pesquisa através da bolsa auxílio de Mestrado. Que sua atividade permaneça contribuindo para os pesquisadores, possibilitando o crescimento da pesquisa científica e das profissões neste país.

Às amigas que foram um presente para mim neste convívio no mestrado e que me mostraram a possibilidade de ter novos e verdadeiros amigos, Thais Calasans, Simone Passos, Evanilda Carvalho, Ana Paula Brandão, Eliana.

A Michelle, pela sua meiguice, seus sinceros sentimentos e pela sua preciosa contribuição, permitindo que esta pesquisa pudesse acontecer.

A minha grande amiga Carolina Pedrosa, por ter estado ao meu lado sempre, acreditando nesta eterna amizade.

As companheiras da ABEn-BA pelo apoio e torcida.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. O ENCONTRO COM A LITERATURA	23
2.1 Falando do Envelhecimento Populacional	23
2.1.1 Aspectos demográficos do envelhecimento	23
2.1.2 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento	25
2.1.3 O cuidar no processo de envelhecimento	26
2.2 A história do cuidar e dos cuidados paliativos	27
2.2.1 O idoso hospitalizado	32
2.3 O idoso em condições terminais.....	33
2.4 A enfermagem frente ao cuidado na proximidade da morte	34
2.5 Cuidado de enfermagem nos idosos em condições terminais	38
2.6 A Bioética no âmbito dos cuidados paliativos.....	53
3. SUPORTE TEÓRICO-FILOSÓFICO	59
3.1. Antropologia cultural	59
4. A METODOLOGIA	64
4.1 Tipo de estudo	64
4.2 Referencial metodológico	64
4.3 Sujeitos e contexto da pesquisa	66
4.4 Técnica e instrumento de coleta de dados	69
4.5 Coletando os dados	70
4.6 Análise dos dados	73
4.7 Aspectos éticos na pesquisa científica	75
5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA HISTÓRIA ORAL DAS ENFERMEIRAS	76
5.1 Caracterização dos sujeitos	76
5.2 Análise e discussão dos grandes temas que emergiram da história oral das enfermeiras...77	
5.2.1 O significado de cuidado paliativo	78

5.2.2 A família e os idosos em cuidados paliativos	86
5.2.3 O melhor local para os idosos em cuidados paliativos vivenciarem a morte.....	98
5.2.4 Sentimentos que emergem durante o cuidado	101
5.2.5 Dilemas éticos e bioéticos vivenciados nos cuidados paliativos.....	107
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114

REFERÊNCIAS

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer emitido pela Comissão de Ética

APÊNDICES

Apêndice A – Carta Convite aos colaboradores da pesquisa

Apêndice B – Termo de Consentimento informado

Apêndice C – Roteiro da entrevista

Apêndice D – História oral das enfermeiras

Apêndice E - Perfil das enfermeiras

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender o significado atribuído pelas enfermeiras ao cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados, tendo como eixo referencial a antropologia cultural e a história oral temática. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratório-descritiva com abordagem qualitativa na análise de seus dados, tendo como campo de investigação um Centro Geriátrico de referência do Ministério de Saúde para o atendimento de idosos de uma Instituição Hospitalar filantrópica da Cidade do Salvador - Bahia. Os depoimentos dos sujeitos, dez enfermeiras, foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas. Dos depoimentos das colaboradoras emergiram cinco temas: O primeiro, significado do cuidado paliativo para as enfermeiras, foi interpretado como cuidado de conforto, cuidado para boa morte, trazendo uma abordagem psicobiológica da assistência, envolvendo uma equipe multidisciplinar. O segundo, participação da família dos idosos nos cuidados paliativos, revelou que a maioria dos sujeitos envolvem os familiares na assistência e os preparam progressivamente para lidar com a morte do familiar idoso. Quanto aos próprios idosos, a maioria das entrevistadas crê que estes não precisam ser informados da sua condição de paciente terminal. As entrevistadas revelaram também que os familiares não devem participar de todos os cuidados, avaliam que determinados procedimentos realizados pelos familiares podem levar a complicação do quadro clínico. Sobre esse tema, os idosos nem foram contemplados nos seus discursos. No terceiro tema, os sujeitos deixaram evidente que o domicílio é o melhor local para os idosos em condições terminais passarem o final de suas vidas, entretanto, diante da realidade do abandono dos pacientes pelos familiares, o hospital foi considerado o local mais adequado. A quarta categoria, sentimentos que emergem durante o cuidado, evidenciou que os sentimentos de angústia, negação, frustração, aprendizado e conforto surgem durante a prestação dos cuidados paliativos dos pacientes idosos, sendo a morte encarada de acordo com os aspectos da religiosidade e cultura. O quinto e último tema, dilemas éticos e bioéticos dos cuidados paliativos, aborda e discute situações de prolongamento artificial da vida, alimentação do idoso sem possibilidade de cura, negligência de informações e o princípio do duplo efeito na prática das entrevistadas. Os resultados desta pesquisa demonstram que, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, os profissionais ainda estão em busca do conhecimento e aperfeiçoamento necessário para cuidar de idosos em condições terminais, sendo necessário a prática da abordagem holística na assistência do indivíduo, contemplando a família nesse contexto, no intuito de proporcionar aos idosos um cuidado com dignidade enquanto existir vida e no processo de morte.

Descritores: Enfermagem, cuidados paliativos, idosos hospitalizados, ética e bioética, história oral.

ABSTRACT

THE MEANING OF PALLIATIVE CARE ON HOSPITALIZED ELDERLY: Nurses Oral History

This study intended to comprehend emerged feelings to nurses during the practice of palliative care on hospitalized elderly based on cultural anthropology and thematic oral history. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach on data analysis, using as setting a geriatric center referenced by Health Minister on elderly care situated in a philanthropic hospital at the city of Salvador – Bahia. Subjects speeches were obtained through recorded half structured interview of 10 nurses. From that emerged five themes: first, the meaning of palliative care on hospitalized elderly to nurses which were interpreted as comfort and care to a good death suggesting a psychobiological approach of the assistance involving a multidisciplinary team. Second, participation of elderly family on palliative care showed mainly of the subjects involve family members in the assistance and prepare them progressively to deal with the death of the elderly. About the elderly themselves, the majority of interviewee believe they do not need to be informed about their finishing condition. Interviewee revealed family member should not participate of all care procedures because the elderly clinical condition may get worse. Elderly were not contemplated on their speeches. Third, subjects evidenced home is the best place for the elderly to spend the rest of the days of their lives, however because of the family desertion, hospital were considered the most appropriate place. Fourth, emerged distress, denial, frustration, learning and comfort feelings during elderly palliative care and death is dealt according to religious and cultural aspects. Fifth and last theme: ethical and bioethical dilemmas about palliative care discuss situations of life artificial prolongation, alimentation for those who has no longer cure possibility, information neglect and double effect principle on the interviewee practice. Results evidenced that although there are technological and scientific advance, professionals are still searching for capacitating knowledge to take care of elderly with no cure possibility, necessitating to exercise holistic approach during assistance involving elderly family in order to promote dignity on their death process.

Keywords: Nursery, palliative care, hospitalized elderly, ethics and bioethics, oral history.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a terceira idade é o grupo populacional que vem apresentando um crescimento mais substancial nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. E este fato é constatado a partir de várias pesquisas que demonstram, por exemplo, que nos EUA, em 1980, a população de idosos era de 25,5 milhões com aumento previsto para o ano de 2020 de cerca de 52 milhões (SOARES, 2003). Assim, em 1900, menos de 1% da população tinha mais de 65 anos de idade, enquanto que, hoje, esta cifra já atinge 6,2%, acreditando-se que, no ano de 2050, os idosos serão um quinto da população mundial. (PAPALÉO NETTO, 1996).

No Brasil, a expectativa de vida, ao nascer, no início do século XX, foi de menos de 35 anos e finalizou com expectativa acima de 70 anos. Em 1990, tínhamos, globalmente, 65,6 anos de expectativa de vida, sendo 62,3 anos para os homens e 69,1 para as mulheres, e iniciamos esta década com a seguinte composição etária relativa: 0-14 anos = 34,8%; 15-34 anos = 24,9%; 35-64 anos = 24,9% e dos 65 anos em diante = 4,9%. Isso demonstra que o Brasil se encontra em potencial desenvolvimento, o que ocasiona significativas modificações no perfil demográfico e epidemiológico das morbimortalidades. (MORAES, 2002).

Petroianu e Pimenta (1999) afirmam que, dentro do processo do envelhecimento, uma das mais importantes manifestações biológicas é a diminuição das reservas fisiológicas, caracterizadas por um declínio geral na habilidade de responder aos danos impostos ao organismo e por uma maior demora na sua recuperação, permitindo, assim, a presença de uma doença.

Ruipérez e Llorente (2002) abordam, ainda, que as alterações de órgãos e sistemas produzidos pelo envelhecimento são acompanhadas de perdas no setor social (aposentadoria, isolamento), econômico e familiar (falecimentos, doença de pessoas próximas). Então, conforme Cebrián e Jiménez (2000), os pacientes geriátricos são os indivíduos que padecem de pluripatologias com tendência à cronicidade ou à invalidez, associadas geralmente a um problema mental e um mau apoio social.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), as principais causas de morbimortalidade nos idosos são as doenças cardiovasculares (infarto, angina e insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral, câncer, pneumonia, enfizema e bronquite crônica, infecção urinária,

diabetes melitus, osteoporose e osteoartrose, sendo muito freqüente a irreversibilidade das situações clínicas desses pacientes.

Dessa forma, compreende-se que os pacientes geriátricos que não possuem perspectiva de cura do quadro patológico e que devem ser tratados a partir de uma filosofia de tratamento voltada para o conforto, ou seja, quando a cura já não é mais esperada, os cuidados paliativos se tornam peça importante dentro do processo de terminalidade.

Normalmente, os cuidados paliativos estão relacionados ao câncer em sua fase final, entretanto, a aplicabilidade do mesmo não deve estar associada apenas aos portadores de neoplasias malignas, pois os seus princípios e filosofias, que visam o bem-estar ou uma melhoria na qualidade de vida na esfera psicossociobiológica do paciente, são susceptíveis também aos pacientes geriátricos devido à incidência elevada de enfermidades crônicas degenerativas. (CEBRIÁN; JIMÉNEZ, 2000).

O termo paliativo tem origem do latim *palio* e, conforme o dicionário Bueno (1989) deriva do verbo *paliar* que significa encobrir com falsa aparência; disfarçar; atenuar; aliviar; remediar provisoriamente; empregar paliativos, o qual é definido por medicamento que alivia e tem ação momentânea. Lopes (2002) traz uma concepção do termo paliativo como uma espécie de cobertura ou toldo usado pela Igreja Católica para cobrir o Santíssimo Sacramento durante as procissões. Ou seja, refere-se a algo que cobre; e protege uma pessoa considerada de grande valor e dignidade.

Sendo assim, o cuidado paliativo é compreendido como a assistência prestada aos pacientes sem perspectiva de cura, visando atenuar os sintomas. Para Pessini (2004), o cuidado paliativo é muito mais amplo e intenso do que simples cuidado da “sintomatologia”, pois possui um enfoque holístico, no qual são consideradas as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente.

Montero et al. (2000) abordam os cuidados paliativos e os *hospices*¹ como uma assistência mais humana, orientada ao paciente com enfermidade terminal, através da qual, os familiares e cuidadores, unidos, visam a obtenção de uma morte mais humana para o paciente.

O movimento do *hospices* moderno ou cuidado paliativo começou em 1967, com a Dr^a. Cecily Saunders, quando a mesma abriu o St. Christopher's Hospice, em Londres, com o mesmo sentido humanitário dos antigos *hospices*, porém com uma concepção mais ampla e

¹ *Hospices* eram hospedarias que abrigavam os peregrinos e viajantes enfermos a caminho da Terra-Santa, durante a Idade Média nos tempos das cruzadas. Eram casas destinadas aos necessitados para prática das “obras de misericórdia” cristã. (LOPES, 2002; MCCOUGHAN, 2004; MONTERO et al., 2000).

científica, a partir do desenvolvimento de conceitos e técnicas para controle da dor e do cuidado total aos pacientes terminais. Sua atenção voltou-se para os doentes afetados pelo câncer, fora de quaisquer recursos terapêuticos. (PESSINN; BARCHIFONTAINE, 1994; LOPES, 2002).

Desse modo, o cuidado paliativo é assim definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990:

O cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais, são da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

Apesar de historicamente os *hospices* contemplarem, exclusivamente, os pacientes portadores de enfermidade oncológicas, atualmente, há um crescente número de pacientes portadores do vírus HIV e doenças respiratórias, cardíacas e renais em estágio terminal que se inserem na atenção paliativa.

Portanto, as doenças crônico-degenerativas, que são caracterizadas por enfermidade de curso evolutivo e incapacitante, a qual acomete pessoas de todas as faixas etárias, em cuja ocorrência, o envelhecimento é um importante fator de risco, aliado à co-morbidade, também estão incluídas entre as que requerem cuidados paliativos, uma vez que há a ausência do tratamento curativo, presença de numerosos problemas físicos, emocionais, sociais e espirituais que causam um impacto ou estresse emocional ao indivíduo, aos familiares e cuidadores. (BURLÁ, 2002; GIL, 1994, p. 308).

Compreende-se, por conseguinte, que o início dos cuidados paliativos não deve ser adiado nas doenças crônicas incuráveis, que progridem com intenso sofrimento.

De acordo com o que foi descrito, percebe-se, então, a importância do preparo do profissional de saúde para promover eficazmente os cuidados aos pacientes e familiares, considerando-se as sucessivas mudanças epidemiológicas e demográficas que o país vem vivenciando.

Em nossa prática, ainda não identificamos um tipo de assistência que contemple, de forma satisfatória, o atendimento às necessidades do idoso, os quais são acometidos, geralmente, por doenças crônicas incuráveis com seqüelas incapacitantes durante a sua evolução. E, o que se observa, na maioria das vezes, é o distanciamento dos profissionais em

decorrência do despreparo e dos valores hipocráticos médicos, de crer que a sua competência está em curar.

Caro et al. (2000) relatam que poucas enfermeiras estão suficientemente preparadas para cumprir o aspecto de sua missão que trata de “aliviar o sofrimento e ajudar a morrer”, e isto não se deve à falta de boa vontade das mesmas, mas, sim da carência de preparo, informação e educação, ocasionando o distanciamento da enfermagem em relação aos pacientes. Mesmo na fase terminal de uma doença, a qualidade de vida dos pacientes pode ser mantida em níveis satisfatórios, através da utilização de técnicas terapêuticas de palição que visam ao conforto. Todavia, para isso, é preciso uma atuação mais particularizada, contínua e com postura humanitária fundamentada na fisiopatologia da doença de base e de suas possíveis complicações. Vale ressaltar que, devido à co-morbidades apresentadas pelo paciente idoso, a abordagem terapêutica possui suas dificuldades. (BURLÁ, 2002).

Nesse contexto, este trabalho tem como objeto de estudo: Conhecer o significado para as enfermeiras² do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados.

Nessa linha de pensamento, muitas questões sobre a assistência paliativa a idosos têm me causado inquietações, as quais tiveram início no sétimo semestre do curso de graduação, durante as atividades práticas em um Hospital Público de grande porte, quando me deparei com uma idosa internada na unidade de hemorragia digestiva com “prognóstico reservado”, como diziam os profissionais de saúde que atuavam naquela unidade. A idosa, apesar de estar no leito do primeiro boxe da unidade, a cada dia era pouco visitada e cuidada, pois o mesmo não era de fácil visualização e de pouca circulação dos profissionais.

Kubler-Ross (1998, p. 132; 153), no seu livro a Roda da Vida, traz duas passagens que demonstram o quanto essa situação é e continua sendo uma realidade: “(...) aquelas pessoas que estavam nos últimos estágios de alguma doença, os que estavam morrendo (...). Eram colocados nos quartos mais distantes dos postos de enfermagem”; “Naquele hospital moderno, a morte era um acontecimento triste, solitário e impessoal. Os pacientes terminais eram encaminhados para os quartos dos fundos”.

Então, dentro de mim, afluía uma necessidade de dar mais atenção àquela senhora e atendê-la de forma diferenciada daquela prestada pelos profissionais que ali se encontravam, porém, não sabia como atender à paciente e, muito menos à sua família que, com o passar dos

² Neste estudo, estaremos utilizando a palavra enfermeira ao invés de enfermeiro, em virtude do maior contingente de profissionais de enfermagem ser do sexo feminino.

dias, a visitava cada vez menos. Hoje, compreendo que seus familiares não foram bem orientados e muito menos estimulados pela equipe de saúde para modificar o processo de morrer da idosa, a qual chamarei de Dona Macaquinha, pois era assim que ela pedia para ser chamada.

Naquela época, foi difícil chamá-la assim, porque eu acreditava não ser este um nome apropriado para uma pessoa, principalmente para uma senhora idosa, todavia, após comentar a situação com a professora responsável pela disciplina, me convenci de que aquele codinome era a forma que a paciente encontrava para ser aceita e bem acolhida.

Dona Macaquinha foi a óbito aproximadamente sete dias depois da sua admissão na unidade, em consequência de hemorragias digestivas recorrentes, por varizes esofágicas. Infelizmente, não acompanhei os cuidados no momento final até a morte, porque era fim de semana e nosso estágio se realizava de segunda a sexta-feira.

O tempo passou e minhas inquietações continuaram, ampliaram-se e se fortaleceram durante o estágio extracurricular desenvolvido numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual atende um quantitativo elevado de pacientes idosos, continuando durante o estágio curricular numa unidade de oncologia.

Na unidade de terapia intensiva, eu observava que algumas enfermeiras, ao se aproximarem dos leitos dos pacientes, priorizavam o controle dos equipamentos, tais como: monitor, o respirador e bombas infusoras, em seguida analisavam o porte físico do paciente e sua idade, pois, se fossem grandes e pesados, certamente iriam dar muito trabalho e, se fossem idosos, questionavam: “por que investir se não há retorno?” Essa situação revelava a prática voltada para os aspectos tecnológicos e a visão cultural predominante em nossa sociedade frente ao paciente idoso e aos indivíduos que não se enquadram no padrão de estética da coletividade.

Sabe-se que, numa unidade de terapia intensiva, os equipamentos sofisticados são de fundamental importância para a assistência prestada aos pacientes gravemente enfermos, portanto, não desejo, neste momento, desprezá-los, mas, sim, expor que “não há tecnologia que substitua a mão humana”.³

Assim, Maciel-Lima (2004, p.502) declara:

³ Mensagem criada pela professora Márcia da disciplina Bloco Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e utilizada pela minha turma durante toda a graduação e formatura.

Em serviços de saúde, em especial, a tecnologia é apenas um instrumento de trabalho para os profissionais, pois o produto final de seu trabalho não é um bem físico e sim um bem, digamos assim, humanístico. O que se deve priorizar é a relação profissional-paciente e não profissional-máquina.

Por isso, apesar do meu interesse durante o estágio de acompanhar todas as enfermeiras de acordo com uma escala diária, no intuito de obter o máximo de conhecimento, minha preferência seguia sendo o processo de cuidar holístico, no qual a preocupação fosse além das técnicas, dos aparelhos e de suas leituras. Diante dessa busca, Martin (2004, p. 32) comenta que “na luta pela cura e na preocupação com a perfeição técnica, o doente é transformado em mero objeto de cuidados e seu conforto e seu bem-estar físico e mental são subordinados às exigências do funcionamento de máquinas (...)”.

Esse quadro contextualizado acima, que ainda é atual no nosso cotidiano, reporta à necessidade de uma visão mais humanística do cuidado, assim como, para compreendermos melhor esse cuidado humanizado, faz-se necessário uma abordagem sobre o conceito de humanização e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

O termo Humanização, no dicionário escolar da língua portuguesa de Bueno (1980), é “ato ou efeito de humanizar”, sendo humanizar conceituado por “tornar humano; tornar tratável; civilizar; humanar”. Já Deslandes (2004, p. 11), no seu artigo sobre a análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar, refere, na perspectiva hermenêutica gadameriana e através das citações do Ministério da Saúde (2000) e de Betts (2003), que:

(...) humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ‘ser reconhecidas pelo outro’, dado que as ‘coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes’. (DESLANDES, 2004, p. 11).

A necessidade de se estabelecer um fator humano nas relações entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais vem se fortalecendo no decorrer dos anos e, em virtude do número significativo de queixas desses usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, o Ministério da Saúde (2000) criou o PNHAH no intuito de resgatar a humanidade do atendimento por meio da comunicação e do diálogo entre os usuários, profissionais e gestores.

Esse programa reconhece a importância do avanço da tecnologia presente no atendimento, todavia, o mesmo destaca que essa tecnologia não deve ser fator central dessa

relação, uma vez que as inovações tecnológicas e o conhecimento cada vez mais específico dos profissionais não vêm propiciando uma assistência plenamente satisfatória aos usuários.

(...) as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Ainda sobre a minha experiência como aluna, no estágio curricular realizado numa unidade oncológica, detectei diferenças entre o cuidado prestado pelos enfermeiros a pacientes idosos terminais na UTI e nesta unidade. Assim, me questionava se o perfil da unidade interferia no atendimento prestado aos pacientes, embora soubesse que a assistência humanizada deveria estar presente em todo e qualquer serviço.

Esse estágio oportunizou participar da apresentação e discussão de estudos clínicos com a equipe de enfermagem, permitindo um maior desenvolvimento científico desses profissionais e meu quanto ao cuidar de idosos gravemente enfermos ou terminais. A unidade era chefiada por uma enfermeira capacitada técnico-cientificamente e que, apesar de estar envolvida com as rotinas administrativas, se permitia manter diálogos longos com os familiares e pacientes. Percebi com satisfação que esta atitude, por sua vez, minimizava a angústia, estreitava a relação e possibilitava uma percepção, compreensão e intervenção maior da enfermagem para com as necessidades dos pacientes e familiares.

Inicialmente, acreditei que essa abordagem contemplava o indivíduo dentro de sua multidimensionalidade, porém, ao aprofundar meus conhecimentos e perceber o doente sem possibilidade de cura durante o cuidado, entendi que era importante uma equipe interdisciplinar com capacidade para atuar em todas as dimensões do indivíduo, ou seja, nas esferas biopsicosocioespiritual.

Formei-me, posteriormente, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e, dez dias após minha formatura, estava trabalhando numa outra unidade de terapia intensiva do mesmo hospital em que eu realizara o estágio extracurricular.

Posteriormente, ingressei na residência em Enfermagem na Atenção da Saúde do Adulto e Idoso pela Universidade Federal da Bahia, enquanto a experiência que eu possuía na área de geriatria e gerontologia foi adquirida no curso de graduação. Assim, percebia que apesar de ter tido um aprendizado bastante enriquecedor, ainda havia uma necessidade pessoal e profissional de buscar a especialidade.

Durante a residência, novamente percebi, no campo de estágio, a falta de preparo dos profissionais de enfermagem no atendimento às necessidades dos pacientes idosos e terminais e, a partir do internamento e da evolução de uma idosa, os meus questionamentos se intensificaram e a necessidade de buscar maior conhecimento técnico-científico para prestar cuidado ao idoso sem possibilidade de cura cresceram significativamente.

A idosa portadora de osteoartrose, patologia comum nessa faixa etária, deu entrada na unidade lúcida, com hemiplegia devido a seqüela de um acidente vascular cerebral hemorrágico. Evoluiu, durante o internamento, para um quadro de confusão aguda e sepsis devido a múltiplas lesões de decúbito. A paciente foi a óbito e, durante seu internamento evidenciei muitas situações de descuido, como analgesia inadequada.

Em seguida, realizei alguns estudos de casos, abordando o cuidar/ cuidado de enfermagem a idosos terminais, objetivando sensibilizar os profissionais de enfermagem das unidades de clínica médica e cirúrgica no cuidado desses pacientes.

Já como professor Assistente nível 1 da EEUFBA, venho percebendo a continuidade do despreparo dos profissionais nos campos de prática quanto à prestação dos cuidados ao paciente idoso, de um modo geral.

Motivada pelas inquietações constantes e pelos conhecimentos adquiridos durante minha trajetória profissional, busquei compreender, por meio da história oral das enfermeiras, o significado do cuidar/cuidado paliativo dos idosos hospitalizados através da visão da antropologia cultural.

A cultura é a principal característica humana, portanto, o ser humano é basicamente cultura. O modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e, mesmo, as posturas corporais são produtos de uma herança cultural, construída a partir de um processo de socialização que é transmitido, conservado e transformado constantemente, pois o homem modifica sua cultura ao longo do tempo, por se encontrar em permanente transformação. (LARAIA, 2004; CUCHE, 1999).

As interações individuais estabelecidas pelo homem no mundo permitem, através do diálogo, emoções e imagens, atribuições de significados em suas experiências, necessidades e projetos. Por meio da cultura, isso é possível, pois proporciona ao homem adaptação ao meio e modificação do mesmo perante suas necessidades. (CUCHE, 1999, p. 10).

Reinaldo (2003, p. 19), em sua dissertação sobre o itinerário terapêutico em saúde mental, relata:

A única forma de compreender corretamente as culturas e interpretar suas manifestações de acordo com seus próprios critérios culturais é através da comunicação com o sujeito que dela faz parte, isso não quer dizer que devemos eliminar nosso juízo crítico, mas sim que devemos compreender a complexidade simbólica das diferentes práticas culturais, inclusive das práticas de saúde dos sujeitos.

Portanto, é através da palavra que podemos reconhecer as pessoas, compreender seus hábitos de vida, as crenças, as formas de viver a vida e a morte, as situações de cuidados, e ainda permitindo que o cuidar seja de maneira apropriada, tendo a história oral como um ótimo instrumento na busca da compreensão do simbolismo daqueles que vivenciam a história.

Nessa perspectiva, este estudo contribuirá para uma compreensão mais abrangente de como as enfermeiras identificam, explicam e lidam com os pacientes idosos em condições terminais. E para nortear esta investigação questionamos: Qual o significado atribuído pelas enfermeiras ao cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados?

A motivação para a investigação deste objeto de estudo se deve ao reconhecimento da necessidade de cobertura assistencial de enfermagem aos idosos portadores de pluripatologias crônicas degenerativas, considerando-se o aumento da expectativa de vida e o que tenho vivenciado ao longo da minha prática assistencial e de ensino. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos e apesar do surgimento de cursos *latu e stritus senso* em geriatria e gerontologia a nível mundial, ainda se observa a necessidade de um maior aperfeiçoamento profissional no atendimento aos idosos sem possibilidade de cura, além da construção de planos assistenciais de enfermagem que contemplem a filosofia dos cuidados paliativos.

Esse fato exige uma análise contínua, visto que a enfermagem, estando inserida numa estrutura social, cultural e política, vem respondendo, de modo lento, às exigências que este grupo apresenta. (MENDES apud SULLIVAN, 1979).

Para o desenvolvimento do estudo, buscando responder ao questionamento proposto, foi estabelecido como principal objetivo:

Compreender o significado atribuído pelas enfermeiras ao cuidar/cuidado paliativo do idoso hospitalizado.

A minha expectativa em relação a este estudo é compreender, por meio da história oral de enfermeiras, o significado dado por elas aos cuidados paliativos prestados a idosos em condições terminais. Partiremos da identificação e descrição do processo de cuidar/ cuidado

dessas pessoas, internadas em um hospital público da Cidade do Salvador-BA, visando abstrair dos relatos toda a dimensão e complexidade da atenção focada nas pessoas idosas com enfermidades crônicas graves ou próximas da morte.

2. O ENCONTRO COM A LITERATURA

2.1 Falando do envelhecimento populacional

2.1.1 Aspectos demográficos do envelhecimento

Os idosos, indivíduos com mais de 60 anos de idade, segundo a Organização das Nações Unidas, desde 1982 e no Brasil, através da Lei nº. 8.842/94 (Art. 2º do capítulo I), formam o grupo da população que mais ascende no país. Pode-se afirmar que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças, pois dados estatísticos do IBGE (2001) demonstram, que em 1980, existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças, já em 2000, essa relação passou para quase 30 idosos por 100 crianças.

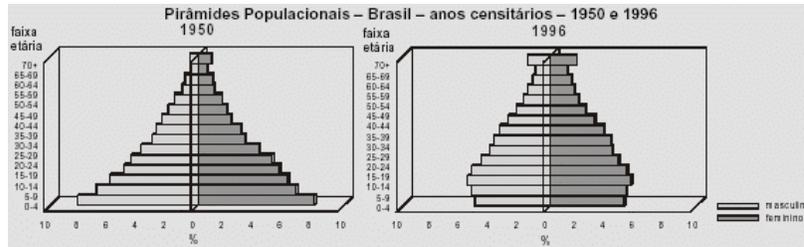
A queda da fecundidade é a maior responsável pela redução do número de crianças, contudo, a longevidade é que contribui para o aumento da população idosa.

Nos últimos cinquenta anos, a porcentagem desse grupo, no total da população, passou de 2,4%, em 1940, para 5,8%, em 2000. Nas projeções estatísticas da OMS, conforme a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo - SBBG/SP, a população de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto que a população total em cinco. Dessa forma, o País ocupará, com 32 milhões de idosos em 2025, o 6º lugar quanto ao quantitativo dessa população. (KALACHE et al., 1987).

Esta modificação no perfil demográfico da população brasileira pode ser constatada nos dados do IBGE (1997) ao se observar as pirâmides populacionais comparativas dos anos de 1950 e 1996 onde a base da pirâmide referente à população infantil vem-se afunilando, o que se deve à queda na taxa de fertilidade e na taxa da fecundidade.

Contraopondo a base da pirâmide, o ápice vem-se alargando pelo aumento da população idosa no país. Os fatores relacionados a essa casuística já foram muito discutidos e referenciados em muitas publicações, demonstrando a evolução da saúde mundial como a melhoria da infra-estrutura sanitária no Brasil, somado ao aparato tecnicocientífico

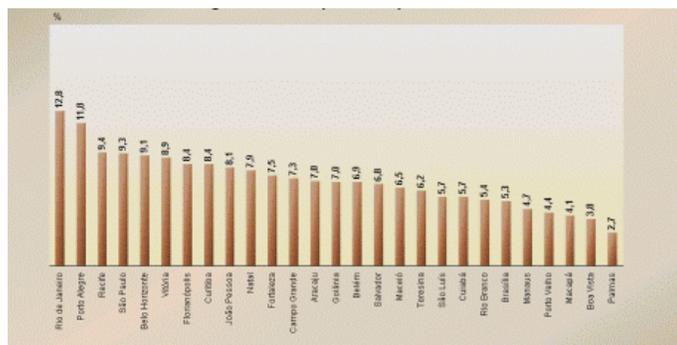
encontrado em alguns serviços de saúde, os quais propiciaram métodos diagnósticos e terapêuticos sofisticados.



Fonte: IBGE, Censos Demográficos e IBGE, 1997 (dados brutos).

Gráfico 1: Pirâmides Popacionais – Brasil – anos censitários – 1950 e 1996.

A Cidade do Salvador, capital da Bahia, possuía no ano de 2000 uma população residente estimada em 2.443.107 habitantes, destes 165.036 eram de 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2000). Conforme os dados do gráfico abaixo, verifica-se uma porcentagem de 6,8% de idosos na população total.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Gráfico 2: Proporção da população residente de 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios das capitais – 2000.

2.1.2 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento

Assim, o Brasil vem experimentando, além das alterações demográficas, uma modificação no perfil epidemiológico relacionado ao quadro de morbimortalidade da população em resposta ao contingente do grupo de idosos. Estes, por sua vez, são acometidos, na sua maioria, por doenças crônico-degenerativas. Todavia, as mesmas, nem sempre, impedem a realização das atividades diárias (AVDs) dos gerontes.

O envelhecimento, como foi citado anteriormente, é caracterizado por um declínio geral na habilidade de responder aos danos impostos ao organismo e por uma maior demora na sua recuperação, permitindo, assim, a presença de uma doença. (PETROIANU; PIMENTA, 1999).

As características do processo saúde-doença no idoso são decorrentes dos múltiplos problemas de saúde, levando ao uso de vários medicamentos; da deterioração rápida de condições agudas quando não tratadas imediatamente; das freqüentes complicações secundárias a doenças e tratamentos; e dos fatores sociais e ambientais, freqüentemente envolvidos no desenvolvimento, na descompensação e recuperação de problemas de saúde. (FILHO, 2000).

O Brasil, nos últimos 40 anos, passou de um perfil de morbimortalidades, peculiar a uma população jovem, para um perfil de doenças crônicas, típicos de uma população com idade avançada, pois as doenças infecto-parasitárias, que eram as principais causas de mortalidade no país, atualmente se encontram na quinta colocação, enquanto que as doenças circulatórias estão em primeiro lugar. A tabela abaixo mostra a mortalidade proporcional entre idosos segundo os grandes grupos de causa, a macro-região de residência e o período. (BRASIL, 2000).

Grupos de causa	Macro-região											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste		Brasil	
	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000
D. aparelho circulatório	36,8	29,5	26,3	29,0	51,5	39,1	47,7	41,8	40,9	39,8	44,7	38,3
Neoplasia	9,1	11,3	5,9	9,0	13,1	16,1	14,0	18,0	10,2	14,7	11,5	13,3
D. aparelho respiratório	4,5	9,6	3,6	7,9	8,2	13,5	8,4	14,2	7,8	11,9	7,1	11,5
D. endócrinas, nutricionais e metabólicas	1,6	5,7	2,5	6,4	4,1	6,7	1,8	5,9	2,4	6,4	3,2	7,9
D. aparelho digestivo	3,4	3,6	2,5	3,4	3,6	4,4	3,3	4,4	3,7	4,6	3,3	3,9
D. infecciosas e parasitárias	4,0	3,3	2,5	2,8	2,4	2,7	1,7	1,9	7,7	5,0	2,6	2,7
Causas externas de mortalidade	2,7	2,6	2,1	2,4	2,9	2,6	2,8	2,5	3,7	3,7	2,7	1,8
Síntomas, sinais e achados anormais	34,9	31,6	52,8	36,3	11,5	10,4	17,6	7,1	21,1	10,3	22,3	16,7
Demais causas	3,0	3,0	1,9	2,9	2,7	4,6	2,7	4,0	2,6	3,9	2,5	4,0
Total	100,0											

Fonte: Brasil, 2000.

Tabela 1: Mortalidade proporcional entre idosos segundo os grandes grupos de causa, a macro-região de residência e o período.

Diante dessa modificação no perfil da população brasileira, percebemos a importância da reestruturação e da implantação de políticas públicas que promovam a saúde do idoso, garantindo um atendimento adequado a essa população possuidora de características peculiares. O informe epidemiológico do SUS, em 2000, demonstra que o atendimento da população com mais de 60 anos de idade já responde por 23% dos gastos públicos com internações hospitalares do tipo 1⁴.

2.1.3 Cuidar no processo de envelhecimento

O envelhecimento é um processo comum e natural a todo ser humano, melhor dizendo a todo ser vivo, podendo ser conceituado por um conjunto de alterações sofridas no decorrer do tempo, podendo estas ser de ordem física, psicológica e funcional.

O envelhecimento é heterogêneo e, portanto, cada indivíduo envelhece de forma e em ritmo diferentes, tendo como influência a herança genética, o estilo de vida, o ambiente, dentre outros aspectos. Dessa forma, “trata-se de um processo normal, e não de sinais de doença”. (BERGER, 1995, p. 123).

O envelhecimento biológico normal é definido por Smeltzer e Bare (2002, p. 144) por alterações celulares e extracelulares que provocam modificações no aspecto físico e no declínio da função. Para estes autores:

A capacidade do corpo de manter a homeostasia torna-se cada vez mais diminuída com o envelhecimento celular. Os sistemas orgânicos não podem funcionar com eficiência máxima em virtude dos déficits celulares e teciduais. As células tornam-se menos capazes de se substituírem e acumulam um pigmento chamado de lipofuscina. A degradação da elastina e do colágeno faz com que o tecido conjuntivo se torne mais rígido e menos elástico.

Logo, esse processo permite modificações fisiológicas e anatômicas, ocasionando mudanças estruturais (células e tecidos; músculos, ossos e articulações; pele e tecido subcutâneo; tegumento) e funcionais (sistemas cardiovasculares; respiratório; renal e urinário;

⁴ As autorizações de internações hospitalares (AIH) são classificadas em tipo 1 e tipo 5. A do tipo 1 é emitida no início da internação pelo SUS e, quando a internação se prolonga além do limite estabelecido para a especialidade ou procedimento, é emitido a AIH do tipo 5, a qual corresponde às internações de longa duração de pacientes crônicos ou fora de possibilidade terapêutica. As AIH do tipo 5 representam menos de 5% do total para o país, conforme os dados epidemiológicos do SUS em 2000.

gastrointestinal; nervoso e sensorial; endócrino e metabólico; reprodutor; imunitário), que começam a se manifestar progressivamente a partir dos 40 anos de idade. (BERGER, 1995).

Então, a velhice, como última fase do ciclo da vida, é representada por grande fragilidade, aparecimento de algumas deficiências e diminuição da atividade física e mental, devendo, por conseguinte, os profissionais de saúde modificar suas atitudes e construir ações concretas que visa esse perfil de indivíduo dentro de sua especificidade.

Berger (1995) relata que a percepção dos cuidadores de idosos deve estar voltada para um processo de crescimento contínuo, no qual propiciará uma visão humanista, onde o papel da enfermagem é de agente de mudança através de uma relação e interação do ser humano com o outro. A mesma autora informa ainda que, ao perguntar aos idosos com idade acima de 65 anos sobre a felicidade, 57% destes se consideram felizes, enquanto que, 32 a 35% disseram se considerar muito felizes. Portanto, concluiu que mais de 8 pessoas em 10 vivem uma velhice feliz.

Para que os enfermeiros desenvolvam, de forma adequada, cuidados ao ser humano idoso, alguns caminhos necessitam ser considerados, tais quais: manutenção do bem-estar e vida autônoma, sempre que possível, no ambiente domiciliar e onde tais cuidados centrem-se no idoso, nas suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença; desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, procurando partilhar responsabilidades, defendendo os direitos dos idosos/família/comunidade; ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área gerontogerátrica, considerando que tudo está relacionado. (SANTOS, 2001).

2.2 A história do cuidar e dos cuidados paliativos

No dicionário Silveira Bueno (1989), cuidar significa cogitar; imaginar; meditar; julgar; supor; preocupar-se com alguém; e cuidado expressa precaução; cautela; diligência; desvelo; inquietação de espírito.

Collière (1999, p. 29) define ainda o cuidar como “prestar cuidados, tomar conta e, primeiro que tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”.

Assim, a manutenção da vida através do cuidar está inserida no cotidiano dos homens, durante todo o progresso na história da evolução da espécie humana, pois estes, para

sobreviver e diante da possibilidade de morrer, utilizavam o instinto. Posteriormente, estes se tornaram mais conscientes, permitindo comportamentos mais afetivos e se aproximando do cuidado. (CARVALHO, 2003; WALDOW, 1998).

Considera-se, por conseguinte, que o ser humano progrediu diante das novas necessidades que surgiam, a partir da evolução das habilidades e capacidades consideradas não só na esfera biológica, mas também nas esferas psicológicas e sociais. Do mesmo modo, foi observado, no movimento *hospice*⁵ moderno ou cuidados paliativos, que historicamente cuidavam dos enfermos em fase terminal, visando apenas o alívio do sofrimento devido à falta de cientificidade da época, uma mudança ocorreu posteriormente, tornando-se um cuidado especializado, objetivando também o controle da dor e dos sintomas.

Esse cuidado especializado no movimento *hospice* moderno se deu a partir da sensibilidade da Dr^a Cicely Saunders, que, dentro de sua trajetória biográfica, possibilitou uma melhoria no atendimento a esses pacientes. Resgatando a história da mulher nas práticas de cuidado, Waldow (1998) relata que as funções reprodutivas; os cuidados aos incapacitados e idosos; a dedicação à educação dos filhos; a manutenção da casa; o preparo de alimentos; e, em muitas culturas e épocas, o preparo de medicamentos caseiros foram cuidados exclusivos das mulheres.

Ainda nesse sentido, Collière (1999) salienta que as atividades das mulheres eram especificamente tomar conta, cuidar e tratar nos extremos da vida, ou seja, do nascimento à morte.

Na época das cruzadas, as ordens religiosas da Europa que abrigavam os peregrinos debilitados e doentes, os quais morriam posteriormente nessas casas, o cuidado prestado pelas irmãs era unicamente zelar materialmente e espiritualmente por aqueles que contraíam enfermidades próprias da época e em que a morte era inevitável. (PESSINI, 2004).

Dessa forma, o cuidado como parte integrante da vida, principalmente do homem por ser o único animal a precisar de cuidados para sobreviver quando nasce, passa a ter um perfil não só de instinto de sobrevivência, mas também como cuidado humano, em que a compaixão, a misericórdia, a humildade, o amor são peças fundamentais.

Posteriormente, muitos *hospices* foram abertos, utilizando a mesma modalidade de serviço relação das hospedarias de descanso dos viajantes na Idade Média, inclusive o Our

⁵ A palavra *hospice* é uma palavra inglesa que deriva do latim “*hospes*” que procede da expressão “*hospitum*”, a qual significa casa que acolhe os peregrinos medievais.

Lady's Hospice, que era uma casa para alojar pacientes em fase terminal de doença, fundado em 1846 por madre Mary Aikenhead, contemporânea de Florence Nightingale. (PESSINI, 2004).

Florence Nightingale se tornou precursora da enfermagem moderna após seu trabalho junto com 38 enfermeiras no hospital militar durante a guerra da Criméria na Turquia, ficando desde então, conhecida como a *Dama da Lâmpada*. (PESSINI, 2004; WALDOW, 1998).

Com o advento do capitalismo e após a primeira e a segunda guerra mundial, as transformações do papel da mulher na sociedade foram importantes, propiciando uma mudança do cuidar. Isso permitiu a Cicely Saunders levar adiante seu sonho de ser enfermeira, apesar de seus pais já terem sido contra essa escolha, fazendo com que a mesma fosse estudar política, filosofia e economia anteriormente por acreditar ser útil no futuro.

Percebe-se, então, que o cuidar de enfermagem já havia se tornado profissional. Conforme Waldow (1998) a essência da enfermagem pode ser definida como “ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem estar ou o status de saúde dos indivíduos, famílias grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental”.

Embora tenha estudado e se formado na escola de St. Thomas Hospital Nightingale School em Londres, Saunders, apesar de formada, não pode dar continuidade ao seu trabalho profissional devido a problemas de saúde. Então, seguiu novamente para a faculdade e estudou teoria política e administração pública e social, uma vez que tinha necessidade de estar próxima dos enfermos. Esse sentimento era comum naquela época, pois se acreditava que esta era uma maneira de revelar a Deus sua fé.

Diante dos trabalhos voluntários como assistente social com os enfermos em fase terminal, Saunders percebia que tais pacientes precisavam de muito mais do que era propiciado pelos *hospices*. Isto foi comprovado após sua convivência com David Tasma, judeu portador de um câncer incurável, em 1948, que deixou algumas libras para comprar a janela do futuro empreendimento de Cicely.

Durante essa convivência, Tasma relatava que seus desejos eram: aliviar sua dor causada pela doença de base e ter uma pessoa para lhe ouvir e atender suas necessidades. A partir desse momento, Cicely já sabia o que deveria ser feito e, então, foi estudar medicina no intuito de se tornar mais autônoma e, em 1967, fundou na Inglaterra o St. Christopher's Hospice. (SANCHO, 1988; PESSINI, 2004).

Essa extraordinária mulher foi responsável pela modificação no tratamento da dor e dos sintomas nos pacientes sem possibilidade de cura, unindo os recursos farmacológicos aos de apoio sociopsicológico e espiritual.

Percebe-se que a multiprofissionalização de Cicely Saunders e sua sensibilidade ou talvez, a sua religiosidade, propiciou-lhe uma visão holística no cuidado destes pacientes, porque o cuidado, conforme Waldow (1998), compreende o sentido de afeição, preocupação, assim como o de responsabilidade pelas pessoas necessitadas. É holístico, por compreender o indivíduo na sua esfera biopsicosocioespiritual.

A sensibilidade de Saunders pode ser percebida nesta mensagem: “No cuidado no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, e faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte”. (PESSINI, 1999, p. 99).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), flagelo que surgiu nos anos 80, acompanhado de discriminação e preconceito por estar relacionada ao tabu do sexo, passou a ser assistida conforme a filosofia dos cuidados paliativos, considerando-se a inexistência de uma terapêutica com possibilidade de cura. Até então, o cuidado paliativo estava voltado exclusivamente para as doenças oncológicas.

Contudo, apesar dos preconceitos que ainda permeiam o paciente portador do vírus HIV, o cuidado humano, como uma atitude ética, inclui a percepção e o reconhecimento dos direitos uns dos outros. E, segundo Noddings (citada por WALDOW, 1998), o cuidado ético é a ação realizada “no sentido de fazer o que é moralmente correto”, ou seja, nem sempre, o cuidado é realizado naturalmente e de forma desejável.

Assim, Waldow (1998) refere que o cuidado humano como atitude ética “é entendido como uma forma de viver em que seres humanos tentariam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros”.

A enfermagem, como profissão do cuidar, deve exercê-la de forma integral e ética, promovendo suas ações diante das necessidades do indivíduo e da família, não permitindo, portanto, que os fatores ideológicos e culturais interfiram nesse cuidado.

Juntamente com o surgimento da AIDS, todo o mundo passa por uma modificação progressiva do perfil demográfico da população e, conseqüentemente, epidemiológico. Essa modificação se deve à evolução da saúde mundial a partir da melhoria na infra-estrutura sanitária nos países em desenvolvimento, do desenvolvimento da tecnologia científica,

colaborando com diagnósticos e tratamentos de doenças temidas no passado, tais como as doenças infecciosas e parasitárias que, no ano de 1980, já ocupavam o sexto lugar dentre as causas de morbimortalidade da população brasileira. (BRASIL, 2000).

Então, com uma projeção para 2020 de aproximadamente 15 milhões de idosos, o Brasil vem experienciando uma deficiência importante nos serviços de saúde para atender esse perfil de paciente acometido por doenças crônicas degenerativas que, em sua maioria, tendem a precisar de cuidados paliativos, como vimos inicialmente.

É neste contexto que o movimento *hospices* moderno, vem sendo implantando em todo o mundo, sendo amparado legalmente nos EUA e apoiado, desde 1980, pela OMS, que vem incentivando o desenvolvimento de programas de controle do câncer, que incluem prevenção, detecção precoce, tratamento curativo, alívio da dor e cuidados paliativos.

A filosofia dos cuidados paliativos afirma a vida e encara o processo de morrer como um processo normal; não apressa nem adia a morte; procura aliviar a dor e outros sintomas desconfortáveis; integra os aspectos psicossocial e espiritual; oferece um sistema de apoio e ajuda aos pacientes para viver tão ativamente até a morte, quando possível; disponibiliza um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a situação durante a doença do paciente e no processo de luto (MCCOUGHLAN, 2004; ORTIZ, 2000).

Tais princípios objetivam melhorar a qualidade de vida nos fatores físicos, sociais, emocionais, psicológicos e religiosos, devendo o paciente e a família constituir uma unidade de trabalho; dar suporte e conforto, potencializando autonomia e respeitando os direitos e as decisões do paciente a partir de informações objetivas e verdadeiras; oferecer serviço de assistência nas 24 horas do dia, sete dias por semana; oferecer cuidados continuados até o final de todo processo com a participação de uma equipe multidisciplinar.

Então, os cuidados paliativos vêm abolir a visão de que o cuidado tem como foco apenas a cura do corpo doente, que, por sua vez, é visto de forma fragmentada, como objeto ou máquina, destituindo-o do ser de riqueza e diversidade de suas experiências subjetivas, isolando-o de seu meio e negando-lhe o seu próprio viver e saber. (SILVA, 1997).

Silva (1997) traz um novo paradigma emergente, chamado de cuidado transdimensional, o qual “amplia a perspectiva de ação do cuidado para além do processo saúde-doença, tendo como ênfase a vida em suas diversificadas formas de expressão”.

Segundo a mesma autora pode-se dizer:

O cuidado transdimensional, por sua vez, extrapola o processo saúde-doença e tem como foco a vida em todas as suas formas de expressão e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência e, conseqüentemente, de qualidade de vida no planeta. (SILVA, 1997, p. 18).

Portanto, constatamos que o conceito de cuidado transdimensional contempla os princípios e filosofias dos cuidados paliativos já vistos anteriormente.

2.2.1 O idoso hospitalizado

As doenças na velhice são geralmente crônicas e muitos idosos são portadores de pluripatologias, algumas dessas tendem a curar ou melhorar, enquanto que outras possuem uma evolução degenerativa, incapacitando grande parte desses indivíduos.

Quando não há a possibilidade do idoso permanecer em domicílio para tratamento devido a agudização ou intercorrências de um quadro patológico ou, até mesmo, por um acidente, a hospitalização é imprescindível. Entretanto, Oliveira (1983) afirma que a hospitalização é uma condição traumatizante para qualquer faixa etária, porém, na velhice, ela repercute no equilíbrio de vida, nos hábitos gerais e específicos e no sistema de adaptação, o qual é precariamente mantido.

Oliveira (1983) destaca ainda que a hospitalização pode representar para o idoso a proximidade da morte, a expectativa de que não regressará mais ao local de origem, determinando, também, uma instabilidade emocional quanto à evolução da doença, o prognóstico e o abandono pelos familiares.

O enfermeiro que recebe esse paciente precisa estar preparado para atender às necessidades peculiares manifestadas pelo indivíduo idoso, atentando para a sua multidimensionalidade, adequando o ambiente, eliminando os preconceitos que permeiam a velhice e atendendo de forma individualizada as necessidades afetadas.

2.3 O idoso em condições terminais

Para a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos - SECPAL, o paciente terminal é definido através de elementos fundamentais, como: a) presença de enfermidade avançada, incurável e progressiva; b) falta de resposta ao tratamento específico; c) presença de numerosos sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; d) grande impacto emocional no paciente, família e equipe terapêutica, estando relacionado à presença explícita da morte; e) prognóstico de vida inferior a 06 meses.

Nesta pesquisa, adotarei a denominação paciente em condições terminais no lugar de paciente terminal, por considerar este último um estereótipo negativo e, principalmente, porque tal terminologia implica em uma delimitação de um determinado tempo de vida. Como é de nosso conhecimento, o tempo de sobrevivência pode ser estimado, porém não determinado, visto que o paciente pode viver dias, meses ou anos, ainda.

Assim, a denominação de pacientes sem possibilidade de cura será atribuída aos pacientes portadores de enfermidades sem recursos terapêuticos que possibilitem a cura ou de prognóstico reservado.

O paciente idoso em condições terminais é acometido por doenças incuráveis, cancerosas e não cancerosas, como os comas irreversíveis; demências severas; doença de Parkinson avançada; insuficiência renal terminal; hepatopatias crônicas Child C; pneumopatia crônica e muito avançada; cardiopatia grau IV; e úlcera de pressão grau IV com imobilidade irreversível. (CEBRIÁN; JIMÉNEZ, 2002).

Compreendemos que os cuidados prestados a esses pacientes não visam medidas heróicas nem agressivas, conhecidas pela expressão “obstinação terapêutica”⁶ e, sim, terapêuticas paliativas que visem à minimização dos sintomas causados pelas patologias de base.

As sintomatologias mais frequentes na fase terminal de um paciente são: dor, fadiga, dispnéia, náuseas e vômitos, constipação, confusão mental, inquietação, anorexia, ansiedade, convulsão, depressão, diarreia, disfgia, aftas bucais, obstrução intestinal, produção de

⁶ Segundo Pessini (1994), *L'acharnement thérapeutique* (obstinação terapêutica) foi uma expressão introduzida na linguagem médica francesa por Jean-Robert Debray no início dos anos 50 e definida por Pohier como: comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis.

secreção, dentre outras (BURLÁ, 2002; CEBRIÁN; JIMÉNEZ, 2002). Isso demonstra, que esses pacientes, além das sintomatologias clínicas, também são acometidos de sintomatologias nas esferas biopsicoespirituais.

O cuidado ao paciente em condições terminais requer atitudes que minimizem o sofrimento causado pelos sintomas de difícil controle e pela morte. O profissional de saúde deve estar preparado para promover corretamente tais cuidados, tornando-se fundamental o cuidado humano e a preocupação com os sentimentos. Carvalho (2003) cita que o papel do enfermeiro no processo do cuidar pode promover uma qualidade de vida mais satisfatória para esses pacientes através das ações do cuidar.

E, segundo a afirmação de Dr. Hellegers⁷, cada vez mais nossas novas tarefas serão de “acrescentar vidas aos anos a serem vividos e não acrescentar anos a nossa vida (...)”.

Embora a morte esteja presente em grande parte da vida, este assunto continua ainda pouco explorado, por provocar medo, apreensão, incertezas e ansiedade. Contudo, Rodrigues (1999) afirma que é salutar entender o fenômeno em toda a sua especificidade, em suas face e interfaces, pois minimiza o sentimento de fracasso dos profissionais de saúde diante da impossibilidade de cura do paciente, propiciando, assim, um suporte emocional adequado aos familiares e entes queridos.

Assim, se faz necessário uma abordagem sobre a enfermagem frente ao cuidado na proximidade da morte, título do próximo tópico a ser abordado, pois acredito que cuidar de idosos significa também entrar em contato com o nosso próprio processo de envelhecimento, e cuidar de pacientes idosos dentro do processo de terminalidade, inevitavelmente, é, também, enfrentar a própria vulnerabilidade e limitações.

2.4 A Enfermagem frente ao cuidado na proximidade da morte

A morte é vista de maneira diferente segundo diferentes grupos sociais e de acordo com diferentes aspectos religiosos, éticos e culturais. Leloup (2002) traz quatro abordagens da morte e do morrer no intuito de, ao conhecer os pressupostos antropológicos da pessoa ao

⁷ Dr. A. Hellegers foi um dos fundadores do Instituto Kennedy de bioética em Washington

final de sua vida, sabermos “respeitá-la em sua visão da vida e de seu devir”. Assim, na primeira abordagem, a morte é considerada como o mais elevado momento da vida, o qual é tido como uma oportunidade de despertar e de se libertar. Já a segunda abordagem compreende a morte como um carma, ou seja, consequência dos nossos atos e o momento de passar a uma vida melhor de acordo com o efeito desses mesmos atos.

A terceira abordagem considera a morte como o fim e nada mais e, por isso, a necessidade de prolongar a vida, mesmo sabendo que a morte é tida como certa e próxima. Esta abordagem leva aos sentimentos de angústia no meio hospitalar perante a impotência de prolongar a vida. Para Leloup (2002), a quarta abordagem é a mais conhecida por causa do cristianismo que não considera a morte como o fim, mas um momento de passagem, pois somos eternos, e o sofrimento é real, necessitado de ser cuidado.

Assim, pelo que já abordamos anteriormente e diante dessa visão é que nasceram os cuidados paliativos, entretanto, apesar de estar muito próximo dessa abordagem, os profissionais de saúde ainda têm grande dificuldade em lidar com o processo de terminalidade dos pacientes, uma vez que atuar frente a morte do outro permite que o sujeito veja refletida a sua própria morte e a sua vulnerabilidade como ser.

A institucionalização e medicalização da morte, diante dos avanços tecnológicos, também é um fator que vem dificultando a abordagem dessa temática para a sociedade e para os profissionais, uma vez que tirou essa realidade dos domicílios, em meio à família e às crianças e alojou nas unidades de terapia intensiva, sobre os efeitos das drogas, aparelhos, tubos, dentre outros dispositivos. Logo, considerar que os avanços tecnológicos na área de saúde podem vencer a morte é iludir-se diante da inevitabilidade dessa tão temerosa situação.

Deste modo, defrontar-se com a morte de seus pacientes é uma fonte de estresse ocupacional, segundo Gerlein e Villamizar (1998, p. 267), pois, a depender do tempo de internação do paciente, assim como, dos sentimentos despertados durante a convivência e as condições da morte (dolorosa, sofrível), pode se tornar difícil essa convivência diária com a morte, porque as relações de empatia são estabelecidas durante o cuidado e o luto também ocorrem nos profissionais de saúde.

Kovács (1992) assegura ainda que:

Tratar de pacientes terminais, mantê-los limpos, confortáveis e sem dor é uma das tarefas mais difíceis (...). No curso de enfermagem também são mais enfatizados os aspectos técnicos e práticos da função de enfermagem. Há pouca ênfase em questões ligadas à emoção. A enfermagem é quem está mais próxima nos momentos mais difíceis, é quem o paciente busca para conversar sobre seus temores, ou quando está morrendo. É a enfermeira também que está mais próxima da família, tendo de lidar com sentimentos dos parentes, as dúvidas, angústias, temores e quando o paciente falece é quem toma as primeiras providências.

Dessa maneira, acredita-se que paulatinamente vá-se adquirindo maturidade e serenidade em relação ao cuidado de idosos em condições terminais, porque o que não se deseja, dentro da filosofia do cuidado paliativo, é deixar o assunto para discutir posteriormente, produzindo, conseqüentemente, um tipo de morte social para o paciente. (BOEMER, 1998).

Mayeroff (1971, citado por CARVALHO, 2003), articula um novo conceito de cuidado no sentido relacional, através do ponto de vista existencial. E, segundo o mesmo,

para cuidar de outra pessoa, devo ser capaz de entendê-la e ao seu mundo como se estivesse dentro deste... Devo ser capaz de estar com ela em seu mundo, 'entrar' nesse mundo, para sentir de 'dentro' como é a vida para ela, o que se esforça para ser, e do que precisa para crescer.

Nos pacientes com prognóstico reservado, esse conceito minimiza o medo do abandono e da solidão existentes, desde quando a enfermagem, parte integrante da equipe interdisciplinar, juntamente com a família⁸, são responsáveis por propiciar um ambiente confortável, seguro e acolhedor. Através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, os profissionais implementam cuidados que favorecem uma qualidade de vida por meio do conforto do ser cuidado, o paciente, conforme Waldow (1998), passa a ter identidade, deixando de ser objeto e se tornando um ser amado, tocado e compreendido.

Portanto, nas relações de cuidado, é preciso envolvimento, pois não há possibilidade de um prejuízo profissional diante da proximidade da morte, mas é importante compreender que os sentimentos vivenciados pelos profissionais perante a morte do paciente devem ser

⁸ O movimento *hospice* moderno considera a família como parte integrante do cuidar/ cuidado do enfermo sem perspectiva de cura.

melhor trabalhados, além de que o envolvimento deve ocorrer de forma profissional e com limites estabelecidos. Para se estabelecer uma relação terapêutica, é fundamental esse envolvimento e, segundo Filizola e Ferreira (1997), “é através do envolvimento que nós nos apercebemos do outro, tornando-nos sensíveis à situação que está vivenciando o que nos mobiliza a oferecer a ajuda necessária”.

Gonçalves (1999) relata que os sentimentos que acompanham o processo de morte, ou seja, dor, temor, desconforto, frustração, iniquidade, dentre outros, também devem ser trabalhados na educação dos profissionais diante o cuidado de pessoas em condições terminais.

Deste modo, o profissional de saúde deve preparar-se para lidar com a morte dele próprio, deve conhecer e estudar a Tanatologia⁹; conhecer a reação psicológica da perda de algo (pessoa, situação etc.); saber identificar o luto normal e o patológico e entender como crianças, adolescentes, adultos e velhos reagem à morte e às perdas da vida, guiando-se através do conhecimento dos cinco estágios do processo de morte elaborados por Kúbler-Ross.

Esses diferentes estágios do processo de morte elaborados por Ross são denominados de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação e podem ser vivenciados de modo não sincronizado tanto pelo paciente, como pela família e equipe de saúde.

A negação é considerada o primeiro estágio, sendo caracterizada pela reação de negar a presença de uma doença incurável ou da proximidade da morte, quando, muitas vezes, o paciente solicita opiniões de outros profissionais na esperança de ter sido um erro o diagnóstico inicial. O segundo estágio, a raiva, provém de sentimentos de ansiedade, tristeza e medo descarregados sob a forma de reações agressivas e raivosas sobre todos, inclusive Deus. A barganha, terceiro estágio, é denominado também por negociação, na qual o paciente e família fazem promessas para conseguir a cura.

Após o estágio de barganha, surge o quarto estágio chamado de depressão e identificado por sentimentos de perdas, desespero, tristeza, podendo levar ao isolamento. Por fim, a aceitação é o último estágio, caracterizado pelo sentimento de resignação depois de instalada a debilidade do paciente em decorrência da luta para manter a vida.

⁹ Tanatologia é uma palavra de origem grega: Tanathos - o deus da morte e logia – ciência. Portanto, tanatologia significa a ciência que estuda o fenômeno da morte e os processos emocionais / psicológicos que envolvem a relação com a morte, incluindo a morte e a perda.

Assim, apropriado dos conhecimentos sobre o processo de morte e morrer, sobre o processo de envelhecimento e da compreensão da própria morte e de sua vulnerabilidade, os profissionais de saúde e, em especial, a enfermagem, por estar 24 horas com os pacientes, poderão conduzir de forma “humanística de incondicional respeito, consideração e solidariedade”, os cuidados no fim da vida. (GONÇALVES, 1999, p. 144).

2.5 Cuidado de enfermagem aos idosos em condições terminais

Como já relatado anteriormente, os pacientes idosos em condições terminais possuem alguns sintomas desagradáveis, como dor, fadiga, insônia, dispnéia, náuseas e vômito, constipação, diarreia, confusão mental, ansiedade, anorexia, incontinência e retenção urinária. A detecção, a valorização e o controle adequado dos mesmos permitirão o bem-estar desses pacientes que se encontram em estado de fragilidade, promovendo, conseqüentemente, o conforto e uma possibilidade de aproximação dos familiares e amigos. (GIL, 1994; BURLÁ; PY, 2004).

Gil (1994, p. 310) cita que “enquanto alguns se podem controlar (dor, dispnéia, etc.), outros trataremos de proporcionar o conforto (úlceras, incontinência, etc.); e/ou a adaptação (debilidade, anorexia, etc.)”.

Cárdena e Pérez (2001, p. 79) colaboram ainda dizendo que um dos pilares para alcançar a “boa morte” ou a “morte digna” é não ter sensação de dor; não ter sensação de falta de ar e não ter sensação de solidão.

Assim, este capítulo trará uma abordagem da enfermagem diante dos possíveis diagnósticos de enfermagem da taxonomia II da NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) a partir dos sintomas (fatores relacionados) mais freqüentes apresentados nos pacientes idosos sem possibilidade de cura. Entretanto, essa abordagem não irá se esgotar neste capítulo, sendo necessário a construção contínua, visto que, a cada dia, a enfermagem brasileira vem se aperfeiçoando no cuidar/cuidado desses pacientes.

2.5.1 Dor crônica

A dor para Gil (1994, p.310), a partir da referência de Twycross e Melzack, é uma experiência somática-psíquica causada por um estímulo quase sempre físico, e sua percepção é modulada pelo ânimo, pela moral e o significado dessa dor a nível individual, muitas vezes negativo, pois recorda a progressão da enfermidade e dos tratamentos curativos. Assim, ela está presente em mais de 65% dos pacientes com doença terminal avançada. (GIL, 1994; LLORENTE; ERRANDONEA, 2000).

As controvérsias existentes quanto à diminuição da sensibilidade e da percepção dos idosos são muitas. E, talvez, as mesmas se devam a uma valorização incompleta devido à diminuição da memória e do nível cognitivo, assim como à presença da depressão nos idosos.

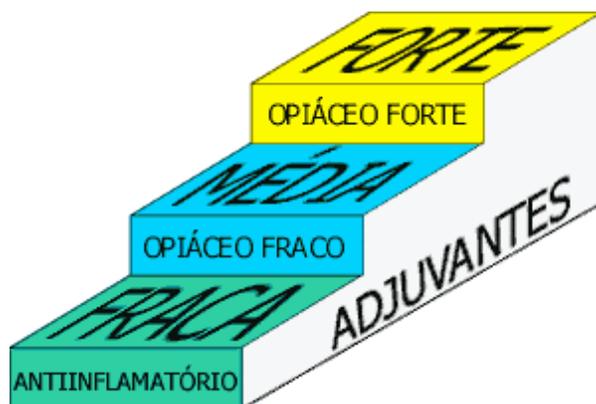
Bricola (2005, p. 219) destaca que os fatores que contribuem para o manejo inadequado da dor no idoso são: avaliação inadequada da dor em 76% dos casos, receio de prescrever opióides (61%) e conhecimento insuficiente da equipe sobre o manejo da dor.

Para Burlá e Py (2004, p. 128), “é mais difícil controlar um episódio de dor do que prevenir a recorrência”. Portanto, para que haja um controle adequado da mesma é importante acreditar nas queixas do paciente, aferir a intensidade da dor e o estado psicológico do paciente, fazer uma evolução detalhada das outras queixas, realizar exame físico minucioso e considerar métodos alternativos de controle da dor, considerando as causas das mesmas e estabelecendo novas estratégias de tratamento quando não houver respostas. (RAMOS, 1994).

As estratégias terapêuticas propostas no manejo da dor envolvem processos seqüenciais que devem ser adaptados às necessidades de cada paciente, tais como: aumentar as horas de sono sem dor; amenizar a dor quando em repouso; aliviá-la durante as atividades ou quando acordado. O emprego das drogas analgésicas foi parte inicial dessa estratégia, seguindo-se de procedimentos neurocirúrgicos e intervenções complementares.

O programa da Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza como terapêutica preferencial para o alívio da dor o tratamento do câncer em si sempre que possível e o tratamento medicamentoso sistêmico com drogas analgésicas escaladas em três degraus (*figura 1*), que preconiza o uso de analgésicos não-opióides (analgésicos antiinflamatórios não esteróides), analgésicos opióides fracos (codeína, tramadol) e analgésicos opióides fortes (morfina, buprenorfina, metadona, fentanil), associados ou não a medicamentos adjuvantes,

como antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, dentre outros. (PAVANI, 2000). A via de administração oral é preferencial por ser mais natural, propiciar menos dependência e ter menor custo.



Fonte: Organização Mundial de Saúde.

Figura 1: Esquema Analgésico para Dor.

Quanto ao tratamento farmacológico da dor no idoso é importante considerarmos que este grupo populacional possui uma característica reconhecida como polifarmácia, ou seja, utiliza uma quantidade significativa de medicações devido às polipatologias presentes. Portanto, o risco de ocorrência de interações medicamentosas e de manifestações adversas potenciais é muito grande, devendo o profissional de saúde se capacitar constantemente para implementar terapêuticas adequadas que contemplem o processo de senescência.

Os cuidados da enfermagem perante o diagnóstico de dor crônica relacionada à incapacidade física/ psicossocial crônica visam controlar ao máximo a dor. São elas:

- avaliar o tipo de dor do paciente: localização, duração, qualidade e influência nas atividades do cotidiano;
- usar uma escala de intensidade da dor que melhor se adeque ao perfil do paciente;
- obter uma investigação cuidadosa dos medicamentos já utilizados e atuais, da resposta e dos efeitos colaterais destes;
- explorar intervenções para a dor que tenham sido usadas e sua eficácia;
- correlacionar a dor e sua intensidade ao analgésico prescrito;

- intervir a fim de minimizar os riscos de ocorrência, gravidade e complicações da dor; usar medidas alternativas para alívio, como construção de imagens, relaxamento;
- incentivar medidas que promovam o relaxamento, como massagem superficial ou compressiva;
- transmitir a sensação de que a dor do paciente é compreendida e que pode ser controlada;
- promover o conforto físico através de camas, protetores de colchões, aparelhos de apoio e demais equipamentos necessários;
- procurar ajudar o paciente, familiares e equipe médica em relação à necessidade de apoio para controlar a doença;
- controlar estímulos ambientais que possam prejudicar o paciente, tais como: barulho, calor, luz, evitando bater portas e controlando o volume da própria voz ao falar com o paciente;
- comprometer-se com o paciente a não abandoná-lo, caso a dor persista, continuando a buscar alternativas para controlá-la;
- solicitar ajuda de outros profissionais de saúde; observar e orientar o paciente a respeito dos efeitos colaterais dos medicamentos de controle da dor, tais como constipação, náuseas e tolerância aos remédios a fim de preveni-los e minimizá-los;
- procurar proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida, fornecendo condições de um sono tranquilo, aliviando sua dor, controlando o emocional e o fluxo de visitas.

Desse modo, os cuidados de enfermagem frente à dor crônica do paciente idoso é de ajudar a aliviá-la planejando as intervenções e avaliando a eficácia das mesmas, monitorizando os efeitos adversos, apoiando o paciente quando essas intervenções forem ineficazes. Qualquer intervenção será melhor sucedida se iniciada antes da dor se tornar mais intensa, e o maior sucesso geralmente é alcançado se várias intervenções forem aplicadas simultaneamente.

2.5.2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais

A angústia familiar de que o paciente se alimente, pois a alimentação é considerada pela sociedade como símbolo da saúde, atividade e bem-estar, propicia uma visão de que a ingestão de alimentos pode modificar o estado de caqueixa e desnutrição do paciente. Portanto, cabe à equipe orientar os familiares no sentido de que o estado nutricional do enfermo se deve ao quadro patológico do mesmo, sendo o objetivo principal da terapia nutricional proporcionar conforto e, por conseguinte, melhorar a qualidade de vida.

Os fatores relacionados para este diagnóstico são:

1. Incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos (náuseas e vômito, anorexia, mucosite oral).

A anorexia é um transtorno alimentar que devemos destacar, neste momento, por estar presente em, aproximadamente, 60 a 70% dos processos de doenças terminais avançadas. É causada por multifatores, que são: vômito e/ou sensação precoce de plenitude gástrica; desidratação; ansiedade e transtornos afetivos, principalmente depressão; obstipação intestinal, que se configura como estímulo de sensação de saciedade; alterações metabólicas, como hipercalcemia, uremia, hiponatremia, dentre outros; afecções da cavidade oral, como aftas, mucosite, tumorações; oferecimento excessivo de alimentos pelos familiares; odores próximos; dor ou fadiga durante a ingestão alimentar e efeitos secundários do tratamento. (CÁRDENAS et al., 2001; SECPAL).

As medidas terapêuticas são orientadas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, podendo ser gerais e farmacológicas. As medidas gerais propõem o preparo e a apresentação de refeições fracionadas em pratos pequenos, sendo a orientação familiar de grande valor por minimizar a ansiedade destes, evitando, por conseguinte, a oferta exagerada de alimentos.

Assim, os familiares devem compreender que a ingestão de alimentos não irá modificar o quadro de anorexia do paciente, mas, sim o tratamento dos fatores etiológicos.

Além dessas medidas, é importante também colocar o paciente em local tranqüilo longe de odores desagradáveis.

Para estimular o apetite, pode-se utilizar corticosteróide em baixas doses e acetato de megestrol. Em pacientes ansiosos ou depressivos, a administração de antidepressivos também é utilizada.

2.5.3 Náusea e vômito

Estes dois sintomas estão frequentemente presentes nos pacientes com neoplasias avançadas, com incidência de 40% dos casos, segundo Villamizar (1992) e Cárdenas et al., (2001).

Náusea é definida como uma sensação desagradável, subjetiva associada à parte alta do trato gastrintestinal, sendo caracterizada pela presença de repulsão por alimentos, um desejo de vomitar e uma sensação de opressão epigástrica, evento que antecede, geralmente, o vômito. (CÁRDENAS et al., 2001; VILLAMIZAR, 1992). Já o vômito é determinado pelo ato motor que conduz à expulsão violenta de conteúdo gástrico através da boca. A presença do mesmo dificulta o tratamento do controle dos sintomas por via oral, obrigando a utilizar outras vias de administração mais agressivas, além de ser um gerador de grande sofrimento afetivo.

Os fatores que podem desencadear esses sintomas são: a presença de tumor, podendo produzir irritação do trato gastrintestinal superior, sangramentos digestivos, hipercalcemia e tosse; efeito debilitante do próprio processo, como dor, ansiedade e obstipação intestinal; tratamento de radioterapia, quimioterapia, uso de fármaco e presença de estímulos olfatórios, gustativos ou visuais.

A presença de náuseas e vômitos nos paciente pode levar a complicações, como: desidratação, hipercalcemia, uremia e, conseqüentemente, confusão mental, perda de peso, má nutrição e caquexia.

As medidas terapêuticas instituídas devem ser orientadas através do manejo das causas dos sintomas, incidindo após a entrevista e exame físico.

A entrevista é realizada através de questionamentos sobre a sintomatologia e os fatores que exarcebam ou inibem essas queixas. Portanto, a enfermeira deve investigar:

- início da sintomatologia;

- tempo de início dos sintomas;
- as características do vômito quanto a odor, presença de alimentos, suco gástrico, muco, bÍlis, secreção purulenta, sangue e corpos estranhos.

O cuidado de enfermagem instituído baseia-se nos seguintes princípios:

- efetuar tratamento etiológico;
- realizar controle dos episódios de vômito, observando frequência, aspecto e odor;
- investigar, inicialmente, as causas desses sintomas, revisando o uso dos fármacos e dosagem;
- comprovar a existência de obstipação intestinal e, portanto, tratá-la;
- comprovar a presença de hipercalcemia;
- administrar antieméticos quando prescritos, sendo este tratamento farmacológico mais efetivo quando aplicado profilaticamente, ou seja, ao expor o paciente a fatores eméticos deve-se administrar o tratamento antes do surgimento do sintoma;
- priorizar a via oral para administração dos fármacos, reservando a via retal ou parenteral quando da presença de vômitos imediatamente após a ingestão de alimentos ou medicamentos, quando a frequência dos vômitos for maior que um episódio a cada 8 horas e quando os vômitos forem secundários à obstrução intestinal;
- instituir medidas ambientais, como minimizar os odores, manter um ambiente tranqüilo;
- permitir uma alimentação fracionada com boa apresentação e de preferência do paciente;
- valorizar a presença de impactação fecal e aplicar enemas ou remoção manual do fecaloma, se necessário;
- realizar a evolução de enfermagem frequentemente, pois a fase terminal da enfermidade é uma fase dinâmica e se modifica rapidamente.

O cuidado paliativo de enfermagem ao pacientes com náuseas e vômito busca minimizar o sofrimento e a angústia através do controle dessa sintomatologia.

2.5.4 Mucosa oral prejudicada

A origem das alterações da mucosa oral deve-se a debilidade orgânica, diminuição da ingestão oral, uso de drogas (quimioterapias), ansiedade, respiração oral e tumoração local, as quais, acarretam a perda da ingestão oral, o aumento de doenças periodontais, e a predisposição à infecção.

O cuidado de enfermagem com a boca objetiva prevenir a dor através dos seguintes procedimentos: manter a mucosa e os lábios úmidos e limpos, eliminando as placas bacterianas e os restos alimentares, utilizando colutórios freqüentes e a escovação dos dentes quando a cavidade oral não estiver ulcerada; orientar a família e o paciente para evitar o uso de alimentos ácidos e jejum prolongado; oferecer líquidos gelados e picolé; orientar cuidados especiais e remoção da prótese dentária.

O protocolo da unidade hospitalar do Centro de Transplante de Medula Óssea da Bahia do Hospital Português utiliza o chá de camomila gelado, a clorhexidina, solução oral 0,5%, solução 1:1:3 (hidróxido de alumínio, difenidramida e água), solução de solumedrol 1:1 (500mg e 500ml de água) como recursos tópicos na prevenção, analgesia e tratamento da mucosite, alcançando resultados satisfatórios expostos durante o VIII Congresso da Associação Brasileira de Transplantes em 2003.

2.5.5 Comunicação verbal prejudicada

A comunicação é um processo vital que constitui a base das relações, pois é o meio de intercâmbio e expressão de informações, sentimentos, pensamentos ou idéias entre duas ou mais pessoas. Portanto, a mesma é um instrumento básico de fundamental importância para a enfermagem que se encontra presente nas 24 horas no hospital, sendo, assim. O profissional que está mais próximo dos pacientes no processo de morte.

Com o objetivo de permitir que o paciente expresse livremente seus sentimentos e receba as respostas adequadas às suas necessidades, a enfermagem deve conhecer e adquirir

habilidades específicas para que a comunicação não seja distorcida, evitando a utilização dos termos técnicos; da mentira; do paternalismo-infantilização-familiariedade; e a adoção unidirecional da informações, ou seja, não se espera a resposta do paciente frente a comunicação.

Os fatores relacionados são:

1. condições emocionais (depressão, estresse).
2. efeitos colaterais de medicações (confusão mental);
3. barreira física (traqueostomia, intubação);
4. tumor cerebral, demências;
5. diminuição da circulação cerebral;
6. diferença cultural.

Para Gil (1994, p. 323), “As medidas verbais e não verbais constituem os princípios básicos da comunicação”, pois, conforme Silva (1996, p. 46), estudos da psicologia social demonstraram que a “expressão do pensamento se faz 7% com palavras, 38% com sinais paralinguísticos (entonação da voz, velocidade da pronúncia, dentre outros) e 55% por meio dos sinais do corpo”. Desse modo, a enfermagem deve reservar tempo e espaço para estar com o paciente; promover uma escuta ativa; detectar déficits de comunicação para minimizar as barreiras; usar técnicas de comunicação adequadas diante das limitações do paciente e recursos; utilizar frases curtas; ter conversas pausadas; demonstrar respeito; manter contato visual; permitir contato físico.

2.5.6 Constipação

Os fatores relacionados para o diagnóstico de constipação intestinal são:

1. mecânicos - enfermidade de base (baixa ingestão de líquidos e fibras; déficit do tônus peristáltico; alterações bioquímicas; patologia intraabdominal por câncer);

2. tratamento farmacológico (opiáceos; anticolinérgicos; antidepressivos colinérgicos, dentre outros). O INCA (2001) informa que a constipação ocorre em 90% dos pacientes usando opióides; associada à debilidade (impossibilidade de chegar ao banheiro, repouso na cama, inatividade, confusão);
3. transtornos concorrentes/ psicológicos (hemorróidas - fissuras anais; hábito de laxantes; idade avançada; diabetes mellitus; depressão; confusão mental; hipotireoidismo);
4. ingestão de líquidos e fibra insuficiente;
5. desidratação;
6. mudanças na alimentação;
7. atividade física insuficiente.

Segundo Twycross e Lack (1990, apud VILLAMIZAR, 1992), a constipação intestinal é um sintoma presente em um de cada paciente com doença maligna avançada. Já a SECPAL afirma que 60% dos pacientes apresentam este sintoma, o que preocupa os pacientes e familiares em decorrência dos inúmeros outros sintomas que podem ser ocasionados pela constipação, além dos diversos fatores culturais que permeiam essa realidade.

Portanto, como é previsto uma ocorrência dessa sintomatologia devido à utilização de muitos medicamentos e à debilidade características desses pacientes, faz-se necessário prevenir a ocorrência da mesma através de medidas dietéticas, aumentando a ingestão de líquidos e fibras associado a atividades físicas de acordo com a avaliação da equipe.

Os cuidados de enfermagem ao paciente com constipação constam de: administrar as dietas ricas em fibras e líquidos, todavia, o aporte de fibra está contra-indicado se houver oclusão ou subocclusão intestinal, conforme a SECPAL; atender, de imediato, o desejo de evacuação, mantendo a privacidade; promover massagens de conforto no abdômen em sentido horário; administrar laxantes sistemáticos e enemas conforme prescrição médica e, se não houver efeito satisfatória dessas medidas, realizar a desimpactação e retirada digital do fecaloma.

2.5.7 Diarréia

A diarréia corresponde ao aumento da frequência (03 ou mais episódios por dia) das dejeções líquidas. Tem uma incidência, nos pacientes com câncer avançado, de 10%, sendo sua origem primordialmente farmacológica por ajustes dos laxantes, antiácidos e antibióticos (CÁRDENAS et al., 2001).

Os fatores relacionados são:

1. altos níveis de estresse e ansiedade;
2. efeitos adversos de medicações;
3. radiação; abuso de laxantes; alimentação por sonda;
4. processo infeccioso e má absorção.

A enfermagem deve controlar o volume através do balanço hídrico e registrar o aspecto das dejeções, no intuito de instituir medidas terapêuticas que evitem a desidratação. Para tanto, deve-se administrar dietas adstringentes e chá de entrecasca¹⁰; higiene íntima após a evacuação evitando irritações de pele na região anal; minimizar os estresses e desconfortos causados pela diarréia; observar as medicações prescritas, associando-as aos episódios de diarréia.

2.5.8 Troca de gases prejudicada/ Padrão respiratório ineficaz

O excesso ou déficit na oxigenação e/ou eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolar, além da inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada nos pacientes idosos sem perspectiva de cura está relacionada às múltiplas lesões pulmonares ou extensas decorrente de tumores, assim como doenças obstrutivas e restritivas.

¹⁰ Durante minha atuação profissional na Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital de grande porte na cidade do Salvador tivemos bons resultados com esta terapia.

A característica definidora, ou seja, o sintoma mais freqüente para esse diagnóstico é a dispnéia. (NANDA, 2001).

a) Dispnéia

É conceituada como “sensação de falta de ar” ou “consciência da dificuldade de respirar”, tendo múltiplas causas e fatores. É considerada uma das principais urgências em cuidados paliativos e responsável pela grande angústia que acomete os pacientes e a família. Sua incidência é cerca de 50% nos pacientes em fase terminal, aumentando para 70% se sua origem for um carcinoma broncogênico. (CÁRDENAS; PÉREZ, 2001).

Dispnéia relacionada:

- processo tumoral (obstrução, atelectasia, derrame pleural, destruição do parênquima pulmonar, e outros);
- associado a outras patologias (DPOC, ICC, e outros);
- tratamento oncológico (radioterapia, quimioterapia, e outros);
- debilidade física (infecção recorrente, caquexia, anemia, e outros).

A atuação da enfermagem frente ao paciente idoso sem possibilidade de cura em fase terminal está pautada na administração das medicações prescritas e no controle dos efeitos das mesmas, assim como na avaliação da terapêutica. O uso de opióides em baixas doses reduz a freqüência, reduzindo a ansiedade que pode ser tratada, também, com ansiolíticos.

Colocar o paciente em posição confortável (fowler e semi-fowler), afrouxando as roupas; promover um ambiente arejado e ventilado, pois segundo Burlá e Py (2004, p. 129) embora a oxigenoterapia tenha mais um efeito placebo que prático, obtém-se benefício para 40-50% dos enfermos, conforme Gil (1994, p. 317); oferecer uma companhia tranqüilizadora que transmita confiança e controle da situação; realizar exercícios respiratórios; instruir o paciente nas atividades que produzem o aumento da dispnéia, modificando os hábitos e manter a boca úmida e lubrificada são ações em que a enfermagem pode estar atuando e diminuindo, por conseguinte, a sensação de “falta de ar”.

2.5.9 Incontinência e Retenção Urinária

Evento comum nos pacientes idosos, pois está associada ao aumento da idade e não ao processo de envelhecimento, a incontinência urinária é um dos I's Geriátricos bastante discutidos na geriatria devido aos transtornos que causa ao idoso e a família.

No paciente idoso em condições terminais, a incontinência e a retenção urinária estão associadas a infecção, medicações; hiperplasia prostática e seu tratamento cirúrgico; impactação fecal; debilidade generalizada; desidratação e estresse.

Os cuidados de enfermagem são: prevenção a alterações na pele; cuidados com a imagem corporal; administração de medicações (antibióticos e ansiolíticos), observando os efeitos adversos; e manutenção da privacidade do paciente; higiene íntima a cada troca de fralda. O cateterismo vesical de demora só deve ser instituído nas alterações importantes na pele em que a não colocação da mesma ocasione um maior sofrimento para esse paciente.

2.5.10 Alteração do padrão do sono

Este diagnóstico causa mal-estar e interfere no estilo de vida desejado, favorecendo, assim, uma inabilidade familiar, pois ela não atinge apenas o paciente, mas sua família também. Segundo Gil (1994, p. 318), os transtornos do sono aumentam com a terceira idade, porém ele não deve ser considerado como um processo natural do envelhecimento como de costume. O mesmo cita que os transtornos do sono no idoso possuem uma causa definida e podem ser tratadas com diagnóstico correto. Espera-se, com as intervenções da equipe multiprofissional, que o paciente manifeste a presença do sono e demonstre a diminuição e/ou ausência da irritabilidade, mal-humor, falta de concentração, dentre outros.

O diagnóstico de enfermagem é alteração do padrão do sono relacionado a: mau controle dos sintomas (dor, dispnéia); ansiedade; ambiente diferente (hora de acordar dormir, local ruidoso e desconhecido e temperatura ambiental desfavorável); medicações, como diuréticos e corticóides.

A partir do diagnóstico de alteração do padrão do sono, a enfermagem deverá: proporcionar alívio e controle dos sintomas desagradáveis, principalmente a dor; promover medidas de bem-estar; revisar medicações prescritas no intuito de relacioná-las com a insônia, consultando o médico, caso necessário; prover de uma ambiente livre de ruídos com ventilação adequada; utilizar técnicas de relaxamento; aumentar as atividades durante o dia, caso seja possível; reduzir a ingestão de cafeína após o almoço.

2.5.11 Fadiga

A fadiga é uma sensação de cansaço extremo para realizar trabalho físico e mental no nível habitual, estando presente, normalmente, nos estágios finais da doença. (INCA, 2001; NANDA, 2001).

Os fatores relacionados são:

1. psicológicos (ansiedade, depressão);
2. ambientais (luzes, barulho, temperatura);
3. eventos da vida negativos como a proximidade da morte;
4. condição física debilitada (sepsis);
5. má nutrição e anemia;
6. alterações metabólicas (hipoglicemia, insuficiência hepática e renal, hipercalemia);
7. medicamentos (quimioterapia, corticóide).

As condutas de enfermagem visam: identificar e reverter, junto com a equipe multidisciplinar, a causa base; estimular pequenas atividades físicas com períodos de repouso, quando possível; promover ambiente confortável, livre do excesso de barulho, e com luminosidade e temperatura adequadas.

2.5.12 Ansiedade

A ansiedade é um quadro caracterizado por uma sensação de medo, apreensão que se vive frente a desastres iminentes e inevitáveis, podendo se manifestar desde uma sensação de inquietude constante, como acesso de pânico. (VILAMIZAR, 1992; CARDENÁS; SEDANO, 2000).

O diagnóstico de enfermagem de ansiedade tem como fatores relacionados o medo (morte, abandono, dor, incerteza); estado avançado da doença; mau controle dos sintomas e efeitos adversos das medicações.

Com o objetivo de melhorar a adaptação à situação frente à terminalidade e de acordo com as causas expressas pelo paciente, a enfermagem deverá: manifestar sua disponibilidade, favorecendo a expressão dos sentimentos do paciente e evitando atitudes paternalistas; proporcionar ambiente agradável, respeitando os desejos de solidão ou companhia; promover atividades recreativas; facilitar a presença dos familiares, conversando com estes sobre o manejo da situação e controlar os sintomas indesejáveis.

2.5.13 Confusão aguda e crônica

A confusão mental é uma situação determinada por uma alteração da compreensão lógica associada a uma diminuição da capacidade de concentração, que ocorre em um curto período de tempo (horas/dias) e que pode ser flutuante ao longo do dia. Tem uma incidência de 50% nos pacientes com doença terminal e provoca na família grande angústia e sofrimento. Sua origem é uma combinação de fatores de natureza reversível e algum déficit residual na função cerebral. (VILAMIZAR, 1992; CARDENÁS; SEDANO, 2000).

O paciente pode apresentar desorientação quanto ao tempo, espaço e circunstância; transtornos na memória em curto prazo; alucinações; idéias paranóides; fala incoerente; agitação ou agressividade e aumento ou diminuição da atividade psicomotora.

A confusão mental, no paciente idoso em condições terminais, está relacionada a: uso de medicações; infecções; trauma; institucionalização; alterações metabólicas (hipercalcemia, hiponatremia); tumor cerebral; demência; doença de Alzheimer; mau controle dos sintomas e sofrimento emocional perante a morte iminente.

As intervenções de enfermagem na confusão mental aguda e crônica estão pautadas: na correção das alterações metabólicas; no controle adequado dos sintomas; na eliminação dos estímulos externos perturbadores; na aproximação da família, mantendo um ambiente seguro e afetivo para o paciente e a família; explicações ao paciente sobre o que está acontecendo, pois ele pode apresentar momentos de lucidez. Espera-se, com esses cuidados, restaurar a lucidez mental do paciente.

Por fim, o cuidar/cuidado desses idosos procura atendê-los na sua integralidade de ser, ou seja, dentro da esfera biopsicosocioespíritual, ressignificando a vida, mesmo com a proximidade da morte. Segundo Carvalho (2003), sem o cuidado humano, “recebido ou doado, o homem deixa de experienciar sua humanidade e, se buscar construir sua vida em isolamento, verá que estará fadado ao fracasso absoluto, pois, existindo realisticamente tamanha interdependência entre todos, menosprezá-la pode levar à perda do sentido holístico da vida”.

Faz-se necessário, também, considerar e abordar os princípios bioéticos da medicina paliativa, norteando os cuidados prestados aos idosos com prognóstico reservado devido aos dilemas relacionados ao sentido e significado da vida humana. Logo, o próximo tópico a ser abordado foi denominado de A Bioética no Âmbito dos Cuidados Paliativos.

2.6 A Bioética no âmbito dos cuidados paliativos

Piva e Carvalho (2001) citam que a atuação médica é movida por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento, que se completam na maior parte das vezes; todavia em determinadas situações podem se tornar antagônicos, prevalecendo um sobre o outro. Pois se tornarmos como princípio básico a preservação da vida, independente da situação, estaremos, por conseguinte, negando a finitude humana.

Porém, a partir das últimas duas décadas, com o avanço científico e tecnológico na área da saúde, possibilitando meios excepcionais de manutenção e prolongamento da vida, surgiram situações em que a morte tornou-se o desfecho esperado e natural da evolução de algumas doenças, não devendo, assim, ser combatida. Deste modo, no paciente curável, a aplicação dos princípios da moral deve fundamentar-se na preservação da vida, enquanto que na etapa da morte inevitável deve objetivar prioritariamente o alívio do sofrimento. (PIVA; CARVALHO, 2001).

Os dilemas éticos que estão relacionados ao sentido e significado da vida humana proporcionaram o nascimento de um campo de estudos, chamado de Bioética. Segundo a *Encyclopédia for Bioethics*, escrita em 1978 e coordenada pelo Professor W.T Reich no Instituto Kennedy da Universidade de Georgetown, é definida como uma “área de investigação que utiliza uma metodologia interdisciplinar, tendo como objetivo o exame sistemático da conduta humana no campo das ciências e da vida e da saúde, enquanto que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. (ARIAS; ORTIZ, 2000).

Portanto, a Bioética é um campo que tem se ocupado com os dilemas morais surgidos no cuidado aos doentes pelos profissionais de saúde, dentre outras questões, sendo os principais conceitos apresentados por Pessini e Bachifontaine (1991): beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

2.6.1 Beneficência

Visa promover o bem-estar do outro, evitando ou aliviando o mal e o dano. É compreendido como obrigação dos profissionais de saúde em fazer o bem aos pacientes através de atos positivos e da utilização de estratégias que ofereçam suporte e alívio ao sofrimento dos pacientes e familiares. Todavia, devem ser realizados como uma busca visando ao interesse do paciente e não ao que o profissional acredita ser melhor, pois, em algumas situações, a atitude bem intencionada do profissional pode infringir a vontade, os valores e os direitos dos pacientes.

Por isso, são responsabilidades importantes da beneficência, segundo Silva (2001): “1) o respeito à autonomia dos pacientes, particularmente buscando descobrir como desejam ser

auxiliados; 2) certificar-se que a terapêutica não causará danos; 3) levar em consideração as necessidades e os direitos dos pacientes”.

Assim, nos paciente sem perspectiva de cura, em que a autonomia esteja comprometida, caberá aos familiares ou responsáveis legais e aos profissionais de saúde evitar submetê-los a ações cujo sofrimento resultante seja maior do que o benefício eventualmente conseguido ou determinem desrespeito à sua dignidade como pessoa.

2.6.2 Não-maleficência

Villas-Bôas (2005, p. 118) relata que a não-maleficência tem suas raízes no juramento hipocrático que determina dever médico usar seus conhecimentos “para o bem dos doentes [...] e nunca para prejudicá-los”, ou seja, implica em não causar nenhum mal ou danos aos clientes.

No curso de uma doença, na qual nenhuma terapêutica seja capaz de curar o paciente nem restaurar a saúde, pois o mesmo se encontra em fase de morte inevitável, os objetivos do cuidado concentram-se na não-maleficência, que busca não fazer o mal e não agravar o sofrimento mediante o uso exagerado e desnecessário de recursos tecnológicos, promovendo, dessa forma, medidas que proporcionem o alívio do sofrimento primeiramente.

Diz-se, portanto, que, em face do paciente terminal, quando já não há benefícios possíveis a se oferecer (aqui entendidos como perspectiva de melhora ou de maior conforto), deve nortear as decisões médicas o princípio de não-maleficência, evitando-se intervenções fúteis, que apenas prolongam e tornam mais doloroso o processo de morrer, sem potencialidade de revertê-lo. Devem-se, então, priorizar os cuidados paliativos, de alívio e de conforto. (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 118).

2.6.3 Autonomia

É a liberdade de um indivíduo em agir conforme seus valores, prioridades, desejos e crenças próprias. Portanto, para o mesmo exercer essa autonomia ou autodeterminação é preciso que o paciente e a família sejam orientados quanto aos riscos e benefícios de cada alternativa terapêutica, assim como seja certificado de que os mesmos tenham compreendido nitidamente todas as informações fornecidas e, conseqüentemente, seja respeitada a decisão final.

Não se admite que o profissional adote condutas e comportamentos persuasivos, apelando e manipulando para que o paciente vá de encontro a sua razão e aos seus valores, induzindo-o a uma decisão direcionada ao desejo do profissional.

O paciente idoso que traz consigo uma rotulação acerca da sua impossibilidade de opinar, visto que “já não sabem o que pensam, o que dizem, o que querem e o que fazem”, muitas vezes sofre com a atitude paternalista dos profissionais de saúde que confundem a sua fragilidade e vulnerabilidade física e emocional com a sua capacidade de decisão. (MENEZES et al., 1997).

Já os pacientes sem possibilidade terapêutica de cura possuem algumas peculiaridades perante o princípio da autonomia, pois segundo Piva e Carvalho (2001), alguns estudos demonstraram que apenas entre 3 e 23% desses pacientes apresentavam condições adequadas para realizar a opção em decorrência do comprometimento de sua doença. Então, diante da impossibilidade do paciente opinar, cabe aos familiares e profissionais fazer prevalecer em suas decisões os princípios da beneficência e não-maleficência.

2.6.4 Justiça

O termo justiça, conforme dicionário Bueno (1980), é definido como “conformidade com o direito; virtude de dar a cada um o que é seu”. Portanto, justiça implica no direito das pessoas terem a oportunidade de acesso aos cuidados de saúde de que necessitam de forma equitativa.

Esse princípio vem aconselhar que os pacientes idosos sem perspectiva de cura tenham também acesso garantido aos cuidados de saúde, não devendo ser encarados como uma prioridade menor, porque, quando não há recursos suficientes à necessidade da população, a prioridade de atendimento é para o jovem, sendo o idoso excluído, uma vez que já cumpriu sua missão e não produz mais socialmente.

A esse respeito, Menezes et al. (1997, p. 318) levantam que o papel da enfermagem é desafiador, pois terá que “fazer valer de fato o princípio de justiça na assistência a ser prestada aos idosos, não só sob o ponto de vista moral ou social, mas principalmente do agir e fazer”.

A aplicação desses princípios, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, deve ser realizada de acordo com uma seqüência de prioridades, contudo, a depender da situação entre os extremos, vida e morte, que o paciente se encontre poderá ocorrer inversão nas prioridades como nas situações onde a morte é inevitável e o alívio do sofrimento é fundamental, a não-maleficência se torna prioridade em relação à beneficência, e a autonomia e justiça não prevalecem sobre as primeiras. Isto pode ser melhor explicado através da figura da hierarquização e aplicação dos princípios médicos da moral e da ética de Piva e Carvalho (2001).

VIDA	DOENÇA	MORTE
Salvável	Inversão de expectativa	Morte inevitável
Preservação da Vida Alívio do sofrimento		Alívio do sofrimento Preservação da Vida
Beneficência Não-Maleficência		Não-Maleficência Beneficência
Autonomia		
Justiça		
DECISÃO		

Fonte: Piva e Carvalho (2001).

Figura 2: Hierarquização e aplicação dos princípios médicos da moral e da ética na evolução de uma doença

Por fim, os cuidados paliativos prestam atenção ao enfermo nos últimos momentos da sua vida, pois a sua filosofia propõe uma visão integral do indivíduo perante uma patologia incurável e em todas as circunstâncias derivadas das mesmas e tem como pauta de extensas discussões a sedação terminal, a terapia analgésica, a alimentação, as transfusões sanguíneas e a não-reanimação, as quais não serão discutidas neste momento.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, conforme Germano (1993), devem se sensibilizar para os princípios bioéticos que fundamentarão e acompanharão a prática profissional, em um processo de reflexão contínua e discussão ampla acerca da saúde e das especificidades de cada serviço.

3. SUPORTE TEÓRICO-FILOSÓFICO

3.1 Antropologia cultural

A antropologia é uma ciência que estuda o ser humano, suas produções e seu comportamento do ponto de vista social, cultural e físico, tendo como objetivos o estudo da humanidade e suas manifestações.

A antropologia é dividida em subdisciplinas denominadas de antropologia cultural, arqueológica, biológica ou física, lingüística e aplicada, sendo a primeira suporte do nosso estudo, uma vez que estuda a sociedade e a cultura, descrevendo e explicando as semelhanças e diferenças culturais. (KOTTAK, 1994, p. 7).

A antropologia arqueológica não se adequa ao nosso estudo, pois busca reconstruir, descrever e interpretar o comportamento humano e os padrões culturais através dos restos materiais, da mesma forma que o objeto de estudo da antropologia biológica ou física é a diversidade biológica humana no tempo e espaço. (KOTTAK, 1994, p. 7).

Já a antropologia lingüística procura estudar a linguagem em seu contexto social e cultural, no espaço e através do tempo. E a antropologia aplicada inclui qualquer uso do conhecimento e das técnicas das quatro subdisciplinas para identificar, evoluir e resolver problemas práticos. (KOTTAK, 1994, p. 9).

Portanto, como não queremos resolver problemas práticos e, sim, compreender o significado que as enfermeiras atribuem ao cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados, a antropologia cultural melhor se adequa ao estudo, já que é responsável pelo estudo dos seres humanos como seres culturais e fazedores de cultura, investigando as culturas humanas no tempo e no espaço, suas origens e seu desenvolvimento, e sua influência nas relações.

Rabuske (2003) define a cultura, a partir dos conceitos de Kroeber e Kluckhohn, como algo que compreende a “totalidade da vida de um povo: é o conjunto de valores que o animam e de contravalores que o debilitam, e que, ao serem partilhados em comum por seus membros, reúnem a estes sobre a base de uma única ‘consciência coletiva’”.

Laraia (2004) destaca que Taylor (1871) foi o primeiro a construir uma definição de cultura do ponto de vista antropológico, definindo a mesma como sendo “todo o comportamento aprendido, tudo aquilo que independe de uma transmissão genética e, portanto pode ser objeto de um estudo sistemático por se tratar de um fenômeno natural com causas e regularidades; e um estudo objetivo com uma análise capaz de proporcionar a formulação de leis sobre o processo cultural e a evolução”.

Resumidamente, podemos compreender a cultura, conforme Laraia (2004) o fez ao citar o livro *O crisântemo e a espada* de Ruth Benedict, como “uma lente através da qual o homem vê o mundo”, ou seja, “homens de culturas diferentes usam lentes diversas e, portanto, têm visão desencontrada das coisas”.

Do mesmo modo, profissionais de saúde e, especificamente, a enfermagem podem ter visões diferentes da mesma temática em países e continentes diferentes. Por exemplo, na Europa, berço da origem dos cuidados paliativos e onde o envelhecimento já é realidade há algumas décadas, a enfermagem já trabalha com a filosofia do *hospice* moderno, enquanto que, aqui no Brasil, esse movimento vem começando a crescer sob reflexo desses países e, também, com a modificação do perfil da população brasileira que, através dos avanços da tecnologia, vem prolongando a vida e se tornando cada vez mais longeva.

Entretanto, apesar da enorme e ampla variedade de diferenças, costumes, valores e crenças entre os homens, compreendemos que o cuidar da enfermagem ultrapassa essas fronteiras, pois o cuidar do indivíduo em sua totalidade e na passagem da vida ainda é a sua essência. Embora o modelo curativo tivesse perdurado por longas datas, o resgate do cuidar na enfermagem se fortalece através dos textos de Collière, Leininger e Waldow.

A cultura, então, a partir do pensamento da etnociência, “é composta de estruturas psicológicas por meio das quais os indivíduos ou grupos de indivíduos guiam seu comportamento”. (GREETZ, 1999, p. 8). Compreender o cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados para as enfermeiras talvez lhes permita encontrar, de forma mais clara, as evidências que precisamos para modificar as estruturas desse processo de cuidar de pacientes imensamente fragilizados.

A abordagem cultural na enfermagem, para Silva e Franco (1996, p.7), é:

[...] um caminho a ser trilhado, com fins de se chegar a uma assistência multidimensional, uma assistência que possa ser colocada na prática, que ao pensar nas muitas dimensões por onde circulam os seres, respeite o conhecimento e as diferenças culturais de cada pessoa, executando-se aquelas que violentem, prejudiquem ou quebrem princípios inseridos na Declaração Universal de Direitos Humanos.

Assim, o cuidar da enfermagem deve contemplar o indivíduo a ser cuidado nas suas esferas física, psicológica, social, espiritual e cultural, projetando, dessa forma, o cuidado holístico. Podemos afirmar, ainda, que as ações de cuidar/cuidado devem ocorrer na perspectiva do usuário de saúde e não dos profissionais da área. (SILVA, 1996).

Como seres humanos, não podemos esquecer que os enfermeiros possuem sentimentos, fraquezas e que também pertencem a uma família e a outros grupos sociais, estabelecendo relações com outros indivíduos e, por conseguinte, construindo uma história de vida.

Nessa perspectiva, Silva (1996, p. 14) comenta:

As enfermeiras são parte de um contexto cultural tanto quanto seus usuários, elas têm uma cultura que está ligada a sua história familiar, étnica, social, profissional, etc.; são tantas as culturas em nossas vidas, são tantos os conhecimentos que vamos adquirindo, assumindo e compartilhando, que o natural é viver num espaço de constantes idéias novas e divergentes.

Madeleine Leininger foi a primeira enfermeira a investigar comportamentos de cuidar entre algumas culturas e identificou uma ausência de conhecimento da Enfermagem sobre essas variações. (WALDOW, 1998; SILVA, 1996).

A teoria de Leininger (1979) resulta da antropologia e da enfermagem, cuja junção foi definida como enfermagem transcultural, a qual é definida como:

[...] um subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado de enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto saúde-doença. (GEORGE, 1979, p. 286).

Dessa forma, apesar das similaridades sobre o cuidado nas diversidades culturais existentes no mundo, é fundamental que a enfermagem perceba as diferenças no intuito de atender às necessidades dos indivíduos, praticando, assim, diferentes maneiras de cuidado.

Franco et al. (1996) informam que o enfoque antropológico para prática da enfermagem é importante, pois o cuidado cultural apóia ou capacita a pessoa ou grupos a manter o bem-estar, implementar condições humanas ou enfrentar a morte e incapacidades.

No contexto dos cuidados paliativos a idosos em condições terminais, esse enfoque antropológico cultural fortifica a certeza da humanização, pois muitos profissionais de saúde não levam isso a sério e acabam dando mais atenção a aparelhos modernos e sofisticados, esquecendo, assim, do mais importante: o paciente.

Talvez este fato se deva, como já foi abordado anteriormente, ao constrangimento de perceber a sua própria vulnerabilidade diante da morte do outro.

Os conceitos de cultura vêm sendo contestados por Geertz (1989) no seu livro “A interpretação das culturas”, pois o mesmo relata a grande confusão das múltiplas conceituações que já foram expostas anteriormente. Então, Geertz (1989, p. 4) acredita, assim como Max Weber, “que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, sendo a “cultura as teias” e a sua análise uma “ciência interpretativa, à procura de significado”.

Portanto, quando retornarmos ao objetivo de nosso estudo: compreender o significado para as enfermeiras do cuidar/cuidado paliativo ao idoso hospitalizado, percebemos que a antropologia cultural é um suporte teórico-filosófico indicado para respaldar nossa análise.

A história oral temática que será utilizada como método neste estudo e a antropologia encontraram-se no momento em que a segunda, por meio de seus estudos sobre o comportamento do homem, passou a se preocupar com as técnicas e os métodos de coleta de dados empregados nos trabalhos de campo. (REINALDO, 2003).

A entrada dessa metodologia no Brasil ocorreu na década de setenta, porém, só nos anos noventa, experimentou expansão significativa. A propagação de encontros e a inserção em programas de pós-graduação de cursos sobre história oral mostram a vitalidade e o dinamismo da área. (CASTANHO 2002, apud FERREIRA; AMADO, 1996).

Segundo Queiroz (1988), a história oral é um “termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentos, ou cuja documentação se quer completar”. Portanto, ela capta experiências reais dos narradores, recolhendo, também, tradições e mitos, crenças e valores de um só indivíduo ou de distintos indivíduos da mesma cultura.

Neves (2004) reafirma, também, as questões culturais e expõe ainda o encargo do pesquisador que trabalha com história oral quanto à responsabilidade de induzir a ação de recordar para a construção de documentos e fontes orais, lembrando-se de que as “comunidades possuem alma coletiva conformada por sua cultura, pelos símbolos que cultiva, por seu imaginário social, pelas crenças e valores que orientam seu cotidiano”.

Parafraseando Boaventura Santos (2000), “O nosso lugar é hoje um lugar multicultural, um lugar que exerce constante suspeição contra supostos universalismos ou totalidades”, mas a oralidade permite resgatar a história que é a grande responsável pela busca incessante de se conhecer o passado e este é o principal suporte da identidade humana e, como tal, não pode ser esquecido. (NEVES, 2004).

Desse modo, as histórias orais propiciaram a reflexão e, conseqüentemente, elaboração de novas propostas ou, até mesmo, resgate de um modelo de atendimento ao idoso hospitalizado em condições terminais, pois a intencionalidade desse cuidar/cuidado é a morte digna.

4. A METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

No intuito de alcançar os objetivos propostos, optei por um estudo de natureza exploratório-descritivo com abordagem qualitativa na análise de seus dados. Conforme Best (1972), o estudo descritivo “delineia o que é”, abordando quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais.

A pesquisa qualitativa para Minayo (1994, p. 21) “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Portanto, percebe-se que esse método fornece ao pesquisador dados relacionados à experiência das pessoas, como crenças, valores, culturas, processos e problemas considerados de difícil compreensão e diversificados, os quais não seriam contemplados com estudo quantitativo.

Triviños (1987, p. 120) relata que o surgimento da pesquisa qualitativa na Antropologia ocorreu quase que naturalmente, quando “os pesquisadores perceberam que muitas informações sobre a vida dos povos não podem ser quantificadas e precisam ser interpretadas de forma mais ampla que circunscrita ao simples dado objetivo”.

Como o objeto a que me proponho estudar foi compreender o significado para as enfermeiras do cuidar/cuidado paliativo ao idoso hospitalizado, com base na antropologia cultural, constatei que a abordagem qualitativa seria a mais apropriada.

4.2 Referencial metodológico

A História Oral Temática conduziu este estudo, por acreditar que esta é a melhor abordagem para compreender o significado para as enfermeiras do cuidar/cuidado prestado a

idosos hospitalizados em condições terminais, tanto em sua dimensão e complexidade frente à especificidade do cuidado paliativo, quanto a sua experiência, cultura e valores inerentes à sua pessoa.

A história oral temática é uma vertente da história oral, que, segundo Meihy (1998, p. 41), “[...] se compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistador sobre algum evento definido. A objetividade é direta”.

Para Nóvoa (1995, p. 19), esse tipo de estudo deve “enriquecer-se em termos da atuação, caminhando no sentido de uma integração teórica que traduza toda a complexidade das práticas”.

Assim, Meihy (1998, p. 41) afirma que “a história oral temática busca a história verídica de quem presenciou um acontecimento ou que, pelo menos, dele tenha alguma versão que seja discutível ou contestatória”. Desse modo, a escolha dos sujeitos da pesquisa é de fundamental importância para o investigador, pois as histórias narradas pelos mesmos poderão vislumbrar situações que propiciarão ao leitor e, até aos próprios sujeitos, repensar os acontecimentos, contribuindo para uma mudança favorável da assistência aos pacientes idosos.

A escolha desse método deu-se por compreender que ouvir histórias de enfermeiras sobre o significado do cuidar de idosos hospitalizados em condições terminais envolva a narração de acontecimentos, ações, fatos ou particularidades referentes ao assunto. E, ao narrar a sua experiência diante de um acontecimento, o indivíduo terá liberdade de refletir e repensar sua própria história.

Referindo-se às características da história oral temática, Meihy (1998, p. 42) explica: “Dado seu caráter específico, a história oral temática tem características bem diferentes da história oral de vida. Detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central”.

Portanto, a história oral será utilizada como método, pois, como técnica, a entrevista não se compõe como objetivo central e, sim, como um recurso extra, ou seja, um procedimento subjacente a outras metodologias. Já como método, a história oral terá atenção central dos estudos, devendo todo projeto seguir suas especificações. A história oral se justifica como método por se constituir num objeto definido, com fundamento filosófico, procedimentos visíveis e pré-estabelecidos. (MEIHY, 1998).

4.3 Sujeitos e contexto da pesquisa

Sabemos que pacientes em condições terminais podem ser encontrados em quase todas as unidades hospitalares, porém, para participar do estudo, busquei uma unidade especializada em geriatria, considerando suas particularidades como também pelo conhecimento da falta de atendimento específico para os mesmos em unidades de clínicas médicas e cirúrgicas.

Na cidade do Salvador-BA, a qual possui 6,8 milhões de idosos (IBGE, 2000) e aproximadamente, 48 instituições hospitalares, há um déficit significativo de unidades específicas para a população idosa, pois destas 48 instituições, apenas duas possuem unidades destinadas a pacientes geriátricos.

Assim, o lócus da pesquisa foi escolhido por ser o único Centro de Referência do Ministério de Saúde para o atendimento de idosos. O referido Centro Geriátrico foi fundado em 1986, objetivando garantir uma assistência integral com estímulo à cidadania, socialização e qualidade de vida para os indivíduos da terceira idade. Atende à população idosa a nível ambulatorial, internação hospitalar de casos graves e pacientes crônicos.

Visando facilitar a compreensão da estrutura física do Centro Geriátrico, estabeleci dois complexos, conforme o esquema abaixo. O primeiro complexo é destinado aos pacientes internados, e o segundo destinado aos pacientes sem regime de internação.

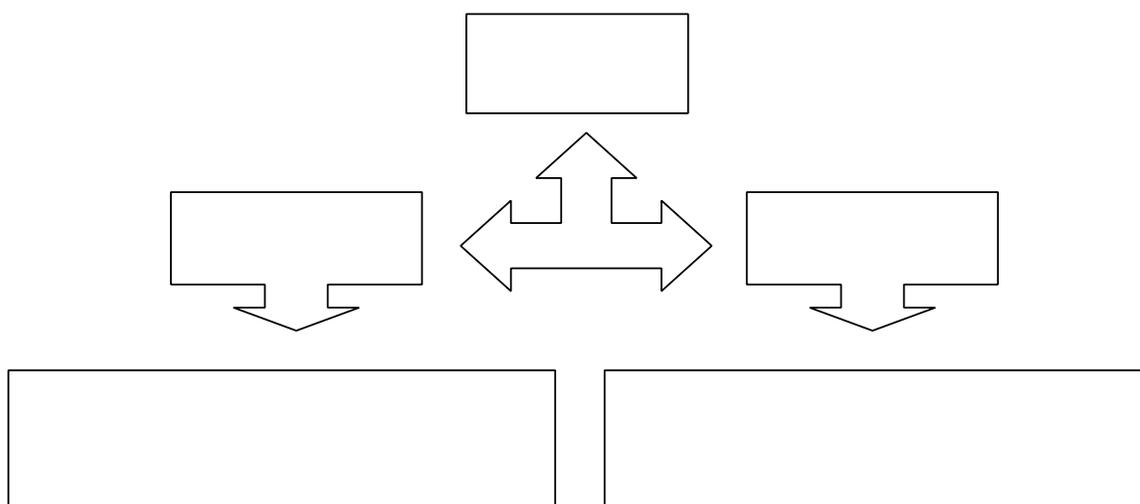


Figura 3: Esquema ilustrativo da estrutura do centro geriátrico.

Assim, o primeiro complexo é formado pelas unidades de moradas masculina e feminina que tem por objetivo atender os idosos independentes, os quais residem na instituição, perfazendo um total de 112 residentes. A unidade de reabilitação, composta por 32 leitos, acolhe idosos com seqüela, principalmente com disfunções neurológicas. O período mínimo de permanência dos pacientes na unidade de reabilitação é de 02 a 04 meses. A unidade de agudos surgiu a partir das inquietações e estudos do cotidiano dos profissionais, quando perceberam a necessidade de diferenciar o cuidado e local dos idosos enfermos e mais dependentes que os demais, pois, quando as condições de saúde dos primeiros se agravavam, ocorria um grande impacto no cotidiano dos outros, levando muitas vezes a quadros depressivos. A unidade de agudos possui 16 leitos destinados aos idosos moradores e idosos atendidos no Centro Dia que evoluem com alterações importantes e necessitam de um maior suporte da equipe interdisciplinar.

A última unidade do primeiro complexo é a de cuidados paliativos, fundada com a finalidade de atender os idosos com doenças sem possibilidade de cura e que se encontram na proximidade da morte. Conta com 56 leitos e presta atendimento interdisciplinar aos idosos e à família.

Já o segundo complexo é composto pelo Centro Dia que atende uma média de 60 idosos por dia, buscando a promoção da saúde e a prevenção de doenças para os pacientes, os quais permanecem na Instituição por um turno, todos os dias da semana, recebendo acompanhamento da equipe interdisciplinar.

O serviço de atendimento domiciliar também faz parte do segundo complexo, no qual realiza atendimentos de saúde aos idosos moradores de asilos conveniados à instituição. A equipe é formada por enfermeira, geriatra, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

Já o grupo de convivência é um grupo de cunho social, coordenado pela assistente social que tem como proposta inserir o idoso na sociedade através de atividades laborais.

Por fim, o Ambulatório ou Clínica Geriátrica, que também compreende o segundo complexo, realiza atendimentos de consulta médica, de enfermagem, nutrição, assistência social e fisioterapia aos idosos. Nessa clínica, existe também um Núcleo de Atenção à Memória que acompanha os idosos com distúrbios de memória e está vinculado ao Ministério da Saúde para entrega de medicação.

Portanto, percebemos que o Centro Geriátrico conta com uma equipe multiprofissional, formada por médicos geriatras, enfermeiras, nutricionistas, assistentes

sociais, fisioterapeutas, psicólogo, terapeuta ocupacional e professor de educação física, que além de serem responsáveis pela assistência aos pacientes idosos, capacitam profissionais de saúde e familiares, através de cursos que reproduzem a filosofia da assistência integral ao idoso.

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da instituição conforme indicação do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), e dois meses após eu já estava entrando em contato com a Chefia do Serviço de Enfermagem da unidade para iniciar a pesquisa. Na Unidade selecionada para o estudo, o quadro de enfermeiras contava com 11 profissionais, as quais trabalham em escala fixa (matutino, vespertino e noturno), porém com rodízio nas unidades, ou seja, de três em três meses, elas mudam de unidade. Desse modo, pode-se incluir como sujeitos da pesquisa as 11 enfermeiras pelo fato de todas vivenciarem a assistência na Unidade de Cuidados Paliativos.

Dessas enfermeiras, apenas uma não aceitou participar do estudo, alegando indisponibilidade de horário, mesmo tendo sido explicada a minha disponibilidade em qualquer horário e local.

As 11 enfermeiras estavam distribuídas da seguinte forma:

No turno da manhã, 01 enfermeira na Morada, 01 na Unidade de Cuidados Paliativos, 01 na Unidade de Agudos, 02 nas instituições asilares conveniadas ao centro e 01 no Ambulatório.

No turno da tarde, 01 na Morada, 01 para atender à Unidade de Cuidados Paliativos e Unidade de Agudos;

No turno da noite, 01 enfermeira por plantão para cobrir o primeiro complexo, alternando a escala com mais duas profissionais.

Após a minha apresentação pela Coordenadora às enfermeiras do turno matutino, foi afixado no livro de ocorrência a carta de aprovação do Comitê de Ética da Instituição (anexo 1) para dar conhecimento aos profissionais da minha presença na Unidade.

As colaboradoras¹¹ do estudo foram 10 (dez) enfermeiras atuantes no cuidado de idosos, internados em uma unidade de cuidados paliativos de um Hospital Público, de Referência e de grande porte (1021 leitos) da Cidade do Salvador-BA, que tem por objetivo

¹¹ Meihy (1998, p.28) cita que “colaborador é um termo importante na definição do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado. É fundamental, sobretudo, porque estabelece uma relação de afinidade entre as partes”.

prestar assistência à saúde da população; formar recursos humanos para práticas de assistência, pesquisa e ensino na área de saúde e produzir conhecimentos para benefício da comunidade.

4.4 Técnica e instrumento de coleta de dados

A técnica desenvolvida para a coleta de dados foi a entrevista temática. Essa técnica de coleta de dados se adapta ao estudo, pois as colaboradoras se encontram no contexto e, por sua vez, estão próximo do objeto da pesquisa: Conhecer o significado para os enfermeiros do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados.

É importante destacar que a entrevista constitui uma nova fonte de conhecimento do passado, sendo resultado, na história oral temática, da criação coletiva, de que participam o entrevistado e o entrevistador. Portanto, sua função é de evocar recordações dos entrevistados sobre um trecho ou tema particular de sua própria história, porque essas recordações poderão reconstruir suas experiências e seus testemunhos, respondendo aos questionamentos e inquietudes do entrevistador.

Assim, Alberti (1989, p. 52) confirma, através da conceituação da história oral, que esta:

[...] privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc. [...].

Para obtenção dos dados, utilizei um roteiro de entrevista semi-estruturada previamente elaborado (Apêndice 3) e um gravador com fitas K-7. Apesar de dirigida, a entrevista se desenvolveu, buscando liberdade e espontaneidade nos depoimentos.

Polit e Hangler (1995) afirmam que: “a entrevista permite aos pesquisadores a exploração dos problemas (...) do modo como as pessoas os conceitualizam ou falam sobre eles e da forma de opiniões, de comportamentos existentes, relevantes ao tópico em questão”. Minayo (1998) assegura, também, que a entrevista é a técnica mais utilizada nas pesquisas de

campo e, a partir dela, busca-se obter informes contidos na fala dos atores sociais, reforçando, assim, a importância da linguagem e do significado da fala.

Nas entrevistas de história oral, Meihy (1998) propõe que as perguntas devam ser amplas, sempre colocadas em grandes blocos, de forma indicativa dos grandes acontecimentos e na seqüência cronológica da trajetória do entrevistado, devendo ser registrada, na gravação, a ficha técnica do depoente (nome completo, estado civil, local e data do encontro).

O outro instrumento utilizado para obtenção dos dados foi o gravador de fitas K-7, o qual é peça essencial para coleta dos dados de história oral. Alberti (2004, p. 112) afirma:

É claro que atualmente não se pode pensar em história oral sem o equipamento de gravação, de áudio ou vídeo: é o gravador que permite falar em produção de documentos, no retorno à fonte, na montagem de acervos de depoimentos, na autenticidade de trechos transcritos e na análise de entrevistas. Uma entrevista que não pode ser gravada é apenas uma entrevista durante a qual o pesquisador certamente faz anotações de próprio punho, adquire conhecimento e subsídios para trabalhos posteriores, mas à qual não pode retornar para checar informações, tirar novas conclusões, recuperar associações, ou ainda reavaliar sua análise.

Desse modo, é imprescindível a utilização deste recurso, porém o pesquisador precisa saber usá-lo corretamente e confiar em seu funcionamento para que o mesmo não prejudique a harmonia necessária para realização da entrevista, visto que é comum o entrevistado se sentir constrangido com a presença do gravador.

4.5 Coletando os dados

Segundo Meihy (1998), para tornar harmonioso o depoimento dos entrevistados, propiciando uma relação de confiança entre o mesmo e o pesquisador, torna-se necessário a adoção de algumas medidas durante a condução das entrevistas.

- Agendar as entrevistas, conforme conveniência do colaborador - nesse sentido, as enfermeiras foram procuradas no seu horário de trabalho, na unidade de referência e esclarecidas quanto ao objetivo da pesquisa e importância da mesma, sendo-lhes entregue, em seguida, uma carta convite para participar da investigação (Apêndice 2). Após aceitação, agendamos um outro momento para a realização da entrevista, porém todas solicitaram que

estas acontecessem no horário de trabalho; por outro lado, as enfermeiras do noturno se dispuseram a realizar no mesmo dia do convite.

Apesar de saber que esse não era o local e horário mais adequado para se realizar as entrevistas, compreendi que a dupla jornada de trabalho dificultaria o agendamento para um outro momento. Portanto, algumas interferências e dificuldades ocorreram devido à própria dinâmica do serviço. As entrevistas serão comentadas nos tópicos abaixo;

- Comparecer ao local na data e hora marcada - como é de nosso conhecimento, é freqüente surgirem intercorrências nos plantões em uma unidade hospitalar e, apesar de identificarmos os horários e dias mais atribulados, algumas vezes as rotinas podem sofrer modificações como consequência das necessidades do serviço.

Assim, embora a pesquisadora tenha comparecido ao local na data e hora marcada pelas colaboradoras, algumas entrevistas tiveram que ser canceladas e remarçadas em decorrência dos plantões agitados, impossibilitando o comparecimento e a permanência tranqüila das colegas. Isso é bastante compreensível, considerando-se a complexidade da unidade e o grau de instabilidade dos pacientes internados.

As entrevistas foram realizadas de maio a agosto de 2005

- Criar um clima de solidariedade aberto ao aconchego, à confiança e ao respeito - foram realizados dois encontros com as enfermeiras do período diurno, o primeiro para formalizar a aceitação de participação na pesquisa e agendamento da entrevista, e o segundo para a realização da entrevista. Ainda assim, mantive contato por telefone horas antes da entrevista para obter confirmação do encontro. Com relação às colaboradoras do turno da noite, ressalto que, apesar de ter mantido apenas um contato, esse fato não interferiu nos resultados nem tampouco no clima das entrevistas.

Procurei manter uma atitude de aproximação, buscando compreender as solicitações das enfermeiras quanto ao local e horário, respeitando as escolhas.

Percebi, também, que o gravador pode ser um grande vilão para a construção de um clima de descontração entre o entrevistador e entrevistado, pois embora tenha mantido um diálogo antes do momento da gravação, objetivando reduzir o estresse e demonstrar o quanto seus depoimentos eram importantes para a pesquisa e que seriam mantidas em sigilo todas as informações dadas, mas, apesar disso, ao apertar o botão de gravação, de início, seus semblantes se modificavam. No entanto, com o transcorrer da entrevista, a espontaneidade e

tranquilidade tomavam conta das entrevistadas, ocasionando uma atmosfera de conforto e confiança.

- Solicitar consentimento para gravar - antes de iniciar a gravação, foram reforçadas todas as informações sobre o sigilo e anonimato das entrevistas, sendo entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a gravação e utilização dos dados após a transcrição, textualização e devolução aos colaboradores para conferência. (BRASIL, 1996), o qual foi assinado por todas as participantes (Apêndice 1).

Para Meihy (1991), essas etapas são importantes e descritas como:

- **transcrição** - nesse passo, faz-se necessário um ambiente sereno, pois após a escuta minuciosa de todo o depoimento, por várias vezes, a mesma é passada para o papel totalmente na íntegra, ou seja, com todos os lapsos, erros, repetições e perguntas do entrevistador;
- **textualização** - nessa etapa, são suprimidas as perguntas, ficando apenas as respostas, passando a ser todo o texto de domínio do colaborador, assumindo personagem único, na primeira pessoa;
- **Transcrição** - etapa em que, através de instrumentos de pontuação, recria-se a atmosfera da entrevista, permitindo trazer ao leitor sensações ocorridas durante o contato.

Os vícios de linguagem, como “né”, “tá”, “perai”, “a gente”, dentre outros, foram retirados com a finalidade de tornar a leitura mais fluente.

Considerarei esse momento de transcrição oportuno para resgatar o encontro estabelecido na busca da compreensão do que estava entre as afirmações colocadas e nos gestos diante das perguntas feitas às colaboradoras, pois, ao ouvir falar, segundo Alberti (2004, p. 14): “[...] temos a sensação de ouvir a história sendo contada em um contínuo, temos a sensação de que as discontinuidades são abolidas e recheadas com ingredientes pessoais: emoções, reações, observações, idiossincrasias, relatos pitorescos”.

O roteiro que guiou as entrevistas estava organizado em duas partes: a primeira, contendo dados referentes à identificação do sujeito (idade, sexo, religião, tempo de formação, formação profissional, tempo de atuação em cuidados de idosos e turno de trabalho) e a segunda, com questões norteadoras referentes ao objeto de estudo (Apêndice 3).

Ao fim da etapa de transcrição, posso assegurar que o aprendizado e fascínio com a experiência e conhecimento do outro reforçaram a minha responsabilidade em interpretar e divulgar as entrevistas. (ALBERTI, 2004).

4.6 Análise dos dados

Depois de impregnada pelos depoimentos das colaboradoras, a partir das inúmeras leituras do material coletado, passei para a fase de análise, procurando uma direção para a organização dos dados.

Com o material coletado em mãos, busquei indagar: “o que isto quer dizer?” Segundo orientação de Martins; Bicudo (1989), o pesquisador deve “andar ao redor” das mensagens, fazendo essa pergunta incessantemente.

Os pressupostos teóricos metodológicos da análise de conteúdo de Bardin (1994) foram empregados para auxiliar na análise das falas das entrevistadas, pois, conforme Leopardi (1999, p. 22), o mesmo “é indicado no estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências”. Portanto, contempla nosso objeto de estudo e suporte teórico-filosófico.

Bardin (apud MINAYO, 1994, p. 199) torna claro que este tipo de análise é:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

A Análise de Conteúdo torna possível analisar as entrelinhas das opiniões das pessoas, não se restringindo unicamente às palavras expressas diretamente, mas também àquelas que estão subentendidas no discurso, fala ou resposta de um respondente (PERRIEN, CHÉRON; ZINS, 1984 citados por FREITAS, 2000, p. 37).

Segundo Triviños (1987), Bardin assinala que, para ocorrer uma análise de conteúdo, deve-se seguir três etapas precisas, sucessivas e com características próprias, a partir da análise exploratória do texto ou do “conteúdo”: 1. pré-análise; 2. descrição analítica (codificação, classificação e categorização); 3. Interpretação inferencial.

1. **Pré-análise** – período de intuição que visa tornar operacionais e sistematizadas as idéias iniciais. Isto ocorre através: da leitura flutuante para tornar mais claro o conteúdo; da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, o que dependerá do objetivo e, portanto, é importante observar regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos documentos; da formulação das hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores; e preparação do material.
2. **Descrição Analítica** - Codificação – transformação do material em uma representação do conteúdo, de forma a oferecer ao analista informações sobre as características gerais do material, subsidiando o estabelecimento dos índices e do agregado de unidades. Categorização - processo de redução do texto, no qual as muitas palavras e expressões do texto são transformadas em poucas categorias. Possui duas etapas: o inventário (ato de isolar os elementos) e a classificação (divisão de forma organizada dos elementos da mensagem).
3. **Interpretação inferencial** – destacam-se dois aspectos: pólos de análise (engloba tanto o conteúdo como seu significado. A análise de conteúdo é feita segundo a significação que a mensagem fornece) e processo e variáveis de inferência (as variáveis inferidas – inteligência; origem racial; valores – referem-se às causas que são investigadas, a partir dos seus efeitos ou indicadores).

Assim, as fases ou etapas da análise de conteúdo permitiram uma organização nos dados obtidos e, conseqüentemente, conduziram a um resultado estruturalmente organizado do seu conteúdo.

Polit e Hungler (1991) mencionam, ainda, que a análise de conteúdo deve ser utilizada tanto em comunicações orais quanto nas escritas, requerendo, segundo Wilson (1989), citado por Leopardi (1999), raciocínio e criatividade do pesquisador devido à categorização de dados verbais ou comportamentais.

Então, as cinco categorias abstraídas do discurso das colaboradoras foram apresentadas da seguinte forma:

A primeira categoria – O significado de cuidado paliativo – compreende, com o seu conjunto de subcategorias respectivamente, o sentido do cuidado paliativo para as enfermeiras que atuam neste contexto.

A segunda categoria - A família e os idosos em cuidados paliativos – representa a concepção das enfermeiras sobre a participação dos idosos e familiares quando instituídos os cuidados paliativos para esse paciente. Seu conjunto de subcategorias apresenta a forma como elas lidam, compartilham e fazem com os idosos e familiares durante a prestação dos cuidados e no momento de dar as más notícias.

A terceira categoria - O melhor local para os idosos em cuidados paliativos vivenciarem a morte – constitui, com seu conjunto de subcategorias, a percepção das colaboradoras sobre o melhor local para os idosos sem possibilidade de cura passarem o final de suas vidas.

A quarta categoria - Sentimentos que emergem durante o cuidado – significa os sentimentos que surgem durante a prestação dos cuidados paliativos aos pacientes idosos em condições terminais.

A quinta categoria - Dilemas éticos e bioéticos vivenciados nos cuidados paliativos – expressa as questões éticas e bioéticas vivenciadas pelas colaboradoras durante os cuidados aos idosos na Unidade de Cuidados Paliativos.

4.7 Aspectos éticos na pesquisa científica

O Conselho Nacional de Saúde, junto ao Ministério de Saúde, em 1997, construiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, firmada com base na Resolução 196/96. Essa Resolução está fundamentada nos principais documentos internacionais e foi amplamente discutida com todos os setores interessados: sociedade civil organizada, comunidade científica, sujeitos da pesquisa e Estado, “incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e, visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”.

Nessa perspectiva, tais princípios éticos guiaram esta pesquisa, envolvendo seres humanos, com o intuito de explicitar aos mesmos a natureza e os objetivos da pesquisa, a voluntariedade de sua participação e a garantia do sigilo através do Consentimento Livre e Esclarecido. (BRASIL, 1996).

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA HISTÓRIA ORAL DAS ENFERMEIRAS

5.1 Caracterização dos sujeitos

Das 10 enfermeiras que participaram do estudo todas eram do sexo feminino. A idade média das colaboradoras foi de 33 anos, variando entre 25 a 42 anos, porém apenas uma colaboradora se sentiu constrangida em informar a sua idade. Numa tentativa de avaliar sua aparência física, suponho que a mesma tivesse uma idade entre 30 a 35 anos.

Quanto à religião, 05 disseram ser católicas, sendo 02 não-praticantes. As restantes informaram ser protestante (01), cristã (01), evangélicas (02) e 01 informou não ser adepta de nenhuma religião, porém demonstrou, durante a entrevista, uma tendência à linha espiritualista.

O estado civil que predominou foi o de casada, com 60%, enquanto que 40% das colaboradoras eram solteiras. Apenas 1 enfermeira casada não possuía filhos, as demais apresentaram uma média de 1,8 filhos cada, enquanto que nenhuma das solteiras tinha filhos.

A média do tempo de formação das entrevistadas foi de 6,5 anos. Dessas 60%, ou seja, 06 eram formadas há menos de 05 anos. As outras colaboradoras (40%) possuíam entre 05 a 20 anos de formação. Destas últimas, 10% tinham entre 05 a 10 anos de tempo de atuação com idosos e 30%, entre 11 a 15 anos, enquanto que as colaboradoras com tempo de formação menor de 05 anos possuíam de 07 meses a 02 anos e meio de atuação com idosos.

Metade das colaboradoras (50%) não possui curso de pós-graduação *latu senso* e, dentre aquelas que possuem (50%), apenas 02 (29%) têm especialização em gerontologia, destas, 01 está com o curso em andamento. As demais especializações identificadas foram a de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho.

O turno de trabalho das entrevistadas no período da coleta de dados era: matutino num quantitativo de 5 enfermeiras; vespertino, 02 e 03 no noturno.

No que se refere a outros vínculos empregatícios, (70%) das colaboradoras tinham dupla jornada de trabalho remunerado, as demais (30%) possuíam apenas uma. Como se sabe,

na sociedade atual, a mulher ainda possui grande responsabilidade no que se refere aos cuidados familiares e aos afazeres domésticos. Assim, organizar a casa e a vida dos filhos e cônjuge ainda é uma tarefa predominantemente desempenhada pela grande maioria das mulheres. Nesse sentido, podemos dizer que uma grande parte das profissionais de saúde desempenham vários papéis e, conseqüentemente, têm múltiplas jornadas de trabalho. Lembro, como foi demonstrado anteriormente, que a maioria das colaboradoras são casadas e têm filhos e ainda possuem dois vínculos empregatícios.

5.2 Análise e discussão dos grandes temas que emergiram da história oral das enfermeiras

A abordagem cultural dos dados obtidos consiste em reconhecer os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos do processo de cuidar/ cuidado paliativo com enfoque no ser idoso hospitalizado. Assim sendo, após a leitura incansável das entrevistas, emergiram grandes temas da história oral dessas colaboradoras.

Apresentamos abaixo os temas que surgiram, bem como a sua compreensão a partir do suporte teórico/filosófico.

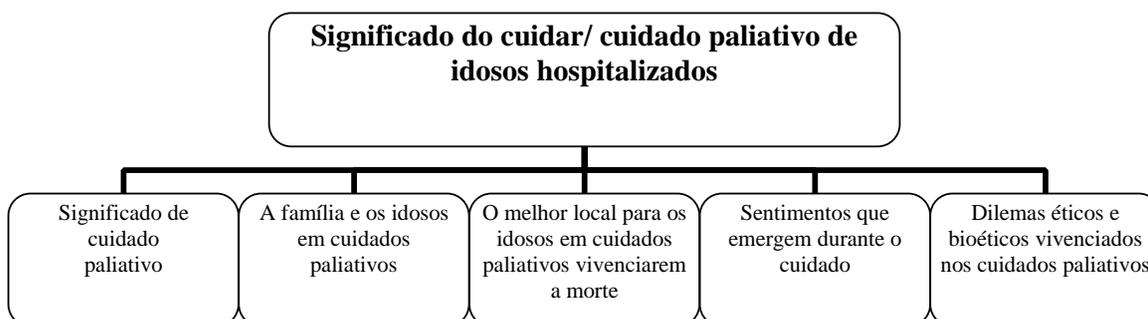


Figura 4: O significado do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados

5.2.1 O significado de cuidado paliativo

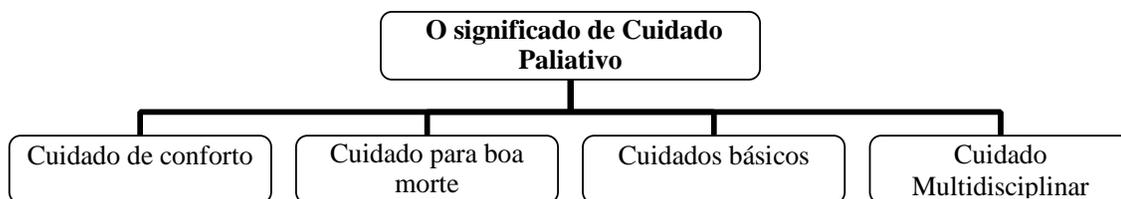


Figura 5: O significado de cuidado paliativo

Os cuidados paliativos, embora difundidos maciçamente pelo mundo, no Brasil, ainda possuem uma pequena divulgação, discussão e implantação nos serviços de saúde. Esse fato é observado através dos dados obtidos por Marco Tullio Figueiredo, chefe do ambulatório de cuidados paliativos da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), de que, no ano de 2002, havia apenas 21 (vinte e um) serviços de cuidados paliativos inseridos em Instituições Hospitalares Públicas e Clínicas Privadas no Brasil (CARDOSO; TIZIANI, 2002). Contrastando com esses dados, Siqueira (2000) cita que, na Inglaterra, existem mais de dois mil e quinhentos leitos destinados ao atendimento de doentes terminais.

As duas primeiras subcategorias foram denominadas de “cuidados de conforto” e “cuidados para a boa morte” e encontram-se juntas na abordagem que se segue, devido a forte presença e associação desses termos nos discursos das enfermeiras para expressar o significado de cuidados paliativos.

5.2.1.1 Cuidados de conforto e cuidados para boa morte

Inicialmente questionou-se as enfermeiras de um Centro Geriátrico a respeito de sua compreensão sobre os cuidados paliativos de idosos hospitalizados, com o intuito de identificar o entendimento das mesmas sobre essa modalidade de cuidado, visto que o serviço possui uma unidade de cuidados paliativos, sendo a única voltada para geriatria na cidade do Salvador-BA.

*(...) Porque no cuidado paliativo estamos cuidando de um paciente em estado terminal, fazendo um paliativo, um **conforto** para que ele tenha uma **qualidade de morte**, na verdade (...). Ent. 1.*

*(...) Na verdade, é (...), cuidar do idoso, é (...), proporcionar **conforto** (...) **pra ele ter uma qualidade de vida, e de morte no caso. Ter e dar um conforto pra ele na hora da morte.** (...) Ent. 3.*

*(...) um **conforto** que proporcionamos de melhor ao idoso no seu fim de vida, então é o cuidar de sua morte, se podemos dizer assim, um conforto que nós damos, e sabemos que não há uma reversão no quadro, mas que, mesmo assim, ele não precisa passar o seu percurso com dor, com desconforto, entendeu? Então, oferecemos esse conforto já que está chegando o seu fim de vida, o quadro clínico já não pode ser mais revertido, então a gente vai dar **um conforto para sua morte..** Ent. 5.*

*(...) **conforto** através do preparo de **uma boa morte.** Ent. 6.*

Desde a idade média, os cuidados de enfermos com doenças avançadas através do alívio e conforto eram priorizados, pois os poucos recursos curativos levavam a um cuidado humano contínuo. Entretanto, com os avanços da tecnociência surgiu uma nova perspectiva para a população.

Esses progressos, além de proporcionarem à população melhorias nos tratamentos e diagnósticos precoces de algumas doenças, levaram, também, à modificação da visão dos profissionais de saúde quanto à permanência de uma medicina estritamente curativa.

Então, o sentimento de impotência diante da impossibilidade de curar vem ocasionando um resgate da cultura do cuidado de conforto, como no movimento *hospice* antigo, para aqueles que não possuem mais possibilidade de cura. As falas das enfermeiras descritas acima confirmam esta mudança.

Quanto ao resgate do cuidar, Pessini (2001) cita que “o cuidar surge no mundo tecnológico da medicina moderna simplesmente como prêmio de consolação quando o conhecimento e as habilidades técnicas não vencem”. Dessa forma, o paradigma do cuidado surge com força, aceitando a morte como parte da condição humana.

Os estudos sobre cuidados paliativos no Brasil e, principalmente na Bahia, vêm caminhando ainda em passos lentos, apesar de, nos últimos anos, o marketing nacional ter promovido muitas divulgações através de revistas de ampla vendagem e instituído a data de 8 de outubro de 2005, com comemoração em âmbito internacional, como o *Dia Mundial dos Cuidados Paliativos*.

5.2.1.2 Cuidados básicos

Marigorta (2005) informa que cuidados mínimos ou cuidados básicos são aqueles que devem ser feito a todas as pessoas, não podendo ser abandonados, pois respondem à consideração merecida à dignidade da pessoa humana. Fazem parte dos cuidados básicos: a alimentação oral, por sonda nasogástrica ou gastrostomia; a hidratação, que elimina a sede e contribui para a estabilidade hemodinâmica, minimizando, por conseguinte, o mal-estar do paciente e, por fim, os cuidados higiênicos através do banho, higiene da boca e íntima, troca das roupas de cama, cuidados com a pele e prevenção das úlceras de pressão.

Os discursos das entrevistadas abaixo demonstram que as mesmas consideram os cuidados fornecidos aos idosos em condições terminais como cuidados básicos.

*(...) tem idoso que está todo **desidratado**, ele precisa de um soro, tendo uma **hipotensão**, (...) hipodermóclise, que é colocar um acesso subcutâneo (...) **Ent 1.***

*(...) Olhe! Cuidados paliativos pra mim é você dar assistência ao paciente, ao paciente que está ali, naquela unidade, precisando daquela **assistência básica**, é um paciente comprometido fisicamente, é um paciente com queda do nível de consciência ou não, que você vai tratar, dar **atenção básica** a ele. **Ent. 2.***

*(...) Quando ele entra em cuidados paliativos, muito de tudo, quase tudo que nós sabemos, fazemos com os pacientes com investimento não faz, então é **aquela coisa mesmo básica** (...). **Ent. 4.***

*(...) é o conforto através de uma **identificação de uma ferida**, aquela ferida que talvez não cure porque ele é diabético, porque ele é hipertenso, porque ele tem um conjunto de*

sintomatologias e de patologias associadas. Mas, se você consegue identificar e proporcionar simplesmente que aquela úlcera doa menos, que ela vai se fechando aos poucos, esse é o cuidado, é o cuidado paliativo que a gente fornece aqui. (...). Ent. 6.

*(...) Para mim, cuidados paliativos significa você dar os **cuidados básicos** (...) todas as ações de enfermagem vão está voltadas pro aparelho respiratório, proporcionar a eles é (...), **elevação de cabeceira**, (...) **oxigênio** (...), **nebulização**, **posição**. Tudo que eu possa fazer dentro da enfermagem. Ent 9.*

*(...) da pele, o padrão respiratório dá uma melhoria **no padrão respiratório**, posicionamento, **higiene corporal**, **higiene íntima**, **vigilância do débito urinário**, **do débito fecal**, **fazer o controle da dieta**, é toda uma vigilância. Tem todos os aspectos do paciente, **nível de consciência**, (...). Ent. 8.*

Com o capitalismo, a enfermagem brasileira, assim como em outros países, passou a desvalorizar o cuidado perante uma ideologia de práticas restritamente curativas. Consequentemente, o ensino e a prática do cuidado foram direcionados para a técnica, que dependia da prescrição médica e cujo objetivo era o tratamento da doença, ou seja, o modelo biomédico.

A valorização da técnica foi interpretada por Waldow (1998, p. 57), segundo Almeida (1986, p. 29), como a “descrição do procedimento de enfermagem a ser executado, passo a passo, e especificamente também a relação do material que é utilizado”. Essas ações eram supervalorizadas, devendo ser treinadas e executadas com grande perfeição, denotando, portanto, uma visão tecnicista com valorização dos profissionais que melhor executavam os procedimentos de enfermagem.

A partir dos anos 50, com a inserção dos princípios científicos guiando as ações da enfermagem, as atenções se voltaram para os aspectos biológicos e uma preocupação em incluir alguns aspectos psicossociais. Entretanto, mesmo com as melhorias ocorridas nos anos subsequentes, a enfermagem manteve uma preocupação em seguir as especialidades médicas, tornando o estudo da enfermagem um verdadeiro tratado de patologias em que suas ações estavam relacionadas “a um *problema* que, em última análise, representa sintomas ou afecções resultantes de uma condição patológica”. (WALDOW, 1998, p. 59).

Com as teorias da enfermagem desenvolvidas por enfermeiras americanas em sua maioria, nos meados da década de 60 e 70, a enfermagem passa a perceber o indivíduo nas suas esferas biológica, psicossocial e espiritual, mantendo o enfoque nos aspectos biomédicos. (WALDOW, 1998, p. 60).

Desse modo, percebe-se através das falas das colaboradoras que a enfermagem ainda mantém uma visão convergindo para uma atuação direcionada para as técnicas (*nebulização, elevação da cabeceira, curativo, controle da dieta*), com maior ênfase nas esferas biológica e psicológica do indivíduo, contemplando, portanto, parte do conceito de cuidados paliativos instituído pela OMS (1990) “cuidados ativos e totais ao paciente cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos e, quando o controle da dor e outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais, tornam-se prioridade”.

Nessa perspectiva, Filizola e Ferreira (1997) contribuem discutindo que apesar de haver um consenso na enfermagem (enfermeiros docentes e assistenciais) de prestar uma assistência integral ao indivíduo, alguns pesquisadores na área detectaram que os enfermeiros identificam e atendem principalmente as necessidades do plano físico ou psicobiológico.

O apoio psicológico foi evidenciado nos discursos a seguir:

*(...), proporciona conforto, proporciona alguns momentos de alegria, **quando você conversa, quando atua na parte psicológica, não só de cuidados em si.** (...), amanhã conversa porque ele não aceita ser idoso ou não aceita estar na cama, depois de amanhã você simplesmente conversa porque ele não entende mais o que você fala. (...) utilizando todo esse conjunto fisiológico mesmo e atuando com o toque, tocando no paciente, conversando com ele, e ele sente que somos a sua família. **Ent. 6.***

*(...) realmente dá o **apoio**, até **psicológico** também, que terminamos fazendo essa parte com o paciente (...). **Ent 10.***

Conforme Burlá e Py (2004), existem medidas competentes, tanto na área farmacológica como de suporte psicológico, de enfermagem e da área de reabilitação, além do apoio espiritual, capaz de aliviar os sintomas angustiantes e oferecer conforto ao paciente idoso em condições terminais.

Retomando as falas das entrevistadas, verificaremos que a enfermagem culturalmente ainda possui dificuldades na abordagem espiritual, pois identificamos apenas um relato sobre

o cuidado espiritual do paciente idoso que foi direcionado pela religiosidade da profissional, como segue abaixo. E, se considerarmos o ser na sua transdimensionalidade, é imprescindível aprendermos a lidar com essa esfera.

(...) Eu sou evangélica e eu interpreto dessa forma e, na medida do possível, eu () com os idosos, falo sobre a salvação, sobre esse encontro com Deus, pra que ele não venha a complicar e ele não tenha tido oportunidade de ouvir a palavra de Deus (...) Ent. 8.

Astrow et al. citados por Sakamoto (2005), relatam que a religiosidade, que se diferencia de espiritualidade, “pode influenciar tanto o comportamento do paciente e familiar diante do prognóstico e intervenções médicas, quanto a aceitação pelo profissional médico de suas limitações como promotor de cura do doente”.

Então, faz-se necessário que os profissionais em cuidados paliativos percebam a necessidade da abordagem espiritual a esses pacientes, principalmente os idosos que se apegam à religiosidade durante o processo de envelhecimento.

Breitbart (2004), no seu texto “espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos”, confirma essa importância através de uma pesquisa do Gallup sobre “crenças espirituais e o processo de morrer” (1997), na qual 40% do público dos Estados Unidos afirmaram que, se estivessem morrendo, seria ‘muito importante’ ter um médico em sintonia espiritual com ele. Entre 50 e 60% restantes disseram que suas maiores preocupações ao pensar na própria morte são de não serem perdoados por Deus; de não se reconciliarem com outras pessoas; e morrer afastados de Deus ou de uma força superior ou rompidos com eles.

Este mesmo autor traz uma outra contribuição de Moadel e col. (1999), numa amostra de 162 internos de asilos japoneses, onde o sofrimento psicológico estava ligado à falta de sentido em 37%, à falta de esperança em 37% e à perda do papel social e à sensação de relevância em 28% dos casos.

Assim, fica evidente a importância e relevância da espiritualidade como elemento essencial dos cuidados ao fim da vida, permitindo que os pacientes possam viver com dignidade, pois alguns já podem não expressar alguma crença religiosa, contudo, todos eles têm necessidades espirituais e crenças pessoais que devem ser estimuladas, aliando-as aos cuidados paliativos. (MCCOUGHLAN, 2004).

5.2.1.3 Cuidado multidisciplinar

Emergiu do discurso de algumas colaboradoras a necessidade da abordagem multidisciplinar no cuidado a esses pacientes idosos, uma vez que acreditam na multidimensionalidade do indivíduo, além de perceberem a integração e relevância de outros profissionais para alcançar um cuidado paliativo fidedigno.

*(...) O paciente hoje está tendo uma sintomatologia que **requer (...), uma organização multidisciplinar** pra favorecer uma eliminação de obstipação, trabalhamos dessa forma. E aqui nos cuidados paliativos **trabalhamos muito com a interdisciplinaridade, é o nutricionista, o enfermeiro, o médico, com o serviço social**. Então, existe um conjunto nesse trabalho, por quê? Eu não consigo proporcionar conforto pra um paciente obstipado se eu não conversar com a nutrição, eu não consigo proporcionar conforto pra um paciente com dor se eu não conversar com o médico, eu não consigo proporcionar conforto pra um paciente que não aceita ser morador sem ajuda do serviço social. Então, o nosso trabalho paliativo (...) o trabalho da enfermagem nos cuidados paliativos é um trabalho que não pára, é um trabalho presente, porque a cada dia você tem alguma coisa pra fazer e é um trabalho que precisa de uma ajuda multidisciplinar, sozinha você não consegue fazer tudo. Aliás, sozinha não se consegue fazer nada (...). Ent. 6.*

*(...) como **aqui trabalhamos em equipe multidisciplinar** (...) isso é passado pra assistente social, uma colega passa, o médico procura saber, então, a fonoaudióloga quer saber, a fisioterapia também, é aquela equipe, eu já não digo mais equipe, eu digo realmente assim uma família (...). Ent. 9.*

Figueiredo (2005) confirma a importância dessa abordagem multiprofissional nos Serviços de Cuidados Paliativos para atender as necessidades holísticas do paciente. Foi com a leitura dos depoimentos de 11 pacientes portadoras de câncer avançado, na fase terminal, da tese de doutorado de Carvalho (2003), que tornou possível identificar queixas de sofrimento do físico, da psique, do espiritual e do social, sendo, assim, motivo para verificar que dificilmente todos esses sofrimentos sejam efetivamente controlados por médico e enfermeiras.

Para tanto, a abordagem multidisciplinar já vem sendo atualizada pela interdisciplinariedade que vai além da mera justaposição de disciplinas, podendo ser definida, conforme o Parecer nº CEB15/98 da Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio, como:

O conceito de interdisciplinaridade fica mais claro quando se considera o fato trivial de que todo conhecimento mantém um diálogo permanente com outros conhecimentos, que pode ser de questionamento, de confirmação, de complementação, de negação, de ampliação, de iluminação de aspectos não distinguidos.

Nessa mesma linha de pensamento Brandão (2005) comenta que “pacientes cuidados por uma equipe de cuidados paliativos interdisciplinar apresentam melhores resultados no que concerne à satisfação de atendimento, controle de sintomas e custo total do tratamento”.

Alguns autores, como Hernandez (1998), já aborda a transdisciplinariedade como sendo um novo modelo que melhor se aproxima dos objetos de estudo, sendo assim caracterizada:

A transdisciplinaridade se caracteriza pela definição de um fenômeno de pesquisa que requer: a) a formulação explícita de uma terminologia compartilhada por várias disciplinas; b) uma metodologia compartilhada que transcende as tradições de campos de estudo, que tenham sido concebidos de maneira fechada. A transdisciplinaridade representa uma concepção da pesquisa baseada num marco de compreensão novo e compartilhado por várias disciplinas, que vem acompanhado por uma interpretação recíproca das epistemologias disciplinares. A cooperação, nesse caso, dirige-se para a resolução de problemas e se cria a transdisciplinaridade pela construção de um novo modelo de aproximação da realidade do fenômeno que é objeto de estudo.

Desse modo, espera-se ansiosamente que estejamos progressivamente ultrapassando as barreiras da interdisciplinariedade e chegando a uma real possibilidade da transdisciplinariedade, pois teremos a certeza de estar promovendo cuidados dignos ao paciente idoso em condições terminais.

5.2.2 A família e os idosos em cuidados paliativos

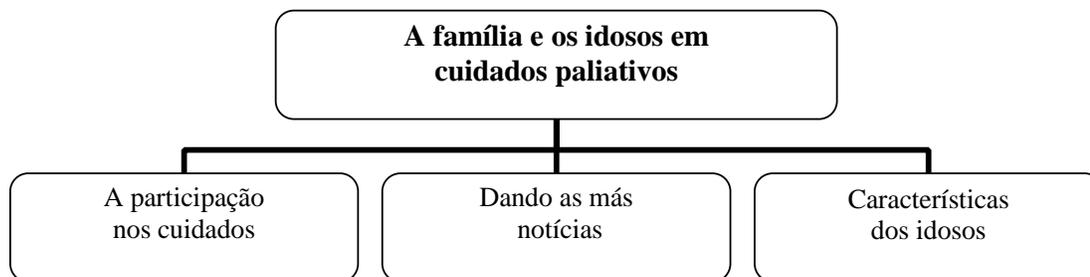


Figura 6: A família e os idosos em cuidados paliativos

A família dos pacientes idosos gravemente enfermos é submetida a um grande impacto emocional, o que está condicionado a múltiplos fatores como, medo, insegurança e incertezas. Assim, a mesma deve ser contemplada no planejamento do cuidar da enfermeira, conforme a filosofia dos Cuidados Paliativos, que sugere um sistema de apoio que ajude a família e entes queridos a suportarem o período de doença e privação após a morte. (SECPAL).

Para tanto, a família, além de pertencer à unidade a ser tratada, também deve ser responsável pelo processo de cuidar, pois isso permite a minimização de sentimentos de inutilidade e impotência. (BERGER, 1995, p. 535).

Carvalho (2005, p.402) cita que “o paciente não deve e não pode ser visto de forma isolada, sem considerar a sua família. Consideramos a família também um ente a ser cuidado, e nosso suporte a ela ajuda-a no desempenho de sua atividade de cuidados”.

Então, diante da importância da família nos cuidados paliativos, fez-se a segunda pergunta a essas profissionais, referente à participação da família no cuidado, assim como, às informações fornecidas às mesmas sobre o quadro clínico do idoso.

5.2.2.1 Dando as más notícias

Quanto às informações fornecidas aos familiares, as entrevistadas relatam que estes são preparados progressivamente por elas e por outros profissionais de saúde para lidar com a

proximidade da morte do ente querido, mesmo de forma implícita. No ambulatório de Alzheimer, utilizam-se até panfletos explicativos sobre o curso da doença. Todavia, acreditam que essa situação é muito difícil de ser compreendida, necessitando de uma abordagem que não distorça os objetivos da equipe que permanecerá tratando o idoso, porém esse tratamento é redirecionado para busca do conforto e não da cura, a qual já não é mais possível.

(...) Eles sabem, nós deixamos isso bem claro, não escondemos isso em momento nenhum dos familiares. Temos até alguns informativos (panfletos) de uma empresa de medicamentos x, tem o guia do cuidado, tem o jornalzinho, que explica direitinho o que é o Alzheimer, as fases do Alzheimer, que é uma demência, uma doença que ainda não tem cura, que esse medicamento vai estar surtindo tal efeito, possa ser que sinta esse efeito, possa ser que não, mas que não tem cura e que a tendência vai ser piorar, e passando por essas fases até o óbito mesmo (...). Ent. 1.

(...) Na medida que o paciente vai agravando, avisamos ao familiar - "Oh! Ela não está bem, o quadro dela está piorando" – Então, vamos preparando o familiar, mesmo sabendo que ele é morador e que alguns familiares não vêm visitar, mas os que comparecem nós preparamos, conversamos e avisamos sobre o estado de saúde dele, que está se agravando cada vez mais, assim, o familiar fica ciente, já os que não visitam ligamos apenas para avisar o óbito (...). Ent. 3.

(...) Olha! Eu vejo assim, se para os profissionais que estão na área de saúde, que têm instrução sobre as doenças, sobre as possíveis curas, (...) o possível investimento, se para nós, em muitos casos, ainda é difícil, imagina pra família entender isso, entendeu? E (...), tem muitas famílias quer dizer poucas famílias, aliás, que aceitam, não vamos falar ao familiar que parou o investimento, se bem que nós não paramos, (...) no caso, a médica conversa que é um paciente que já tem doença tal, está sendo feito tudo, mas o paciente não respondeu ao tratamento que, por isso, por mais que se invista, ele não vai estar retornando, ele não vai estar melhorando, entendeu? Então acaba que fica implícito isso. Ninguém chega dizendo, não vai investir mais nada, entendeu? Fica uma coisa mais do que implícita. Mas são poucos ou (...) alguns familiares que se recusam a aceitar ou a entender o que a equipe passa, o que o médico passa. Talvez porque não esteja preparado (...) pra saber que está indo mesmo, não tem mais jeito; outros não, outros até entendem, a equipe prepara, a médica prepara e vai absorvendo isso aos poucos e acaba que, quando acontece de fato, estão mais tranquilos (...). Aceitam aquilo como realmente o fim da vida e que estão indo sem dor, sem sofrimento (...). Ent. 4.

(...) É um pouquinho difícil no primeiro contato, porque assim é meio desconhecido o cuidar paliativo para o familiar. Ele não entende que chega um momento em que nós, com a assistência, falando em medicina, temos um nível de investimento em que a gente vê que aquilo não adianta mais fazer? Investir mais naquele paciente porque não vai dar resultado. Então assim, seria até mais traumático muitas vezes pra ele, porque estaríamos ali invadindo, fazendo procedimentos dolorosos, que sabia (...) cientificamente que não ia ter um retorno bom. Então, é difícil colocar isso pra família, porque a família quer que você invista até o último momento, e o que buscamos fazer não é deixar de investir, investimos neles só que agora um investimento direcionado, que não vai ser mais um investimento de usar medicações, de reverter aquele quadro, porque aquele quadro já está instalado. Mas investir para o conforto dele, e aí vai deixar evoluir (...). naturalmente o processo da morte, entendeu? Não vai fazer, não vai tardar isso, porque muitas vezes quando o quadro clínico de um paciente já é irreversível, às vezes mantemos medidas tardando um processo que vai acontecer, certo? Então, tentamos explicá-lo de uma forma principalmente, não dizendo que não está se investindo porque isso não é verdade, investimos no paciente, porém agora num cuidado paliativo, (...) um cuidar do conforto do paciente, deixando a sua evolução transcorrer normalmente, (...) é um pouco difícil esse contato, mas (...) eles compreendem (...). Ent. 5.

O processo de morte é vivenciado de forma diferente para cada pessoa, pois cada um possui um conjunto de princípios (implícitos e explícitos) denominado de cultura, a que lhes mostra a forma de ver o mundo, vivenciá-lo emocionalmente e de comportar-se dentro dele, em relação às outras pessoas e ao meio ambiente natural.

Somado à cultura de cada indivíduo e, por conseguinte, de cada família, vale lembrar a mudança na cultura da morte que era vivenciada, no passado, nos domicílios junto à família, sendo encarada como processo natural.

Atualmente, com a redução das taxas de mortalidade, com a disponibilidade e acesso aos cuidados dos profissionais de saúde e com os avanços tecnológicos da ciência, a morte ficou mantida à distância dos hospitais e das casas geriátricas, denominando-se de “medicalização da morte”, conforme Kovács (2004).

Esta mesma autora, citando Parkes (1986), afirma que o grupo familiar vive diversos estágios de adaptação diante do diagnóstico de uma doença que pode ser fatal, como: “choque, percepção da realidade da perda, sua dimensão, seus desdobramentos, reorganização

da vida em novos patamares e a proposição de novos investimentos em atividades que possam ser realizadas”, como mencionado pela entrevistada 9:

(...) quando eles chegam, eles chegam buscando informações, ansiosos, nervosos, chateados, revoltados. Outros chegam é (...), como é que eu digo, temerosos da partida, tímidos e, a partir daí, começamos a trabalhar essa família (...) É muito gostoso a oportunidade que nós temos de trabalhar essa família, conversar com ela, pois aqui trabalha em equipe multidisciplinar (...) Ent. 9.

Portanto, é importante que a enfermagem busque estratégias para aprender a lidar com o processo de morte/morrer e contemple, no seu cuidar, os estágios desse processo descritos por Kluber-Ross (1979) - negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – pois, de posse do conhecimento desses estágios, indiscutivelmente, torna-se muito mais tranquilo, para o profissional que cuida do paciente em condições terminais e família, lidar com os sentimentos e as emoções que afloram, ajudando-os na compreensão. E respeitar cada momento vivido pelo paciente, sem julgá-lo e sem lhe impor sua perspectiva favorecerá a relação entre a família, o paciente e a equipe.

Como um dos grandes temores dos profissionais é não saber como informar o paciente sobre o agravamento do seu quadro, há uma tendência em não abordar este assunto com os pacientes, porém a questão não é dar ou não a notícia, mas sim como fazê-lo. E a pressa que arrasta os profissionais na busca de manter as rotinas, torna-se algoz dos pacientes e aliada das enfermeiras para que as mesmas não precisem lidar com essa situação, porque é difícil perceber a terminalidade. (KOVÁCS, 2004).

Assim, segundo o relato das colaboradoras, os pacientes idosos não precisam ser informados sobre a trajetória da sua doença terminal, a não ser os pacientes em estágio inicial da doença de Alzheimer, que são orientados de acordo com a demanda dos questionamentos dos mesmos.

(...) Mas o que ele pergunta, respondemos: "É uma doença terminal? É. Tem cura? Não". Se perguntar mais coisa falamos mais coisa, se não, nós damos as respostas do que ele perguntar (...). Ent. 1.

(...) Ela não precisa saber que está com doença terminal, ela não precisa saber que está com os dias próximos, ela não precisa saber que a doença dela não tem cura, ela não precisa saber de nada disso (...). Ent. 7.

(...) O paciente não fica ciente da situação, quem fica ciente é aquela pessoa que se coloca realmente como responsável (...). Então, normalmente o familiar fica sabendo, o idoso normalmente não (...). Ent. 8.

A esse respeito, Marigorta (2005) considera que a morte é um fato transcendente que afeta a pessoa e seu contexto (família, amigos). Desse modo, acentuando que cada um tem direito a viver sua própria morte e isso seria impossível sem a informação adequada. Para o autor, a tarefa de informar deveria ser atribuída a pessoas de confiança, assim como os familiares, porém, na prática, essa tarefa recai muitas vezes sobre o pessoal da equipe de saúde. É preciso saber dosar a informação, porque enganar o paciente nunca é positivo, pois afinal de contas é ele quem vai enfrentar a própria morte. O mesmo autor adverte que, por outro lado, quase sempre o paciente é consciente de sua situação de gravidade e ver-se cercado de meias verdades ou mentiras só servirá para aumentar sua ansiedade e, sobretudo, sua solidão.

Segundo Kovács (2004), “as pessoas doentes sabem ou intuem o que está acontecendo com elas, mesmo que não sejam informadas diretamente”. Desse modo, não contar ou omitir a situação se torna uma “transmissão de mensagens ambivalentes”, na qual a comunicação verbal vai de encontro às expressões dos olhos vermelhos, semblantes carregados, ou seja, da comunicação não verbal. É o que observamos nas falas abaixo.

(...) ele sabe que está chegando o período final dele (...). Ent. 7.

(...) eles podem até desconfiar, eu acredito que o idoso (...). Como eles são pessoas sábias, eu acho que eles percebem até quando eles estão prestes a morrer (...). Ent. 10.

Ao conscientizar o paciente sobre a gravidade do seu quadro clínico e a proximidade da morte, o profissional permitirá a esse idoso o direito de lidar com situações inacabadas, perceber o sentido da vida, participar das decisões, e despedir-se dos entes queridos. E a

conversa direta e clara não quer dizer deixá-lo sem esperança, pois a esperança será a de proporcionar ao mesmo a “boa morte”.

Acredito que, com a interdisciplinaridade e os estudos constantes do movimento dos cuidados paliativos, essa realidade fique cada vez mais distante, causando um abandono na atitude maternalista da enfermagem e passe a envolver os pacientes e familiares dentro desse processo de cuidar/cuidado.

5.2.2.2 A participação da família e dos idosos nos cuidados

Existem idosos que não têm família. Há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não têm disponibilidade de tempo ou recursos para cuidar deles. Essa realidade, muitas vezes, obriga os familiares a deixá-los em casas de longa permanência ou até mesmo em unidades hospitalares. O Serviço Geriátrico onde a pesquisa foi desenvolvida possui esta característica.

*Eu fiz um estudo na época que fiz um curso de gerontologia, sobre o acompanhamento da família para o idoso (...) de noite, ou de dia, onde o familiar aqui treinava dar banho, pra quando chegar em casa, ele já ir sabendo o que fazer, como cuidar em casa (...) também ocorre muita coisa que poderia ser evitada e aí foi difícil conseguir as pessoas, foi difícil conseguir alguém que fosse disponível pra ficar aqui durante o dia, ainda com transporte, com alimentação. E foi difícil achar, tanto que eu não concluí (...) **Ent. 7.***

*Normalmente, são pessoas que têm uma renda familiar pequena e aí muitas vezes muitos colocam que não podem nem vir porque não têm o transporte, só podem vir a cada domingo, uma vez na semana e (...) é tanta dificuldade que a gente acaba deixando (...) como aqui é SUS e a família tende muitas vezes a deixar o paciente e sumir, tanto aquele que está grave como aquele que está bom (...) **Ent. 8.***

*(...) Só que o que acontece é que a família não é integrada ao paciente, ou seja, o idoso chega, fica hospitalizado e a família vem fazer uma visita raramente. São poucos aqueles que têm uma visita constante (...) infelizmente, o que observamos aqui são vários idosos sem visita, sem acompanhante, abandonados, digamos assim (...). **Ent. 10.***

Mesmo com um grande número de idosos abandonados pelas famílias, questionamos as colaboradoras se a família e os idosos participavam dos cuidados, e a maioria informou que os familiares não participavam de todos os cuidados, porque avaliam que determinados procedimentos realizados pelos familiares podem levar a complicação do quadro clínico.

As entrevistadas abordam que a família, quando presente, acompanha os cuidados oferecidos a seu ente querido, o que promoverá uma aproximação dos mesmos com a equipe, além de minimizar as dúvidas quanto ao prognóstico do idoso.

(...) A família não participa dos cuidados. A maioria dos idosos (...) com uma exceção de uma idosa que era mãe de um cuidador, que ficou envolvido todo mundo, por que o cuidador era muito bom e aí trouxe a mãe pra cá e ela estava com câncer de útero, então envolveu todo mundo sabe, é (...) ele que era filho, vinha dar assistência à mãe. Justamente na época de folga dele (...). Então, foi o único caso que eu presenciei que ficou o familiar, o familiar bastante envolvido mesmo e, nós dando o suporte básico dela, ela (...) lá nas últimas mesmo!, morrendo e a gente dando cuidado (...) **Ent. 3.**

(...) Não, a família acompanha (...) ela acompanha o que está sendo feito, tem muitas dúvidas (...). “Até onde está evoluindo? O que ainda tem que ser feito? O que pode fazer de melhor?” Tentando sempre um resultado da gente reverter aquele quadro daquele paciente. Então, eles nos acompanham, (...) em todas as medidas, a gente conversa e diz o que vai ser, o que não vai ser colocado, discutimos medicações, postura, então é um acompanhamento do familiar com a equipe (...) **Ent 5.**

(...) a família participa pouco. Ela tem liberdade porque temos um horário de visita de dez da manhã às dezessete horas. Se o familiar quiser chegar aqui às dez da manhã e só sair dezessete, quisesse participar do banho, não vai participar diretamente de cuidados como cuidar de feridas, medicação, dietoterapia, essas coisas não é permitido, mas ela teria como participar mais, porém não é o que acontece (...). Como já teve casos da família querer ficar, então, na hora das trocas (trocas de fralda), ela quis ajudar, ela ajudou (...). Então (...) não podemos permitir coisas exagerada. Entra uma família que quer ficar o tempo todo dando alimento pro paciente, isso não permitimos, por quê? Existe um posicionamento adequado e, se ficar liberando, daqui a pouco eles estão dando comida para os paciente deitado porque o paciente quer ficar deitado (...). **Ent. 6.**

(...) mas, quando se trata com a instituição, seja ela qual for, de saúde, a responsabilidade é da unidade. Então, assim, vamos dizer: o alimentar nós depois de muito observar e tudo, inibimos o máximo que pode do alimentar o idoso doente por causa dos riscos que ocorre, pela (...) dificuldade de deglutição, essa coisa toda, ele aspira, levando a uma pneumonia e antecipar ou então não antecipar, ser uma causa extra, entendeu? Então, nos cuidados de alimentação, dieta, comida ou de hidratação oral, essas coisas, nós evitamos o máximo que seja feito pelo familiar. Nós, da enfermagem, é que fazemos (...), temos auxiliares de enfermagem, e aqui ainda temos os cuidadores que também fazem esse trabalho. Então, evitamos que o familiar se envolva nisso. Mas quanto a ir passear, a um envolvimento da família que realmente muda (...).
Ent. 7.

(...) A família não participa, porque nesse processo de educar (...). O familiar vem, e se ele vê algo que ele acha que está errado, ele questiona, ele quer que alguém faça por ele, faça pelo idoso (...).
Ent. 8.

Entretanto, a entrevistada n° 7 traz que determinados sentimentos, como remorso, medo do cuidar, sentimento de culpabilidade dos familiares levam à não participação dos mesmos no cuidado, porém vale lembrar que grande parte das entrevistadas não permite tal participação da família, e isto já é um fato que dificulta essa inserção.

(...) Eles fazem assim (...) delega à família. Não sei se vamos dizer assim, a família tem um certo potencial de culpa naquilo tudo, não sei se é assim que pensa, ou eles têm medo do cuidar, de estar perto, então ele delega, não sei, (...) precisa conversar com a família, pra poder entender o que passa na cabeça dele, porque, em casa, vamos a um exemplo; em casa, ele tem aquele idoso lá, a família dele que é o pai dele, a mãe dele, seja lá quem for e que ele tem todo carinho, todo mimo. Em casa suja, ele limpa, quando se suja, ele vai lá e troca a fralda limpa, tudo, dá banho e tudo mais, não tem problema nenhum. Eu não sei o que passa na cabeça da família que aqui eles não querem fazer, ou se acha no direito de não fazer, eu não sei se é realmente remorso ou se é uma questão porque achando que tem (...) pra fazer, porque tem muitas questões assim (...)
Ent. 7.

Deste modo, Kovács (2004, p. 283) relata que:

Há indicações de que, quando a família participa mais intensamente do cuidado ao paciente, seja na unidade de cuidados paliativos ou em casa, seus membros sentem-se mais próximos e eficientes, atenuando a culpa de não se ter feito todo o possível, facilitando a elaboração do luto após a morte.

As entrevistadas nº 9 e 1 demonstraram, em suas falas, a importância da atuação da família em todos os cuidados através de sua vivência, corroborando com a citação acima, contudo, a segunda, durante o período da entrevista atuava no atendimento ambulatorial.

*(...) Eu acho sim, já trabalhei com isso e (...) é aquele negocio que você fica se sentindo útil, você está colaborando com seu familiar, constrói, você reconstrói a ligação, porque eles tinham uma relação, digamos assim, independência, e quando eles chegam ao hospital é por alguma dificuldade, até mesmo a dependência medicamentosa que eles, a família tem que se acostumar a perceber qual é o horário que (...) o cliente tem que tornar a medicação, ou que tem que fazer algum abordagem mais técnica como administrar. Administrar a dieta, então é (...) cuidados de banho, de higiene, é (...), é interessante, é importante completa o cliente e a família. **Ent. 9.***

*(...) Em alguns casos, mas na maioria dos casos, a tendência é de afastamento familiar. Eu não fico muito lá dentro ligada mais a esse lado, mas aqui na clínica eu sinto o familiar se afastando do paciente de Alzheimer, do familiar dele, do pai, da mãe ou algum outro parente mais próximo, começando a se afastar e colocar um cuidador pra cuidar do paciente. Há muitos casos, falamos que não é bom, que é bom o familiar estar ali, porque é a pessoa que ele pode até ter mais confiança, ter mais segurança, e o que ele precisa nessa fase é essa segurança, pra ele ter um conforto maior, pra ele morrer bem, ele está ali bem, ele saber que ele está tendo aquela segurança, que aquela pessoa ali do lado ele conhece e não é um desconhecido, uma pessoa nova pra ele (...)
Ent. 1.*

Nos discursos, emergiu, também, que os familiares possuem livre acesso à unidade em horário estabelecido e, quando solicitado, é permitido extrapolar os horários, atendendo, assim, ao estatuto do idoso. Todavia, percebe-se que a grande maioria dos parentes dos idosos não valoriza essa oportunidade.

*(...) Quando elas pedem, sim. É, (...) nós já tivemos paciente de cuidado paliativo que foi internado na sexta e morreu no sábado. E, nesse dia da sexta, nessa tarde o dia que ele foi a óbito, a família conseguiu a concessão, porque é de direito, que ela pode acompanhar, dormir aqui, pra você vê que atendemos o estatuto. Se os idosos têm direito de ter um acompanhante 24 horas, se a família quiser ficar 24 horas, o serviço social permite, como já teve (interrupção) (...). Então existem umas concessões. **Mas se elas tivessem o interesse, permitiríamos.** Como quando eles estão aqui, que eles querem, é um paciente que senta, e quer dar uma dieta, a gente está observando, pode ser feito (...).*

Ent. 6.

Conclui-se, através das colocações das enfermeiras e de Franco e Jorge (2002), que as instituições hospitalares não estão preparadas para trabalhar com o familiar, ou seja, não existe a sua inserção no planejamento das ações durante a institucionalização, ficando o doente longe de seu parente, induzindo-o ao padecer psíquico.

E, com algumas divergências nos discursos, podemos dizer, assim como Franco e Jorge (2002), que a enfermagem tem dado uma importância em especial para a abordagem holística, mas, na prática, muitas vezes, tem-se encarregado de contrariar essas expectativas.

Quanto à participação dos idosos nos cuidados, as entrevistadas não contemplaram essa possibilidade nos seus discursos, demonstrando, deste modo, a posição de meros expectadores dos idosos. Já a entrevistada nº 7 verbaliza a necessidade da enfermagem permitir tal participação, todavia, informa que o nível de consciência é um obstáculo que dificulta o envolvimento dos idosos nos cuidados.

*(...) Quando é consciente, ainda há condições desse doente participar, a enfermagem tem que trazer esse paciente para participar. É coisas que fazemos aqui parece que (...) nos habituamos com a coisa do velho, sabe? Criamos manias de velho (...) e começamos a perceber a hora que deve falar, a hora que não deve falar, a hora que deve trocar, a hora de trocar de posição, o que está incomodando, o que não está, se está com sede, porque, às vezes, o idoso está com sede e não consegue falar, mas manifesta aquela irritação, aquela sensação que está com sede, então oferecemos água é (...) a hora que está sujo para trocar. Ocorre (...) que, muitas vezes, ele não quer nem falar até pra não (...), como o idoso se sente incomodado de ter outras pessoas tratando dele, então, não precisa ele abrir a boca pra dizer: “Ah! Minha filha (...)”. Não, então percebemos a hora que deve ser trocado, que sujou que tem que troca (...) **Ent. 7.***

5.2.2.3 Características dos idosos

Como já vimos anteriormente, o paciente geriátrico possui algumas características, como a presença de pluripatologias (oncológicas e não-oncológicas), com tendência a cronicidade ou até mesmo invalidez. Segundo Cebrián e Jiménez (2000), é de fundamental importância perceber as doenças degenerativas nesses pacientes, pois podem ameaçar a vida e causar incapacidades físicas e/ou mentais através de uma multiplicidade de sintomas.

Portanto, essas características inserem os pacientes geriátricos nos cuidados paliativos, todavia, essa peculiaridade não deve remeter à idéia de que esses idosos estejam sempre acamados e inconscientes. Entretanto, com a proximidade da morte, conforme Burlá e Py (2004), é possível que os mesmos sejam dependentes dos cuidados, uma vez que se encontram com declínio das funções orgânicas, o que culminará em falência.

No depoimento das entrevistadas, elas percebem, com maior frequência, que o paciente idoso em condições terminais possui sempre um estado de grande fragilidade, tendo como característica a queda do nível de consciência e a imobilidade.

*(...) vi que tem idosos, (...) em paliativos que (...) estão ali com as **funções vitais restritas, com a posição restrita**, muitas vezes com infecções (...) um **idoso na cama** (...) mesmo ele inconsciente (interrupção). Ele é inconsciente, ele está fora da nossa realidade (...) **Muitas vezes, é um paciente com síndrome de imobilidade, demente, que não conversa, que não fala.** (...). **Ent. 2.***

*(...) Porque geralmente os pacientes que entram em cuidados paliativos **são pacientes bastante comprometidos, com nível de demência avançado**, entendeu?(...) **Ent. 4.***

Porém algumas se surpreenderam ao se depararem com um perfil de idosos sem possibilidade de cura que deambulam, emitem opinião e possuem um grau parcial de dependência.

*(...) já trabalhei com **paciente terminal andando**, nós perdemos a menos de um mês um paciente (...) fumante crônico que saía da internação pra ir fumar, levantava, não aceitava as ordens médicas nem de enfermagem, saía pra fumar e era terminal (...). **Ent. 6.***

*(...) mesmo em paliativos **tem idosos lúcidos** (...) Ent. 3.*

Assim, essa falta de conhecimento pode levar a condutas desnecessárias, provocando sofrimento ao paciente, como podemos perceber na declaração abaixo.

*(...) já teve várias vezes de nós revertermos os broncoespasmos já em uma parada respiratória, já chegando em (...) parada cardíaca mesmo, revertia, quando era no outro dia, ele fumava e fazia de novo, e ele era terminal, andava. **Esse era o verdadeiro paciente paliativo em que não tínhamos a consciência de que anda, entendeu?** Porque às vezes olhamos pra um paciente paliativo, paciente acamado, tanto é que ele era um paciente de suporte clínico não invasivo, que se ficou durante muito tempo questionando se ia colocar o paciente como suporte clínico invasivo ou não, ele parou, houve tentativa de reanimação sem sucesso, e aí a equipe foi discutir: **Paciente sem suporte clínico não invasivo também anda, não deveríamos ter reanimado, prolongamos o sofrimento desse paciente terminal.**(...). Ent. 6.*

Por isso, a entrevistada nº 4 e 7 relatam que os cuidados paliativos ainda causam muita polêmica e confusão na equipe, sendo importante a realização de reuniões e a inclusão de critérios para se definir melhor quais os pacientes que devem ser inseridos nos cuidados paliativos.

*(...) é uma coisa nova, que **cria muita polêmica na própria equipe. Polêmica, confusão também na cabeça** no sentido de que, **qual é o paciente indicado para cuidados paliativos?** Será que, se ele ainda fosse investido, será que ele não iria durar mais?(...) Ent. 4.*

*(...) **Tem que ter critérios mesmo, rígidos pra poder dizer: “Não, fulano é de cuidados paliativos”.** Ali todos os pacientes, lá de baixo, são (...) de alta dependência, eles já estão num nível muito grande, muito elevado de demência. Tem doenças degenerativas, diabetes, hipertensão, osteoporose, demência de Alzheimer, demência vascular, tem um bocado de coisa, ele nunca vem só (...) Ent. 7.*

É de toda verdade que é admirável e necessário o oferecimento de diretrizes gerais que venham auxiliar os profissionais em tomadas de decisões consideradas difíceis, podendo,

portanto, ser utilizadas em unidades de emergência, terapia intensiva, oncológica e principalmente em unidades de cuidados paliativos.

5.2.3 O melhor local para os idosos em cuidados paliativos vivenciarem a morte

O domicílio é o local mais apropriado para aplicação do Cuidado Paliativo, pois é o ambiente de escolha dos idosos para serem cuidados e para morrer, entretanto, a despeito deste desejo, na prática, 70% de todas as mortes ocorrem no hospital.(CEBRIÁN, 2000). A institucionalização deve acontecer apenas quando ocorrer ansiedade ou ruptura familiar; inexperiência sobre cuidados terminais na comunidade e nos sintomas de difícil controle (CEBRIÁN, 2000). Desse modo, questionar o que significa para a enfermeira a morte desses pacientes idosos no hospital permitirá revelarmos através, destes relatos, a significação que esses profissionais dão à hospitalização de idosos em condições terminais.

(...) Dependendo dos pacientes, o hospital é o melhor local para morrer. Tem pacientes que o melhor local é a casa, não é? É a casa, um ambiente familiar, o seio da família, o apoio da família, aí sim, é (...), eu acho que é a casa. Mas tem, é (...), paciente que não tem família, que são abandonados ou que tem família e não comparecem, tem um vizinho distante, aí quando falece, vem o vizinho distante, eu já vi isso. Vem um vizinho que se compadeceu, trouxe ele pra cá. O que tem família e que cuida desse paciente, e que se compromete, eu acho que é o melhor local (casa). Então, ele nem estaria dentro da unidade de paliativo, ou estaria para tratar alguma coisa e tem família que decide levar ele pra casa. Os que têm família e que abandonam, sim. Por que ele vai morrer aonde? Ele vai padecer aonde? Então ele vem pra uma unidade especializada com uma filosofia, pra uma unidade especializada em paliativos. Então, você vê muito esse abandono familiar, mas os que têm familiar que diz: "- não, eu trouxe minha mãe aqui pra tratar", aí termina ela se tratando, ou complicando, aí vai pra paliativo. Fica lá em paliativo e decide, ela vai pra casa. Poucas vezes eu vi isso, poucas vezes eu vi. Mas quando a família assume levar pra casa, eu acho que, pra mim seria o melhor local. Quando não assume, o hospital é (...). Tem um suporte claro, especializado pra tratar (...) **Ent. 2.**

(...) É a casa o melhor local para os idosos morrerem. Dentro de casa, com a família dele, digamos até assim, porque a situação constrangedora pra família, dolorida. É, vamos dizer assim, é (...), além dos vizinhos, a curiosidade, a curiosidade aquela coisa, aquela coisa do vamos dizer assim do preconceito, sei lá se é preconceito o termo, então vamos dizer assim; à medida que o doente, que a família percebesse que aquele doente não ia evoluir muito, porque ia passar por um treinamento, de um conhecimento dos sinais de qualquer alteração, então à medida, em que a família percebesse que aquele doente não viria a noite, vamos dizer assim, ele tinha até um lugar certo, pra que aquele doente entrasse, fosse num hospital, porque hospital não é lugar de morrer ninguém mas já que a condição sócio a cultura é essa, então a gente não tem pra onde correr, não tem outro lugar (...) **Ent. 7.**

(...) Pra aquele, aquele familiar, que não recebe um cuidado em casa, que tem aquele familiar que traz e que quer que ele fique aqui, que não vai cuidar dele em casa, eu acho que o hospital é o melhor lugar pra esse tipo de paciente. Pra aquele paciente que a família está ali, é (...) solícita, disponível ao que a gente coloca, querendo participar, querendo ajudar, porém isso é pouco pro que a gente tem aqui, então pra esse familiar, no momento que não tem mais resposta - o que fazer?- Tudo foi investido, eu acho que o melhor local é a casa do paciente (...) **Ent. 8.**

Kubler-Ross (1979, p. 95) concorda que deveríamos deixar os pacientes morrerem em casa no convívio das crianças que compartilharão com seus pais essas últimas semanas ou dias, no entanto, muitos familiares não estão preparados para lidar com a morte do ente querido. Alguns, melhor dizendo, poucos pacientes preferem a hospitalização durante esse processo, no intuito de preservar as crianças dessa triste realidade, privando-as, por conseguinte, da superação da morte do pai ou mãe que se torna mais difícil com a institucionalização da morte.

A entrevistada 7 questiona, também, esse afastamento do paciente do seio familiar na tentativa de esconder o processo de morte.

(...) tinha que morrer em casa, mesmo cercado dos seus parentes, com seus filhos, seus netos, bisneto, quem quisesse ver, porque não tem o que esconder, gente! Porque que afasto um doente pro hospital pra morrer no hospital?

Kubler-Ross (1979, p. 95) afirma ainda que a maioria dos pacientes teria gostado de morrer em casa, e que essa decisão fica a cargo da família e do médico, pois, se ambos discordam, quem cuidaria do paciente? Mas, a autora informa que é preciso grande esforço da equipe para modificar essa trajetória e se, mesmo assim, a família não aceitar, o hospital se torna o melhor local para eles ficarem e morrerem.

Portanto, os discursos convergiram para essa perspectiva de que é essencial que o enfermo viva o maior tempo possível em locais que forneçam um maior sentido as coisas e, como muitos são abandonados pela família, assumindo a equipe esse papel, a hospitalização, nesses casos, é a única solução. Compreendem algumas das entrevistadas que o cuidado fornecido por elas é de melhor qualidade.

*(...) Eu acho melhor, eu sinto que nós cuidamos muito melhor deles do que, sinto dizer, mas é realmente o que eu acho, nós cuidamos dele, nós somos a família deles, nós é que tratamos mesmo como avô, como pai – até, quem sabe?- somos mais a família dele do que a própria família, porque podemos fazer um equilíbrio entre a família (...). **Ent. 9.***

Apesar de algumas das entrevistadas compreenderem que os cuidados prestados por elas é de melhor qualidade, outras percebem que a relação do idoso com a família deve ser mantida e valorizada, uma vez que possuem uma história de vida, a qual jamais poderá ser desvalorizada pelo cuidado técnico-científico.

*(...) enquanto a familiar está ali perto deles conversando, falando, acariciando, eles sentem. Eu acho que é uma forma de uma ligação muito profunda, porque, por mais que nos sentimos família desse paciente, não é a mesma coisa. Isso a gente tem claro (...). **Ent. 9.***

Por fim, perante uma realidade de abandono ou de falta de recursos para cuidar do seu ente querido, os princípios dos cuidados paliativos ajudam, de forma inquestionável, na superação dessas dificuldades, esteja o paciente hospitalizado ou em domicílio.

5.2.4 Sentimentos que emergem durante o cuidado

A enfermeira exerce sua profissão de cuidadora nos dois extremos do ciclo biológico (nascimento x morte) e, portanto, a academia deve preparar esse profissional para atuar diante do processo de terminalidade. Todavia, no cotidiano das instituições hospitalares, observa-se um despreparo dos mesmos em lidar com pacientes na proximidade da morte, pois é sabido que esta única certeza da vida nos infunde medo, porque “vemos em espelho a fragilidade e a vulnerabilidade” de “nossa condição humana que não gostamos de ser lembrados” (PESSINI, 1994, p. 14). Assim sendo, surgiu nas falas das enfermeiras sentimentos vivenciados durante o cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados.

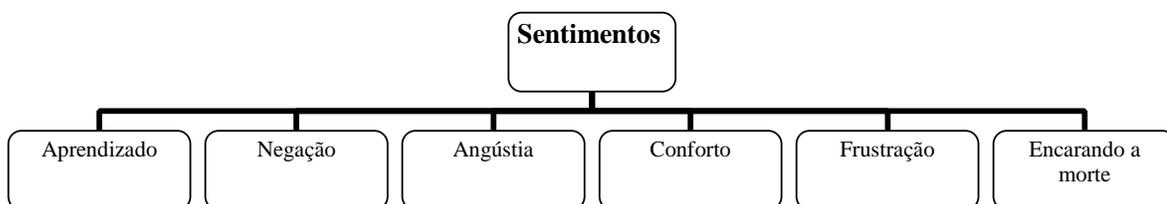


Figura 7: Sentimentos que emergem durante o cuidado

Sentimentos de angústia, negação, dor, sofrimento, frustração e incapacidade emergiram dos discursos e foram relacionados à formação acadêmica como podemos verificar. Entretanto, as colaboradoras, diante da vivência, percebem e transmutam esses sentimentos, remodelando sua compreensão sobre os cuidados paliativos para aprendizado e conforto.

(...) É complicado porque a nossa vida é uma coisa muito importante e que quando assistimos uma pessoa se aproximando da morte, ficamos sem palavras, até assim pra dizer! Porque é uma coisa complicada. Uma, que estamos numa profissão que é de cuidar, de ver a saúde, de ver aquele paciente bem, saudável e de repente vê um paciente ali em nossas mãos só com um suporte, nos sentimos incapacitados, incapaz mesmo, querendo usar até poderes sobrenaturais que não é digno, mas temos essa vontade de

abordar essas coisas. Então, pra mim, isso é complicado, conviver com isso. Porque ficamos sempre naquela expectativa de melhora. (...). **Ent. 1.**

(...) quando eu me deparei aqui cuidando de idosos eu também vi que tem idosos, (...) em paliativos que sofrem muito, que estão ali com as funções vitais restritas, com a posição restrita, muitas vezes com infecções, (...), então o sofrimento pra ele ali já está assim, pra nossa visão, já além do normal e então pra mim é muito difícil ver um idoso na cama, sabendo que ele está sofrendo, mesmo ele inconsciente (...). Mas minha visão de morte, do meu confronto, porque tem momentos que a gente vê que tem pessoas que você acha que não deveria morrer, mas tem momentos que, tem pessoas que (...) estavam lúcidos e que no momento deprimiu e que você poderia tentar salvar ou tentar, mesmo em paliativos tem idosos lúcidos. Então você realmente se apega aos idosos todos, lúcidos ou não, mas você se apega. (...). **Ent. 2.**

(...) É (...), bom, ao mesmo tempo em que provoca angústia (...), em alguns casos, por que você está vendo que apesar do paciente está ali, sentindo dor, você foi de certa forma formada, orientada pra poder tentar cuidar, assistir até o final e dando o suporte total. (...). Mas, ao mesmo tempo, nos dá um conforto em saber que tem alguns pacientes que já estão em um estado tão nas últimas, tão debilitado, que hoje em dia até pedimos: "OH! Meu Deus, tomara que (...) Deus leve logo" (...). **Ent. 4.**

(...) Num momento, apesar de conhecermos e sabermos sobre o cuidado paliativo devido à prática de enfermagem de sempre estar ali, metendo a mão, investindo e quando percebemos nosso idoso sem possibilidade pra investir, então ter que observar e apenas oferecer o conforto, isso nos dá certa **angústia**. (...) **Ent. 5.**

(...) Bom, é (...) na verdade, o cuidado paliativo pra qualquer área de atuação da enfermagem acaba sendo um grande aprendizado. (...). É o que eu falo, quando eu entrei na geriatria, eu tive que me adaptar, organizar pra entender que era preciso preparar o paciente pra ter uma boa morte (...), porque estamos acostumada a trabalhar com procedimento terapêutico em que ele vai curar, em que ele vai melhorar. Na faculdade, nós fomos treinados pra isso, ninguém se, mesmo porque, eu nem ouvia falar em cuidados paliativos, a não ser de uma forma ampla (...). **Ent. 6.**

(...) Olha! Realmente significou assim muito é (...) **amadurecimento**, eu fui me reconhecendo como profissional, como ser humano. Quando isso acontecia, pra mim

*realmente no início foi chocante e eu não esquecia. Nos dez anos eu já esqueci pelo menos a metade (risos). É (...) mas quando eu comecei, aquilo realmente me marcou, hoje eu vejo com mais tranquilidade, porque a experiência me deu essa tranquilidade, mas no início foi um algo assim que me doía, me **doía fisicamente**, era é como uma parada, uma parada cardio-respiratória é um óbito, mesmo que aquele paciente fosse ou não fosse reanimado. Porque realmente sentimos, como se fosse uma dor da perda e, no passar do tempo, eu fui é (...) fui relaxando, fui me acalmando, fui entendendo (...)* **Ent. 8.**

Segundo Gerlein e Villamizar (1992, p. 21).

As experiências emocionais que geram no trabalho em cuidados paliativos variam de acordo com nossas próprias vivências prévias de perdas em geral e com a morte em particular, assim como com os mecanismos que habitualmente empregamos para manejar as situações de crises e tensões de diferentes naturezas.

Menezes, Rachel (2004, p. 108), em sua tese de doutorado, ao investigar a proposta de construção de novas representações sociais da morte, a partir de um conjunto de práticas e discursos denominados Cuidados Paliativos, traz, nas falas dos sujeitos da pesquisa (equipe multiprofissional de uma unidade de cuidados paliativos), que o trabalho na unidade é mais desgastante e causa cansaço emocional em relação aos outros hospitais, emergindo, portanto, sentimentos de angústia e fracasso, por exemplo, porém os mesmos relatam que a assistência paliativista é gratificante e lúdica.

Percebe-se, também, que, quando existe o apego dos profissionais pelos pacientes, esses sentimentos se tornam mais intensos como nos discursos abaixo.

*(...) tem pessoas que você acha que não deveria morrer, mas tem momentos que, tem pessoas que (...) estavam lúcidos e que, no momento, deprimiu e que você poderia tentar salvar ou tentar, mesmo em paliativos tem idosos lúcidos. Então, **você realmente se apega aos idosos todos, lúcidos ou não, mas você se apega (...)**. **Ent. 2.***

*(...) **Alguns pacientes, não nego, que leva um pedaço da gente.** Tem uns pacientes que eu não tenho condição de nada porque já tem um tempo aqui, então foram. A geriatria tem uma Morada e tem pacientes que residem conosco, nós cuidamos. E alguns*

deles foram (...) eles são assim muito próximos e cria-se um vínculo tipo família realmente, é um ente querido que parte. (...). Ent. 9.

As relações especiais criadas entre profissionais e paciente no contexto hospitalar é muito comum. Franco (2004, p. 302) relata que “a morte desses pacientes provoca luto, com todas as reações próprias de luto, como se fosse por uma pessoa com a qual mantém relações de outra ordem, que não a profissional”.

Assim, esses sentimentos são profundamente humanos, principalmente quando sofremos a influência de uma cultura que torna difícil enfrentar a morte pois, como já referenciado anteriormente, torna importante retomarmos sempre a este assunto, uma vez que a dificuldade de lidar com o mesmo é grande e responsável pela não compreensão dos profissionais de saúde sobre a palição.

A morte sempre foi considerada como um processo natural e inevitável da vida, como algo inerente ao ciclo vital, no entanto, buscamos eliminá-la da nossa experiência cotidiana e passamos a enxergá-la como uma punição ou uma falha que não nos vai chegar, sendo os sentimentos e as reações perante ela naturais. (GERLEIN; VILLAMIZR, 1992).

Nessa perspectiva, Gracia (2005, p. 4) expressa:

A morte sempre produz angústia, que é um sentimento inconsciente, e como tal, dificilmente controlável pelo ser humano. Isso não é novo: aconteceu sempre. Todo ser humano tem medo do envelhecimento, da decrepitude e da morte. É possível que este medo tenha crescido com o tempo. Sobretudo, na cultura ocidental, que está baseada no critério da eficiência.

Assim, as colaboradoras encaram a morte de acordo com a religião que elas comungam, podendo ser definida como:

(...) Morte pra mim é o final? É o final do (silêncio) é o final mesmo de tudo, de tudo que fizemos, do que vivemos, do fisiológico, da pessoa. Eu não acredito em vida após a morte (...). Ent 2.

(...) aquele futuro já esperado, que é de todos, de qualquer pessoa. E aí você tem, assim, uma carga maior emocional pra essa pessoa, e tem outra coisa, isso vai até de crença e religião. Eu acredito assim, eu acho que Deus não deixou ninguém no mundo para viver com limitação. Eu te faço de acordo com o que faço com o outro que eu gostaria que fosse comigo (...) morrer ninguém quer, até aceitar a morte, mas não quer

*morrer todo espedaçado arrancando, furo aqui, um furo acolá, um aperta aqui, uma amarra aqui, ninguém quer assim, até parece que está pagando um grande pecado (...) **morrer dói e é difícil morrer, é difícil. Eu tenho ficção assim (...) da morte (...). Morte não tenho muito, quando você é praticamente da religião, pra mim a morte é uma transferência. Ah! Pra onde eu não sei (risos). Até agora eu não sei. Eu sei que fico até me perguntando pra onde é que vai, aonde é que está cabendo tanto espírito, aonde é que está. Diz aí, os antigos, os mais velhos dizem que está no céu. Eu olho pra cima (...) precisa de muita, muito céu pra ter tanta gente, principalmente, eu trabalho em dois extremos (...). Ent. 7.***

*(...) É mais firme no sentimento, porque é doloroso, a partida sempre é dolorosa, a chegada é alegre, mas a partida é dolorosa. **Uma passagem [sobre a morte]. Ent. 9.***

*(...) A morte pra mim é uma **continuação da vida**, é uma **partida**, para realmente aquele que **buscou a salvação** e realmente é o **encontro com o Pai**. Não é a morte, a escuridão, pra mim não. Pra mim é (...) a **continuação da vida**, só que será uma vida espiritual. Eu sou evangélica e interpreto dessa forma (...). **Ent. 8.***

Dessa forma, a experiência da morte é moldada culturalmente de acordo com o meio social, o que determina a maneira como percebemos, sentimos e como buscamos superá-la. E a morte dos idosos em cuidados paliativos é considerada para as enfermeiras como o alívio do sofrimento.

*(...) Olhe, para mim a morte desses idosos que estão em cuidados paliativos é (...) o fim do sofrimento. Porque por mais que proporcione o bem estar nessa última fase de vida, que tire a dor, que amenize a dor, buscando uma vida mais confortável, a morte é uma luz. (...). **Ent. 4.***

Gracia (2005, p. 5) colabora dizendo:

O homem ocidental valoriza muito a vida, coisa que não ocorre em várias outras culturas. Digo isso, para se entender por que, na cultura ocidental, vive-se de modo tão trágico o envelhecimento e a morte. Há culturas que se enfrentam com esses fenômenos de modo muito menos trágico, sem dúvida porque têm uma idéia muito diferente do que é a vida.

Assim, diante de uma atitude cultural não se deve esquecer que, com os progressos tecnológicos da medicina, a negação da morte se intensificou, porque a mesma estava associada à dor e a vida deveria ser indolor (KUBLER-ROSS, 1998). Logo, os profissionais de saúde, principalmente os médicos, foram dotados de um sentimento de fracasso e impotência perante o sofrimento dos pacientes em que a cura já não era mais possível.

Segundo Figueiredo (2005, p. 98), o modelo ocidental dos cursos de enfermagem e medicina não ensina aos acadêmicos as temáticas sobre a morte e o processo de morrer, sendo “conhecimento imprescindível a essas profissões, que no seu diário lidam com pessoas em processo de morrer e morte”.

Os trechos abaixo, retirados dos discursos das enfermeiras, confirmam esta colaboração:

(...) apesar termos sido formadas e orientadas pra cuidar até o final, mas também precisamos saber parar (...), e saber até que ponto poderemos ir naquele paciente que está sendo investindo. Então cuidados paliativos foi bom que entrou aqui, mas ao mesmo tempo por não estarmos preparadas (...) O curar. O cuidar, curando (...) como é? Cuidar curando? (...) é o que colocamos na cabeça e aprendemos que é só pra tentar salvar, curar, ver resultados, entendeu? E não assistir os pacientes indo embora (...).Ent. 4.

Quando nos formamos, aprendemos (...) que entramos na saúde pra curar e, quando começamos a trabalhar com cuidados paliativos, percebemos que a enfermagem não é curar, a enfermagem é cuidar. E os cuidados paliativos é uma prova disso (...).Ent. 6.

O cuidar, que é o cerne da enfermagem e, conforme Boff (1999, p. 33), “é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro”. Desse modo, a enfermagem vem modificando a cultura simplista e natural dada ao cuidar que era associada à valorização da cura e do tratamento farmacológico e vem dando valor a sua essência de cuidar/cuidado.

As entrevistadas nº 6 e nº 9 abordam, em seus discursos, a valorização e importância do cuidar para a enfermagem, o qual não pode estar relacionado ao tratamento médico.

(...) Conseguimos realmente valorizar na enfermagem o que é realmente o cuidar, porque, quando você trabalha para curar, você trabalha em prol de uma prescrição

médica. Você está respondendo a uma prescrição médica pra que o paciente se cure, saia e volte (...). Quando você trabalha com a parte curativa, ele pára, uma hora o paciente cura e sai, e o cuidado paliativo não (...). **Ent. 6.**

(...) Eu acho que, digamos assim, o médico tem limite de ações a nível medicamentoso, é (...) procedimentos, de mais medicamentos. Nós não, nós temos toda uma abrangência de ações que proporciona ao paciente e pra mim é tudo que eu posso fazer pra esse conforto (...) **Ent. 9.**

Colliére (2003, p. 180) afirma ainda que “em nenhum momento um tratamento pode substituir os cuidados” e que “podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidados”, pois a “abundância de tratamento máscara a maioria das vezes uma carência de cuidados”.

Então, percebe-se que, no exercício do cotidiano com pacientes idosos em condições terminais, as enfermeiras vêm buscando transformar os sentimentos face à finitude, mesmo diante de uma formação curativa, provocando, assim, um ressignificado do cuidar desses pacientes através do aprendizado e do conforto que a “boa morte” traz.

E a perspectiva antropológica vem auxiliando no entendimento desse fenômeno, apesar ainda, da forte presença do modelo curativo e biomédico.

5.2.5 Dilemas éticos e bioéticos vivenciados nos cuidados paliativos

A medicina e a enfermagem são ciências em constante renovação devido aos avanços na investigação de doenças, das novas terapias e das medidas diagnósticas, promovendo, com isso, grande benefício à humanidade através do aumento da expectativa de vida e da melhoria no estado de saúde. Todavia, para Villamizar (1992), esse avanço não tem o mesmo significado para os pacientes sem possibilidade de cura, pois os mesmos são, na maioria das vezes, condenados a viver sob intenso sofrimento e abandono.

Esse intenso sofrimento e abandono se devem, como já discutido anteriormente, aos valores hipocráticos médicos da cultura ocidental que entendiam por benefício atuar a favor da vida, mesmo que seja através do prolongamento artificial.

Gracia (2005, p. 3) cita, em sua entrevista para a revista IHU On-Line o seguinte:

Não há dúvida de que as tecnologias mudaram completamente o modo de morrer. Não há mais do que recordar as ‘técnicas de suporte vital’, que permitem suprir quase todas as funções vitais comprometidas, inclusive irreversivelmente. Não temos, porém, ilusões. Todos temos que morrer. A morte não pode ser evitada. Isso é utopia. Pode-se retardá-la, mas não evitá-la.

Nessa perspectiva, muitos questionamentos éticos e morais, além de um processo contínuo de tomada de decisões surgem perante o cuidado paliativo. Por isso, o tema denominado de dilemas éticos e bioéticos nos cuidados paliativos emergiram dos discursos das colaboradoras, confirmando, portanto, a necessidade permanente da discussão no nosso meio profissional.

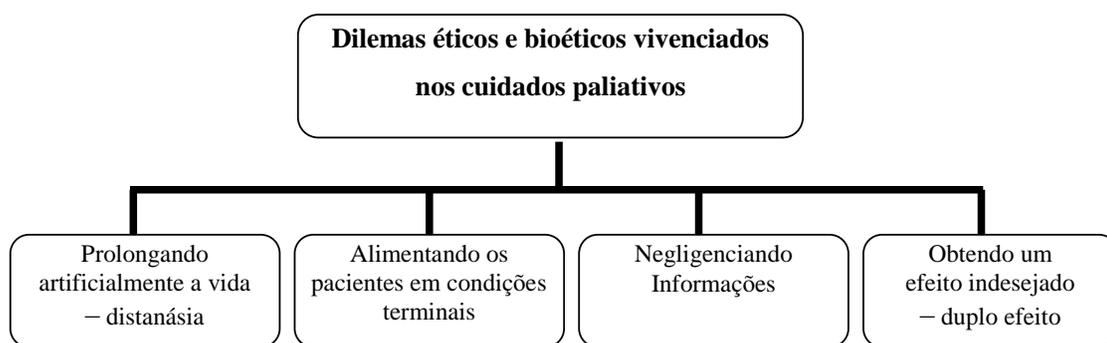


Figura 8: Dilemas éticos e bioéticos vivenciados nos cuidados paliativos

5.2.5.1 Prolongando artificialmente a vida – distanásia

A situação de prolongamento artificial ou distanásia surgiu no depoimento de algumas entrevistadas, direcionando-nos para uma grande reflexão diante da necessidade de firmarmos os cuidados paliativos na nossa sociedade.

(...) todos são possíveis de serem reanimados, então eu não faço distinção: aquele é, aquele não é. Pra mim, é importante saber por conta da equipe com quem vou trabalhar, não a enfermagem, mas digamos, médico. Se o paciente tiver parado, olha, acabou de parar, vou chamar o médico ou não vou, puxo o carrinho ou não puxo. Por que o carrinho contém todas as medicações que devem ser feitas e ele já me disse que não vai reanimar. Então, eu não vou chamá-lo pra todo aquele aparato, mas está parando, a

*enfermagem está fazendo, está atuando, está fazendo o que ela pode (...). Eu tenho uma colega que também tem uma certa experiência, ela faz: Olha, aquele dali. Eu disse: "Menina, sossegue". E aí aquele que ela disser: "Entrevistada nº9, aquele dali vai parar". Eu disse: "Então pode deixar". Então, é aquele que eu vou dar a maior atenção, a gente também já faz uma avaliação e, dentro dessa avaliação, eu disse: **Olhe, no meu período, ele não pára não, porque antes de pensar que ele vai, vou fazer todas as ações (...) da enfermagem e, a partir daí, ele vai, mas vai em outro período, não no meu, pra depois não ter que dizer " Ah! () atestado" (...). Ent. 9.***

Distanásia é o termo utilizado, segundo o dicionário Bueno (1989), para morte dolorosa e antônimo de eutanásia, a qual é definida, segundo o mesmo dicionário, como prática pela qual se procura abreviar, sem dor e sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável.

Neste estudo, não quero debater ou polemizar ou promover a eutanásia e a distanásia, mais sim a ortotanásia, definida por Pessini (2001) como "a morte no seu tempo certo", sem abreviação nem prolongamento desproporcionado do processo de morrer. O nome ortotanásia é proveniente dos radicais gregos "orthos" (reto, correto) e thanatos que denota morte.

A prática da ortotanásia tende a evitar a distanásia, que é, segundo relato de Pessini (2001), um neologismo, uma palavra nova, de origem grega, em que o prefixo grego *dis* tem o significado de "afastamento", assim, distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente, tendo como sinônimo tratamento inútil, o qual proporciona sofrimento sem reverter o processo de morrer já em curso.

Portanto, apesar da entrevistada nº 9 compreender o significado de cuidados paliativos como um cuidado de conforto: *pra mim, cuidados paliativos seria o conforto do paciente no que a enfermagem pode fazer de completo (...)*, a mesma se contradiz ao afirmar que "*Olhe, no meu período, ele não pára não, porque antes de pensar que ele vai (...) vou fazer todas as ações (...) da enfermagem e, a partir daí, ele vai, mas vai em outro período, não no meu, pra depois não ter que dizer, ah! (...) atestado*". Suponho que esta atitude, talvez impensada, venha contribuir para os idosos em condições terminais, prolongando o processo de morrer, submetendo-o a um grande e desnecessário sofrimento.

Nesse contexto, Gracia (2005, p. 3) expressa:

Deveríamos estar muito satisfeitos, por ter conseguido chegar a ter esperança de vida média muito alta, de uns oitenta anos, e geralmente com uma boa qualidade de vida. Não creio que se possa pedir mais à vida. Chegou o momento de educar a população

para quando chegar a esta idade elevada, quando já viveu um tempo que parece razoável, que renuncie às técnicas de suporte vital.

Pode-se inferir, sob o ponto de vista da bioética, que houve a infração da não-maleficência, um dos princípios da trindade ética que implica em não causar danos e sofrimentos desnecessários aos pacientes ao longo do curso de tratamento instituído, o que é obrigação dos profissionais de saúde.

Vale lembrar que no Art. 46 do capítulo V do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem há uma orientação contra a eutanásia e a distanásia, uma vez que proíbe os profissionais de: *promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.*

Esslinger (2003), em sua tese de doutorado, intitulada “O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade” talvez justifique essa ação quando a mesma reflete a partir das observações da posição da enfermagem no cenário em que: “Parece que há uma rotina na qual as tarefas, muitas e de grande responsabilidade, ficam associadas ao não errar e o não errar fica associado ao não deixar o paciente morrer (...)”.

Portanto, acredito que essas afirmações colocadas pela colaboradora refletem a sua vontade de manter a vida não ocorrendo as ações que caracterizaram a distanásia, pois a equipe desse Centro Geriátrico vem estudando muito sobre os cuidados paliativos e participando de oficinas de sensibilização para o cuidado de idosos em condições terminais.

5.2.5.2 Alimentando os pacientes em condições terminais

Outra questão que surgiu na fala de uma entrevistada e que é ainda situação de muita discussão foi o suporte nutricional oferecido ao paciente em fase terminal que se nega a recebê-lo.

(...) passa o tempo o paciente não quer comer, mas eu digo não vai ficar sem comer. Segundo a literatura, se o paciente não quer, não deve comer, que não se deve dar, aí eu me pergunto: “vai morrer de fome?”. Eu acho que a pessoa pode querer morrer, agora

precisa morrer de fome? Mas não é que o outro esteja errado não, é que ainda, a minha idéia não amadureceu ou como a idéia de qualquer pessoa é necessário amadurecer essa idéia de cuidados paliativos, assim (...) então, tem que clarear mais (...) **Ent. 7.**

Pessini (2004, p. 193) cita que “a opinião tradicional dos *hospices* é que quando o paciente não quer mais se alimentar ele não deveria ser forçado a tal”. Caponero e Vieira (2005) comentam também que no contexto da situação terminal, freqüentemente, a alimentação enteral, método bastante identificado e utilizado na unidade, tornar-se fútil, além de causar, em algumas situações, náuseas, estase gástrica, distensão abdominal, diarreia, dentre outras. Deste modo, a dietoterapia forçada pode levar a um prolongamento sofrível aos pacientes.

Logo, acredita-se que estudos de atualização continuados realizados na Unidade Geriátrica com os profissionais poderão levar a uma modificação na cultura de que é necessário manter a alimentação desses pacientes, uma vez que a inapetência e caquexia dos pacientes se devem à progressão da doença.

5.2.5.3 Negligenciando informações

O Art. 26 do capítulo IV do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem informa que é dever dos profissionais *prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequência que possam ocorrer, assim como, colaborar com a Equipe de Saúde no esclarecimento do cliente e família sobre seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e consequência que possam ocorrer, conforme o Art. 30.*

Portanto, o paciente e a família devem receber informações claras, objetivas e compreensíveis, adaptadas à sua condição cultural sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, tendo o paciente o direito de consentir ou recusar as condutas a serem realizadas.

Os depoimentos abaixo revelam que as colaboradoras não emitem e não concordam em informar aos pacientes idosos sobre o seu estado de saúde e a brevidade da morte.

(...) Ela não precisa saber que está com doença terminal, não precisa saber que está com os dias próximos, não precisa saber que a doença dela não tem cura, ela não precisa saber de nada disso (...) **Ent. 7.**

(...) É [pausa], os pacientes eu acho que não devem ser informados sobre o quadro clínico, eles não têm assim, não têm essa conhecimento, eles podem até ter desconfiar, (...). Como eles são pessoas sábias, eu acho que eles percebem até quando eles estão prestes a morrer (...) **Ent. 10.**

Essa situação de não informar aos pacientes sobre o seu estado de saúde, além de infringir o princípio da autonomia conhecido como princípio do respeito ao direito e à vontade da pessoa de se auto-governar, pode estar relacionado, também, à atitude cultural e paternalista, característica dos países latino-americanos de fazer uma “leitura emocional da verdade médica com a intenção de proteger o paciente”. Os países anglo-saxões, ao contrário, vão na “direção da verdade objetiva dos fatos”. (PESSINI, 2004).

Gracia (2005, p. 5) relata que:

A verdade é um preceito moral muito forte. Em princípio, respeitar as pessoas passa por não mentir a elas, isto é, dizer a verdade. A ruptura da veracidade só pode fazer com exceção, em situações muito extremas, quando temos justas razões para pensar que dizer a verdade vai ser incompatível com o respeito à sua dignidade.

Entretanto, no trabalho com idosos em condições terminais, é possível identificar situações em que o princípio da autonomia pode ser desobedecido totalmente ou parcialmente, uma vez que os pacientes podem ser acometidos por alteração da função cognitiva, como nas demências, passando para a família ou responsável legal o direito de saber e de decidir.

Todavia, por mais difícil que seja a comunicação da verdade nessa situação, o princípio da veracidade deve ser respeitado, pois, segundo Pessini (2004), este princípio é o “fundamento da confiança nas relações interpessoais”, porque beneficia o idoso e família (princípio da beneficência) por possibilitar a participação na tomada de decisões (autonomia),

Gracia (2005, p. 5) contribui ainda relatando o seguinte:

Há vezes em que dizer a verdade pode ferir como uma punhalada. Entretanto, é preciso levar em conta que dizer a verdade é um processo muito complexo, e não consiste simplesmente em comunicar ao paciente, por exemplo, que tem um carcinoma (um tumor epitelial ou glandular). A comunicação com uma pessoa é sempre um processo que requer tempo, e, além disso, clima adequado, relação

humana, com boa relação emocional. Só dessa maneira a comunicação de algo, sobretudo se é uma má notícia, pode ser feita de modo humano e digno.

5.2.5.4 Obtendo um efeito indesejado - duplo efeito

O princípio do duplo efeito é caracterizado quando uma ação de cuidado é realizada e acarreta efeitos negativos para o paciente. Um fato comum nos cuidados paliativos ocorre quando há necessidade da analgesia e sedação para os pacientes com dor intensa, dificuldade respiratória, ansiedade, agitação e confusão aguda e, após a administração de drogas como a morfina, que pode produzir efeitos como diminuição dos níveis pressóricos ou depressão respiratória, o paciente evolui a óbito. Isso é um exemplo do efeito indesejado.

Essa situação foi evidenciada no discurso que segue abaixo, da entrevistada nº 3, ressaltando que o principal objetivo foi de aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida, sendo oferecido todo um acompanhamento para o paciente.

(...) teve uma paciente mesmo que estava com bastante dor e tinha morfina, se necessário, prescrito. Então, foi administrado morfina e, aos poucos, a idosa foi (...) a PA ficou inaudível, foi evoluindo para óbito, mas ali estávamos sempre em cima, prestando a assistência devida, mesmo sabendo que era cuidados paliativos, todo mundo ficou em cima, prestando a assistência devida (...). Ent. 3

Portanto, o princípio do duplo efeito ocorre quando uma terapia que representa o maior bem possível (ação boa) e é empregada com a finalidade direta de causar um efeito positivo, porém suas conseqüências (efeito colateral) podem levar a situações negativas. (PESSINI, 2004).

Por fim, compreende-se que os cuidados paliativos adequadamente estruturados, com diretrizes estabelecidas para as tomadas de difícil decisão, têm uma importância fundamental para os pacientes idosos em condições terminais, pois, conforme Gracia (2005, p. 6), os cuidados paliativos não evitam a eutanásia, mas diminuem sensivelmente o seu pedido.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O meu caminho na busca para compreender o significado do cuidar/ cuidado paliativo de idosos hospitalizados pelas enfermeiras deveu-se à minha inquietação diante da experiência profissional. Percebi, no transcorrer deste estudo, a impossibilidade de emitir um olhar imparcial sobre a temática, uma vez que desejava encontrar o véu que cobria as minhas indagações.

Com base nos referenciais da história oral e da antropologia cultural, desenvolvi a análise e interpretação dos relatos das enfermeiras de uma Unidade de Cuidados Paliativos em geriatria, que proporcionaram o desvelamento do significado do cuidar/cuidado paliativo com idosos hospitalizados.

Os resultados encontrados e apresentados nos capítulos anteriores permitiram a afirmação de que as enfermeiras ainda estão em plena construção da compreensão do cuidar/cuidado da terminalidade do idoso hospitalizado. Como consequência, alguns dilemas éticos e bioéticos, conflitos de valores e contradições foram identificados na fala das entrevistadas, pois é impossível dissociar os aspectos históricos e culturais imersos no cotidiano dos profissionais de saúde, diante da prática dos cuidados de enfermagem ao paciente terminal.

Acredita-se que a influência da formação curativa ainda se encontra fortemente ligada às dificuldades encontradas para a compreensão fidedigna dos princípios e das filosofias dos cuidados paliativos, realidade já consolidada nos países da Europa e de origem do movimento *hospice* moderno.

Entretanto, o aprofundamento teórico sobre a temática pela equipe multidisciplinar vem permitindo uma modificação na visão cultural sobre o processo de morte e morrer; e dos cuidados que envolvem estes idosos hospitalizados e sua família.

A escolha do suporte teórico-filosófico da história oral e da antropologia cultural permitiu-me entender, com mais clareza, muitas dúvidas que surgiram no decorrer do estudo, as quais me ajudaram a vislumbrar novas propostas de trabalho para o Cuidado Paliativo de idosos que ainda é tão pouco divulgado.

A realização deste estudo me concedeu a oportunidade de melhor compreender meus anseios frente ao cuidado fornecido aos idosos na proximidade da morte, subsidiando futuras

intervenções e divulgações necessárias, além do crescimento pessoal de vivenciar nestas histórias contadas pelas enfermeiras seus anseios, seus sentimentos, suas dificuldades que, muitas vezes, também são as minhas.

O crescimento profissional adquirido sobre a antropologia cultural e a metodologia da história oral favoreceu a compreensão da sua utilização na pesquisa em enfermagem, facilitando esta abordagem nas pesquisas futuras.

As grandes temáticas identificadas através dos discursos permitiram alcançar o objetivo proposto para compreender o significado que as enfermeiras do cuidar/cuidado paliativo do idoso hospitalizado têm.

Os cinco grandes temas foram: *significado de cuidado paliativo; a família e os idosos nos cuidados paliativos; o melhor local para os idosos vivenciarem a morte, os sentimentos que emergem durante o cuidado, os dilemas éticos e bioéticos vivenciados nos cuidados paliativos com pacientes idosos.*

Em relação ao primeiro tema, ***significado de cuidado paliativo***, abstrai das narrativas como as enfermeiras consideram o cuidado paliativo de idosos hospitalizados: cuidado de conforto, cuidado para boa morte, cuidado psicobiológico, cuidado multidisciplinar. Compreendi que elas percebem o cuidado paliativo através de alterações nas esferas biológica e psicológica, as quais necessitam da participação de uma equipe multidisciplinar para alcançar o cuidado de conforto para a boa morte desses pacientes.

Ressaltam-se algumas contradições, dilemas e conflitos emergidos dos discursos que confrontam com a trindade bioética e com os princípios e a filosofia dos cuidados paliativos, tornando o cuidar/cuidado desses idosos permeado de sofrimento. Talvez isso se deva à dificuldade de aceitar a morte e a impotência diante da mesma.

Por outro lado, Silva (1997, p. 24) relata que o processo de construção do saber nem sempre é tarefa fácil, pois precisaremos optar por caminhos, os quais poderão ir de encontro a nossas crenças e valores estabelecidos, que compõem a verdade, tida como única e inabalável, mas vale lembrar que a realidade social não é única no tempo e no espaço a ponto de não permitir variações individuais e coletivas.

O segundo tema, ***a família e os idosos em cuidados paliativos***, tratou da participação da família e dos idosos nos cuidados, assim como as más notícias dadas aos mesmos. Ficou evidente que é preciso existir um maior conhecimento por parte desses profissionais para compreender a importância da participação do idoso e da família no desenvolvimento dos

cuidados, uma vez que essa prática favorece uma sensibilização e reaproximação das famílias, (considerando o grande número de idosos abandonados), estreitando os laços nas relações fragmentadas.

É seguro que os profissionais estão mais capacitados tecnicamente para executar esses cuidados, porém isto é o que menos importa nessa fase, sendo, na verdade, a dedicação e o afeto proporcionado pelos familiares o aspecto de maior valor para esses pacientes. Não quero aqui dizer que essas profissionais não exerçam esse cuidado com carinho, pois evidenciaram-se, em muitos relatos, sentimentos de profunda sensibilidade, preocupação e solidariedade.

A comunicação da má notícia é um dos momentos de maior desconforto para os sujeitos do estudo, como demonstramos na segunda temática, e lidar com as reações dos familiares é um dos grandes impasses para a equipe de saúde, porém, todos os familiares são informados sobre o agravo da doença tanto pela enfermeira, quanto por outros profissionais. E, em alguns casos, em que os familiares estão mais fragilizados, existe uma mobilização e um envolvimento da equipe interdisciplinar no sentido de ajudar. Por outro lado, nos discursos das colaboradoras, os pacientes não são informados sobre o agravamento do seu quadro clínico, mesmo assim, elas acreditam que no íntimo, todos têm conhecimento disso.

Esta situação polêmica de esclarecer ao paciente e à família sobre o tratamento paliativo confronta, muitas vezes, com os valores e as crenças dos profissionais de saúde, ocasionando, no caso do não cumprimento dos direitos legais e morais do paciente, receber informações completas e verdadeiras acerca da sua condição. Portanto, ele perde a sua autonomia, e “o fato de contar a verdade ao paciente significa que o reconhecimento de sua autonomia e liberdade prevaleceu sobre a fragilidade que a doença e a proximidade da morte podem provocar” (SANTOS; MASSAROLO, 2004).

Com relação ao terceiro tema, *o melhor local para os idosos em cuidados paliativos vivenciarem a morte*, as enfermeiras foram unânimes em dizer que o melhor seria morrer em casa, ao lado da família, todavia, destacaram que, diante da realidade do grande número de idosos abandonados pelos familiares, quer pelas dificuldades financeiras vivenciadas, quer por outros motivos, nesse caso, o hospital seria o local mais adequado para esses idosos obterem a “boa morte”.

Quanto ao quarto tema, *sentimentos que emergem durante o cuidado*, percebemos que as enfermeiras são tomadas por sentimentos de angústia, negação, frustração, aprendizado

e desconforto perante o cuidado no processo de morte e morrer, encarando a morte de acordo com os aspectos religiosos e culturais.

Este estudo, pretende contribuir para um reflexão sobre a prática de profissionais de saúde que cuidam de idosos na proximidade da morte e, em especial, a enfermagem. Em verdade, apenas com o conhecimento e a compreensão da gerontogeriatría e da experiência vivida ao longo da vida pessoal-profissional é que os profissionais poderão interagir diante de uma proposta de oferecer uma melhor assistência, englobando as diferentes esferas de cuidado.

Com base nos resultados deste estudo, considero de extrema importância para a formação dos profissionais de enfermagem uma abordagem maior e mais profunda dos “fatos e dos valores” inerentes ao cuidado de idoso sem perspectiva de cura, principalmente no que diz respeito aos aspectos da morte e do morrer. Reafirmo, por conseguinte, o paradigma do cuidado voltado para a bioética que, segundo Gracia (2005, p. 4),

(...) tem como função principal educar os profissionais no melhor manejo do mundo dos valores, sem esquecer que nossas obrigações morais consistem sempre na realização de certos valores e na prevenção de outros. Não há deveres sem valores. O dever é sempre a realização do valor.

No que se refere ao quinto e último tema, *dilemas éticos e bioéticos vivenciados nos cuidados paliativos*, as colaboradoras se deparam, em sua prática com situações que refletem negativamente a integralidade do indivíduo idoso, demonstrando, portanto, que os valores antropológicos da cultura ocidental direcionam a conduta revelada nos depoimentos.

Embora tenha a certeza de que este trabalho não pretende esgotar a temática, acredito que o mesmo propiciará aos profissionais de enfermagem um maior aprendizado por meio das histórias daqueles que vivenciam o processo de terminalidade de idosos hospitalizados e que revelaram sentimentos e preocupações na busca de um cuidado adequado para uma população que tende a um crescimento acelerado.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 202 p.

_____. **Manual de história oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 236 p.

AMÂNCIO, A.;CAVALCANTI, P.C.U. **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. 328p.

ARIAS, M.D.; ORTIZ, A.P. **Cuidados paliativos**: la bioética em el âmbito de los cuidados paliativos. 1ª ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. 207-214 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1994. 227 p. Título original: *L'Analyse de Cotenu*.

BERGER, L. Agir de acordo com suas crenças e valores. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas**: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995, p. 503-541.

_____. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas**: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995, p. 123-155.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humanizar**. Disponível em: www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37. Acessado em: 09/10/2003.

BOEMER, M.R. **A morte e o morrer**. 3. ed. Ribeirão Preto: Holos, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANDÃO, C. Dor, câncer e cuidados paliativos: uma nova abordagem. **Rev. Prática Hospitalar**. Ano VII, n. 41, set-out. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Mortalidade proporcional entre idosos segundo grandes grupos de causa, macro-região de residência e ano**, 1998, 2000. Disponível em <http://www.cpqrr.fiocruz.br/nespe/Content/Mortality/Tendencia/Tendenci.pdf>. Acessado em: 05/04/2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle dos sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BREITBART, W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 209-228.

BRICOLA, S. O tratamento farmacológico da dor no idoso. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR. São Paulo.7. **Anais**. São Paulo. out/ 2005.

BUENO SILVEIRA, F. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 11. ed. Rio de Janeiro: FENAME, 1980.

BURLÁ, C. In: Elizabeth Viana de Freitas. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 733-739 p.

BURLÁ, C. e PY, L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 125-132.

_____. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Elizabeth Viana de Freitas. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CÁRDENAS, A.S.; PÉREZ, M.B.G. Controle dos sintomas respiratórios. In: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 79-84.

CÁRDENAS, A.S; SEDANO, M.N.D. Controle de sintomas neuropsicológicos. In: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 85-92.

CÁRDENAS, A.S. et al. Controle dos sintomas digestivos. In: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 69-78.

CARDOSO, C.; TIZIANI, C.G. **Desinformação aumenta sofrimento**. São Paulo: Folha Treinee, 2002. Disponível no site <http://www1.folha.uol.com.br>. Acessado em: 19/01/2005.

CARO, S.B. et al. Cuidar personas enfermas o curar enfermedades. In: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000, 23-31 p.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica, terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. 447 p.

CARVALHO, M.V.B. **O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer**: uma atitude fenomenológica. São Paulo. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

_____. O cuidado paliativo e sua abordagem em pediatria. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR. São Paulo.7. **Anais**. São Paulo. out/ 2005.

CEBRIÁN, C.M.; JIMÉNEZ, E.P. Cuidados paliativos en geriatría. In: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000, 117-123 p.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 3ª Tiragem. Tradução por Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel, 1999. Título original: *Promouvoir la vie*.

_____. **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2. ed. Tradução por Sílvia Ventura; Ana Filipa Oliveira; Fernanda Oliveira; Lúcia Silveira. Lisboa: Lusociência, 2003. Título original: *Soigner... Le premier art de la vie*.

CUCHE, E. et al. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Tradução: Viviane Ribeiro. Bauru: EDUSC, 1999. 260 p. Título original: La notion de culture dan las sciences culturales.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência Hospitalar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1): 7-14, 2004.

ESSLINGER, I. **O paciente, a equipe de saúde e o cuidador**: de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003. 397 p.

FIGUEIREDO, M.T. Humanização da Finitude do Homem - Cuidados Paliativos. **Rev. Prática Hospitalar**. Ano VII, n.41, set-out/2005.

FILHO, J.M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos **Rev. Saúde Pública**, 34 (6): 6-7, 2000.

FILIZOLA, Carmem Lúcia Alves; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. Emotional involvement to the nursing team: reality or myth? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 5, n. spe, p. 9-17, may 1997. ISSN 0104-1169.

FRANCO, M.C. et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y.F.; FRANCO, M.C. (Org.). **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

FRANCO, M.C.; JORGE, M.S.B. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In: ELSSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p.181-98.

FRANCO, Maria Helena. Cuidados Paliativos e o Luto no Contexto Hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 301-304.

FREITAS, H. M. R. **Análise léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sphinx; Sagra Luzzatto, 2000. 176 p.

GEORGE, J.B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, J.B.; (Col.) **Teorias de enfermagem**: Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

GERLEIN, C.; VILLAMIZR, E. El estrés em el equipo de cuidados paliativos In: BEJARANO, P.F.; JARAMILLO, I. **Morrir com dignidad** – fundamentos del cuidado paliativo – atencion interdisciplinaria del paciente terminal. Colombia: Amazonas Editores, 1992. Capítulo. 13.

_____. La comunicación com el paciente terminal y su família. In: BEJARANO, P.F.; JARAMILLO, I. **Morrir com dignidad** – fundamentos del cuidado paliativo – atencion interdisciplinaria del paciente terminal. Colombia: Amazonas Editores. Capítulo 22, 1992.

GERMANO, R.M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez; 1993. 73-78 p.

GIL, B. **Enfermería geriátrica**: Clínica y Práctica. Madrid: Paradigma Tec. S.L. 1994.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. Aprendendo a cuidar de pessoas em condição terminal. In: Py, P (org). **Finitude**: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Assistência de enfermagem ao idoso ambulatorial em uso de medicamentos baseada na teoria de cuidado transcultural de Leininger. Simpósio Internacional - Famílias em situação de risco. Rio Grande do Sul. Novembro, 2004.

_____. O cuidar/cuidado do idoso doente/fragilizado com o seu familiar cuidador - fundamentado na teoria de Madeleine Leininger. Santa Catarina: **Revista Texto e Contexto**. v. 1, n. 2, maio/agosto, 2000.

GRACIA, D. Uma reflexão sobre a autonomia contemporânea em relação à morte. **Revista IHU On-Line**, 2005.

GREETZ, C. A interpretação das culturas. São Paulo: LTC, 1989, p. 323.

HERNANDEZ, Fernando. **Transgressão e mudança na educação**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

IBGE. **Pirâmides populacionais** – Brasil - anos censitários – 1950 e 1996. Rio de Janeiro – RJ; 1997.

_____. **Proporção da população residente de 60 anos ou mais de idade**, segundo os municípios das capitais – 2000. Rio de Janeiro – RJ, 2000.

LARAIA, R.B. **Cultura um conceito antropológico**. 17. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LELOUP, J.Y. **Cuidar do ser: Fílion e os terapeutas de Alexandria**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

_____. J.Y. **Além da luz e da sombra: sobre o viver, o morrer e o ser**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papalivros, 1999.

LLORENTE, M.D.; ERRANDONEA, B.B. Princípios generales del control de sintomas. El Dolor. In: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 55-68.

LOPES, L.F. et al. **Aspectos da humanização no tratamento de crianças na fase terminal**. Disponível em: <http://www.cirurgiareparadora.com.br/hum1.html>. Acessado em: 20/03/2003.

KALACHE, A. et al. The ageing of the world's population. A new challenge. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 21, n.3, June, 1987.

KOTTAK, C.P. **Antropologia: uma exploração de la diversidade humana com temas de la cultura hispana**. 6. ed. Espanha: McGraw-Hill, 1994. p. 536

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e morrer**. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

_____. E. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. Tradução: W. dias da Silva; Tereza Kipnis. São Paulo: Martins Fontes, 1979. Título original: *Question and Answers on Death and Dying*.

KOVÁCS, M.J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: CASSORLA, R.M.S. (Coord.). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 79-103.

_____. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: Psico-oncologia no Brasil. **Resgatando o viver**. São Paulo: Summus; 1998. p.159-185.

_____. Comunicação nos Programas de Cuidados Paliativos: uma Abordagem Multidisciplinar. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 263-272.

MARIGORTA, J. Eutasia versus Cuidados Paliativos. **Rev. Bioética Web**. Universidad de Valparaíso, 2005.

MARTIN, Bicudo M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. Fundamentos Básicos. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTIN, L.M. A ética e a Humanização Hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 31-49.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

MENDES, M.M.R. **Enfermagem gerontológica e geriátrica** - do estado da arte no Brasil a uma proposta para o ensino de graduação. Ribeirão Preto, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1989.

MENEZES, M. R. et al. Bioética Del cotidiano y el cuidado Del anciano. **Gerokomos**, v. 9, n. 2, p. 98-73, mayo 1998.

MENEZES, M. R., 1999. **Da violência revelada à violência silenciada**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

MENEZES, Rachel. **Em busca da “boa morte”**: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos. Rio de Janeiro; 2004. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MEIHY, J.C.S.B. **Canto de morte Kaiowaá**. História oral de vida. São Paulo: Loyola, 1991.

_____. **Manual de história oral**. 20. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 86 p.

MINAYO, M.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998, 269 p.

MONTENEGRO, A.T. **História oral e memória**: a cultura popular revisitada. 3.ed. São Paulo: Contexto, 1994.

MONTERO, S.P. et al. Cuidados Paliativos: Principios y filosofía en cuidados paliativos. In: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. 1. ed. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. 33-40 p.

ORTIZ, J.S. et al. Manual de **Cuidados Paliativos**. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (**SECPAL**). Guías y Manuales del Ministério de Sanidad y Consumo 1993. Ed Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica P1 del Prado 18-20 Madrid. Autores: Jaime Sanz Ortiz, Xavier Gómez Batiste, Marcos Gómez Sancho y Juan Manuel Nuñez Olarte.

MORAES, M.F. **Câncer e velhice no Brasil**. Disponível em: www.inca.gov.br/rsc/n_43/v01/editorial.html. parte 6. Acessado em: 16/06/02.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília.MS, 2000. (Mimeo).

NEVES, L.A. **Memória e história**: desafios da pesquisa interdisciplinar na produção do documento oral. Tramas da memória e da história: interdisciplinaridade e história oral. Disponível em: www.ufop.br/perpectivas/anais/ME02.htm às 24:00. Acessado em: 10/01/05.

OLIVEIRA, C. Atuação da enfermagem face ao idoso hospitalizado. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, 1: 40-61, 1983.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p.

PAVANI, Neusa Júlia P. Dor no câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, n. 12, 2000.

PETROIANU, A & PIMENTA, L.G. **Clínica e cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1999. 559p.

PIVA, J.P. e CARVALHO, P. R. A. **Considerações ética nos cuidados médicos do paciente terminal**. Disponível em <http://www.ctm.org.br/revista>. Acessado em 21/03/2001

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 167 p.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE. C. P. **Problemas atuais da bioética**. São Paulo: Loyola, 1991.

_____. **Como lidar com o paciente terminal**. 5. ed. São Paulo: Santuário, 1994.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a Vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2001.

_____. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PY, L. (org.) **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia**. Rio de Janeiro: NAU, 1999.

WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M; MEYER, D.E. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

RABUSKE, E.A. **Antropologia filosófica**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

RAMOS, C.M.H. **Manejo da dor no câncer: conhecimento do enfermeiro**. Salvador, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

REINALDO, A.M.S. **Conhecendo o itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico**. Ribeirão Preto, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

RODRIGUES, N.C. Prefácio. In: PY, L. (org.) **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia**. Rio de Janeiro: NAU; 1999.

RUIPÉREZ, I e LLORENTE, P. **Geriatría: guia prático de enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed McGraw-Hill; 2002, 391p.

SANCHO, M.G. **Cuidados paliativos e intervención psicosocial em enfermos de câncer**. Lãs Palmas: ICEPS, 1988.

SANTANA, Ana Dulce Azevedo. **Cuidados paliativos ao doente oncológico terminal em domicílio: representações sociais da família**. Salvador, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica à razão indolente**. Contra o Desperdício da Experiência. São Paulo: Cortez; 2000, p. 27.

SANTOS, S.S.C. **Textos envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 2001.

SAKAMOTO, L.H. A outra face do cuidar: como o ensino médico pode mudar a assistência às crianças com câncer sem possibilidade de cura. **Rev. Prática Hospitalar**. Ano VII, n. 41, set-out/ 2005.

SILVA, Alcione Leite. **Cuidado transdimensional**: um paradigma emergente. Florianópolis, 1997. Tese (Doutor em Filosofia de Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1997.

SILVA, L.M.G. **Aspectos éticos e cuidados paliativos**. Disponível em: www.rsbcancer.com.br/rsbc. Acessado em 10/05/2001.

SILVA, Maria Julia Paes. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, Y.F.; FRANCO, M. C. (Org.). **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

SILVA, Y.F. Antropologia Médica, da doença ou da saúde. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Org.). **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

SIQUEIRA, J. E. Bioética na terminalidade da vida. **Boletim da Sociedade Brasileira de Bioética**. Ano 2, n. 4, out. 2000.

SMELTZER, S.; BARE, B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Volume 1.

SOARES, W.E.N. Câncer no Idoso - o que há de novo? **Rev. Sergipana de Medicina**. Disponível em: <http://www.infonet.com.br/advanced/MEDSITE/revista/revista.htm>. Acessado: 14/08/2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VILLAMIZAR, E. Sintomas Gastrointestinais. In: BEJARANO, P.F.; JARAMILLO, I. **Morrir com dignidad** – fundamentos del cuidado paliativo – atencion interdisciplinaria del paciente terminal. Colombia: Amazonas Editores. 1992. Capítulo 13.

VILLAS-BÔAS, M.E. **Da eutanásia ao prolongamento artificial**: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

Anexo 1 – Parecer emitido pela Comissão de Ética



HOSPITAL SANTO ANTÔNIO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CEP - 021

Salvador, 28 de março de 2005.

Sra. Juliana Bezerra do Amaral
Pesquisadora Responsável

Prezada Senhora:

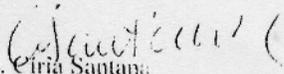
Cumpre-nos informar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio aprovou o Projeto de Pesquisa nº 03/05, intitulado **“O significado do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados: História Oral de Enfermeiras”**, na reunião do dia 14 do corrente.

Conforme acordado na discussão com os membros presentes, fazemos as seguintes recomendações:

- Rever a necessidade de orçamento, já que não é um projeto financiado e inserir um cronograma de realização das atividades, importante para averiguação do tempo hábil para realização dos mesmos;
- Observar algumas citações do termo enfermeiro ou enfermeira (atenção para a questão do gênero).

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado relatório periódico até 14/09/2005 (6 meses após aprovação) ou relatório final, se o término ocorrer antes dessa data.

Atenciosamente,


Dra. Círia Santana
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Do Hospital Santo Antônio

TABELIONATO DO 10º OFÍCIO DE NOTAS

Apêndice A – Carta Convite aos Colaboradores da Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

Sr. (a).

Vimos através desta convidar-lhe para participar da pesquisa que será realizada pela Mestranda Juliana Bezerra do Amaral, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com o objetivo de “Compreender o Significado para as Enfermeiras do Cuidar/Cuidado Paliativo de Idosos Hospitalizados”.

Portanto, sua participação torna-se indispensável para a construção desta pesquisa. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e terá apenas fins científicos, podendo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento se assim o desejar, sendo que será preservada sua identidade na pesquisa e quaisquer outros dados que possam identificar-lhe.

Desde já agradecemos sua valiosa colaboração.

Atenciosamente,

Juliana Amaral

Apêndice B – Termo de Consentimento informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Título: O significado do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados: História oral de enfermeiros.

Pesquisadora: Juliana Bezerra do Amaral

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria do Rosário Menezes.

Objetivo: Compreender o significado para as enfermeiras do cuidar paliativo ao idoso hospitalizado.

Considerando que fui devidamente esclarecido (a) sobre o tema e objetivos da pesquisa pelo pesquisador e por se tratar da coleta de dados mediante entrevista gravada para fins acadêmicos, elaboração de dissertação de mestrado do Curso de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal da Bahia, eu _____
_____ confirmo minha aceitação em participar da pesquisa, prestando as informações solicitadas. Declaro estar ciente de que estas serão utilizadas, somente, para fins científicos, sendo que não terei meu nome divulgado na pesquisa, nem quaisquer outros dados que possam me identificar.

Abdicando de direitos sob a parte não relacionada, o que faço também aos meus dependentes, subscrevo a presente carta.

Salvador, _____ de _____ de 2005

Assinatura _____

Apêndice C – Roteiro da entrevista

- **Identificação** (idade, sexo, religião, tempo de formação, formação profissional, tempo de atuação em cuidados a idosos, turno de trabalho, local de nascimento, endereço);
- **Fale a respeito do que significa para você o cuidar/cuidado paliativo de pessoas idosas hospitalizadas?**
- **Fale o que você entende por cuidados paliativos?**
- **O que significa para você um diagnóstico reservado ou sombrio?**
- **O que significa para você cuidar desses pacientes idosos?**
- **As famílias e os pacientes participam do cuidado? Fale sobre isto.**
- **A família e os pacientes são informados sobre a gravidade do quadro do paciente? Fale sobre isto.**
- **O que significa para você experiências uma situação de morte?**
- **O que significa para você a morte desses pacientes idosos no hospital?**

Apêndice D – História oral das enfermeiras

Entrevistada 1

A Entrevistada nº 1 tem 25 anos, nasceu em Feira de Santana-BA, é solteira e reside em Salvador, com os pais e está se preparando para casar. O único irmão mora em Porto Alegre. Formou-se por uma universidade particular de Salvador-BA há aproximadamente 02 anos e, atualmente, está cursando uma pós-graduação *latu senso* em gerontologia. Não possui outro vínculo empregatício e atua há aproximadamente 02 anos com idosos, atualmente está escalada na Clínica Geriátrica (Ambulatório), onde realiza consultas de enfermagem no turno matutino de segunda a sexta-feira.

Relata que dá alguns plantões nos finais de semana da unidade de cuidados paliativos e na unidade de agudos, sendo, portanto, inserida no estudo pela vivência com pacientes idosos sem possibilidade de cura.

A entrevista foi realizada no dia seis de maio às 11h em sua sala, no período de trabalho, ao final das consultas, como solicitado pela mesma. Com duração de quarenta minutos, a entrevista com esta colaboradora teve 03 interrupções com uma média de cinco minutos por outros profissionais que gostariam de lhe fazer algumas perguntas e apanhar algum material na sala.

Depois desse contato só nos encontramos para esclarecimento de algumas dúvidas surgidas durante a transcrição do material e coleta de dados sócio-demográficos complementares.

História

Unidade de cuidados paliativos está começando a empregar, sendo ainda difícil pra equipe, porque não é uma coisa fácil aceitar que está cuidando daquele paciente que não vai ter um retorno. (...) Por isso que estamos tendo palestras, aulas, (...). É uma coisa difícil, é realmente difícil, e é novidade, por que acho que, quando nos formamos em enfermagem, e acredito que em qualquer área de saúde, esperamos cuidar de um paciente e ver um retorno, vê ele sair bem, ter alta, ir pra casa bem, e estar bem com a família e aqui não acontece isso. Porque, no cuidado paliativo, estamos cuidando de um paciente em estado terminal, fazendo um paliativo, um conforto para que ele tenha uma qualidade de morte, na verdade (...) Então, é muito complicado, é difícil entender isso e conseguir interiorizar e aceitar, é realmente difícil. A população de idosos hoje está crescendo (...), antigamente não havia esse aumento

da população idosa e, com esse aumento, acredito que a tendência vai ser aumentar os cuidados paliativos, principalmente porque vai aumentar a quantidade dessas doenças. Até mesmo pela população que está aumentando, não que a terceira idade indique doença, isso é bom deixar bem claro, mas existe os casos e também não é só na terceira idade que tem cuidados paliativos. Tem outras faixas etárias também. Mas, enfatizando mais na terceira idade, falamos que é realmente uma coisa assim, difícil mesmo! (interrupção). O nosso conhecimento sobre o tema é o que debatemos em reuniões, que é a parte de não procedimentos invasivos e, até mesmo, algumas vezes da dietoterapia, o modo da dieta, alguns procedimentos de sonda nasointestinal ou alimentação parenteral, (...) é difícil de aceitar essa parte de passar uma medicação pra uma doença, sabendo que não vai ter cura ou dar uma medicação só como alívio, só para dor ou pra um mal-estar ou alguma coisa assim; então, é pouca coisa ainda que eu sei, mas basicamente, é isso mesmo (...) Eu aqui tenho os pacientes de demência de Alzheimer, que é um paciente de cuidados paliativos que acompanhamos na clínica e que os médicos e toda a equipe possuem um acompanhamento tanto do idoso como dos familiares. Então, é um cuidado paliativo porque a demência de Alzheimer, a partir do momento que o médico diz, dá o diagnóstico de demência de Alzheimer. Aqui nós temos o programa de dispensação das medicações do Ministério da Saúde (interrupção). Então, a partir desse momento que ele começa a tomar essa medicação, sabemos que ele não vai ter cura, essa medicação vai ser apenas um suporte, um conforto pra esse paciente, que vai melhorando a capacidade cognitiva dele, mas não quer dizer que ele vai melhorar do quadro demencial. Então, pra mim, isso é um cuidado paliativo(...) é difícil conviver com esse paciente porque cada vez que vamos vendo, vamos notando que a medicação pode estar fazendo efeito de retardar, mas que a demência está evoluindo de uma forma mais lenta, mas evoluindo (...), alguns finais de semana eu dou plantão lá dentro (na unidade de cuidados paliativos), e acabo convivendo com esse paciente. A equipe toda se empenha, porque ainda não possui o cuidado paliativo na cabeça, então ela se empenha, ela quer alimentar, ela quer cuidar, ela dá o banho direitinho, ela faz tudo direitinho, como se aquele paciente fosse dar um retorno pra ela, um retorno que a pessoa está esperando, e que, na verdade, não tem esse retorno, porque a tendência ali é ir piorando mesmo, até o óbito (interrupção). Eu acho que estamos vivendo uma coisa nova, (...) os cuidados paliativos. Quando me formei, eu já tinha escutado falar em cuidados paliativos, mas não tinha vivenciado o cuidado paliativo, então é uma coisa nova, é interessante você conviver com cuidado paliativo, porque aprendemos a ver a vida (...), e começamos a entender, realmente, que a vida tem um final, que às vezes até acreditamos que aquilo ali nunca vai acontecer conosco, e, de repente, aquilo ali em nossas mãos e tendo que fazer alguma coisa por aquele paciente ali e que não está ao alcance mais das nossas mãos, já passou disso. Então, é tudo novo que ainda precisamos interiorizar mesmo, pra ver se, aceitamos, mas até o momento é difícil (...), Eu sirvo até às vezes de psicólogo pra esses familiares, que eles conversam, ligam pra contar alguns problemas, e eles vêem assim que é complicado pra eles, porque eles acham que o idoso está pirraçando eles em casa, porque, muitas vezes, ele pega um prato, termina de comer, botam no chão, guardam na geladeira não tem mais o discernimento de guardar no lugar que é pra guardar, de lavar o prato, dele fazer as necessidades (diurese e dejeções) no lugar correto, faz no meio da casa, na sala, no sofá, onde tiver, e acha que ali é o lugar certo. Então, muitas vezes servimos de um apoio psicológico. Agora em junho, dia 3 de junho à tarde, estaremos fazendo um seminário para os familiares. Eu propus pra coordenação e deu certo e, como já estavam querendo, foi aceito. Eu, o médico e uma assistente social, para fazer a primeira parte desse seminário e, na segunda parte, que ainda não tem uma data definida, mas vai ser com fonoaudióloga, com musicoterapeuta, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. As palestras vão abordar como cuidar do paciente com demência de Alzheimer pra esses familiares e/ou cuidadores desses

pacientes (...). O trabalho com os familiares é de apoio emocional e orientação quanto a cuidados, de como cuidar, como viver isso diariamente; uma, que eles devem ter uma experiência muito mais que a minha, porque eles vivem aquilo todos os dias, então quando eles passam pra mim isso, o que eu posso fazer é dar esse suporte mesmo, essa orientação do banho, de algumas dicas dentro de casa, de tirar alguns móveis do lugar, de tirar alguns objetos que possam estar atrapalhando essa independência desse idoso dentro de casa. Então, isso é importante (...). Eles sabem, nós deixamos isso bem claro, não escondemos isso em momento nenhum dos familiares. Temos até alguns informativos (panfletos) de uma empresa de medicamentos x, tem o guia do cuidado, tem o jornalzinho, que explica direitinho o que é o Alzheimer, as fases do Alzheimer, que é uma demência, uma doença que ainda não tem cura, que esse medicamento vai estar surtindo tal efeito, possa ser que sinta esse efeito, possa ser que não, mas que não tem cura e que a tendência vai ser piorar e passando por essas fases, até o óbito mesmo. Muitos familiares, eles pedem pra estar presente dentro da enfermaria. E outros não, porque já eram moradores, às vezes não temos mais contato com esses familiares, ou até mesmo eram idosos indigentes que viviam nas ruas e começaram a morar aqui e foram agravando o quadro e ficaram pra cuidados paliativos, mas os que têm família, eles estão sempre informando, eles visitam. Em alguns casos, mas, na maioria dos casos, a tendência é de afastamento familiar. Eu não fico muito lá dentro ligada mais a esse lado, mas aqui na clínica, eu sinto o familiar se afastando do paciente de Alzheimer, do familiar dele, do pai, da mãe ou algum outro parente mais próximo, começando a se afastar e colocar um cuidador pra cuidar do paciente. Há muitos casos, falamos, que não é bom, que é bom o familiar estar ali, porque é a pessoa que ele pode até ter mais confiança, ter mais segurança, e o que ele precisa nessa fase é essa segurança, pra ele ter um conforto maior, pra ele morrer bem, ele está ali bem, ele saber que ele está tendo aquela segurança, que aquela pessoa ali do lado ele conhece e não é um desconhecido, uma pessoa nova pra ele (...). Tem alguns pacientes que chegam aqui em fase inicial, e é o mais difícil pra gente, porque eles mesmos, eles identificam isso neles, eles começam a falar - "Puxa, eu antes não era assim, eu antes eu lembrava de tudo, eu antes eu fazia isso, eu saía de casa, eu pegava um ônibus sozinho, eu dirigia, eu sabia pra onde estava indo, e hoje eu não consigo mais fazer isso porque eu saio de casa, eu não sei pra onde eu vou, ai eu tento voltar pra casa, não sei aonde é a minha casa". Então, escutar isso de alguns idosos que estão em fase inicial da doença é difícil. Eles reconhecem as alterações e perguntam pra gente. Não precisamos destrinchar tudo que vai acontecer com eles, entendeu? Mas o que ele pergunta, respondemos - "É uma doença terminal? Tem cura? Não" - Se perguntar mais coisa, falamos mais coisas (...). A morte é uma coisa quase de rotina aí dentro (na unidade de cuidados paliativos), porque tem muitos idosos nesse estado terminal de estar só com suporte básico, então é uma rotina mesmo pra equipe. E trabalhar com idoso é difícil porque, até eles mesmos, eles, nos depoimentos deles, eles falam que eles estão mais próximo da morte, então a morte assim é uma coisa bem presente mesmo assim na vida deles, de alguns; outros acham que não, evitam falar desse assunto, mas a maioria deles falam isso; que eles estão perto da morte, que idoso é isso mesmo, que já viveu o que tinha que viver (...). É complicado porque a nossa vida é uma coisa muito importante e que, quando assistimos uma pessoa se aproximando da morte, ficamos sem palavras, até assim pra dizer! Porque é uma coisa complicada. Uma, que estamos numa profissão que é de cuidar, de ver a saúde, de ver aquele paciente bem, saudável e, de repente, vê um paciente ali em nossas mãos só com um suporte, nos sentimos incapacitados, incapaz mesmo, querendo usar até poderes sobrenaturais que não é digno, mas temos essa vontade de abordar essas coisas. Então, pra mim isso é complicado, conviver com isso. Porque ficamos sempre naquela expectativa de melhora. Quando damos esse medicamento de Alzheimer, que é o que eu mais convivo, acreditamos que vai trazer alguma melhora pro paciente e, na verdade, sabemos lá no fundo que não vai

estar melhorando, sabe que aquele paciente tem os estágios, tem aquelas fases e que estamos mesmo fazendo é só um paliativo mesmo, pois sabemos que ele vai morrer, que ele já tem um tempo determinado. Na demência de Alzheimer (...) aqui na clinica trabalhamos também com cuidados paliativos mais com esses pacientes mesmo de Alzheimer. Mas lá dentro nas enfermarias tem paciente com demência de Alzheimer, de câncer, e de outros casos de não câncer também, mas de doenças terminais.

Entrevistada 2

A Entrevistada nº 2 tem 31 anos de idade, nascida e residente na Cidade do Salvador-BA, casada, mãe de um filho, protestante. Formou-se há aproximadamente 02 anos e atua há 07 meses no serviço geriátrico. Relata que não foi o primeiro local de escolha para trabalhar, porém, a cada dia, vem se apaixonando profundamente pela área. Não tem outro vínculo empregatício no momento.

No período da entrevista, a mesma estava escalada no turno matutino para atuar nas Moradas, local onde os idosos independentes residem por tempo indeterminado ou até quando se agrava o estado de saúde e precisam ser transferidos para a Unidade de Agudos ou Cuidados Paliativos.

A entrevista ocorreu no dia dezoito de maio de 2005, às onze horas e trinta minutos, conforme combinado anteriormente com a entrevistada 2, a qual havia passado recentemente por um período difícil, com o falecimento do seu pai, razão pela qual, remarcamos algumas vezes a entrevista. Todavia, essa colaboradora, com quem eu já havia tido um contato inicial para agendamento da entrevista, sempre manteve uma atitude muito cordial e atenciosa.

Iniciamos a entrevista, na sala de prescrição médica e, devido ao barulho do ambiente, fomos para o posto de enfermagem, onde ela solicitou que a porta fosse fechada, pedindo aos profissionais de enfermagem que evitassem interrupções desnecessárias.

Ao término da entrevista, às doze horas após duas interrupções de aproximadamente cinco minutos, pois um paciente estava apresentado pico hipertensivo, a colaboradora me apresentou a unidade das Moradas com muito empenho e demonstrando grande cuidado para com os idosos da unidade.

História

Para mim como pessoa é (silêncio), eu acho que a vida tem que ser cuidada até o seu último instante. Eu vim com essa visão, só que quando eu me deparei aqui cuidando de idosos eu

também vi que tem idosos, (...) em paliativos que sofrem muito, que estão ali com as funções vitais restritas, com a posição restrita, muitas vezes com infecções, (...), então o sofrimento pra ele ali já está assim, pra nossa visão, já além do normal e então pra mim é muito difícil ver um idoso na cama, sabendo que ele está sofrendo, mesmo ele inconsciente (interrupção). Ele é inconsciente, ele está fora da nossa realidade, mas ele tem os sentimentos do que está sendo feito ali, no subconsciente dele. E eu acho que deve ser cuidado, até hoje eu ainda mantenho essa posição, deve ser cuidado, deve ser feito todos os recursos em paliativos para que ele possa ter uma morte, ter um final confortável. Todos os recursos restritos em cuidados paliativos, porque às vezes, é (silêncio) tem um idoso que está desidratado, precisando de um soro, tendo uma hipotensão, mas tem médicos que resolvem: “Não! Vamos entrar em consenso com a equipe”. A equipe médica decide entrar em um consenso, para ver se há ou não necessidade de instalar um soro naquele paciente, uma vez que ele está todo fragilizado, com difícil acesso, e não tem indicação de se pegar um acesso central, podendo se fazer uma hipodermólise que é colocar um acesso subcutâneo, porém o médico decide não colocar. Então, muitas vezes, eu acho, eu às vezes sou contrária, não vamos elevar a tensão (pressão arterial) do paciente, mas vamos elevar os membros, vamos fazer os últimos recursos; só que tem momentos que o médico diz não, a gente vai ficar só nesse recurso, oxigenoterapia e vamos esperar. Está sentindo dor, com processo respiratório intenso, vamos fazer uma morfina, é subcutânea, e depois deixar ele ali, até mesmo (silêncio) ficar em paz, tranqüilo. É o momento da morte. Olhe! cuidados paliativos pra mim é você dar assistência ao paciente comprometido fisicamente com queda do nível de consciência ou não. Que está na unidade precisando daquela assistência básica, dá atenção básica a ele. Muitas vezes, é um paciente com síndrome de imobilidade, demente, que não conversa, que não fala. Tem uns que, mesmo com síndrome de imobilidade, eles são contactantes, eles estão lúcidos e você contacta com ele, ele está ali até vigiando o que você faz. Tem idosos, você vai visitar e ter a oportunidade de ver, que às vezes está todo comprometido, desidratado, sem mobilidade nenhuma, (...) posição viciosa e lúcido, sabendo do que eu estou fazendo com ele, respondendo, me acompanhando. Então, pra mim cuidados paliativos é isso, você dá atenção básica para aquele idoso. (interrupção) Aqui na Unidade, estamos desenvolvendo grupos de estudo sobre paliativos e isso está sendo muito bom pra mim (...). Para os idosos que a família é presente, tem familiares que realmente vêm e ficam, questionam, querem saber do quadro do paciente, do andamento do quadro clínico do paciente, (...) tem outros familiares que não, tem uns que não aceitam, já tem uns que aceitam que já vêm conformados, alguns no início quando o paciente deprime, eles não aceitam, então querem que façamos tudo, use todos os recursos (...). Eles querem todo o cuidado, tudo, todos os recursos disponíveis para o paciente (...), o antibiótico, os controles, tudo. Mas depois que a infecção se instala, que o paciente já está em sepse, eles já sabem, já têm uma noção do grau de comprometimento do paciente, continuam querendo saber do quadro clínico, agora isso varia muito de familiar, de cada pessoa, de cada paciente. Tem outras que o familiar não é presente (...). A maioria dos idosos aqui, a família não está presente, então oferecemos todo o apoio emocional, é claro! Informamos tudo que está sendo feito e as condutas médicas, porém eu gosto mais de passar essa tarefa para o médico. Então, eu sempre peço primeiro para que o médico dê o suporte dele, depois em seguida, eu vou e dou o meu. E tem momentos (...), quando a família não tem suporte emocional, e está vendo que o paciente está ali naquele estado, não aceita, não quer, encaminhamos pro psicológico, passa pra assistente social e também não vai informar assim de cara. Às vezes, a gente, olha, depende do perfil de cada familiar. Eu mesmo faço isso, tem familiar que já vem chorando, eu vou dizer: “Seu paciente está grave, vai morrer”. Eu não falo isso, não! - “Olhe senhora, seu paciente está com o quadro delicado”. Então, depende de cada pessoa, de cada reação de cada pessoa. Tem pessoas que falamos: - “não, seu paciente, você já sabe, ele está com um estado mais grave, complicado e a gente está fazendo

o que pode fazer” - Tem outras que não falamos de início isso, eu não falo. Porque essa pergunta entra muito em choque com o meu eu. Com o que eu sou, com o que eu acredito, assim, com a minha personalidade, com o que eu acredito de morte, até com a minha religiosidade. Mas minha visão de morte, do meu confronto, porque tem momentos que a gente vê que tem pessoas que você acha que não deveria morrer, mas tem momentos que tem pessoas que (...) estavam lúcidas e que, no momento, deprimiu e que você poderia tentar salvar ou tentar, mesmo em paliativos tem idosos lúcidos. Então, você realmente se apegar aos idosos todos, lúcidos ou não, mas você se apegar. Então, meu sentimento é de passar assim meu máximo de cuidado, de cuidado (silêncio) Ah! É porque está ali é paliativo, vamos fazer os cuidados básicos, não; eu dou carinho, dou afeto, eu faço carinho, eu converso: “olhe, eu estou fazendo tal procedimento”. Às vezes, o paciente está inconsciente, eu ainda brinco. Falo, brinco, chamo carinhosamente, falo, dou carinho mesmo (...) tento minimizar, porque ele está inconsciente, mas eu acredito que ele está (...), o subconsciente dele está captando as reações do ambiente. Então, eu passo. Tem idosos assim, às vezes está com muita secreção, então eu não vou embora e deixo lá não, eu fico, vou, aspiro, eu dou todo aquele cuidado que eu posso dar naquele último instante. Morte pra mim é o final. (silêncio) É o final mesmo de tudo, de tudo que fizemos, do que vivemos, do fisiológico da pessoa. Eu não acredito em vida após a morte, (...). Ah! Eu gosto de trabalhar com idosos. Antes, na minha adolescência, eu nunca imaginei, porque é próprio da adolescência mesmo. Você é novinho, suas células são ali novinhas, tudo novinho, tudo cheirando a leite, então você acha que nunca vai envelhecer, principalmente quando não tem contato em casa com um idoso, então você não acompanha. Posteriormente, eu passei a ter com meu avô, ele morreu em minha casa e eu era muito rebelde, não aceitava o envelhecimento, como isso é característica da adolescência, você não aceita, você acha que não vai ter, pronto! Depois que minha mãe começou a envelhecer, eu passei a começar a acompanhar o envelhecimento de minha mãe e o amadurecimento, saber que eu também poderia ser uma provável idosa. Quando fui trabalhar na emergência em Cajazeiras, cuidei de muitos idosos. Então, tinha muitos idosos diabéticos, com pé diabético, com úlcera, eu tinha que intensificar a mudança, só que de acordo com os limites do hospital no que eu pude fazer. Quando eu cheguei aqui, minha colega falou assim: “Tem uma vaga pra geriatria, você se importa? Eu não, eu não me importo”. Muita gente disse assim: “Ah!, tem gente até que não gosta de idoso e tem preconceito”. Aí pronto, quando eu cheguei aqui, eu nem me comovi, porque também as pessoas diziam - “Ah! Entrei aqui e me comovi, chorei e tudo”. Eu não me comovi, eu senti como se aquilo fosse meu, como se eu tivesse que cuidar deles e que eles eram meus. Percebi que a minha assistência seria válida ali naquela unidade. Portanto, já me enquadrei dentro do hospital geriátrico porque gostei, e me descobri. Não era o meu objetivo, não era o que eu sonhava. Eu tinha objetivo de trabalhar com adultos e aí passei a gostar dos idosos. Gosto de trabalhar, também, com os idosos da Morada, tenho um cuidado, uma atenção porque é mais prevenção. Um paciente terminal, pra mim, é um paciente que (...) as condições hemodinâmicas dele, as condições fisiológicas já não estão correspondendo o que deveria ser no normal de um, (...) um ser humano saudável, com saúde. Então, é um paciente com funções comprometidas e que não tem recuperação. Dependendo dos pacientes, o hospital é o melhor local para morrer. Tem pacientes que o melhor local é a casa, não é? É a casa, um ambiente familiar, o seio da família, onde há o apoio da família, desta forma eu acho que é a casa. Mas tem, (...) paciente que não tem família, que são abandonados pela família, mas tem um vizinho distante, e quando o idoso falece quem vem é o vizinho distante. Eu já vi isso. Vem um vizinho que se compadeceu, e trouxe o idoso pra cá. O que tem família e cuida desse paciente, acredito que a casa é o melhor local. Então, ele nem estaria dentro da unidade de paliativo, ou estaria para tratar alguma coisa e tem família que decide levar ele pra casa. Já os que têm família e que abandonam, sim. Por que ele vai morrer aonde? Ele vai padecer

aonde? Então, ele vem pra uma unidade especializada com uma filosofia em paliativos. Então você vê muito esse abandono familiar, mas os familiares presentes dizem: “Não! Eu trouxe minha mãe aqui pra tratar”, aí termina ela se tratando, ou complicando, aí vai pra paliativos. Fica lá em paliativos e decide, ela vai pra casa. Poucas vezes, eu vi isso, poucas vezes. Mas, quando a família assume, levar pra casa, eu acho que, pra mim seria o melhor local. Quando não assume, o hospital é (...) Tem um suporte, claro, especializado pra tratar.

Entrevistada 3

A Entrevistada n° 3 tem 25 anos, é católica praticante, solteira, mora com apenas uma irmã, e os pais moram no interior da Bahia, local onde a mesma nasceu.

Formada há um ano, mesmo tempo que atua no Serviço de Geriatria. No período da entrevista, encontrava-se realizando suas atividades profissionais no período matutino, na Unidade de Agudos. Não possui curso de especialização e encontra-se no momento avaliando os cursos de pós-graduação em enfermagem disponíveis.

O primeiro contato mantido foi para convidá-la para participar da pesquisa e, em vinte e sete de maio, a entrevista ocorreu após ser remarcada por três vezes devido às intercorrências do plantão, o que exigia a presença desta colaboradora e, como enfermeira, sei que essas situações ocorrem com grande frequência e é compreensível.

A entrevista começou às onze horas e quarenta minutos na sala de repouso médico, sendo interrompida por duas vezes pela entrada de profissionais que precisavam utilizar o banheiro. Finalizamos a entrevista às doze horas e dez minutos.

História

Na verdade é (...), cuidar do idoso é (...), proporcionar conforto (...) pra ele ter uma qualidade de vida, e de morte no caso. Ter e dar um conforto na hora da morte! (...) a Unidade que eu fico é a de Agudos, não é exatamente os idosos em paliativos, pois, quando o paciente apresenta uma parada cardiorespiratória, entubamos, realizamos os procedimentos, podendo o idoso ir a óbito ou não. Agora, a enfermeira entrevistada n°4 que é responsável pela Unidade dos idosos em cuidados paliativos é diferente. Ela sempre acompanha o idoso, eu já presenciei, mas não dei a assistência, o suporte básico. (...) eu já sabia que era cuidados paliativos, então eu fui instalar O2, é (...), elevar membros, é (...). Instalar, fazer acesso venoso, instalar soro aberto, é (...) teve uma paciente mesmo que estava com bastante dor e tinha morfina, se necessário prescrito. Então, foi administrado morfina, e aos poucos a idosa foi (...) a PA ficou inaudível, foi evoluindo para óbito, mas ali estávamos sempre em cima prestando assistência devida, mesmo sabendo que era cuidados paliativos, todo mundo ficou em cima, prestando a assistência devida. O cuidado paliativo é (...) proporcionar ao idoso uma qualidade de morte no caso, é (...) fornecer o suporte, os cuidados (...) para o

idoso ter uma morte, uma morte adequada. Sobre diagnóstico reservado e paciente terminal é (...) é o paciente que tem uma patologia incurável, que a gente vai, no caso, proporcionar as medidas necessárias até o final da morte. O suporte básico mesmo até o final da morte, quando o diagnóstico já está constatado que é terminal, então damos o suporte para ele ter uma morte tranqüila. A morte é uma etapa da vida que todo mundo tem que passar. E, no caso do idoso, ele já passou pelo nascimento, crescimento, desenvolvimento (...), e agora vai para a morte. Portanto, a morte é a última etapa (...) da vida. Na medida que o paciente vai agravando, avisamos ao familiar - "Oh! Ela não está bem, o quadro dela está piorando" - Então, já vamos preparando o familiar, mesmo sabendo que ele é morador e que alguns familiares não vêm visitar, mas os que comparecem nós preparamos, conversamos e avisamos sobre o estado de saúde dele, que está se agravando cada vez mais. Assim, o familiar fica ciente, já os que não visitam ligamos apenas para avisar o óbito. A família não participa dos cuidados na maioria dos idosos, porém houve a exceção de uma idosa que era mãe de um cuidador, que acabou envolvendo todo mundo porque o cuidador era muito bom e aí trouxe a mãe pra cá e ela estava com câncer de útero, então envolveu todo mundo sabe,... ele que era filho, vinha cuidar da mãe até na época de folga dele. Envolveu todo mundo, médico, enfermeiro, todo mundo ficou bastante envolvido. Então, foi o único caso que eu presenciei um familiar bastante envolvido no cuidado ao seu ente querido, e a gente dando o suporte básico, ela lá nas últimas, mesmo, morrendo e a gente dando (...).

Entrevistada 4

A Entrevistada nº 4, nascida e residente em Salvador-BA, é casada, mãe de um filho, não informou a sua idade nem a data de nascimento, porém aparenta uma idade entre 30 e 35 anos.

Atua há 03 anos no Serviço de Geriatria do hospital e possui tempo de dois anos e seis meses de formação, pois foi bolsista da unidade durante o curso de graduação. Tem o título de Especialista em Terapia Intensiva e atua como enfermeira responsável pela Unidade de Cuidados Paliativos no turno matutino e trabalha ainda em outra instituição de saúde.

Às doze horas e vinte minutos do dia vinte e cinco de maio, iniciou-se a entrevista após a colaboração da entrevistada nº 3, no mesmo local. Durante a realização dessa entrevista se encontrava na sala o médico de plantão, que permaneceu ali em silêncio até o término do encontro com a entrevistada.

Diante de circunstâncias como esta, Alberti (2004, p. 109) afirma que é “necessário que entrevistado e entrevistadores estejam concentrados sobre o que (e como) se fala”. Portanto, a presença de terceiros pode constituir elemento dispersivo e limitador, todavia, em determinadas situações, pode-se constituir num fator favorável.

Esta entrevista teve duração de vinte minutos e não foi tranqüila, creio que a presença do profissional médico e o plantão conturbado contribuíram para inibir e intranqüilizar a

colaboradora, deixando-a menos à vontade e concentrada. Explico que diante dessa situação, a qual prejudicou o curso da entrevista, busquei agendar um novo encontro em local e horário mais adequado, todavia, a escala de trabalho da colega impossibilitou a realização de uma nova entrevista.

No entanto, suas colocações foram riquíssimas e trouxeram grande contribuição para o estudo.

História

É (...), bom, ao mesmo tempo em que provoca angústia (...), em alguns casos porque você está vendo que, apesar do paciente estar ali, sentindo dor, você foi, de certa forma formada, orientada pra poder tentar cuidar, assistir até o final e dando o suporte total. Quando ele entra em cuidados paliativos, muito de tudo, quase tudo que nós sabemos fazemos com os pacientes com investimento não faz, então é aquela coisa mesmo básica. De uma hidratação subcutânea, de tirar antibiótico, tirar (...) acesso venoso, de cuidar do paciente e proporcionar, naquele estágio final de vida, uma qualidade de vida, que é o quê? Não deixar o paciente sentir dor, hidratar o paciente, o conforto respiratório, um conforto de tudo. Sabemos que (...), estamos fazendo e investindo numa coisa (...) que está surgindo, é uma coisa nova, que cria muita polêmica na própria equipe. Polêmica, confusão também na cabeça no sentido de que, qual é o paciente indicado para cuidados paliativos? Será que, se ele ainda fosse investido, será que ele não iria durar mais? Mas, ao mesmo tempo, quando nos reunimos para poder discutir sobre cuidados paliativos (...) nós debatemos num termo que é "Viver mais pra quê?" sem qualidade de vida, sofrendo, doente, sem (...), digamos, se são pacientes dementes, são pacientes bastante comprometidos, viver (...) daquele jeito? Então, quando discutimos nos deparamos com essa dúvida, eu e algumas colegas de trabalho ou, enfermeiras ou não, sempre existe esse consolo, pra que viver daquele jeito? Porque geralmente os pacientes que entram em cuidados paliativos são pacientes bastante comprometidos, com nível de demência avançado, entendeu? Ou uma doença também que não seja demência, mas tipo um câncer em fase final, terminal sem cura e sem muito mais investimento. Então, sabemos que chegou naquele limite que, apesar termos sido formadas e orientadas pra cuidar até o final, mas também precisamos saber parar (...), e saber até que ponto poderemos ir naquele paciente que está sendo investido. Então, cuidados paliativos foi bom que entrou aqui, mas, ao mesmo tempo, por não estarmos preparadas, eu mesmo no caso, em alguns pacientes fica aquela dúvida, sabe? Puxa! É uma angústia as vezes que dá, entendeu? Que eu já tenho me educado muito desde quando começou tudo aqui. No passado eu sofria, hoje em dia, já encaro de outra forma, mas tem alguns pacientes ainda que (...). sofro um pouco e puxa! É só isso que podemos fazer mesmo, parou até aqui? Entendeu? O curar. O cuidar, curando (...) como é? Cuidar curando? (...) é o que colocamos na cabeça e aprendemos que é só pra tentar salvar, curar, ver resultados, entendeu? E não assistir os pacientes indo embora. Mas, ao mesmo tempo, nos dá um conforto em saber que tem alguns pacientes que já estão em um estado tão nas últimas tão debilitado, que, hoje em dia, até pedimos: "OH! Meu Deus, tomara que (...) Deus leve logo" porque apesar de estar sendo feito remédio pra dor, que não está sentindo dor, padrão respiratório (...) confortável, mas é aquele sofrimento (...). Olha! Eu vejo assim, se para os profissionais que estão na área de saúde, que têm instrução sobre as doenças, sobre as possíveis curas, (...) o possível

investimento, se para nós, em muitos casos, ainda é difícil, imagina pra família entender isso, entendeu? E (...), tem muitas famílias, quer dizer, poucas famílias, aliás, que aceitam, não vamos falar ao familiar que parou o investimento, se bem que nós não paramos, (...) no caso a médica conversa que é um paciente que já tem doença tal, está sendo feito tudo, mas o paciente não respondeu ao tratamento que, por isso, por mais que se invista, ele não vai estar retornando, ele não vai estar melhorando, entendeu? Então, acaba que fica implícito isso? Ninguém chega dizendo: não vai investir mais nada, entendeu? Fica uma coisa mais do que implícita. Mas são poucos ou (...) alguns familiares que se recusam a aceitar ou a entender o que a equipe passa, o que o médico passa. Talvez porque não esteja preparado (...) pra saber que está indo mesmo, não tem mais jeito; outros não, outros até entendem, a equipe prepara, a médica prepara e vai absorvendo isso aos poucos e acaba que, quando acontece de fato, estão mais tranquilos (...). Aceitam aquilo como realmente o fim da vida e que estão indo sem dor, sem sofrimento. Os familiares não participam do cuidado. Talvez de forma indireta, porque tem um familiar ou outro que, às vezes, está de junto ou o paciente está molhado, então, ajuda a trocar uma fralda, entendeu? O paciente está ali com um pouco de desconforto respiratório. Se estiver, então chama a equipe ou mostra assim, “Oh! Não vai melhorar não? Talvez se fizesse isso” assim, a gente não está certo. Ah! Sabe, mas em relação a conforto mesmo de afetivo, emocional, de estar junto, carinho. Mas também não há muita participação. Em alguns casos, quando a família realmente fica junto, vai até o final, é assim. Quando não ficam procurando saber se melhoraram, porque que não melhorou, que ontem estava daquele jeito e hoje já está pior, que ontem estava x e hoje esta melhor, ficam sempre na esperança. Poucos são os que realmente assumem (...). Olhe, para mim a morte desses idosos que estão em cuidados paliativos é (...) o fim do sofrimento. Porque por mais que proporcione o bem-estar nessa última fase de vida, que tire a dor, que amenize a dor, buscando uma vida mais confortável, a morte é uma luz. Paciente terminal é um paciente com uma doença (...) em estado avançado, como uma demência ou um câncer terminal, que por mais que invista em tratamento, em exames, em quimioterapia, radioterapia, não vai ter mais efeito, o corpo já está todo comprometido. Então, é um paciente que está no término da sua vida, naquela fase final de vida.

Entrevistada 5

Com 27 anos, a entrevistada nº 5 é simpática e seu tom de voz demonstra segurança, é católica não-praticante, nasceu e reside na Cidade do Salvador-BA, é casada e não possui filhos. Formou-se há aproximadamente dois anos e vem atuando com idosos também há dois anos.

Trabalha, no turno matutino, em uma Instituição asilar conveniada ao Serviço de Geriatria e, no período da tarde, trabalha como professora em uma instituição de ensino médio. Pretende, para o ano de 2006, fazer um curso de especialização na área de gerontologia.

A entrevista ocorreu no primeiro contato que tive com a colega, pois a mesma já havia sido informada através do livro de ocorrência e pela Coordenadora da Unidade. Portanto,

iniciamos a entrevista na sala da assistente social no dia vinte sete de maio às dezesseis horas e quarenta minutos, após uma conversa descontraída na busca de uma aproximação, apesar de ter sido tão bem acolhida pela colaboradora.

Nessa perspectiva, Alberti (2004, p. 100) afirma que “passada a fase inicial de estranhamento recíproco, é possível alcançar uma empatia benéfica para a reflexão pretendida, de modo que entrevistado e entrevistadores se tornem cúmplices”.

Sem nenhuma interrupção a entrevista teve seu término às dezessete horas e vinte minutos.

História

Pra mim os cuidados paliativos (...), um conforto que a gente proporciona melhor ao idoso no seu fim de vida. Então, é o cuidar de sua morte, se podemos dizer assim, um conforto que nós damos, e sabemos que não há uma reversão no quadro, mas que, mesmo assim, ele não precisa passar o seu percurso com dor, com desconforto, entendeu? Então, oferecemos conforto já que está chegando o seu fim de vida, o quadro clínico já não pode ser mais revertido, então a gente vai dar um conforto para sua morte. Muitas vezes, (...) pelo menos particularmente pra mim, existe duas emoções, dois lados, dois sentimentos. Num momento, apesar de conhecermos e sabermos sobre o cuidado paliativo devido à prática de enfermagem de sempre estar ali, metendo a mão, investindo e, quando percebemos nosso idoso sem possibilidade pra investir, então ter que observar e apenas oferecer o conforto, isso nos dá certa angústia. É (...), ele [a família] precisa estar bem ciente do que estamos fazendo e compreender que não abrimos mão do paciente, mas sim iremos dar um cuidado redirecionado, um outro cuidado, está certo? Então, tem essa parte, essa tensa (...) de acreditarem que não está mais direcionando o cuidado, não está investindo, mas proporcionando conforto. É um pouquinho difícil no primeiro contato, porque assim é meio desconhecido o cuidar paliativo para o familiar. Ele não entende que chega um momento em que nós, com a assistência, falando em medicina, temos um nível de investimento em que a gente vê que aquilo não adianta mais fazer - investir mais naquele paciente porque não vai dá resultado. Então, assim, seria até mais traumático muitas vezes pra ele, porque estaríamos ali invadindo, fazendo procedimentos dolorosos, que sabia (...) cientificamente que não ia ter um retorno bom. Então, é difícil colocar isso pra família, porque a família quer que você invista até o último momento, e o que buscamos fazer não é deixar de investir, investimos neles, só que agora um investimento direcionado, que não vai ser mais um investimento de usar medicações, de reverter aquele quadro, porque aquele quadro já está instalado. Mas investir para o conforto dele, e aí vai deixar evoluir (...) naturalmente o processo da morte, entendeu? Não vai fazer, não vai tardar isso, porque, muitas vezes, quando o quadro clínico de um paciente já é irreversível, às vezes mantemos medidas, tardando um processo que vai acontecer, certo? Então, tentamos explicá-lo de uma forma, principalmente não dizendo que não está se investindo porque isso não é verdade. Investimos no paciente, porém agora num cuidado paliativo, (...) um cuidar do conforto do paciente, deixando a sua evolução transcorrer normalmente, (...). É um pouco difícil esse contato, mas (...) eles compreendem. A família acompanha (...) ela acompanha o que está sendo feito, tem muitas dúvidas, é (...). Até como está evoluindo? O que ainda tem que ser feito? O que pode fazer de melhor? Tentando sempre um resultado que reverta o quadro daquele paciente. Então, eles nos acompanham,...

em todas as medidas conversamos, e informamos o que vai ser, o que não vai ser colocado, discutimos medicações, postura, então, é um acompanhamento do familiar com a equipe.

Entrevistada 6

A Entrevistada nº 6 é espontânea e carinhosa na abordagem sobre os cuidados aos pacientes idosos sem possibilidade de cura, tem 26 anos, nasceu em São Paulo e mora em Salvador-BA com um irmão, é solteira e praticante da religião católica. Está formada em enfermagem há dez meses e, desde sua formatura atua com idosos. Não possui curso de especialização.

Quando foi entrevistada trabalhava no turno vespertino, nas Moradas e, em turno oposto, trabalha em uma outra instituição de grande porte.

No dia trinta de junho às dezesseis horas e quarenta minutos, conforme agendado no primeiro contato, iniciamos a entrevista na sala da nutrição que teve duas interrupções, somando cinco minutos, por profissionais de enfermagem que solicitavam algumas informações sobre os cuidados que deveriam ter com determinado paciente que apresentava alteração dos níveis pressóricos. Na sala em que estávamos, encontrava-se uma nutricionista que permaneceu por alguns minutos, utilizando o computador. Finalizamos a entrevista às dezessete horas e quarenta minutos.

História

Bom, é (...) na verdade o cuidado paliativo pra qualquer área de atuação da enfermagem acaba sendo um grande aprendizado. Quando nos formamos, aprendemos (...) que entramos na saúde pra curar e, quando começamos a trabalhar com cuidados paliativos, percebemos que a enfermagem não é curar, a enfermagem é cuidar. E os cuidados paliativos é uma prova disso, pois é você tratar o paciente amenizando a sua dor, cuidando da sua ferida, cuidando de sua dor, preparando pra sua boa morte e é o que fazemos aqui. Conseguimos realmente valorizar, na enfermagem, o que é realmente o cuidar, porque, quando você trabalha para curar, você trabalha em prol de uma prescrição médica. Você está respondendo a uma prescrição médica pra que o paciente se cure, saia e volte. E os cuidados paliativos especificamente no idoso não, você cuida, proporciona conforto, proporciona alguns momentos de alegria, quando você conversa, quando atua na parte psicológica, não só de cuidados em si. Então, pra mim os cuidados paliativos para enfermagem é a forma de realmente trabalhar o que aprendeu que é o toque, que é o conforto através de um cobertor, que é o conforto através do preparo de uma boa morte, que é o conforto através da identificação de uma ferida, aquela ferida que talvez não cure porque ele é diabético, porque é hipertenso, porque tem um conjunto de sintomatologias e de patologias associadas. Mas, se

você consegue identificar e proporcionar simplesmente que aquela úlcera doa menos, que ela vá se fechando aos poucos, esse é o cuidado, é o cuidado paliativo que fornecemos aqui. E uma outra coisa com relação a cuidado paliativo, é que ele não pára. Quando você trabalha com a parte curativa, ele pára, uma hora o paciente cura e sai, e o cuidado paliativo não. Hoje você curou uma dor, amanhã proporciona um conforto, amanhã conversa porque ele não aceita ser idoso ou não aceita estar na cama, depois de amanhã você simplesmente conversa porque ele não entende mais o que você fala. Eu tenho vários pacientes de Alzheimer, e que damos um cuidado paliativo baseado no coração mesmo, no toque. Ele não fala, ele tem um déficit de mobilidade muito grande, ela faz dietoterapia via sonda, ele faz é... eliminações através de sondas ou até colostomia. Apesar de não possuímos um acervo grande de pacientes assim, mas já teve e, de vez em quando, volta, trabalhamos fazendo esse conjunto (...) utilizando todo esse conjunto fisiológico mesmo e atuando com o toque, tocando no paciente, conversando com ele, e ele sente que somos a sua família. Então, eu trabalho atualmente nas Moradas que têm uma parte de reabilitação também. Muitos pacientes das Moradas são cuidados paliativos, são pacientes que têm um câncer crônico, que não tem mais cura em grau sete, e esperamos que cada dia que passa vá realmente evoluindo a sua patologia. Nosso cuidado é todo baseado no presente. O paciente hoje está tendo uma sintomatologia que requer uma medicação pra dor, vamos solicitar uma medicação pra dor. O paciente hoje está tendo uma sintomatologia que requer (...), uma organização multidisciplinar pra favorecer uma eliminação de obstipação, vai trabalhar dessa forma. E, aqui nos nossos cuidados paliativos, trabalhamos muito com a interdisciplinaridade, é o nutricionista, o enfermeiro, o médico, o assistente social. Então existe um conjunto nesse trabalho, por quê? Eu não consigo proporcionar conforto para um paciente obstipado se não conversar com a nutrição, eu não consigo proporcionar conforto para um paciente com dor se eu não conversar com o médico, eu não consigo proporcionar conforto pra um paciente que não aceita ser morador sem ajuda do serviço social. Então, trabalho paliativo (...) o nosso, o trabalho da enfermagem nos cuidados paliativos, é um trabalho que não pára, é um trabalho presente, porque, a cada dia, você tem alguma coisa pra fazer e é um trabalho que precisa de uma ajuda multidisciplinar, sozinha você não consegue fazer tudo. Aliás, sozinha não se consegue fazer nada. Cuidado paliativo pra mim são todos os cuidados que proporcionam o conforto do paciente, mesmo com diagnóstico irreversível. O conforto seja, na dor, seja na ferida, seja da obstipação crônica que leva à dor. O conforto. Se você proporcionou o conforto pra esse paciente, é o cuidado paliativo. Bom, na verdade, nós não fomos preparadas pra estar atuando com diagnóstico sombrio, com diagnóstico reservado. É o que eu falo, quando eu entrei na geriatria, eu tive que me adaptar, organizar pra entender que era preciso preparar o paciente pra ter uma boa morte (...), porque estamos acostumada a trabalhar com procedimento terapêutico em que ele vai curar, em que ele vai melhorar. Na faculdade, nós fomos treinados pra isso, ninguém se, mesmo porque, eu nem ouvia falar em cuidados paliativos, a não ser de uma forma ampla. Então, quando se fala num diagnóstico sombrio, pra cuidados paliativos, não existe diagnóstico sombrio, existe um diagnóstico irreversível, eu entendo dessa forma, existe um diagnóstico que nós sabemos que ele não tem cura. O paciente está com mal de Alzheimer, é progressivo, ele vai realmente a cada dia entrar num quadro de imobilidade, toda sintomatologia que existe, mas, se falarmos em diagnóstico sombrio, não justifica cuidar do paciente pra lhe proporcionar um alívio de dor, não justifica eu cuidar do paciente pra proporcionar essa boa morte que a gente tanto fala. O que é proporcionar essa boa morte? É justamente fazer com que o paciente não sofra demasiadamente o que ele poderia sofrer se eu não estivesse aqui pra cuidar de forma paliativa. Então, eu, é (...), não classifico o diagnóstico de um idoso que tem um cuidado paliativo como sombrio. Pra mim, o diagnóstico sombrio é aquele idoso que tem um diagnóstico irreversível e que não tem o cuidado paliativo, o idoso que fica largado em seus

lares, que a (...) família não ajuda, que não tem o profissional de enfermagem que conheça a forma de cuidados e nem educou a família pra isso. Isso pra mim é o diagnóstico sombrio. No hospital, eu não acredito em um diagnóstico sombrio, porque os diagnósticos são irreversíveis, não vamos tratar o diagnóstico, mas tratar sintomas, tratar alguns sinais e amenizar a sua dor. Aqui, nós já tivemos vários pacientes considerados terminais, inclusive nos ensinou muito, aqui já tivemos paciente terminal acamado, (...), um paciente que sabíamos que, a qualquer momento, ele ia a óbito. O cuidado paliativo passou a ser não só o cuidado com o paciente, mas com o familiar, pois alguns pacientes acabam ficando aqui durante muito tempo sem que a família apareça. Quando o serviço social contacta que diz que o paciente está grave, a família começa a aparecer e, em seguida, preparamos pra que eles entendam o que estamos fazendo (...) porque eles estão acostumados com diagnóstico de cura e com trabalho de cura. Então, nós já trabalhamos com pacientes terminal, assim, que a gente teve que preparar a família pra morte, o paciente pra morte e a própria equipe, e eu também já trabalhei com paciente terminal andando. Nós perdemos, há menos de um mês, um paciente (...) fumante crônico que saía da internação pra ir fumar, levantava, não aceitava as ordens médicas nem de enfermagem, saía pra fumar e era terminal, era um paciente que, a qualquer momento, poderia parar (parada cardiorespiratória), era um paciente que fazia seis, sete nebulizações por dia, porque ele saía pra fumar voltava, e sabíamos que era porque ele havia fumado. A equipe, às vezes, questionava muito, inclusive eu questionava muito, chegando até a discutir com ele, é (...) "fumando, por que você fuma, se você sabe que vai sofrer?" E às vezes, é difícil de entender o que é o verdadeiro sentido da pessoa, e era terminal, ele sabia que ele ia morrer. Mas, justamente pra ele saber que a qualquer momento ele ia morrer, a única coisa que ele achava que lhe fazia bem era fumar. Então, teve um dia até que evolui com um broncoespasmo. Na verdade, ele fazia broncoespasmos frequentes, todo dia era um broncoespasmo, aí a gente revertia, já teve várias vezes de nós revertemos os broncoespasmos já em uma parada respiratória já chegando em (...) parada cardíaca mesmo, revertia, quando era no outro dia, ele fumava e fazia de novo, e ele era terminal, andava. Esse era o verdadeiro paciente paliativo em que a gente não tinha a consciência de que anda, entendeu? Porque, às vezes, a gente olha pra um paciente paliativo, paciente acamado, tanto é que ele era um paciente de suporte clínico não invasivo, que se ficou durante muito tempo questionando se ia colocar o paciente como suporte clínico invasivo ou não. Ele parou, houve tentativa de reanimação sem sucesso, e aí a equipe foi discutir: Paciente sem suporte clínico não invasivo também anda, a gente não deveria ter reanimado, a gente prolongou o sofrimento desse paciente terminal. Então, foi muito, assim, grandioso até pra minha experiência profissional, porque eu sou muito jovem na área, ter um paciente paliativo deambulando, paliativo lúcido, paliativo consciente. A participação da família é muito pouco. Na verdade, (...) os pacientes que são moradores, muitos deles tem familiares que visitam pouco ou que abstraem a idéia de que o idoso existe. Alguns têm até os familiares presentes, mas eles não são muito de participar, agora assim, eles são de perguntar. A participação deles é muito mais de conhecer, saber o que está acontecendo. Tem idosos que têm familiares, que questionam com a enfermagem como é que ele está, mas os questionamentos da família sempre é em prol de perguntar, quando? Se ele vai melhorar? (...) Então, voltando à história da família, a família participa pouco. Ela tem liberdade porque a gente tem um horário de visita de dez da manhã às dezessete horas. Se o familiar quiser chegar aqui às dez da manhã e só sair dezessete, quisesse participar do banho, não vai participar diretamente de cuidados como cuidar de feridas, medicação, dietoterapia, essas coisas não é permitido, mas ela teria como participar mais, porém não é o que acontece. Na verdade, eu acho que há pouco interesse. É fácil ter um idoso que é cuidado paliativo e que tem quem faça, ainda tem muito essa idéia na sociedade. Quando elas pedem, sim. É, (...) nós já tivemos paciente de cuidado paliativo que foi internado na sexta e morreu no sábado. E,

nesse dia da sexta, nessa tarde o dia que ele foi a óbito, a família conseguiu a concessão, porque é de direito, que ela pode acompanhar, dormir aqui, pra você ver que a gente atende o estatuto. Se os idosos têm direito de ter um acompanhante 24 horas, se a família quiser ficar 24 horas, o serviço social permite como já teve (interrupção). Como já teve casos da família querer ficar, então, na hora das trocas (trocas de fralda), ela quis ajudar, ela ajudou. Na hora que estava fazendo o curativo, essa família (...) não queria muito acreditar que aquele idoso era paliativo, ela acreditava que o idoso veio pra o hospital, que ia melhorar e que, daqui a seis meses, ele ia voltar. Então, queriam saber como era que fazia o curativo dele, ele tinha úlceras disseminadas. Não foi nem por maus tratos, foi por não saber cuidar do idoso. E ela queria saber como fazer o curativo, qual era o produto que usava na hora das trocas, quis ajudar, só que isso durou muito pouco, porque o idoso foi a óbito 24 horas depois. Ele veio de uma clinica, com o cuidado paliativo foi a óbito. Então (...) não podemos permitir coisas exagerada. Entra uma família que quer ficar o tempo todo dando alimento pro paciente, isso a gente não permite, por quê? Existe um posicionamento adequado e, se a gente ficar liberando, daqui a pouco eles estão dando comida par os paciente deitado porque o paciente quer ficar deitado. Então existem umas concessões. Mas, se elas tivessem o interesse, a gente permitia. Como quando eles estão aqui, que eles querem, é um paciente que senta, e quer dar uma dieta, a gente está observando, pode ser feito. É se eles quisessem participar (...)

Entrevistada 7

A Entrevistada nº 7 tem 45 anos, é casada, mãe de dois filhos, nascida em Coração de Maria, interior da Bahia e residente em Salvador. Não é adepta a nenhuma religião específica, porém relatou acreditar numa “força maior”.

Há dezesseis anos, formou-se e, após três anos de formada, foi transferida para o Serviço de Geriatria da instituição, portanto, atua com idosos há aproximadamente treze anos. Possui curso de especialização em gerontologia e, atualmente, trabalha no turno vespertino na Unidade de Agudos e Cuidados Paliativos. Trabalha também em uma unidade de neonatologia em outra Instituição.

A entrevista ocorreu no dia doze de agosto às dezesseis horas e quarenta e cinco minutos, na sala da nutrição, houve apenas uma pausa rápida com a entrada da nutricionista para pegar um material na sala. Durante toda a entrevista, que ocorreu de forma descontraída, a Entrevistada nº 7 saboreou um pirulito e, às dezessete horas e quarenta e cinco minutos, encerramos a entrevista.

História

O cuidado paliativo hoje já está sendo falado em várias etapas de vida da pessoa (...) diante um diagnóstico (...). Não se difere se é para idoso ou para jovem, porque o que faz a

diferença entre o jovem e o idoso é que o idoso (...) acredito, não sei, não tenho essa visão bem clara sobre essa questão, porque para idoso, entendeu? Bom! Como seu trabalho é voltado para geriatria (...) é difícil assim dizer alguma coisa que possa até comprometer os velhos. Deve morrer? (risos) Não. Só existe cuidado paliativo para idoso? Não, não é isso (...) Cuidado paliativo é aquele cuidado que oferecemos a uma pessoa, seja velho, criança ou jovem, (...) numa certa fase de um certo período de uma patologia já bem definida e bem esclarecida, onde todos os recursos já foram investido nessa pessoa, que, diante da impossibilidade e da impotência de ter outros recursos, passa a ser uma questão de cuidados paliativos em termo de reinvestir. Não é deixar de fazer nada, mas de investir toda aquela tecnologia, todo aquele preparo medicamentoso pra se manter ou até prolongar um sofrimento. Eu penso assim: tenho um paciente qualquer e que tem uma doença que é grave e terminal, que já foi visto, (...) diagnosticado, examinado, tratado e que, depois de algum tempo, essa doença reincide e que é novamente tratado e que não dá mais uma mesma resposta, aí eu acho e acredito que, se fosse eu, eu não ia aceitar um reinvestimento, um prolongamento do sofrimento. Então, é em parte, passar a ser cuidado paliativo. Deu pra me entender? É o cuidado de enfermagem, claro! Eu estava até dizendo para uma familiar de uma paciente minha essa semana aí, que a avó dela esta internada e ela está com remorso de deixar. Eu disse: “Ô! Tudo que sua avó precisa até o fim dos dias dela é vocês aqui presente. Vocês, eu vejo que estão vindo e que vocês têm que vir sempre e vim mais porque é tudo que ela precisa. Ela não precisa de remédio, nem de (...) nem de (...), porque ela já tem um problema”. Eu falo com a pessoa, não com o idoso, porque ela já tem um problema que nós aqui já identificamos e que realmente não tem resposta medicamentosa no tratamento, e ela esta passando os dias dela até o dia que Deus permitir concluir o ciclo da vida dela. O interessante para ela é que não precisa se preocupar em fazer exame, porque talvez você esteja achando que não esteja fazendo nada e, na verdade, já não tem mais recursos para se fazer outros exames e tudo que ela precisa, na mente dela, na consciência, tudo que ela precisa é a família aqui de junto. Ela não precisa saber que está com doença terminal, não precisa saber que está com os dias próximos, não precisa saber que a doença dela não tem cura, ela não precisa saber de nada disso, ela precisa saber que você é neta e vem visitar, e que a filha dela também vem e, quando vocês estiverem aqui, dêem um banho, façam um carinho, façam um afago. Isso ela precisa. Então, o cuidado paliativo, vindo da enfermagem, passa por aí. É dar àquele idoso aquilo que ela precisa. E o que ela precisa? É de alguém para conversar, de uma pessoa que chegue lá e converse uns minutinhos de prosa e que, na hora que ela estiver com dor, procure uma medicação prescrita para aliviar e estiver incomodada com alguma coisa, sujeira, essa coisa toda que troque, que limpe e mantenha seca, entendeu? Os cuidados paliativos partem por aí. E também tem formas de alimentação (...). Quando é consciente, ainda há condições desse doente participar, a enfermagem tem que trazer esse paciente para participar. É coisas que fazemos aqui, parece que (...) nos habituamos com a coisa do velho, sabe? Criamos manias de velho (...) e começamos a perceber a hora que deve falar, a hora que não deve falar, a hora que deve trocar, a hora de trocar de posição, o que está incomodando, o que não está, se está com sede, porque, às vezes, o idoso está com sede e não consegue falar, mas manifesta aquela irritação, aquela sensação que está com sede, então oferecemos água é (...) a hora que está sujo para trocar. Ocorre (...) que, muitas vezes, ele não quer nem falar até pra não (...), como o idoso se sente incomodado de ter outras pessoas tratando dele, então, não precisa ele abrir a boca pra dizer: “Ah! Minha filha (...)”. Não, então, percebemos a hora que deve ser trocado, que sujou, que tem que trocar. Então, tudo isso faz parte do sistema de cuidados, não só paliativo, mas como o paciente tem (...) paliativo, nessa hora é muito mais importante porque, quando não é uma doença terminal, uma doença de um paciente em cuidados paliativos, não vamos deixar (...) pra lá. Então, é uma coisa que você sabe que aquele doente vai ficar bom, e ele

vai embora pra casa e tudo mais. Ele depende menos de você. Mas, quando é aquele que você já está vendo que está evoluindo com aquele futuro já esperado, que é de todos, e de qualquer pessoa, você tem uma carga emocional maior pra essa pessoa. E tem outra coisa, isso vai até da crença e religião. Eu acredito assim, eu acho que Deus não deixou ninguém no mundo para viver com limitação. Eu te faço de acordo com o que faço com o outro que eu gostaria que fosse comigo. Eu não saberia viver com limitação, limitação assim, não de você ficar sem uma perna, de ficar sem um braço, de ficar cega, surda, não essa limitação. Mas essa limitação de ficar sofrendo em cima de uma cama, de ficar furando, ficar botando sonda, essa limitação que eu falo. Então, se pode aliviar alguma coisa, nós faremos para evitar esse tipo de estresse do doente que já está realmente e, por mais que ele negue, ele sabe que está chegando o período final dele. Então, temos que minimizar essa (...) esse sofrimento, e fazemos isso através do cuidado da atenção, na família, uma coisa que o idoso fala: “Ah! Meu Deus, se o senhor me tirasse (...)” Tudo é história, então ele diz: “Ah! Que eu estou sofrendo, que Deus me tire desse mundo”. Tudo é história, porque ninguém quer morrer sofrendo, morrer ninguém quer, até aceitar a morte, mas não quer morrer todo espedaçado, arrancando, furo aqui, um furo acolá, um aperta aqui, uma amarra aqui, ninguém quer assim, até parece que está pagando um grande pecado. É isso, porque às vezes o povo é (...) pra mim na minha idéia, no meu pensamento, eu acho eu não queria isso pra mim, amarra aqui, aperta ali, fura aqui, bota remédio ali. Então, se eu fosse perguntar pro idoso desse, o que o senhor acha dos cuidados paliativos, ele ia dizer (...) explicasse a ele, cuidado paliativo não, dizer a ele que a doença dele (...), ele ia dizer que não ia querer também, você entende? Então é a mesma coisa. Então, se quando vamos fazer cuidado paliativo, dar assistência, os cuidados lá aos pacientes, eu mesma penso assim: eu vou fazer isso aqui assim, coisa minha particular, eu faço assim porque, desta forma, está sendo melhor pra ela, porque, se alguém for fazer pra mim assim, eu vou achar bom. E tem aquela outra parte é (...) a outra parte terapêutica que tem que ser cumprida, pelo menos aqueles paliativos de medicamentos, que sempre tem pra diminuir a dor, diminuir a depressão, o estresse, tudo isso. Não. Aqui é assim, olhe. Porque existe uma fragilidade, uma fragilidade muito grande do idoso, o risco de acidentes. Então, quando o idoso está em casa, a responsabilidade, vamos dizer, o idoso sadio não, vamos falar do idoso de cuidados paliativos. Quando o idoso está em casa e tem, que o médico já atendeu e a não sei há quanto milênio determinou que não tem um diagnóstico, que não tem mais recursos terapêuticos. Então, manda esse paciente pra casa e a família cuida. Na casa, é uma coisa diferente, lá pode ter tudo, não pode aspirar, não pode fazer o que quiser, ela (...) ninguém, mesmo porque a família tem como justificar (...) mas, quando se trata com a instituição, seja ela qual for, de saúde, a responsabilidade é da unidade. Então, assim, vamos dizer: o alimentar nós, depois de muito observar e tudo, inibimos o máximo que pode do alimentar o idoso doente por causa dos riscos que ocorre, pela (...) dificuldade de deglutição, essa coisa toda, ele aspira e fazer uma pneumonia e antecipar ou, então, não antecipar, ser uma causa extra, entendeu? Então, nos cuidados de alimentação, dieta, comida ou de hidratação oral essas coisas, nós evitamos o máximo que seja feito pelo familiar. Nós da enfermagem é que fazemos, (...) temos auxiliares de enfermagem e aqui ainda temos os cuidadores que também fazem esse trabalho. Então, evitamos que o familiar se envolva nisso. Mas, quanto a ir passear, a um envolvimento da família que realmente muda. Eles fazem assim (...) delega, a família. Não sei se vamos dizer assim, a família tem um certo potencial de culpa naquilo tudo, não sei se é assim que pensa, ou eles têm medo do cuidar, de estar perto, então ele delega, não sei (...). Precisa conversar com a família, pra poder entender o que passa na cabeça dele, porque, em casa, vamos a um exemplo, em casa ele tem aquele idoso lá, a família dele que é o pai dele, a mãe dele, seja lá quem for e que ele tem todo carinho, todo mimo. Em casa suja, ele limpa, quando se suja, ele vai lá e troca a fralda limpa tudo, dá banho e tudo mais, não tem problema nenhum. Eu não

sei o que passa na cabeça da família que aqui eles não querem fazer, ou se acha no direito de não fazer, eu não sei se é realmente remorso ou se é uma questão porque achando que tem (...) pra fazer, porque tem muitas questões assim (...). Eu fiz um estudo, na época do curso de gerontologia, sobre o acompanhamento da família para o idoso (...) de noite, ou de dia, onde ele aqui treinava dar banho e esse negócio todo, pra quando chegar em casa já como se fosse um plano de alta pra ele já ir sabendo o que fazer, como cuidar em casa, porque o problema de casa, de não saber é também ocorre muita coisa que poderia ser evitada e foi difícil conseguir as pessoas, foi difícil conseguir alguém que fosse disponível pra ficar aqui durante o dia, ainda com transporte e alimentação. E foi difícil achar, tanto que eu não concluí o trabalho. Ainda qualquer hora dessas, vou concluir o trabalho, porque foi difícil. Primeiro, porque tive que selecionar por causa do nível de cognição dos pacientes e orientação, certo? Pra ele mesmo responder. Aí já foi um limite, já foi um erro talvez do projeto. E se eu pegasse todo mundo, talvez até eu tivesse mais paciência, aqueles que não responderam. Mas eu achava, na minha idéia, antes de fazer a pesquisa, eu achava que o doente se sentia melhor sendo cuidado com o próprio familiar. E eu queria saber disso realmente para poder justificar o projeto, de ter o acompanhante, é (...) a nível hospitalar pra idoso. Mas veio uma lei que resolveu (...). A dificuldade que eu tive foi essa de também de não achar as famílias disponíveis, ou que queriam até pagar outras pessoas pra poder botar aqui dentro e não era permitido, só aceitava se o parente, mesmo que fosse até um (...) distante, um avô, um sobrinho, mas tinha que ser parente e não consegui por isso. É obrigação da família, já que ele faz questão, acho dentro do íntimo dele de delegar, devia ser o contrário, ele deveria querer ficar, porque é aberto. O que limita a família aqui é o número de pacientes. Então, eu tenho, vamos dizer: tem alguns pacientes aí de cuidados paliativos, já vem definido pra cuidados paliativo, mas está numa enfermaria que tem oito ou sete pacientes, e fica difícil ter mais oito ou sete familiares aí dentro pra dar os cuidados de rotina da unidade hospitalar que é totalmente diferente daquele de casa, e (...) fazer esse trabalho. Talvez até dê se fizermos um trabalho primeiro de investigação e fazer uma metodologia pra isso, mas, por enquanto, não existe. O que existe aí é de acordo com a lei do estatuto do idoso que dá esse direito ao idoso de acompanhamento hospitalar. Mas aqueles que podem vir comparecem e, nessa parte, até que as famílias se mostram disponíveis para vir, como se fosse um cão de guarda. Eu bem que tento, viu, eu bem que tento. Boto pra poder carregar, assim, está pedindo uma água – “pega aí fulano, pegue aí uma aguinha pro seu pai, pra sua avó, dê aí uma aguinha a ele” – Entendeu? A garrafa de água está distante, eu mando pegar, mando virar, boto pra sentar, pra conversar, principalmente pra conversar, porque, por mais boa vontade que temos, é preciso ser realista. Não tem como ficar conversando com um idoso o tempo todo, seja em cuidado paliativo ou não. E o de cuidado paliativo que mais necessita disso, passa a transparência deles pra não ser tão dramática, porque eu vou te dizer uma coisa, viu: se você visse, você trabalha na assistência? Se você percebeu bem nesse período que você ficou, morrer dói e é difícil morrer, é difícil. Eu tenho ficção assim (...) da morte (...) Morte não tenho muito, quando você é praticamente da religião, pra mim a morte é uma transferência. Ah! Pra onde eu não sei (risos). Até agora eu não sei. Eu sei que fico até me perguntando pra onde é que vai, aonde é que está cabendo tanto espírito, aonde é que está? Os mais velhos dizem que está no céu. Eu olho pra cima (...) precisa de muito céu pra ter tanta gente, principalmente, eu trabalho em dois extremos. Trabalho aqui na geriatria, e lá também tem cuidados paliativos. É um impasse difícil de resolver, aqui, e lá no outro hospital que trabalho [maternidade]. Lá não se discute cuidado paliativo, nem se toca no assunto, mas, de qualquer forma, praticamos (...). Lá, eu trabalho com os dois extremos da vida do ser humano. Trabalho na Neo de lá, não é bem uma UTI, mas é uma unidade semi-intensiva de atividade muito grande e que (...) estava até perguntando (...): Eu não sei o que está acontecendo com tanta prematuridade, precisa saber o que essas mulheres, o que é, porque a

mulher moderna hoje é (...) permissível a ela tudo. Ela bebe, fuma, dança, ela faz tudo. Não se trata como deveria, apesar de ter tudo à disposição, mas ela não se trata como deveria, não faz acompanhamento, não tem nem a responsabilidade de engravidar, quanto mais de seguir aquela gravidez. Resultado: é prematuro. Aí é prematuro de 1Kg, 600, 800, 900gr, quer dizer, aquelas crianças. A diferença que faz daqui pra lá, tem uma diferença em termo de pensamento, mas tem uma diferença em termo de evolução. Aqui a evolução é declinar, na geriatria você pode até tirar um idoso, (...) até tirar o idoso da doença, ele tem uma doença qualquer, tratou e ficou bom. Mas aquela doença ali já é o marco pra ele, o descer a ladeira, declinar. E no outro episódio ele vai. À medida que cada episódio vem. Cada evento, aí ele desce a ladeira direitinho sem precisar nem de escada. Lá não, lá é diferente. Lá a subida é a linha (...). Então, um prematuro de 800gr, ele é cuidado paliativo, certo! Mas, de repente, quando você começa a dar o suporte pra ele, ele começa a reagir, aí bom, ele é de cuidado paliativo porque se imagina que a questão funcional dele de raciocínio, de cognição, neurológica. E aí você pode até tirar ele do quadro de 800gr, 1Kg, 2Kg. O pulmão dele que está maduro e (...). Agora que reposta você vai ter no futuro daquela pessoa? Pela prematuridade dos seus neurônios? Pelo processo todo esse de invasão de tratamento, entendeu? E lá também é cuidado paliativo, mas lá fazemos tudo, então, eu pergunto: “o que vamos devolver pra mãe?” Aquela criança que vai passar cem anos, no primário, duzentos anos sem nem saber escrever o nome? Então tudo (...) pra se pensar, agora você dizer: Ah! Não vou fazer isso, fazer aquilo (...). A única coisa que é semelhante lá e cá é a complacência da família (...) nós profissionais deveríamos trazer o familiar pra fazer dessa equipe (...), ele tinha que ser de saúde, o familiar, pra ele entender todo processo, pra ele participar, dividir responsabilidades, coisa que não observamos na família. E aí, eles ficam todos quase que insento da responsabilidade. É aonde tem o mesmo pensamento lá e cá. Lá, porque eles não querem ter uma criança deficiente, defeituosa, demente que nunca na vida vai dar pra nada, na verdade não tem (...), desenvolvimento intelectual. Assim, lá a mãe chora aquele pouquinho, chora bastante, mas logo aquelas lágrimas secam porque ela não quer ter um trabalho, é igual o filho do índio. Você já viu índio aleijado? Você sabe por quê? Porque eles matam, porque não pode ser dependente, no caso do índio. Não pode ter índio dependente, aleijado, torto, você acha que nasce nem (...) é (...) mas é verdade, você já viu índio com síndrome de Dow, aleijado, torto? Todos são perfeitos, todos têm olhos, todos tem ouvido, todos enxergam, ouvem, andam, podem ser até de baixo intelectual, mas todos caçam e pescam. (...) Problema se fosse pensar é (...) se for realmente querer uma criança que tem problema de saúde. Então, está sendo um problema pra família. Então, lá ele chora, tem aquela dor, aquele sentimento e que quando ele começa a pensar nessas coisas ele se conforma e entrega a Deus. Foi porque Deus quis. E lá na geriatria pelo mesmo pensamento. Ah! Estava sofrendo, ia pra casa, ia ter que arranjar alguém pra ficar dando banho, ia ter que ficar trocando fralda toda hora. Tem o mesmo pensamento. “é melhor assim, tava sofrendo demais”, e aí eles choram, sente a dor também, todo muito tem sofrimento, mas (...) passa por eles é esse tipo de consolo. E também se vê um pouco aliviado do problema que possa vir gerar depois. E a família tem que ser inserida nesse contexto, porque ele precisa entender que o pai dele, que a mãe dele, o avô, seja lá quem for que colocou ele no mundo, que criou, merece ou não merece. Porque, por mais ruim que seja o pai ou a mãe que tenha feito, que tenha aprontado, eu acho que o ser humano é passivo de perdão, (...) de aceitação, de comunhão e tem de (...) bom ou ruim é (...). Tem uma diferença um pai e uma mãe que deu a vida, e nos cuidados paliativos essa questão tem que ainda ser melhor definido esses critérios. Agora que está se discutindo esse assunto, não tem ainda assim muita, nada quase definido. Aqui mesmo, tem seções científicas sempre de cuidados paliativos. Nós ainda resistimos, não nos conformamos, e até nós profissionais mesmo. Eu até digo assim: Ah! Paciente tal está sofrendo, não sei se está nos cuidados paliativos. Aí passa um tempo, fica

dando soro subcutâneo, passa o tempo, o paciente não quer comer, mas eu digo não vai ficar sem comer. Segundo a literatura, já fala se o paciente não quer, não deve comer, que não deve dar, não sei o que mais lá, aí eu me pergunto: “vai morrer de fome?” Eu acho que a pessoa pode querer morrer, agora precisa morrer de fome? Mas não é (...) que o outro está errado não, é que ainda, na minha idéia, não amadureceu ou a idéia de qualquer uma pessoa, não amadurecer essa idéia de cuidados paliativos, por isso tem que clarear mais. Tem que ter critérios, mesmo, rígidos pra poder dizer: “Não, fulano é de cuidados paliativos”. Ali todos os pacientes, lá de baixo, são (...) de alta dependência, eles já estão num nível muito grande, muito elevado de demência. Tem doenças degenerativas, diabetes, hipertensão, osteoporose, demência de Alzheimer, demência vascular, tem um bocadinho de coisa, ele nunca vem só. Então, além disso, tem paciente socialmente doentes, que não tem família, porque também a questão social, também devia botar ele no código de doença! Devia ter um CID! Doença, código lá, um código lá que dissesse que é doença social. Porque eu posso (...) esse tempo todo, eu posso até te dizer que a questão da doença é questão social, e isso não tem como negar. Além de outros fatores que vem, educação (...). Mas isso tudo é a questão social (...). Essa paciente está em casa, ou não era? É a casa, o melhor local para os idosos morrerem. Dentro de casa, com a família dele, digamos até assim, porque a situação é constrangedora pra família, dolorida. É, vamos dizer assim, é (...), além dos vizinhos, a curiosidade, aquela coisa, vamos dizer assim, do preconceito, sei lá se é preconceito o termo; à medida que o doente, que a família percebesse que aquele doente não ia evoluir muito, porque ia passar por um treinamento, de um conhecimento dos sinais de qualquer alteração, então, à medida em que a família percebesse que aquele doente não viria a noite, vamos dizer assim, ele tinha até um lugar certo, pra que aquele doente entrasse, fosse num hospital, porque hospital não é lugar de morrer ninguém. Mas, já que a condição sócio a cultura é essa, então a gente não tem pra onde correr, não tem outro lugar. Então, a família poderia até levar esse idoso pra acabar de morrer lá no hospital. Mas, do contrário, se não fosse essa questão hoje, moderna, de a gente se sentir tão constrangido com qualquer besteira, tinha que morrer em casa mesmo cercado dos seus parentes, com seus filhos, seus netos, bisneto, quem quisesse ver, porque não tem o que esconder, gente! Porque arrasto um doente pro hospital pra morrer no hospital? Então, o problema que é gerado não é a doença, não é o morrer, é o problema social. Porque, em casa, ele não tem (...), no caso de alguns aqui. Vamos ser otimistas, porque, de repente, pode dizer até que eu estou dizendo que eles tão aqui no hospital porque não tem o que comer. É (...) o cuidado... Questão de morre em casa, se não fosse aquele constrangimento, nada melhor do que o doente, a pessoa que está determinado pra ele, porque também deve ser dita a ele que a doença dele é de cuidados paliativos, tem que explicar isso muito bem pra comunidade, porque, quando chega aqui, eles ficam pensando, eles bem que sabem que a doença deles é uma doença sem retorno que já foi investido, que já foi investigado, que já foi tratado e que não tem, mas ele não quer assumir isso e ele só ia assumir isso se fosse assim um projeto, um projeto domiciliar, se existisse um programa domiciliar, (...) Então, se tivesse um projeto de uma assistência domiciliar assim pra que essas pessoas em vez de tirar do seio da família (...) não é esconder nem negar também não. Devem saber! A progressão daquilo ali, o futuro daquilo ali. E eu não nego, sabia?, Aqui, eu falo mesmo. Falo, falo. Claro! Do B A Ba direitinho. Porque a expectativa, não só aqui, como também lá na maternidade. Porque a família criou muita expectativa em cima de uma coisa que não existe, não é real. Eles querem negar. Eu acho até que ele deve fazer isso. Mas também não é fechar os olhos pra realidade. Que acontece comigo, todo mundo, qualquer um. É aquela pessoa que está nem naquele meio, mais rápido o processo vai-se fazer. Talvez não, mas o que se tem é que aquilo ali vai acontecer o mais breve, mais do que eu que estou andando, do que está só com uma gripe, entendeu? Aí eu faço um comparativo, pra poder a família entender, eu faço um comparativo, a comparação assim:

“Olhe, seu fulano de tal é (...) já tem tantos anos, é (...) teve doença tal, foi investigado tal, teve é (...) ele agora tem essa doença e que já foi feito, vai fazer, fez tratamento, fez isso e fez aquilo, e a resposta não foi, não vai ser o suficiente, o compatível com aquilo que se espera, vai fazer a quimioterapia”. Um caso mais comum assim, por exemplo, é câncer no pulmão. Eu tenho medo, até hoje, de câncer que se pela, até parece que (...) da época da lepra, que mudou, graças a Deus, que hoje pessoas aí vivem anos. Então, eu digo: “Seu fulano tem isso, você já sabe como é essa doença. O câncer é uma doença que a tendência dele é piorar à medida que os anos passam, o paciente (...) resistência, ele é muito idoso, isso e aquilo”. Eu vou conversando e falo mesmo que o tempo dele está acabando. Porque eu vou dizer a ele que vai andar, que vai caminhar. Um AVC que não é câncer não é nada, mas que deixa muito doente, limitado e sem andar, sem fazer as atividades (...). Aí chega: Ah! Veio pra (...) fisioterapia. Aí eu digo: “Ah! Sim, que bom!”. É vamos ver, vamos jogar ele lá em cima, aí (...) fisioterapia. Mas pode ver se melhora. Mas eu tenho que lhe dizer que, quando ocorre o derrame, que é conhecido como AVC, há uma lesão no cérebro e que impede, que lesiona o braço, a perna, se é do lado direito ou do lado esquerdo. Às vezes ficam com dificuldade de engolir, é (...). a perna e o braço pode até conseguir, dar um jeito e voltar a andar com andador. Não pense a senhora, o acompanhante, que ele vai sair correndo picula aqui, que não vai. – Ah! Não, sei, sim. – Não, eu estou dizendo abertamente pra depois você não pensar que chegou aqui e que passou aqui quatro meses e que nada viu. Então, o que vamos conseguir é que, se hoje ele não anda nada, que, pelo menos, ele ande com o andador, que chegue, esteja assim um copo perto dele e que ele possa levantar e pegar aquele copo, não vai precisar que você dê. Agora, que ela vai sair daqui fazendo as coisas dentro de casa, pegando picula, não vai não. É querer se iludir, não vai. Aí é claro, é aberto e não fica todo dia me perguntando: “E por que não sei o que mais lá? Ele vai melhorar? Como foi que fez aí? Está fazendo?”. Então, ele já está sabendo que é lento, que não vai ter esses milagres, que só acontece de vez em quando, não é todo dia. Isso aí [conceitos de paciente terminal, diagnóstico sóbrio e reservado] é (...), coisa que médico inventou, que a medicina inventou (...) Isso aí é mais pra doenças não paliativas, prognóstico reservado é (...) porque, quando diz cuidado paliativo, a coisa está definida. É (...) ah! Isso fica mais pra doenças assim mais agudas que se aplicam uma terapia que tem que aguardar uma resposta. E, a depender do doente, seja ele novo ou velho, pode ter respostas boas como respostas ruins, negativas. Vai depender também da doença, muitas vezes, uma gripe é (...) suficiente pra ser um diagnóstico reservado, sombrio, não é cuidados paliativos, eu acho que não! Não, eu acho que está mais pra doenças agudas, vamos dizer: um traumatismo craniano, um acidente, aí é um diagnóstico reservado, a gente não sabe o que é que vai surgir dali, pode ser prognóstico sombrio, pode ter uma resposta boa de vida, porém não sabe o que vai resultar da seqüela. Eu acho que fica mais por aí, esse negócio de diagnóstico reservado e sombrio é o resultado da resposta, o que vai acontecer. Que garantia eu tenho pra dizer: Não vai acontecer isso. Não tenho. Têm doenças que é difícil definir isso principalmente as doenças provocadas por acidente. O paciente terminal é (...) é difícil determinar assim, dizer, como também é difícil dizer de cuidados paliativos. Acho que precisa ainda de muito estudo pra definir isso. Um paciente, pra mim, terminal, é aquele paciente, eu mesmo não gosto de ver, é um paciente onde todos os recursos terapêuticos não tiveram sucesso. Então, ele pode até estar andando, ele é um paciente terminal. É uma doença onde tudo foi feito (...), todas as terapias possíveis ao alcance foi feito e que não teve resposta. Ele então é um paciente terminal, porém ainda andando, comendo, subindo e descendo. Ele não é um paciente terminal, ele tem uma doença, que determina que ele vai morrer daquela doença, vamos dizer assim. Não é melhor? (...). É Deus, rapaz! Olha, porque a gente diz assim: é um paciente terminal, é aquele paciente acabado, ali em cima da cama com o olho fechado. Aí ele está e morre. (risos). É difícil definir essas coisas, é difícil porque você fica muito assim ambíguo nessas respostas, porque

uma hora você acha que aquele paciente é terminal e que não deve nem se quer mexer nele, mas tem outros pacientes, com outras doenças, em que você olha, cuida e trata e que você acha que tudo tem que ser, mesmo assim sabendo, que tudo tem que ser feito, pelo menos aquilo que está ao alcance de se fazer, que é o cuidar, o banho, o alimento, o remédio pra aliviar a dor, a conversa pra poder diminuir a emoção. Porque tudo vai também pra parte emocional, tem que ter equilíbrio pra poder ter muita conversa, pra poder aliviar a emoção, que são emoções muito forte, onde se dá nesse processo (...) doença terminal porque não tem mais tratamento e vai morrer daquilo, agora, quando vai morrer, é que ninguém sabe. E também por causa disso (...) cuidados paliativos? Não. Se tiver uma gripe, não vai tratar por causa da doença terminal? Tem que tratar. Se tiver uma outra doença, que uma gripe é uma coisa muito boba, mas vamos dizer outra doença, uma infecção um não sei o que lá, não tem que tratar? Tem. Se tiver com uma infecção respiratória, cheia de secreção e tudo mais, vai deixar ela sufocar, vai deixar ela morrer sufocada do catarro, porque é doença terminal? Não. Então é o tipo da coisa, é muito difícil definir isso (...) tem um conceito, um pré-conceito formado das coisas. Eu acho que deve ser por aí, eu acho que cuidados paliativos, doença terminal, ainda tem muito que ser visto em termo de estudo, ainda tem muito o que ser visto em termo de critérios, definição, não pode ter uma unidade dessas aí, como tem aqui em baixo, (...). Com que direito eu tenho pra fazer isso, eu pergunto: se o doente quer cuidados paliativos, a família concorda, ela nem sabe o que é, você está entendendo? Então, não é eu que tenho que dizer isso, o que me cabe, uma coisa eu posso lhe dizer, uma coisa você pode até registrar (...) bastante (...), o que me cabe como enfermeira, como pessoa, como ser humano, é aliviar a dor, o sofrimento, dar os cuidados que a pessoa merece, seja pra cuidado paliativo, pra doença terminal, e fazer isso realmente pelo outro, porque é o que resta pra gente fazer. Agora, como definir isso, de dizer: “não vou fazer mais isso não porque é cuidado paliativo”, isso não cabe.

Entrevistada 8

A Entrevistada nº 8 tem 38 anos, é evangélica, casada, com dois filhos, nasceu na cidade de Maracás e reside em Salvador. Formou-se e atua com idosos há dez anos. Possui curso de Especialização *latu senso* em Unidade de Terapia Intensiva e trabalha também como professora de um curso para técnicos de enfermagem.

É a enfermeira responsável pelo turno noturno. Realizamos a entrevista no dia doze de agosto às dezenove horas e vinte minutos, após passagem de plantão.

O local de escolha foi a sala da assistente social e, como não havíamos tido nenhum contato anterior, expliquei os propósitos da pesquisa, tornando claro a relevância do seu depoimento para o estudo e, principalmente, a minha satisfação em ouvi-la. (ALBERTI, 2004 p. 87).

Entreguei o termo de consentimento, assim como foi feito com as demais colaboradoras, finalizando a entrevista às dezenove horas e cinquenta minutos sem nenhuma interrupção no período.

História

Bom, é uma tentativa de dar uma qualidade melhor a esse paciente que já foi feito todo um investimento e que não respondeu a nível de medicina e de cuidado hospitalar, não se tem mais o que fazer. Então, é garantir a ele ainda uma qualidade dentro do que se pode fazer. Eu vejo dessa forma. Daí uma qualidade melhor, aquilo que já está sem muito recurso mais, muito investimento, como temos aqui idosos que usam antibióticos de primeira, segunda e terceira geração e, às vezes, não respondem ao tratamento e tudo já foi feito, tudo já foi tentado e, como ele não responde mais, ele passa realmente pra cuidados paliativos. A família é chamada, é conscientizada do quadro clínico do paciente, do que foi feito, do que se poderia ter sido realmente feito, do que foi investido e, por conseguinte, o paciente realmente passa pra cuidados paliativos. Eu acho que o cuidado normal, o conforto, da pele, o padrão respiratório dá uma melhorada no padrão respiratório, posicionamento, higiene corporal, higiene íntima, vigilância do débito urinário, do débito fecal, fazer esse controle da dieta, é toda uma vigilância. Tem todos os aspectos do paciente, nível de consciência, estamos trabalhando nível de consciência, mesmo que ele não fale, falamos com ele. Olha, realmente significou assim muito é (...) amadurecimento, eu fui me reconhecendo como profissional, como ser humano. Quando isso acontecia pra mim realmente no início, foi chocante e eu não esquecia. Nos dez anos eu já esqueci, pelo menos, a metade (risos). É (...) mas, quando eu comecei aquilo realmente me marcou, hoje eu vejo com mais tranqüilidade, porque a experiência me deu essa tranqüilidade, mas, no início, foi algo que me doía, me doía fisicamente, era é como uma parada, uma parada cardio-respiratoria, um óbito, mesmo que aquele paciente fosse ou não fosse reanimado. Porque, realmente, sentimos como se fosse uma dor da perda e no passar do tempo eu fui (...) relaxando, fui me acalmando fui entendendo e aí à medida que acompanhamos cada história de cada paciente, realmente conseguimos entender os porquês, o que foi realmente melhor pra aquele paciente, e também, entender o processo da morte, isso foi-me ajudando e fui amadurecendo nesse percurso. Olha! para um paciente que não foi discutido (...) a conduta é reanimar, reanima todos. E (...) se o paciente já é discutido que vale mais a pena entubar, não vale mais a pena entubar, então, esse paciente, eu acho que gera um pouco de incapacidade do profissional que está diante da morte e nada foi feito, mesmo sabendo que já foi discutido, já foi definido: numa parada, não vai se fazer mais nada, porque já foi feito, inclusive porque, muitas vezes, a família diz, que deseja que o paciente parta em paz, contribuindo, também, pra essa decisão. Então gera um sentimento de incapacidade. A família não participa, porque, nesse processo de educar, nós já tivemos aqui um trabalho, inclusive um trabalho de enfermeira, e foi envolvido o familiar e constatamos que o próprio familiar não participava por mais que orientássemos. Então, esse trabalho, na época funcionou, mas fora esse trabalho, víamos que não tinha uma participação do familiar. O familiar vem e, se ele vê algo que ele acha que está errado, ele questiona, ele quer que alguém faça por ele, faça pelo idoso. Eu já tive contato maior coma família. Hoje, eu já não tenho mais (...). Alguns finais de semana eu ainda tenho. Alguns finais de semana que eu dou plantão durante o dia ainda tenho contato, mas eu não vejo diferença do comportamento de anos atrás, para o familiar de hoje. Realizamos, sabe, aquele trabalho de educação, de que ele pode conversar, de que ele pode sentar, de que é importante a visita, de que ele pode trazer realmente algum lanche, desde que passe pela nutricionista e que tenha liberação. A gente tenta conscientizá-lo principalmente do visitar porque, muitas vezes, a maioria dos idosos não recebe sempre visitas. Então, a importância da visita pra que ele perceba ou que alguém mais da família perceba, um pode não vim hoje aí, vem outro, vem o outro e vai fazendo um rodízio, mas que o idoso receba uma visita. (...) Nós observamos, com o tempo, a participação (...), interesse do familiar em estar fazendo isso, que realmente é algo trabalhoso, e como também tem a

questão do custo. Normalmente, são pessoas que têm uma renda familiar pequena e aí, muitas vezes, muitos colocam que não podem nem vim porque não tem o transporte, só podem vim a cada domingo, uma vez na semana (...) dificuldades que acabamos deixando, permitindo, que aqui, com o idoso, façamos tudo pelo idosos, ajudando, conosco, ficando mais no hospital. Eu fico mais no hospital e, no hospital, realmente é paciente que é prostrado. Então ele é totalmente dependente, ele já não se ajuda mais, realmente nós fazemos tudo por ele. Que é diferente da Morada. A Morada tem pacientes independentes, nós temos agora a parte de paciente, que esta tentando reabilitar e sai. Mas, como tem esse processo que você está querendo se direcionar só pro cuidado paliativo, nós temos aqui e lá em cima também. O paciente não fica ciente da situação, quem fica ciente é aquela pessoa que se coloca realmente como responsável, porque, quando isso não acontece, os familiares vêm em cima da equipe, eles cobram, eles querem saber às vezes, o paciente está grave, muito grave e aí o familiar quer saber: “que dia vai sair? Como é que ele está, doutor? Ele está melhorando? Está melhorando, não?” Então, sentimos que ele quer que melhore. Portanto, chamamos esse familiar, sentamos com ele e conscientizamos sobre o que está acontecendo. Porque é melhor que ele acompanhe realmente, porque, quando isso não acontece, eles tentam culpar a equipe, eles estão por fora do que está acontecendo. Então, normalmente, o familiar, ele é conscientizado. Inclusive, nós tivemos aqui uma época um dia fixo, eu não estou lembrada o dia agora, eu não sei nem se prevalece o mesmo dia, as quartas-feiras ou se mudou ou se não tem mais. Mas nós tínhamos aqui um dia que escolhia um paciente, estudava o caso desse paciente, definia as condutas e informava tudo ao familiar, chamava o familiar e conscientizava esse familiar. Porque, como aqui é SUS e a família tende muitas vezes a deixar o paciente e sumir, tanto aquele que está grave como aquele que está bom. A equipe viu que tinha a necessidade disso, a Direção do hospital, aqui a Direção da geriatria, que precisava disso. Então, normalmente, o familiar ele fica sabendo, o idoso normalmente não. Em outras palavras, eu acho que é momento de aguardar o óbito, de aguardar o último suspiro e dar assim, mais um conforto a esse paciente, seja ele lúcido ou não e trabalhar com algumas limitações, algumas resistências do próprio hospital, por conta da estrutura hospitalar também, por conta de seus (...), de manter todos os recursos, então trabalhamos com limites. Prognóstico sombrio é que ele tem poucas chances de sair daquele quadro, e que tudo está sendo tentado pra que ele saia, mas pra mim eu vejo como prognóstico sombrio. Ele tem alguma chance, mas são poucas chances. Diagnóstico reservado é, ou seja, para mim, é um diagnóstico que ele tem realmente pouquíssimas chances. A morte pra mim é uma continuação da vida, é uma partida para realmente aquele que buscou a salvação e realmente é o encontro com o Pai. Não é a morte, a escuridão, pra mim não. Pra mim é (...) a continuação da vida, só que será uma vida espiritual. Eu sou evangélica e eu interpreto dessa forma e, na medida do possível, eu (...) com os idosos, sobre a salvação, sobre esse encontro com Deus, pra que ele não venha a complicar e ele não tenha tido oportunidade de ouvir a palavra de Deus. Olhe, isso depende, viu. Tem umas questões aí que envolve. Pra aquele familiar que não recebe um cuidado em casa, que tem aquele familiar que traz e que quer que ele fique aqui, que não vai cuidar dele em casa, eu acho que o hospital é o melhor lugar pra esse tipo de paciente. Pra aquele paciente que a família está ali, é (...) solícita, disponível ao que colocamos, querendo participar, querendo ajudar, porém isso é pouco pro que temos aqui. Então pra esse familiar no momento que não tem mais resposta, o que fazer, tudo foi investido, eu acho que o melhor local é a casa do paciente.

Entrevistada 9

A Entrevistada nº 9 tem 39 anos, nasceu e reside em Salvador com sua mãe, é solteira, não tem filhos e diz que é cristã. Tem quinze anos de formada e há treze vem atuando no serviço geriátrico da instituição.

Atualmente, encontra-se trabalhando no turno da noite, assumindo suas atividades nas Moradas, na Unidade de Agudos e de Cuidados Paliativos. É especialista em enfermagem do trabalho, atuando nesta área em outro serviço.

Após a visita nas unidades e conferência do carrinho de emergência que fiz juntamente com ela, iniciamos a entrevista às dezenove horas e trinta e cinco minutos, na sala da coordenação de enfermagem. Esta situação inicial foi muito enriquecedora, pois permitiu que houvesse uma aproximação maior com esta colaboradora, favorecendo uma interação entre nós.

Quando iniciada a gravação, a colega desligou o gravador colocado em cima da mesa, solicitando um tempo. Foi concedido o tempo necessário para aliviar a tensão e minimizar a inibição da entrevistada até a sua familiarização com o recurso de gravação. A esse respeito, comenta Alberti (2004, p.112) que “o gravador evoca a presença virtual de outros ouvintes, do público e da ‘posteridade’”, exercendo, assim, uma influência sobre o que e como se fala.

Finalizamos o depoimento às vinte horas e vinte minutos, sem interrupções.

História

Pra mim, cuidados paliativos seria o conforto do paciente no que a enfermagem pode fazer de completo. Eu acho que, digamos assim, o médico tem limite, de ações a nível medicamentoso, (...) procedimentos, de mais medicamentos. Nós, não, nós temos toda uma abrangência de ações que proporcionam ao paciente e pra mim é tudo que eu posso fazer para esse conforto. Como eu estou ligada mais na parte assistencial, paciente com problemas respiratórios, todas as ações de enfermagem vão estar voltadas pro aparelho respiratório, (...) elevação de cabeceira, (...) oxigênio (...), nebulização, posição. Tudo que eu possa fazer dentro da enfermagem (...). Todos os idosos devem ser assistidos, o que eu acho interessante. O que são cuidados paliativos? Eles estão no cuidado paliativo, é aquele que não tem, é (...), procedimento de reanimação, (...) todos (...), todos são possíveis de serem reanimados, então, eu não faço distinção: aquele é, aquele não é. Pra mim, é importante saber por conta da equipe com quem vou trabalhar, não a enfermagem, mas digamos, o médico. Se o paciente tiver parado, olha, acabou de parar, vou chamar o médico ou não vou? Puxo o carrinho ou não puxo?. Porque o carrinho detém todas as medicações que devem ser feitas e, se ele já me disse que não vai reanimar, então, eu não vou chamá-lo pra todo aquele aparato, mas está parando, a enfermagem está fazendo, está atuando, está fazendo o que pode, antes mesmo que (...) Eu tenho uma colega que ela também tem uma certa experiência, ela faz: “Olha! Entrevistada. 9, aquele dali”. Eu disse: ”Menina, sossegue”. E aí aquele que ela disser:

“Entrevistada 9 aquele dali vai parar”. Eu disse: “pode deixar”. Então é aquele que eu vou dar a maior atenção, fazemos também uma avaliação e, dentro dessa avaliação, eu disse: “Olhe, no meu período, ele não pára não, porque antes de pensar que vai, vou fazer todas as ações (...) da enfermagem e, a partir daí ele vai, mas vai em outro período, não no meu, pra depois não ter que dizer”: “Ah! (...) atestado”. Bem, o eu acho que não é bem o meu perfil, a nível de, (...) o tempo que eu já tenho com idoso que, esse negócio de (...) passa que fazer muita coisa é difícil. Seria aquele. [paciente terminal/ prognóstico reservado/ diagnóstico sombrio] que não tem condição nenhuma, mas que merece todo o nosso consolo de ações. Eu (...) é, o que eu posso fazer? É terminal? Sim. Mas ele precisa ser colocado numa medicação que dopa, pra suportar a dor, porque geralmente é paciente de câncer. Eu me lembro bem dos pacientes com câncer, nós atuamos assim. É dor intensa? Coloca-se a medicação pra analgesia dessa dor e nós vamos acompanhando dentro do que o corpo desse paciente suporta. Ele é terminal? Sim, não tem, como é que se diz, a medicina não oferta uma cura, tudo bem. Mas, dentro do que ela oferta, o que ela oferta? O que ela vai (...) pra mim? Então, vamos atuar naquilo que tem pra ele. Quando o corpo não mais suportar e for embora o espírito, a matéria fica. Pouco se usa aqui, pelo menos, há uns anos atrás ainda. Comentávamos se colocava no prontuário, diagnóstico sombrio. Um pouco pesado! E desde então pararam de escrever e eu estou achando ótimo (risos). Eu nem me dou conta, que nada!. Esses termos são pesados, meio, puxa pro negativo, pararam com isso e eu estou achando ótimo, não estou vendo mais em prontuário nenhum. E diagnóstico sombrio? Não vejo e se escreve, melhor ainda que eu não consigo ler. Aí eu digo às meninas: “Tem coisas que eu não sei ler, não aprendi a ler”. Mas, realmente, não estou vendo mais esse termo, pelo menos usado aqui no hospital. Pode ser que algum médico esteja colocando, mas eu não tenho, não existe mais. Toda vez que eles colocaram, eu ia perguntar qual era o diagnóstico pra poder entender a definição que eles colocavam no prontuário. De maneira geral, um câncer já com infiltração pra todos os órgãos. Então, eu compreendi à medida que encontrava o diagnóstico. Eu tenho um, eu costumo dizer aos médicos novos que eu não, (...) preconceito triste, mas aqueles que não convive comigo que o que eles colocaram e que não entender eu vou perguntar. À medida que eles, que convivemos eu vou exemplificando, tem esse que me explica o que é diagnóstico sombrio, o que é prognóstico negativo, o que é que é reservado. Então, eu vou avaliando na medida do que eles explicam o processo (...). Inicialmente, era muito doloroso, muito (...) Eu me lembro uma vez que uma médica que, por sinal já partiu, ela chegou, eu fiquei muito abalada e só ela percebeu, chegou a me dar um toque e conversou comigo dizendo que eu precisava trabalhar melhor os sentimentos e tal. De lá pra cá, eu vim trabalhando. Hoje em dia, ainda é duro, mas já não tem mais aquela coisa da iniciante, que senta e chora. Alguns pacientes, não nego, que leva um pedaço da gente. Tem uns pacientes que eu não tenho condição de nada, porque já tem um tempo aqui, então foram A geriatria tem uma Morada e tem pacientes que residem conosco, nós cuidamos. E alguns deles foram (...) eles são assim muito próximos e cria-se um vínculo tipo família realmente, é um ente querido que parte. Mas eu digo que, hoje em dia, eu estou mais (risos), digamos assim, mais firme. É mais firme no sentimento, porque é dolorosa, a partida sempre é dolorosa, a chegada é alegre, mas a partida é dolorosa. Uma passagem [sobre a morte]. Para alguns, o hospital sim, outros não. Na verdade, o idoso, eles tem opinião e alguns deles preferem estar entre a família. E, quando eles preferem estar entre a família, eu acho que deve ser ofertada uma condição e vai naquela questão; econômica, cultural do paciente e familiar, porque aí a família também tem que estar preparada, tem que ter a condição econômica pra suportar um paciente desse em casa. Suportar que eu digo na questão financeira, que vai precisar de recursos, vai precisar de cama, vai precisar de roupa, vai precisar de fralda, vai precisar de oxigênio, muitos deles. Então, a questão é que se tenha esse suporte financeiro e emocional de poder ficar com o familiar em casa, sabendo que vai

partir, e conseguir manter o equilíbrio das emoções, pra não prejudicar o próprio paciente e a eles, que vão ficar. Então, alguns pacientes têm família, têm condições de ficar em casa, outros não. Eu acho melhor, eu sinto que nós cuidamos muito melhor deles do que, sinto dizer, mas é realmente o que eu acho, nós cuidamos dele, nós somos a família deles, nós é que tratamos mesmo como avô, como pai, até quem sabe? Somos mais a família dele do que a própria família, porque podemos fazer um equilíbrio entre a família. Quando eles chegam, eles chegam buscando informações, ansiosos, nervosos, chateados, revoltados. Outros chegam é (...) é, como é que eu digo, temerosos da partida, tímidos e, a partir daí a gente começa a trabalhar essa família (...) é muito gostoso. A oportunidade que nós temos de trabalhar essa família, conversar com ela, como aqui trabalha em equipe multidisciplinar, a gente fica: - “ô, e aí, como é que foi?”. Apesar de eu ser da noite, você pergunta: Como é que está? Quem foi que veio? Quem que não veio? É levado em conta quando colocamos. Um dia eu (): Olha o paciente queria ver uma filha em especial. De tarde, veio uma, mas ele queria ver a outra. Dissemos: “não se incomode não, vai passar, vai procurar”. Isso é passado pra assistente social, uma colega passa, o médico procura saber, então, a fonoaudióloga quer saber, a fisioterapia também, é aquela equipe, eu já não digo mais equipe, eu digo realmente assim uma família, a família se mobiliza pra que a família que ele formou aqui, na terra, a família carnal, de sangue, possa também ter essa oportunidade. Um dia, estávamos conversando, eu e o médico. O médico fez assim: “O paciente quer o quê?” Eu disse: “Olhe, queria o sarapatel, sarapatel não dá, mas pode ser, vamos ver o que a gente pode dar a ele, vou conversar com a nutricionista”. Paciente queria partir, porque não fazer a vontade dele?! Um dia, um paciente foi até a chefe, chamou a nutrição e proporcionamos ao paciente que não tinha oportunidade, não era terminal, mas não tinha oportunidade de sair assim, ou seja, ele não tem uma casa onde ele possa ficar e ela proporcionou a ele uma pizza. Ela perguntou: “o que você quer de aniversário?” Ele disse: “Eu quero uma pizza”. E ela deu a pizza. Então, são todos esses pacientes são extensão, eu me sinto assim, um pouco, e quando me afagam (...), vai da funcionária aos pacientes e a chefe, então é chefe? É, mas é um chefe que a gente conversa e conversa sobre tudo, desde questões assim dos pacientes “Ah! O que vai fazer, o que foi feito, não sei o que, não dá pra ser feito assim”. Mesmo sendo paciente terminal, mesmo sendo paciente de pouco investimento, mas é muito gostoso. Que a família esteja ciente, com certeza. Vendo aquela questão de quem é que vai comunicar, porque você lidar com uma paciente, familiar de uma paciente que essa família é cardíaca, é complicado. Então, numa paciente cardíaca, a gente faz a reunião, aqui faz a reunião com a família, conversa, vê quem é a pessoa mais acessível a receber as informações e passa todas as informações: “olha, está assim”, do jeito que está, perspectiva, se o paciente tiver muito grave, se há um espaço pra que essa família esteja com o paciente, mesmo de noite, o paciente é grave; venha de noite, quer ficar de noite com o paciente? Venha. Oportunidade aqui nós já tivemos de uma paciente grave, a família foi é (...), oferecido uma oportunidade e ela disse: “não, eu vou ficar”. E eu: “tudo bem”. Chefe também está de acordo com isso e a familiar ficou, ela ficou até um certo horário, que também, eles começam, eu acho que, por ser idoso, pensa que não vamos tratar bem, aquela coisa toda e ficam receosos, mas, a partir daquele momento, por exemplo, tem o convívio, a própria família tem o convívio conosco dia e noite, ela acaba por relaxar e até deixar de vim e, nesse dia, eu achei interessante porque eu que insisti “- não, minha filha, fique, pode ficar”. Ela disse: “não, eu vou embora” (...) Ela só me pediu uma coisa: “se acontecer, me ligue”. Se eu não me engano, a paciente chegou a partir e ela já tinha saído. Ligamos e ela retornou. Para você ter uma idéia, ela ficou até, foi uma questão de pouco tempo depois que ela saiu, a paciente partiu. Eu achei incrível isso. Eu acho que, também, tem a questão, enquanto a paciente ouvi (...) é certo? (...) O último sentido que se perde é o da audição, enquanto a familiar está ali perto deles conversando, falando, acariciando, eles sentem. Eu acho que é uma forma de uma ligação

muito profunda, porque, por mais que nos sentimos família desse paciente, não é a mesma coisa. Isso a gente tem claro. E, enquanto ela estava ali acariciando, afagando, conversando, a paciente sentindo esse elo, é como que diminuísse, partisse, ela sentisse falta e dissesse: “Está na minha hora” (...). Então, vamos aprendendo, sofrendo um pouco, mas aprendendo, e feliz por ter nos dado a oportunidade daquela família ficar, o tempo que ela, saber do seu familiar, se sentir útil, que não abandonou, que eles também têm isso, se sentem abandonados, e outros abandonaram porque não agüentam suportar a dor, por isso que temos que compreender. Eu acho, sim, já trabalhei com isso e (...) é aquele negócio que você fica se sentindo útil, você está colaborando com seu familiar, constrói, você reconstrói a ligação, porque eles tinham uma relação, digamos assim, independência e, quando eles chegam ao hospital, é por alguma dificuldade, até mesmo a dependência medicamentosa, a família tem que se acostumar a perceber qual é o horário que (...) o cliente tem que tornar à medicação, ou que tem que fazer alguma abordagem mais técnica, como ministrar, administrar a dieta. Então é, cuidados de banho, de higiene (...), é interessante, é importante completa o cliente e a família.

Entrevistada 10

A Entrevistada nº. 10 tem quarenta e dois anos, nascida em Morro do Chapéu e residente na Cidade do Salvador, é católica não-praticante, casada e mãe de três filhos. Formou-se há doze anos e atua com idosos na instituição no mesmo período. Assume o serviço geriátrico no plantão noturno e possui outro vínculo empregatício. Não tem curso de pós-graduação.

O primeiro contato com esta entrevistada foi no mês de maio e, posteriormente, marcamos por telefone o dia da entrevista.

Então, no dia quatorze de agosto, às vinte horas e cinco minutos, na sala da coordenação de enfermagem, iniciamos a entrevista sem interrupções, com término após trinta minutos.

História

Cuidados, pra mim, paliativos, significa você dar os cuidados básicos, pra que o paciente tenha um resto de vida digna. É, ou seja, é você cuidar dele como um todo, tanto na parte higiênica, é o conforto também espiritual, o contato, administrar as medicações prescritas, pelo médico e (...) como é que se diz, e realmente dar o apoio, até psicológico também, pois terminamos fazendo essa parte com o paciente, então os cuidados paliativos é mais ou menos isso. É o cuidado paliativo que você vai dar ao paciente que está à beira, esperando a morte, na realidade, então pra que possamos dar a ela uma morte digna pelo menos. Morte significa a saída, a mudança, digamos assim, que é uma mudança de uma vida pra outra(...). É (...) a parte material, mas a espiritual continuava, continua vivo. Eu acredito que (...) só pára de existir aqui, mas outra vida você continua. Seria muito bom se a família participasse do dia-a-dia do idoso, tivesse realmente integrado com essa sistematização toda. Só que o que acontece o é que a família não está integrada ao paciente, ou seja, o idoso chega, fica

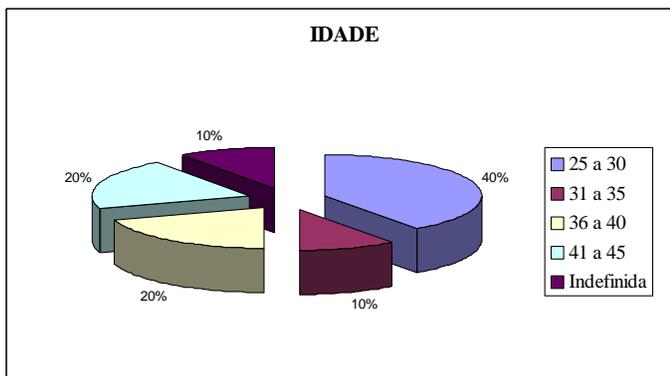
hospitalizado e a família vem fazer uma visita raramente. São poucos aqueles que têm uma visita constante. Então, ficamos sem poder ter realmente essa interação paciente família, explicar e mostrar pra ele (...) os cuidados paliativos e o que seria assim fundamental pra o paciente. Infelizmente o que acontece aqui são vários idosos sem visita, sem acompanhante, abandonados, digamos assim. Certo, a oportunidade eu já tive, mas (...) esse programa de tentar colocar, principalmente quando nós tínhamos uma enfermaria que só era enfermaria de reabilitação para pacientes seqüelados de AVC. Então a gente tentava, de alguma maneira, chamar a família pra perto do paciente e mostrar a importância deles perto do idoso, como eles cuidarem é (...), pra se ajudar na reabilitação de um paciente. Mas o que (...) vimos, (...) é que os familiares não estão muito integrado, interessado porque o que presenciamos aqui é quando eles trazem os idosos porque querem se livrar, querem se livrar da mãe, pai, do avô (...). Esses idosos dão muito trabalho e ninguém quer ter trabalho, principalmente com idosos. Então, o que ocorre, só se for assim, aquele filho, aquele neto que realmente goste muito daquela ou daquele paciente e realmente aceita (...), se não, mesmo que você tente, não consegue de jeito nenhum. São assim raríssimos casos que conseguimos a aproximação. É [pausa], os pacientes eu acho que não devem ser informados sobre o quadro clínico, eles não têm assim, não têm esse conhecimento, eles podem até ter, desconfiar, (...). Como eles são pessoas sábias, eu acho que eles percebem até quando eles estão prestes a morrer, e os familiares sempre, eu mesmo, quando tenho, quando pego um paciente grave, eu sou uma das primeiras a dizer: Olhe, ele está grave, está complicando, (...) mas nada é impossível, pode ser. Eu sou bem franca, sabe, nada é impossível mesmo, porque (...) depende do de lá de cima Então eu sempre, quando eu estou, quando eu tinha contato com os pacientes durante o dia, eu sempre passava essa questão. À noite, não, porque à noite quase não temos contato com família (...), um ou outro que, às vezes, fica acompanhando, mas aquele acompanhamento que pede pra acompanhar, mas é aquele acompanhante que chega pra dormir (risos). É gostar da cama. É, então termina nem se integrando, querendo saber da problemática do paciente, do que tem (...). Então, eles mesmo (...), a família, apesar de saber que o paciente está grave (...), mas eles ficam ali esperando aquele momento. Então, já sabe: “Ah! Já sei que minha mãe está grave, vai morrer, não sei o que”. Sabe, como se tivesse já conformado (...) que o paciente está com, (...) desse jeito, ele não estava assim, o que ele tem? Ah, está com a respiração tal, com edema, está com eles questionam. Às vezes, vem, falam, a única coisa que eles perguntam: “Cadê, eu quero um médico, queria falar com o médico”. Pronto. (...) questionamentos com relação a idosos não, são poucos, muito poucos. É complicado (risos), é difícil porque terminamos criando um vínculo afetivo. Alguns idosos, porque deles que ficam aqui tempos, anos, pacientes são moradores, então, você cria um vínculo muito grande com eles. Então, na hora que você vê eles realmente graves, partindo, aquilo lhe dói muito. Já houve casos de pacientes de eu rezar e pedir a Deus que ele não morresse no meu plantão, porque, na hora, eu sabia que eu não ia ter estrutura emocional pra poder entender, se tiver que fazer alguma coisa. Então, eu tinha que fazer. Eu pedia sempre a Deus que nunca deixasse acontecer no meu período e graças a Deus (risos). Coincidência ou não, mas isso sempre acontecia, porque realmente eu ficava, assim, quando acontecia assim de um paciente que a gente tem afinidade, aí a coisa pega. É um sentimento de perda e aí vem a tristeza, aquela coisa toda. Tinha paciente que dizia: “ô minha filha você já chegou?”. Entendeu? E perguntava pelos meus filhos, perguntava pela minha família toda. Então, tinha sempre um convívio (...) se vê ela partindo, então é como se fosse uma mãe sua, uma avó, uma tia. O hospital não seria o melhor, acho que o melhor seria a residência, se eles tivessem uma estrutura familiar entendeu?, Família, mesmo bem estruturada pra poder acompanhar e cuidar dele. Eu acho que não existe lugar melhor do que você estar na sua casa e em companhias de seus familiares. Uma das casas que você realmente ama, porque, no hospital, você está com pessoas que você não tem vínculo afetivo muito grande (...), que

você tem mas outros não, você está ali mecanicamente, trabalhando e tal, não tem aquela coisa (...) melhor lugar o idoso se ele pudesse fosse mesmo pra residência pro seu domicílio, com os seus. Aqui ainda é o melhor, porque querendo ou não, aqui é (...) ainda é (...) é um local bom pra os idosos. Aí, quando eles têm carinho, têm alimentação, tem lugar pra dormir, tem médico, tem exames, tem um acompanhamento (...). Então, pra mim muitos idosos, pra todos que estão aqui, aqui ainda é o melhor local, entendeu, aqui é, porque você vê aí fora muitas instituições que não oferece a estrutura que aqui oferece, entendeu? (risos). Não tem essa estrutura toda e, aqui, realmente é uma unidade bem estruturada, então, eu acho que aqui é um hospital, é uma ainda, é um bom lugar. Porque você vê aí, você pode (...) todos eles são (...) 24 horas, médico 24 horas, tem um realmente plantonista só pra geriatria que (...) tem uma enfermeira e um médico e uma equipe de auxiliares, moradia e hospital. Então você vê aí um, vários hospitais você não encontra essa estrutura e aqui, a gente tem isso, então eu acho que aqui é o melhor lugar. Paciente terminal, paciente que não tem mais é investimento, que ele está crente que você só vai dar o os cuidados realmente paliativo, os cuidados pré-morte (risos) digamos assim, não é então a esse paciente, é um paciente realmente terminal (...). Paciente terminal, paciente sem investimento, então, a gente já sabe, o prontuário quando a gente pega de um paciente está grave tal, então eu pergunto logo: E aí doutora, como é que vai ser esse paciente? Ela diz: “Ah! Não sei”, (...) logo pro prontuário. Porque, quando a gente tem, (...) paciente é (...) cuidados paliativos, paciente terminal, então, não vamos se estressar assim, tem a questão do estresse na hora de parada, o paciente parar, porque se é um paciente de investimento total, o que você vai fazer? Vai pegar carro de emergência, vai pegar, puncionar, aspirar, não sei o que, pra poder tentar reverter a história. E o paciente terminal não, a gente deixa que ele vá tranqüilamente, como diz, ter uma morte tranqüila, se é que a morte é tranqüila (risos), se é que ela é tranqüila. Então, deixamos ele partir, sem muito estresse, sem estressar a equipe. Um diagnóstico reservado, é aquele paciente que tem um diagnóstico que o médico às vezes (risos) fica, (...) digamos assim que (...), não quer realmente colocar no prontuário a patologia do paciente, quer que não seja, ah sei lá!, tentando reservar mesmo o próprio paciente aquela coisa.

Apêndice E - Perfil das enfermeiras

PESSOAL

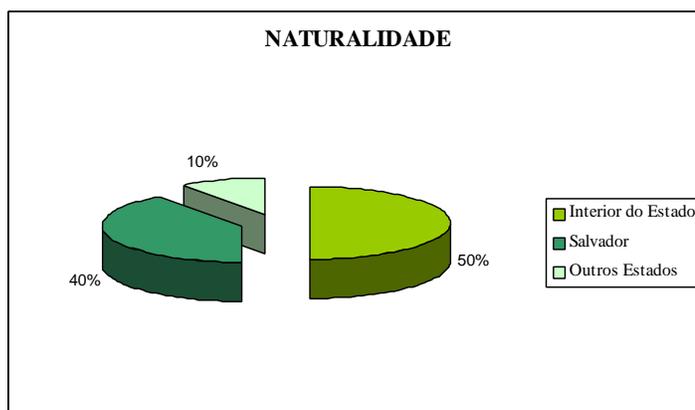
Idade	Nº	%
25 a 30 anos	04	40
31 a 35 anos	01	10
36 a 40 anos	02	20
41 a 45 anos	02	20
Indefinida	01	10
TOTAL	10	100



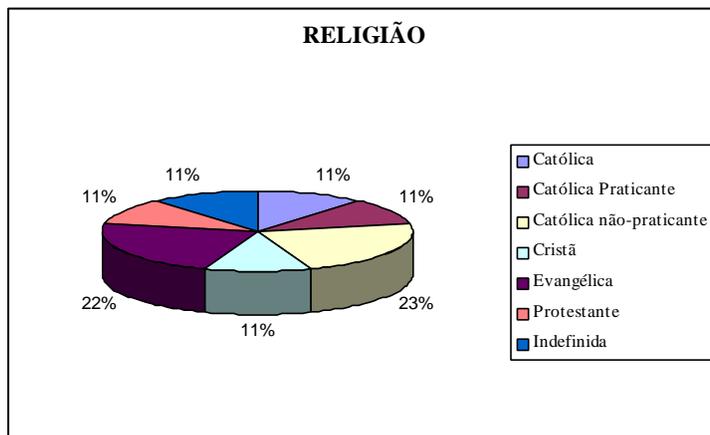
Estado Civil	Nº	%
Solteiro	04	40
Casado	06	60
TOTAL	10	100



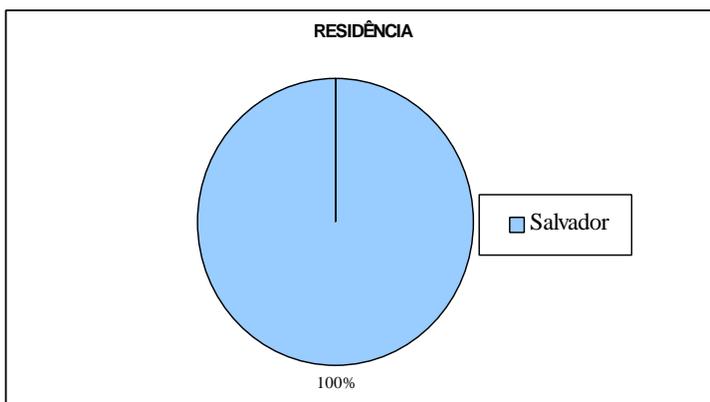
Naturalidade	Nº	%
Interior do Estado	05	50
Salvador	04	40
Outros Estados	01	10
TOTAL	10	100



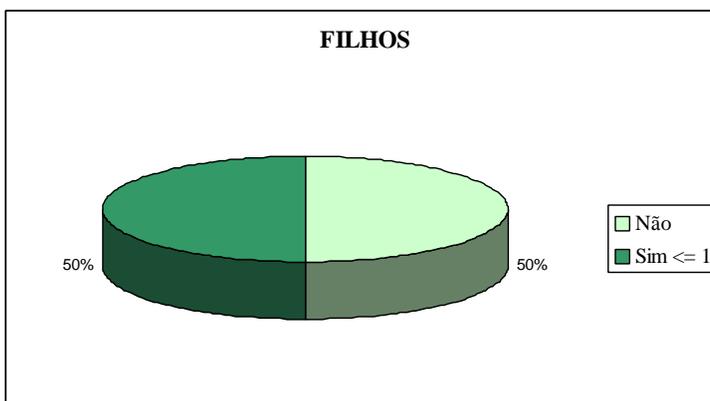
Religião	Nº	%
Católica	01	11
Católica Praticante	01	11
Católica não-pratic.	02	23
Cristã	01	11
Evangélica	02	22
Protestante	01	11
Indefinida	01	11
TOTAL	10	100



Residência	Nº	%
Salvador	10	100
TOTAL	10	100

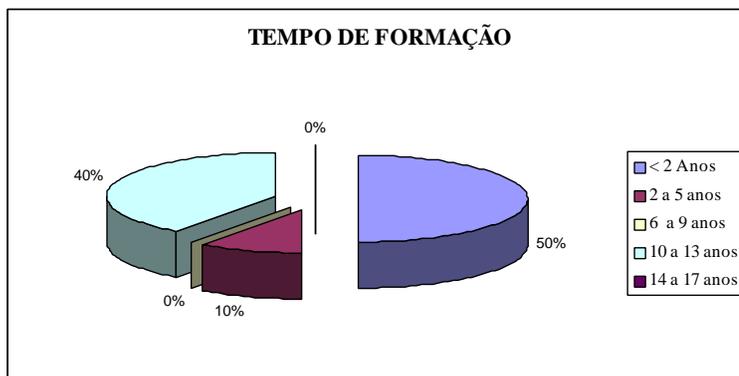


Filhos	Nº	%
Sim	05	50
Não	05	50
TOTAL	10	100

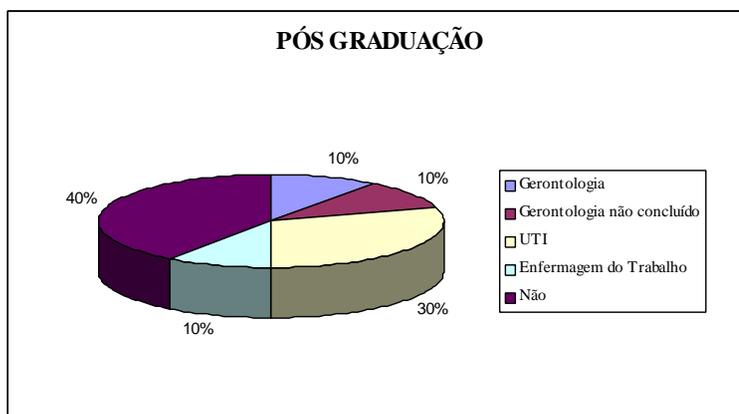


PROFISSIONAL

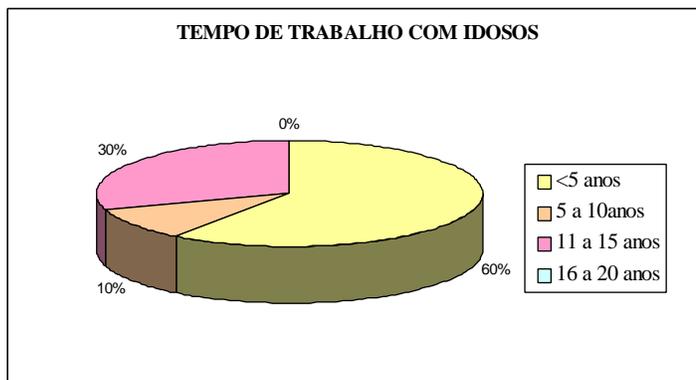
Tempo Formação	Nº	%
< 2 anos	05	50
2 a 5 anos	01	10
6 a 9 anos	00	00
10 a 13 anos	04	40
14 a 17 anos	00	00
TOTAL	10	100



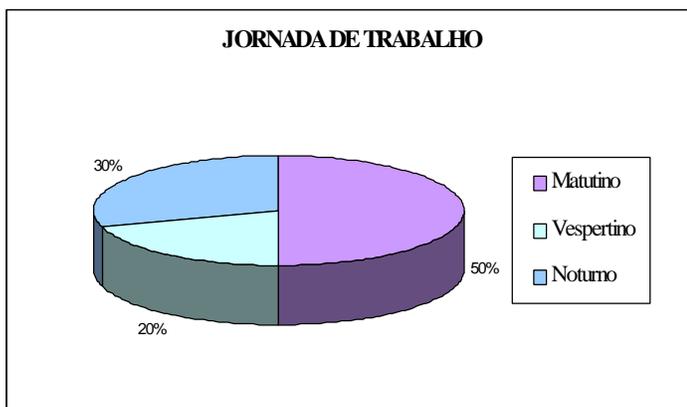
Pós Graduação	Nº	%
Gerontologia	01	10
Gerontologia Incomp.	01	10
UTI	03	30
Enfermagem do Trabalho	01	10
Não realizou	04	40
TOTAL	10	100



Atuação com Idoso	Nº	%
< 5 anos	06	60
5 a 10 anos	01	10
11 a 15 anos	03	30
16 a 20 anos	00	00
TOTAL	10	100



Turno Trabalho	Nº	%
Matutino	05	50
Vespertino	02	40
Noturno	03	10
TOTAL	10	100



Outro Vínculo	Nº	%
Sim	07	70
Não	03	30
TOTAL	10	100