

Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer

The perception of death and dying of professionals working in a long-term care institution for the elderly

Patrícia Peres de Oliveira ¹
 Juliana Gimenez Amaral ²
 Selma Maria da Fonseca Viegas ¹
 Andrea Bezerra Rodrigues ³

Abstract *Population aging and a shortage of caregivers result in a growing demand for institutionalization, and finitude is one of the reflections that permeates aging. Living with death is part of the daily routine of health professionals resulting in emotional overload. This study sought to ascertain the experiences of the process of dying and death of health care professionals in a long-stay institution for the elderly. Methodological and theoretical Grounded Data Theory and Symbolic Interaction were used, respectively. Twenty health professionals from varied backgrounds were interviewed. The core topic of the results was: reconstructing ways to deal with the circumstances of dying and death. This led to the following categories: seeing death as part of human existence; seeking to acquire knowledge to handle cases of death and dying; reflecting on one's own death. Without fertile ground for the systematic examination of the topic, the interaction among workers about the exchange of experiences on death and dying remain restricted to the subjective level. In the conclusion, the importance of a metamorphosis in the institutional context and in health education, with more specific focus on thanatology, is emphasized.*

Key words *Elderly, Long-term care institution for the elderly, Death*

Resumo *O envelhecimento populacional e a falta de cuidadores resultam em uma crescente busca pela institucionalização. A convivência com a morte faz parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, causando-lhes sobrecarga emocional. Objetivou-se conhecer a vivência dos profissionais de saúde atuantes em uma instituição de longa permanência para idosos diante do processo de morrer e de morte. Utilizaram-se os referenciais da Teoria Fundamentada nos Dados e do Interaçionismo Simbólico, respectivamente, metodológico e teórico. Foram entrevistados 20 profissionais de saúde, com formação variada. O fenômeno central dos resultados foi: reconstruindo formas para lidar com as circunstâncias de morrer e morte. Originaram-se as categorias: compreendendo a morte como parte da existência humana; buscando adquirir conhecimentos para enfrentar os episódios de morrer e morte; refletindo sobre a própria morte. Sem um terreno propício para o desenvolvimento sistemático do tema, as interações entre os trabalhadores com a troca de experiências sobre morte e morrer permanecerá restrita a um nível subjetivo. Na conclusão, é enfatizada a importância de uma mudança (metamorfose) no contexto institucional e na educação em saúde, com foco mais específico na tanatologia.*

Palavras-chave *Idoso, Instituição de longa permanência para idosos, Morte*

¹ Universidade Federal de São João del-Rei. R. Sebastião Gonçalves Coelho 400, Chanadour. 35.501-296 Divinópolis MG. pperesoliveira@gmail.com

² Universidade Paulista.

³ Universidade Federal do Ceará.

Introdução

O envelhecimento abrange processos que acarretam a diminuição paulatina da expectativa de sobrevivência, acompanhada por alterações da senescência, a redução de rendimentos por conta da aposentadoria, o afastamento dos filhos e da família, a dependência para se deslocar ou mesmo para realizar procedimentos simples como ir ao banco, a desvalorização do papel do indivíduo pela sociedade, a perda dos amigos e a percepção da proximidade de sua própria morte¹.

A família constitui o principal suporte para o ancião; todavia, a possibilidade de mudança para um contexto institucional pode tornar-se um processo extremamente doloroso devido à diminuição e, em alguns casos, à total ausência de apoio dos familiares.

No contexto da saúde coletiva, o fortalecimento de intervenções com foco na atenção primária à saúde (APS) terá função primordial na identificação precoce de idosos em situação de vulnerabilidade^{2,3}. Leis federais^{4,5} voltadas aos direitos da população idosa atentam para a relevância da continuidade da convivência comunitária e familiar, a fim de garantir maior respeitabilidade, independência e cidadania aos anciãos.

A questão da institucionalização de longevos ainda se constitui tema complexo, uma vez que, sua aceitação como opção de apoio social permanece não consensual. Contudo, é irrefutável o aumento da procura por esse serviço^{6,7}. As instituições de longa permanência para idosos (ILPI) contraem a incumbência de cuidar quando o longo deixa de ter ligação com sua coletividade, prestando assistência e suporte a suas necessidades com o propósito de lhe proporcionar qualidade de vida em todos os momentos, incluindo os residentes em cuidados paliativos.

O aumento da população idosa e a falta de cuidadores formais ou informais resultam em uma crescente busca pela institucionalização de indivíduos nessa idade⁸.

O ato de cuidar é um aprendizado constante que se modifica com o avançar da idade, com a presença de agravos e de acordo com as necessidades individuais. Nas ILPI, os profissionais de saúde e os residentes vivenciam uma experiência contínua de aprendizagem, o que resulta na descoberta mútua de potencialidades. Dessa forma, exige que o trabalhador aprenda e desenvolva novas maneiras de cuidar. No enfrentamento do cotidiano, seu papel pode ser aprimorado ao longo do tempo, impulsionado especialmente pela demanda de cuidado que se modifica devido à

presença de doenças crônicas. Portanto, é necessário que se ofereça cuidados aos residentes em ILPI para que tenham vida ativa dentro do possível. E para que seus familiares recebam ajuda em seu processo de luto⁹.

O idoso precisa estar no centro das atenções na abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva. Desse modo, tem-se como prioridade garantir a independência funcional e a qualidade de vida do ancião, assim como uma avaliação regular e formal que assegure a identificação e o tratamento das intercorrências no momento adequado. Com base em tal entendimento cabe aos profissionais da saúde ampliar seus conhecimentos, a fim de que possam contribuir para a prevenção, para o alívio do sofrimento e para a promoção de um cuidado mais humanizado¹⁰.

A convivência com a morte faz parte do cotidiano de trabalho de profissionais de saúde, causando-lhes sobrecarga emocional, ansiedade e depressão¹⁰⁻¹². Assim, esta convivência com a finitude gera sofrimento para os profissionais¹¹.

Em sua formação, os profissionais de saúde são preparados desde a graduação para recuperar a saúde e preservar a vida; a contingência da morte eclode como um reflexo da vulnerabilidade e da fraqueza; ou seja, surge como a limitação do ser humano, levando os profissionais de saúde a refletir sobre sua própria finitude e a de seus familiares¹².

Tem-se como hipótese que os profissionais de saúde veem a morte de maneira fria e como um acontecimento constrangedor e incômodo. Mas habitualmente esse tema não é discutido porque evidencia a limitação profissional. Portanto, é preciso refletir sobre este assunto, a fim de se buscar uma concepção menos carregada de associações negativas. Esses pressupostos instigaram-nos a buscar a percepção e a lógica de atuação de profissionais de saúde frente à morte dos idosos institucionalizados.

A morte é caracterizada pelo mistério, pela incerteza e pelo medo do desconhecido; é objeto de estudo de áreas como filosofia, psicologia, ciências da religião, fisiologia e antropologia a fim de se compreender o desconhecido e diminuir a angústia gerada pela finitude¹.

Tendo em vista a complexidade da temática e a subjetividade que envolve o fazer dos profissionais de saúde, questiona-se: como é vivenciado o processo de morrer pelos profissionais de saúde que cuidam de longevos institucionalizados, onde a finitude da vida é mais próxima? Os profissionais de saúde sentem a dor e a impotência diante daquele idoso que morreu?

O objetivo do estudo foi conhecer a vivência de profissionais de saúde de uma instituição de longa permanência para idosos diante do processo de morrer e da morte.

Trajétoria metodológica

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo; utilizaram-se os referenciais da Teoria Fundamentada nos Dados e as premissas do Interacionismo Simbólico, respectivamente, metodológico e teórico.

O Interacionismo Simbólico tem como enfoque a natureza da interação e a dinâmica das atividades sociais que ocupam o espaço entre os indivíduos e consistem na causa do comportamento. O indivíduo interage agindo, percebendo, interpretando, agindo novamente, sendo, portanto, ator e reator no processo imprevisível e ativo no mundo¹³.

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação¹⁴. Extrai aspectos significativos das experiências vivenciadas pelos atores sociais, possibilitando interligar construtos teóricos e potencializando a expansão do conhecimento nas áreas da saúde, psicologia, sociologia e outras¹⁵.

O estudo foi realizado em uma ILPI localizada na zona sul do município de São Paulo. Possui características filantrópicas, sendo mantida por uma sociedade beneficente religiosa. Atualmente presta assistência a sessenta e oito anciãos residentes, sendo que, destes, vinte e um são homens e quarenta e sete são mulheres.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista. Sua execução foi autorizada pelo diretor da ILPI e foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS 196/96¹⁶. Os participantes foram consultados sobre sua participação e, após aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de inclusão, adotou-se: profissionais de saúde com vínculo empregatício na ILPI há no mínimo um ano, considerando que, nesse espaço de tempo, estariam mais adaptados ao emprego e teriam estabelecido contato com todos os idosos da ILPI. Totalizaram 20 profissionais de saúde: cinco enfermeiros, dois fisioterapeutas, dois mé-

dicos, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, dois técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem.

O número de profissionais de saúde não foi delimitado a priori, foi determinado em razão da análise dos depoimentos até configurar a saturação teórica. À medida que a análise dos dados era realizada, foram procurados novos dados, para que as categorias fossem mais bem desenvolvidas e densificadas. O período de coleta foi de março a junho de 2012, por meio de entrevistas compostas por duas partes: a primeira, com a finalidade de caracterizar os sujeitos da pesquisa (idade, estado civil, tempo de formação e de trabalho na ILPI, religião), e a segunda, composta por questões abertas sobre o processo de morrer e a morte no cuidado diário ao longo institucionalizado. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e fazia-se a revisão minuciosa do texto; o sigilo e o anonimato foram mantidos e utilizou-se a denominação E1, E2, E3... sucessivamente.

A partir do início da coleta de dados, deu-se início ao processo de identificação das unidades de análise, uma a uma. Os dados foram codificados, separados e impressos em um quadro. Em seguida, passou-se ao processo de reflexão sobre cada código atribuído aos dados identificados, separando-os por afinidade, semelhança ou, ainda, se apresentassem alguma relação ou complementação de ideias ou expressões.

Para compreender o significado dos dados, procedeu-se à análise, codificando-os, categorizando-os e identificando a categoria central. A codificação foi feita manualmente, essa etapa é denominada de aberta¹⁴. Na etapa seguinte, atribuiu-se um conceito para cada agrupamento de dados realizados, código por código, que tinha algumas semelhanças entre si ou características distintas. Os dados categorizados receberam a denominação de categorias.

Dando prosseguimento à análise dos dados, passou-se à etapa designada de codificação axial^{14,15}, isso significa que os dados são agrupados em novas formas estabelecendo uma conexão entre as categorias, buscando expandir e compactar a teoria emergente. Essas operações são denominadas de conexões teóricas. Representam os procedimentos para interconectar os códigos, explorar a relações entre eles, ou seja, conhecer as circunstâncias e o contexto da ocorrência. Para facilitar tornou-se necessário a aplicação de um modelo composto por condições causais, fenômeno central, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/intervenção e consequências¹⁴.

As condições causais representam o que influencia o fenômeno central, como ocorrências, eventos e acontecimentos relacionados ao fenômeno, representam o princípio, a razão ou a origem para que algo aconteça¹⁵.

O fenômeno central é a ideia central, ou seja, o que realmente acontece. O contexto compõe-se não apenas o local de ocorrência do fenômeno, mas muito mais a visão de como, com quem e quando o fenômeno está sendo descrito¹⁴.

As condições intervenientes representam o que facilita ou impede usar as estratégias que são encontradas em um determinado contexto.

As estratégias de ação/interação compõe do planejamento, organização dos participantes em relação à ocorrência, ou seja, como buscam lidar com as ocorrências, ou quais objetivos são estabelecidos em relação ao fenômeno, enquanto que as consequências representam o resultado da ação ou da estratégia escolhida¹⁴.

Na etapa seguinte do processo analítico, as categorias foram trabalhadas em profundidade e consistência. Esse refinamento é chamado de codificação seletiva, que consiste num processo de integração entre as categorias e subcategorias definidas, após a descrição analítica do relato, até descobrir a categoria central que deve estar presente na maioria dos relatos e deve ser ampla e abstrata, para incluir e expressar todas as outras. A categoria central é o cimento condutor que coloca e mantém juntos todos os componentes da teoria^{14,15}, ou seja, torna explícita a experiência vivenciada pelos profissionais de saúde na construção do modelo conceitual.

O fenômeno central vivenciado pelos participantes foi: reconstruindo formas para lidar com as circunstâncias de morrer e morte. Daí emergiu as seguintes categorias: compreendendo a morte como parte da existência humana, buscando adquirir conhecimentos para enfrentar os episódios de morrer e morte, refletindo sobre a própria morte.

Resultados e discussão

Os resultados apresentam que, dos 20 profissionais de saúde entrevistados, seis são do sexo masculino e 14 do sexo feminino. Considera-se um traço estrutural das atividades do setor de saúde a preponderância da força do trabalho feminina nas profissões que envolvem a atenção aos indivíduos, especificamente os da enfermagem¹⁷. Quanto à categoria profissional encontraram-se dois fisioterapeutas, dois médicos,

uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, cinco enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem, com idade variando de 24 a 38 anos. Trata-se, portanto, de uma equipe multiprofissional de indivíduos adultos, em idade produtiva para o trabalho e em conformidade com o modelo de assistência prestada pela instituição.

Em relação ao estado civil dos respondentes, relataram serem casados doze participantes, dois divorciados e seis solteiros. Quanto ao tempo de formação dos participantes, o intervalo foi de dois anos a 14 anos, sendo que a média dos entrevistados foi de seis anos e três meses.

O tempo de trabalho na ILPI variou de um ano e seis meses a oito anos; a média foi de três anos e dois meses. Aspectos importantes a serem analisados são o envolvimento organizacional, a experiência profissional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço, fatores que estimulam a permanência em uma instituição e geram satisfação no trabalho¹⁷.

Quanto à religião, nove profissionais declararam-se católicos, cinco evangélicos, três praticantes do judaísmo e três espíritas. As religiões podem promover uma compreensão mais concreta da existência humana, das obrigações e dos direitos, das opções de vida e das relações sociais, ou seja, de fatores fundamentais para o significado do próprio trabalho na sociedade atual¹⁸.

Ao utilizar o método da TFD para compreender a vivência dos profissionais de saúde atuantes em uma ILPI diante do processo de morrer e de morte, originaram-se três categorias que apresentam diferentes sentimentos dos profissionais. A relação entre as categorias permitiu o estabelecimento da integração e compreensão dos fenômenos, tarefa que foi facilitada com a aplicação do modelo de paradigma de Strauss e Corbin¹⁴ (condições causais, fenômeno central, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/intervenção e consequências) e a interpretação à luz do Interacionismo Simbólico, representado na Figura 1.

Categoria 1: compreendendo a morte como parte da existência humana

Os profissionais de saúde reconhecem a morte como uma etapa da vida, assim como o envelhecimento. Nesse sentido, reconhecem a assistência prestada ao idoso e deixam de sentir-se responsáveis pela morte do ser cuidado, percebendo-a como um momento de alívio, de fim do sofrimento, de descanso para o longo e de to-

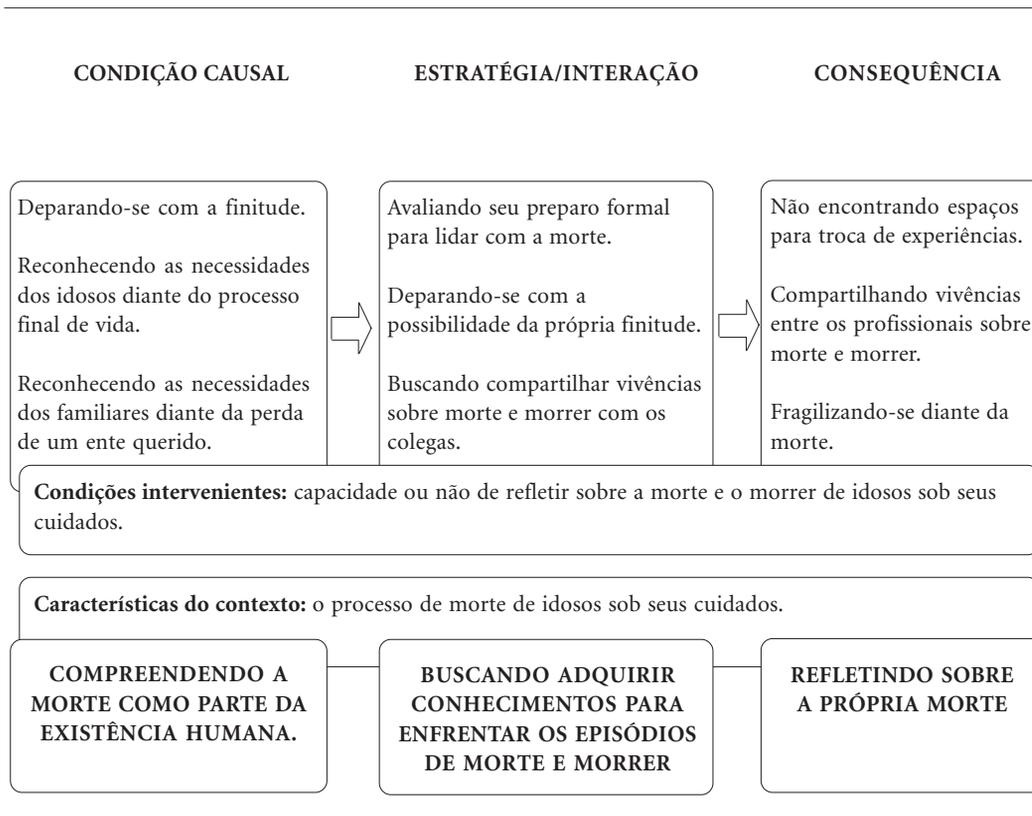


Figura 1. Descrição das condições causais, fenômeno central, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/intervenção e consequências a partir do processo vivido pelos profissionais de saúde de uma instituição de longa permanência para idosos diante do processo de morrer e da morte. São Paulo-SP, 2012.

dos a seu redor. Para os profissionais, só é possível proporcionar uma morte digna quando se é capaz de ver a morte do ancião com tranquilidade, como se verifica nas falas abaixo:

Não tem como explicar a satisfação que eu tive por ter feito tudo o que estava ao meu alcance, ele ficou tranquilo até o final, sem expressão de dor, tenho certeza que ele não sofreu para morrer. Morreu porque chegou o seu dia (E3).

A morte é uma etapa natural da vida, nós nascemos, crescemos, casamos, procriamos, envelhecemos e morremos. Se não ocorrer nenhum atropelo no caminho... esse é nosso destino, mas precisa ser sem sofrimento físico (E20).

Estou trabalhando aqui há dois anos e todos os residentes que cuidei e vieram a falecer foi com tranquilidade, sem sofrimento, sem dor, sinto que cumpri a minha missão da melhor forma possível... a morte faz parte da vida (E5).

Sou uma pessoa de fé, sinto-me preparada toda vez que um idoso morre, acredito que chegou a sua hora (E12).

Nessa perspectiva, os depoimentos mostram que os valores, as crenças, as vivências individuais de cada profissional influenciam sua preparação para o enfrentamento da morte do ancião institucionalizado. Atualmente se valorizam o desvelo sensível, a humanização e o relacionamento interpessoal com vistas a tornar menos difícil a morte¹⁹.

A morte é o estágio final do crescimento humano, a última fase do desenvolvimento. As reações, percepções e sentimentos dos indivíduos com relação à vida e à morte estão diretamente relacionados com o tipo de educação que receberam, com as experiências que vivenciaram e com o contexto social e cultural onde cresceram²⁰.

A interação entre os trabalhadores e os idosos da ILPI não se dá apenas sobre o que está acontecendo entre esses indivíduos, mas também dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que definem. Agimos de acordo com o modo como definimos a situação que estamos vivenciando. Embora essa definição pos-

sa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação¹³.

Nos relatos supracitados observa-se o quanto a dor e sua minimização são elementos de primordial importância para os profissionais de saúde. Portanto, é imprescindível o reconhecimento da presença de dor e/ou desconforto físico para que se faça uso adequado de fármacos para seu controle efetivo. A aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como a musicoterapia, massagens, relaxamento são essenciais na atenção aos longevos.

Os profissionais expressam o sentimento de aceitação da morte:

Após passar por várias perdas em minha vida pessoal e de [idosos] residentes que me apeguei... empatia sabe? Cheguei à conclusão de que temos que encarar a morte com serenidade (E2).

A morte, para mim, significa uma saudade que o tempo vai levando, mas ficam as lembranças... por isso me sinto preparada. Enfim, são coisas que devemos aceitar (E15).

Os depoimentos indicam que esses profissionais aceitam a morte de forma serena. Assim, a morte do idoso é vista como parte integrante do ciclo de vida; na maioria das vezes, a morte é esperada, diferentemente do que acontece quando ocorre a morte súbita de crianças, jovens ou adultos; quando pode ser considerada inesperada¹.

Destarte, à medida que os indivíduos interagem com os idosos e vivenciam seus processos de morte, estão reinterpretando e/ou redefinindo ações e sentimentos, ao invés de meramente reagir às percepções antigas. Trata-se de um processo dinâmico; suas respostas são baseadas nos significados que atribuem a tais interações e às vivências cotidianas.

Categoria 2: buscando adquirir conhecimentos para enfrentar os episódios de morrer e morte

O profissional da saúde defronta-se com intensos dilemas existenciais frente à morte no dia a dia do trabalho. Muitas vezes, ainda como estudante, não foi instigado a pensar sobre a morte e o morrer, podendo ser atingido de maneira inesperada pelo pesar e não conseguir cuidar do indivíduo que está vivenciando a finitude nem de sua família.

Isso se deve a que a morte pode se desvelar como um período de grande sofrimento, como também do fracasso na intervenção para se manter a vida. Assim, a falta de preparo formal e/ou

conhecimento sobre a morte é demonstrada em algumas falas dos profissionais:

Não me sinto preparada quando alguém morre aqui, tenho dois anos de formada, na faculdade não falaram muito sobre como enfrentar esse momento. Acho que tive uma aula rápida que abordou a morte de forma sucinta e focou no preparo do corpo (E8).

Não tenho nenhum preparo. Somente li apostilas sobre a morte, acho que faltei a essa aula (E1).

Nunca tive um preparo específico. Acredito que os outros profissionais da minha área também não tiveram (E6).

A morte, por ser uma realidade cotidiana dos profissionais de saúde, principalmente dos que trabalham em uma ILPI, evidencia a necessidade do encorajamento do discente, desde o curso profissionalizante ou na graduação, o agenciamento de reflexões sobre o ciclo da vida humana, considerando que deve estar preparado para lidar com o processo de nascer, viver e morrer.

É importante o (re)conhecimento do processo de morrer e morte, bem como de ajudar os que estão morrendo. Desse modo, aponta-se a necessidade de conduzir os profissionais de saúde para uma formação que lhes ofereça subsídios de enfrentamento do morrer e morte¹. Assim, torna-se importante a mudança no paradigma da ciência do cuidado e a priorização da educação sobre a morte e o morrer no processo de formação profissional e no contexto institucional²¹.

Todavia, pesquisas mostram que, apesar das inúmeras reformas curriculares nas instituições de nível superior, principalmente na área da saúde, o currículo ainda não tem garantido a inserção da tanatologia de modo consistente^{12,22}, o que é evidenciado nos seguintes dizeres:

Na faculdade, tive aulas espaçadas sobre morte, lembro-me de uma em pediatria, uma na oncologia e, acho que uma na geriatria, mas sobre cura, lutar sempre pela vida, em quase todas as aulas. Modelo biomédico, entende? Fui formado para tratar e curar. A morte... impotência... falha... só depois que me especializei que tive disciplina sobre tanatologia, a ciência que estuda o processo de morte e morrer. Hoje me sinto mais preparado, mas na graduação eu não fui preparado (E10).

Como é difícil a morte de quem gostamos... aqui nós apegamos... somos parte da família deles, eles dividem sua experiência, preciso de mais preparo para ver a morte como natural. Formei-me há três anos, deveria ter uma matéria só sobre a morte, com dinâmicas de grupo (E4).

Na educação, o foco é o ensino; porém, na formação em saúde, é essencial integrar ensino e pro-

cesso de cuidar do ser humano com conhecimento e ética, reflexão e ação, vendo-o em sua totalidade. Pode ser considerado difícil discutir sobre tanatologia, porque o subjetivo se expressa nas diversas experiências vivenciadas. Não encontraremos receitas prontas de como ensinar tanatologia, pois as vivências devem ser compartilhadas, mas o sentimento é daquele que o experiência.

As propostas e práticas educacionais devem contemplar o aluno, considerando as experiências e o conhecimento adquiridos ao iniciar a graduação, ou mesmo o curso técnico, para que as práticas educacionais respeitem as diferenças. É necessário ver o discente de forma holística, parte de trajetórias de vida diversificadas.

A maioria dos docentes da área da saúde é de profissionais sem formação em pedagogia; portanto, a tendência é seguir normas e regras tradicionais, como o modelo biomédico. Porém o pensamento crítico é um importante elemento para o professor desenvolver o ensino sobre o intervir, assistir, discutir, refletir o próprio conceito de cuidado do ser humano com os alunos. Sem o pensamento crítico, fica inexequível o processo de ensinar, educar e aprender sobre assistência. Por outro lado, com raciocínio crítico, torna-se possível, muitas vezes, repensar o modelo biomédico e modificá-lo²³.

Para os profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa, a falta de conhecimento sobre a morte pode interferir de maneira significativa no chamado “luto profissional”¹¹. Este, pode transpor-se em um peso humanamente insuportável, refletindo na insensibilidade do profissional de saúde perante a morte do outro. Neste ponto, destaca-se a importância da interação com trocas de experiências sobre a morte¹⁰. Isso é constatado nas seguintes declarações:

Tinha uma senhora que todos adorávamos... quando ela morreu estava há seis anos com a gente. Não havia conversado com meus colegas de trabalho sobre morte. Procurei ajuda, pois fiquei muito triste... cheguei a pensar em largar a profissão (E11).

Uma perda seguida de uma precária elaboração do luto, ou seja, quando não se permite a expressão da tristeza, traz terríveis consequências, como a maior possibilidade de adoecimento. O luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração. Isso também afeta os profissionais de saúde que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm espaço para cuidar de sua própria dor¹.

Muito ajudaria se as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer, como parte intrínseca da vida, da mesma maneira e com a mesma naturalidade que falam quando alguém espera um filho. Nós nos prejudicamos mais evitando tocar no assunto do que se encontrássemos um tempo para sentarmos, ouvirmos e compartilharmos com os outros as experiências sobre o processo de morte²⁰. Alguns entrevistados demonstraram ter interesse em conhecer mais sobre a morte:

Seria importante que tivessem dinâmicas de grupo abordando tanatologia. Todos os profissionais de saúde precisam (E13).

Gostaria de ter apoio psicológico e palestras sobre o processo de morte, tiraria as minhas dúvidas e aflições (E16).

Seria muito bom estudar sobre morte, vou ler sobre o assunto. Gostaria de fazer cursos sobre esse assunto, para saber cuidar dos idosos conscientes quando estão nos seus dias finais (E19).

Considero primordial ter dinâmicas com os profissionais daqui sobre o assunto (E14).

A ILPI precisa preparar cursos sobre como cuidar do idoso que está morrendo, como também abrir espaços para falarmos sobre a perda dos residentes a que nos apegamos (E18).

Discutir o luto é de extrema importância para o profissional de saúde, principalmente aqui que vivenciamos sempre a perda de nossos residentes (E10).

O interesse por cursos, palestras e dinâmicas de grupo sobre tanatologia expõe a necessidade de o profissional conhecer mais sobre o processo de morrer; além disso, representa a necessidade de dividir angústias, medos e experiências. Sendo assim, compreende-se que a premência origina o interesse em conhecer mais sobre a morte e o morrer, e que este conhecimento favorecerá o profissional de saúde e, conseqüentemente, o longo, em um atendimento mais humanizado e com qualidade.

Essa necessidade dos profissionais de saúde ancora-se nas ideias de Freire²⁴, para quem a educação deve permitir a compreensão do conhecimento na construção de cidadãos reflexivos sobre seu cotidiano, contribuindo para a formação de uma consciência não fragmentada capaz de permitir aos sujeitos sociais a formulação de alternativas e a implementação de mudanças.

O conhecimento sobre a morte pode e deve ser compartilhado com a finalidade do crescimento pessoal e profissional de cada pessoa. Contudo, o conhecimento não se resume ao adquirido no âmbito familiar, ou em anos de escola. É um conhecimento amplo que surge a partir

da troca de experiências, do interesse individual em querer saber mais, de novas leituras, conhecendo outras culturas^{11,12,21}.

Isso posto, seria fundamental a interação entre os profissionais de saúde a fim de desenvolverem experiências clínicas em conjunto, acerca das emoções vivenciadas e dos procedimentos adotados. Só assim, poder-se-á lidar com a morte de uma forma menos pesada e mais natural, pois as atividades das pessoas são dinâmicas e sociais, e acontecem entre elas e dentro delas.

Categoria 3: refletindo sobre a própria morte

Os homens, como todos os seres vivos, são marcados pela temporalidade da vida; porém, diferente dos animais ditos irracionais, lutam contra a visão de sua própria morte, sendo que se tem perseguido o conforto possível para o paradoxo existencial que se desvela frente à dualidade vida e finitude. Tal paradoxo tem sido destaque na cultura ocidental, tornando mais complicado seu enfrentamento, visto que acostamos em circunstância de oposição desses dois momentos de uma mesma verdade: a de sermos seres vivos e que, portanto, um dia morreremos²⁵.

Muitas vezes, a impossibilidade de dar àqueles que morrem o desvelo e a dedicação de que mais precisam, quando se despedem dos que estão partindo desta vida, dá-se exatamente porque a morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte. A visão do indivíduo que vivencia seu processo de morrer e de morte abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma barreira contra a ideia de sua própria morte. Como se verifica nas falas a seguir:

Quando um idoso que mora aqui morre eu fico pensativa, porque lembro que também sou mortal (E17).

Quando morre alguém que sou apegada sempre fico triste e penso que um dia vou morrer, mas quero que seja junto da minha família (E9).

A morte... difícil... trabalho há seis anos aqui e ainda não me acostumei. Toda vez que tem morte penso que é a única coisa certa nessa vida... nascemos e um dia morreremos (E7).

Esses depoimentos evidenciam que os profissionais de saúde, em seu cotidiano, têm a oportunidade de refletir sobre um fato inexorável de nossa existência, a morte. Tal atitude pode se refletir em outras intervenções, principalmente no

que se refere ao zelo ao ancião, como a humanização do atendimento.

A interação do ser humano com o trabalho é dinâmica e três fatores devem ser considerados nessa relação: o organismo do trabalhador é objeto de excitações não somente exógenas mas também endógenas; o trabalhador possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, desejos, necessidades psicológicas, que integram sua história passada e, por fim, o trabalhador dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos²⁶.

À medida que esses sujeitos compartilham histórias ou cenários socioculturais semelhantes, é possível, por meio do interacionismo simbólico, que o conceito central, no caso o processo de morte e morrer e os objetos sociais sejam construídos e reconstruídos pelos atores envolvidos de forma interminável, ou seja, o significado social dos objetos se deve ao fato de lhes dar sentido no decurso de nossas interações.

Portanto, as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas que, definindo situações, agem no contexto social a que pertencem²⁷, no caso, a interação entre os profissionais com os residentes e os outros trabalhadores da ILPI. Ou seja, a interação social é um processo que constantemente está sendo construído pelos atores, de modo que estes podem interpretar o mundo que os cerca e com o qual interagem. Isso significa que as ações sociais não podem ser capturadas no decurso de uma lógica pré-estabelecida, casualmente estabelecida a partir de uma ordem de fatos externos e fixos.

Assim, o homem somente será capaz de mudar as coisas se começar a conceber sua própria morte²⁰ e as interações no cotidiano serão primordiais para se alcançar a paz interior, concebendo e aceitando a realidade da própria morte.

É de suma importância que os profissionais de saúde expressem suas responsabilidades e limitações, pois há ações e respostas intersubjetivas que podem tornar o cuidado mais humanizado, isto é, cuidar interagindo com o longo prazo para ajudá-lo no enfrentamento no processo de morte. Destarte, a assistência à morte deve priorizar o respeito, a liberdade, a comunicação e o amor. Para que isso ocorra, os trabalhadores que cuidam precisam refletir sobre seus próprios valores e crenças; somente assim, será possível o enfrentamento das perdas de forma mais tranquila.

Considerações finais

Considerando o fenômeno central vivenciado pelos participantes “reconstruindo formas para lidar com as circunstâncias de morrer e morte”, os dados evidenciaram sentimentos dos profissionais de saúde diante do processo de morrer e de morte de longevos institucionalizados. Esses sentimentos manifestam-se na impotência, aceitação, tristeza, perda, percepção de sua própria finitude. Cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido de forma diferente. Essa visão depende também de sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural. Em qualquer fase do desenvolvimento humano, a ideia da morte está presente e tem uma representação característica, trazendo um entrelaçamento de todos os aspectos presentes no decorrer da própria vida.

Ficou evidente, nas falas, a necessidade de conhecimento dos profissionais de saúde sobre tanatologia. Especificamente, a morte dos longevos institucionalizados, no cenário em estudo, revela a importância da interação com troca de experiências como elemento de suporte para o trabalhador.

A morte é um assunto que não se esgota mesmo com muitas pesquisas na área; pois é um evento natural mas vivenciado de maneira dolorosa

na cultura ocidental. No entanto, precisa ser amplamente discutida nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho, nos encontros religiosos, ou seja, no cotidiano das pessoas; assim, acredita-se, será um evento menos negativo e mais natural.

Evitar falar sobre a morte e o morrer, pode ser atribuído às influências de uma sociedade imediatista, consumista, que valoriza a juventude eterna e foge da velhice, pois esta lembra a finitude.

Constatou-se que muitos profissionais de saúde que convivem diariamente com a possibilidade de morte de um paciente sentem uma necessidade de atendimento/acompanhamento psicológico.

A condição causal do despreparo para assistir ao morrer e à morte e a fragilidade frente a esse processo levam os informantes a apontarem que é necessário que as instituições de saúde disponibilizem, a seus profissionais, dinâmicas de grupo, cursos, apoio psicológico. Que o ensino inclua, no Projeto Político Pedagógico, o estudo da tanatologia ao longo do curso e não apenas como conteúdo de uma disciplina.

Morte e morrer fazem-se complexos no contexto de vida das pessoas, das famílias e dos profissionais que assistem a esse processo. Vale nos prepararmos para essa assistência para que se torne parte de nosso trabalho com premissas ética, cultural e humana.

Colaboradores

PP Oliveira trabalhou na concepção, delineamento do estudo, obtenção dos dados, análise e interpretação dos dados, além da redação do manuscrito; JG Amaral trabalhou na obtenção e análise dos dados; SMF Viegas trabalhou na elaboração do artigo e revisão crítica; AB Rodrigues trabalhou na análise e interpretação dos dados.

Referências

1. Kovács MJ. *Morte e desenvolvimento humano*. 5ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
2. Del Duca GF, Silva SG da, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):147-153.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
4. Brasil. Lei nº. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial União* 1994; 5 jan.
5. Brasil. Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial União* 2003; 3 out.
6. Onder G, Liperoti R, Soldato M, Carpenter I, Steel K, Bernabei R, Landi F. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the Aged in Home Care Study. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(3):439-444.
7. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Pública* 2003; 19(3):861-866.
8. Bessa MEP, Silva MJ, Borges CL, Moraes GLA, Freitas CASL. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(2):177-182.
9. Morley JE. End-of-life care in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc* 2011; 12(2):77-83.
10. Kovács MJ. *Educação para a morte: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
11. Percival J, Johnson M. End-of-life care in nursing and care homes. *Nurs Times* 2013; 109(1/2):20-22.
12. Pitta A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec; 1990.
13. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, on interpretation, on integration*. New Jersey: Prentice Hall; 1989.
14. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa Qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2008.
15. Dantas CC, Leite JL, Lima SBS, Stipp MAC. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009; 17(4):573-579.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
17. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(3):472-478.
18. Pauchant T. *Ethics and spirituality at work: hopes and Pitfalls of the Search for Meaning in Organizations*. Westport, CT: Quorum; 2002.
19. Carvalho LS, Oliveira MAS, Portela SC, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. Morte e morrer: cotidiano de enfermagem. *R Enferm UERJ* 2006; 14(4): 551-557.
20. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 7ª Edição. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
21. Combinato DS, Queiroz MS. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3893-3900.
22. Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(6):951-959.
23. Oliveira PP, Cisotto L. *Qualidade da educação segundo Henry Giroux*. In: Coimbra CL, Possani LFP, Stano RCMT, Gonçalves YP, Abramowicz M, coordenadores. *Qualidade em Educação*. Curitiba: CRV; 2011. p. 32-40.
24. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 44ª Edição. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
25. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev. Lat Am Enfermagem* 2005; 13(1):99-104.
26. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, Oboré; 1992.
27. Nico LS, Bocchi SCM, Ruiz T. A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):789-797.

Artigo apresentado em 30/04/2013

Aprovado em 22/05/2013

Versão final apresentada em 01/06/2013