

O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos

The awakening of the professional skills of elderly caregivers in palliative care

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Thabata Cruz de Barros

RESUMO: O presente estudo considera a importância dos cuidados paliativos para a saúde pública brasileira e, por este razão, os objetivos pretendidos foram: conhecer as competências profissionais dos acompanhantes de idosos em cuidados paliativos e divulgar a filosofia desse tipo de assistência à saúde. Para atingir estes objetivos, foram realizadas entrevistas individuais com profissionais acompanhantes de idosos de uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso. A partir da análise do conteúdo contido nestas entrevistas, foi evidenciado o despreparo destes profissionais em relação à assistência paliativa.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Idosos; Saúde Pública.

ABSTRACT: *This study considers the importance of palliative care for the Brazilian public health and for this reason the intended objectives were: to know the professional skills of caregivers of elderly in hospice philosophy and disclose such health care. To achieve these objectives individual interviews were conducted with professional escorts an elderly Reference Unit on Aging Health. From the analysis of the content contained in these interviews, it was evident the unreadiness of these professionals regarding palliative care.*

Keywords: *Palliative Care; Elderly; Public Health.*

Introdução

A Organização Mundial da Saúde reconhece o aumento da expectativa de vida como uma conquista da humanidade; todavia, com o aumento do tempo de vida também aumentou o número de doenças ditas do processo de envelhecimento. Com isso, fazem-se necessários investimentos na área hospitalar para atender as demandas da população.

Assim, sabemos que, devido ao despreparo do sistema de saúde e, muitas vezes, de seus profissionais, em atender as demandas do processo de envelhecimento, muitas pessoas idosas morrem sem ter a assistência ideal à saúde.

A ineficiência do sistema de saúde não se mostra apenas no tratamento curativo de doenças crônico-degenerativas, mas também nos cuidados no fim da vida, ou melhor, no cuidado paliativo e na diminuição da dor do paciente fora de possibilidade terapêutica (Pessini, 2004).

Na tentativa de minimizar tal despreparo, existem muitas iniciativas mundiais de desenvolvimento dos cuidados paliativos. Uma das iniciativas foi a criação do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos, no ano de 2005, em 8 de outubro.

O Brasil não ficou de fora, já que também procura crescer e atender as demandas de sua população no âmbito dos cuidados paliativos por meio de cuidados, programas institucionais, publicações e eventos dessa temática. Todavia, tais iniciativas são válidas quando há um comprometimento da atuação de todas as pessoas envolvidas no processo, desde a criação de políticas públicas até a aplicação das mesmas no cotidiano dos profissionais da saúde (Pessini, 2005).

Durante muitos anos, e até mesmo nos dias de hoje, observa-se que o sistema de saúde brasileiro, como de outros países, investiu em tecnologias, a fim de encontrar a cura de doenças e, conseqüentemente, prolongar a vida do paciente, mesmo quando sobreviver não significa ter qualidade de vida. No entanto, o entendimento desta questão vem se modificando e aumentando a prática dos cuidados paliativos no contexto hospitalar.

A Organização Mundial da Saúde descreve Cuidados Paliativos como o *“cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos”*.

Assim, entende-se que os paliativistas, profissionais que atuam na área de cuidados paliativos, visam a atingir a melhor qualidade de vida possível aos seus pacientes por meio do controle da dor e de outros sintomas, como também tratam as questões sociais e espirituais como muito importantes para se atingir a plenitude dos pacientes terminais e de suas famílias (Who, 2004).

Para melhor conceituarmos os cuidados paliativos, primeiramente é importante esclarecer que, neste trabalho, será entendido o termo palição como toda a medida que resulte em alívio do sofrimento do enfermo; e ação paliativa como qualquer medida terapêutica, sem intenção curativa, que visa a diminuir, em ambiente domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente, sendo parte integrante da prática do profissional de saúde, independentemente da doença ou de seu estágio de evolução.

A ação paliativa pode ser prestada já a partir do nível de atenção básica, em situações de condição clínica irreversível ou de doença crônica progressiva. Nestes termos, os cuidados paliativos constituem uma modalidade emergente de assistência no fim da vida, construídos dentro de um modelo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal. Tendo como filosofia o cuidar do ser humano que está morrendo, e de sua família, com compaixão e empatia, legitimados pelo direito do paciente de morrer com dignidade e com as melhores condições possíveis de qualidade de vida (Menezes, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são a “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”.

Com isso, cuidados paliativos constituem-se em cuidados essenciais que devem ser prestados a pacientes com doença progressiva e irreversível, com poucas chances de obtenção de resposta positiva a tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas por meio da prevenção e do alívio do sofrimento em todas as suas dimensões (física, psicológica, social e espiritual).

Este tipo de assistência é prestada por equipes multiprofissionais segundo níveis de diferenciação que devem incluir, ainda, o apoio à família e a atenção ao luto (Maciel Maciel, Rodrigues, Naylor *et al.*, 2006).

Com o passar dos anos e com o aumento de experiência na carreira profissional, muitos especialistas perceberam que, quando o paciente encontra-se em um quadro no qual não há cura para sua doença, o modelo de assistência deve buscar a melhor qualidade de vida possível, utilizando todos os recursos materiais e humanos presentes em uma equipe multiprofissional, além de oferecer assistência aos familiares do paciente que compartilham com o enfermo todo o processo de fase final da vida (Chiba, 2008).

Fala-se em atendimento interprofissional, pois este é o mais adequado para obtenção de qualidade de vida. Seguindo este raciocínio, deve-se atentar que qualidade de vida em fase terminal, ou seja, em cuidados paliativos, não são apenas para pacientes com neoplasias e, sim, para todos aqueles que enfrentam o processo de morrer. Constitui-se fator relevante para a quebra desse mito presente na maioria da população, inclusive entre alguns profissionais da saúde. Para que o atendimento interprofissional dê resultados positivos, é necessário que cada profissional saiba sobre sua área de atuação e seu papel em cuidados paliativos, como também saber lidar com outros profissionais de diferentes especialidades, ou seja, a comunicação entre a equipe é o fator-chave para a assistência integral ao familiar e paciente em cuidados paliativos, pois possibilita que os profissionais realizem um planejamento terapêutico adequado, de acordo com as necessidades do enfermo. Nesse sentido, os objetivos propostos para esta pesquisa foram: conhecer as competências profissionais dos acompanhantes de idosos em cuidados paliativos e divulgar a filosofia de cuidados paliativos.

Materiais e métodos

Para a realização desta pesquisa, buscou-se uma Unidade de Referência de Saúde do Idoso que desenvolve o Programa de Acompanhantes de Idosos (PAI) e que assistia pacientes em cuidados paliativos. Assim, a URSI-Sé foi considerada o local apropriado para esta pesquisa. Ela fica localizada na Zona Central do município de São Paulo (SP), Brasil.

Aos participantes do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tal termo é baseado na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que retrata a ética na pesquisa com seres humanos

Gutierrez, B.A.O. & Barros, T.C.de. (2012, agosto). O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(4), "Finitude/Morte & Velhice", pp.239-258.

Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

e, para manter o sigilo dos participantes, os nomes que aparecem nas entrevistas foram substituídos por nomes de flores. A população-alvo foi de dez acompanhantes de idosos, do Programa de Acompanhantes de Idosos da URSI-Sé. No entanto, fizeram parte da amostra apenas aqueles que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando sete sujeitos de pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais gravadas em ambiente privativo, com a ajuda de roteiro semi-estruturado de questões, norteado pelo tema cuidados paliativos, pois, para contemplar os objetivos propostos neste projeto, viabilizou-se um projeto de pesquisa de caráter qualitativo com a utilização do método etnográfico. Os dados qualitativos advindos das entrevistas individuais foram categorizados seguindo a análise temática proposta por Minayo (2004), que viabiliza técnicas de análise de comunicação que possibilitam a compreensão de conhecimentos relativos às mensagens expostas (Minayo, 2004, citada em Bardin, 1979).

Resultados e discussão

A pesquisa contou com a colaboração de sete profissionais, a partir de uma categorização, envolvendo: *Caracterização sociodemográfica*, *Essência do discurso* e *Tom profissional*, explicitados no Quadro 1, abaixo.

É preciso que se explicitem alguns aspectos: partes dos relatos dos participantes foram extraídas e identificadas como sendo a *Essência do discurso* dos mesmos; a partir dessa essência, foi retirado o *Tom profissional*; a expressão Tom profissional foi inspirada na expressão “Tom Vital”, desenvolvida e defendida por Meihy (1996). Segundo esse autor, o Tom Vital representa uma síntese moral da narrativa na fase de textualização da História Oral de Vida. Entende-se, nesse estudo, que o *Tom profissional* foi a expressão mais significativa dos participantes a respeito da sua atuação profissional relacionada aos cuidados prestados aos familiares e pacientes em atendimento paliativo.

Nome	Sexo	Idade	Tempo de serviço	Tom profissional	Essência do discurso
Vitória Régia	F	57 anos	2 anos e 4 meses	<i>O diálogo é muito importante</i>	<i>“O que tem que oferecer para eles é conversar bastante, o diálogo é muito importante, falar tudo. Uma boa conversa, não tem que fazer mais nada.”</i>
Violeta	F	52 anos	5 anos	<i>A gente faz de tudo</i>	<i>“Faço o melhor para ele ter nos últimos dias alegria, a gente faz de tudo para ele se sentir melhor, já vai preparando a família (...) aproximar mais a família para dar um apoio maior para os últimos dias dessa pessoa.”</i>
Margarida	F	27 anos	1 ano e 9 meses	<i>Facilitar as coisas para o idoso e diminuir o sofrimento</i>	<i>“Então você tem carinho e o meu papel é facilitar as coisas para o idoso e diminuir o sofrimento. É muito relativo amenizar, depende do idoso, é fazer com que aqueles últimos dias sejam menos ruins de todos os outros.”</i>
Hortência	F	40 anos	1 ano e 5 meses	<i>É fazer o melhor possível</i>	<i>“O meu papel é fazer o melhor possível. A gente tem consciência de um quadro que não vai ter melhora, dar um alívio, dar uma mão e uma palavra, fazer o melhor possível emocionalmente e controlar as próprias emoções.”</i>
Dama da Noite	F	67 anos	1 ano e 7 meses	<i>Silêncio e a presença é a coisa mais importante</i>	<i>“Silêncio e a presença é a coisa mais importante, porque você vê o carinho da pessoa e o tempo que ela está gastando com você (...) mas a presença é fundamental.”</i>
Orquídea	F	50 anos	5 anos	<i>Solidariedade</i>	<i>“A palavra-chave é solidariedade, ser solidário naquele momento.”</i>
Rosa	F	45 anos	2 anos	<i>Carinho, atenção, dedicação</i>	<i>“Carinho, atenção, dedicação, o que a gente pode estar fazendo pela pessoa e pela família. Estar mais presente, dar uma força, a pessoa está indo, mas a família fica e ela precisa continuar.”</i>

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica, Essência do discurso e Tom Profissional dos acompanhantes de idosos. São Paulo (2010)

Os dados advindos das entrevistas individuais foram classificados em categorias e sustentados pelos três pilares das competências profissionais. Este estudo utilizou-se das competências profissionais em três dimensões, de forma interdependente, de acordo com o referencial teórico de Brandão e Guimarães (2001). Segundo este referencial

teórico, as três dimensões são: os Conhecimentos, as Habilidades e as Atitudes. Estas se discernem do seguinte modo: enquanto os Conhecimentos referem-se às informações contidas na memória de um indivíduo, as Habilidades, por sua vez, correspondem à capacidade de ele se valer efetivamente dessas informações armazenadas em sua memória (os Conhecimentos); as Atitudes, por fim, são as predisposições do profissional em relação ao trabalho. Tais dimensões das competências profissionais receberam os desdobramentos seguintes:

Conhecimentos

Entende-se por Conhecimentos todas as informações, ou os dados adquiridos e interpretados, contidos na memória do indivíduo. Na dimensão Conhecimentos destacam-se as categorias Déficit de conhecimento conceitual em cuidados paliativos e Faces da dor.

Déficit de conhecimento conceitual em cuidados paliativos

Considera-se, neste estudo, que a categoria Déficit de conhecimento surge pelo fato de a filosofia dos cuidados paliativos ser recente em nosso país e também pouco disseminada no âmbito acadêmico. Convém lembrar que a implantação de cuidados paliativos representa uma mudança de paradigma que requer modificações culturais na sociedade brasileira. No entanto, para que exista a incorporação dessa nova filosofia, torna-se imprescindível a decorrência de um determinado tempo para que a sociedade se conscientize da importância das alterações dos valores vigentes na terminalidade.

A falta de conhecimentos teóricos em cuidados paliativos, no Brasil, é fruto da insuficiência de incentivos relacionados à educação paliativa, que é fator influenciador da atitude profissional, em conjunto com as experiências decorrentes da formação técnica dos profissionais. Sabe-se que uma das estratégias utilizadas, visando a melhorar esse panorama, foi a formação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), em outubro de 1997. Esta associação foi fundada com o objetivo de ampliar a divulgação da prática dos cuidados paliativos em ambientes acadêmicos e profissionais, a fim de capacitar profissionais da área da saúde para esta prática, além de agregar os

serviços existentes, otimizando a assistência prestada a pacientes e familiares (Martin-Moreno; Harris; Gorgojo; Clark; Normand; Centeno, 2008), conforme o fragmento a seguir de um dos entrevistados:

“Cuidados que exigem muito, um básico para cuidar de uma pessoa ou de um idoso, em qualquer situação, porque, para cuidar, você não vai escolher; aqui na Associação nós temos um padrão, mas no particular não dá para escolher.” (Dama da Noite).

No entanto, mesmo com a fundação da ABCP, a divulgação de informações a respeito dos cuidados paliativos e a correspondente educação dos profissionais nesse campo continuaram insuficientes, tendo sido o movimento em favor dos cuidados paliativos coordenado quase que exclusivamente pela ABCP; por essa razão, tais cuidados não foram suficientemente normatizados, caracterizando-se pelo isolamento dos cuidados e da humanização da assistência no contexto hospitalar. A fim de normatizar essa prática, o Ministério da Saúde, em 2002, implantou no Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, priorizando a sensibilização e o treinamento dos profissionais da saúde para uma assistência adequada e individualizada aos pacientes em fase terminal.

Para atingir os objetivos deste programa, considera-se fundamental a formação acadêmica dos profissionais, pois o profissional, para desempenhar seu papel de maneira adequada, precisa estar apto para tal, com maturidade pessoal e profissional.

A maturidade pessoal é fruto de todas as experiências e relações vividas pelas pessoas em todo seu ciclo vital.

Já a maturidade profissional corresponde aos conteúdos procedimentais e atitudinais advindos das interações e vivências educativas. A maturidade pessoal e a profissional, atreladas e incorporadas à vida dos profissionais, fazem com que o cuidado prestado ao paciente torne-se humanizado e efetivo. Todavia, verifica-se que tal entrelaçamento raramente ocorre de forma efetiva, pois o exercício profissional com pacientes em fase terminal mostrou que pouco se avançou nesses últimos anos e este fato foi o questionamento motivador para a realização deste estudo (Ramos, 2009):

“Na verdade, nós tivemos uma palestra referente a isso. Na verdade eu generalizo tudo, em cuidados paliativos, ou não.” (Margarida).

A educação em cuidados paliativos é essencial para a prática profissional, mas deve ser adequada à prática social, baseada na reflexão profissional que é o alicerce para a sistematização de ações; por isso, é fato que, em cuidados paliativos, torna-se primordial a relação entre teoria e prática.

Dessa forma, o investimento na formação de profissionais especializados em cuidados paliativos, com particularidades de comunicação e crescimento pessoal, é mais importante do que qualquer investimento em infraestrutura, pois o paciente e seus familiares necessitam ser efetivamente cuidados nessa situação tão difícil de ser enfrentada (Gasque & Tescarolo, 2008), cf. fragmento de outro profissional entrevistado:

“Cuidados paliativos são cuidados tipo câncer; é um cuidado que eu poderia fazer em casa. Paliativo é o tipo de tratamento que pode ser feito em casa; mas depende do caso; tem caso que não dá pra fazer em casa; então não é para todos.” (Rosa).

Tal equilíbrio em cuidados paliativos envolve uma dimensão ampla que é a dor e a morte. Esta dimensão torna o profissional mais vulnerável à instabilidade emocional, fator este que justifica a necessidade de treinamento específico da equipe multiprofissional que, muitas vezes, não acontece na realidade do ambiente profissional, resultando em profissionais da saúde que desconhecem o conceito e a filosofia dos cuidados paliativos. Espera-se que esta triste realidade seja modificada por meio da educação continuada em cuidados paliativos.

Ainda no pilar *Conhecimentos*, as participantes da presente pesquisa valorizaram a importância da dimensão da dor do paciente que se encontra em cuidados paliativos, sendo esta categoria nomeada em função de sua múltipla dimensão como *Faces da dor*.

Faces da dor

A categoria Faces da dor contempla os discursos referentes aos tipos de dores identificados pelos entrevistados. Optamos por essa classificação devido ao tema dor fazer parte do conhecimento necessário que vem ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos, que almeja o aliviar da dor, em busca da qualidade da assistência prestada aos pacientes e a seus familiares pelos profissionais da saúde. O alívio dos sintomas

dolorosos é um tema bastante discutido entre os estudiosos dos cuidados paliativos, sendo a dor física identificada pelas entrevistadas como um fator influenciador na qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. A dor física refere-se a um sintoma ou uma manifestação clínica de uma doença, mas também pode ser decorrente de uma lesão dos tecidos do corpo humano, como machucados ou cortes (Maciel & Rodrigues, 2006):

“(...) ela tem câncer, sente muita dor e os médicos falaram que não tem o que fazer. Ela toma morfina e chegou a ponto de virar o pote de morfina. Ela grita, é nervosa, briga e eu acho que tem relação, sim, com a dor que ela sente.” (Margarida).

Nessa fala, notamos que a entrevistada relacionou a sensação dolorosa à dor física, com as alterações de humor apresentadas pela paciente oncológica em foco, que se encontrava em tratamento paliativo. Para ela, o sentir dor é associado ao humor depressivo e irritabilidade e, conseqüentemente, leva à tentativa frustrante de amenizar a dor da paciente. O sentir dor foi visto como a pior situação enfrentada pelos pacientes e amenizar essa sensação foi uma das preocupações mais citadas pelas entrevistadas.

Assim, como acontece às dores físicas, as acompanhantes dos idosos entrevistados também evidenciaram a existência de dores emocionais. As dores emocionais são decorrentes de situações dolorosas, internas ou externas, que o indivíduo vivencia e que podem ocasionar uma alteração do bom funcionamento dos sistemas orgânicos do corpo humano e gerar problemas de saúde como: depressão, ansiedade, stress, e ainda agravar o estado de saúde apresentado pelo paciente em terapia paliativa, já que, via de regra, essas dores emocionais tiram a esperança e a alegria de viver, conforme o depoimento seguinte:

“São dores diferentes. A dor física, você toma remédio e passa; a emocional é na essência, vai à alma, tem que ser curada de outra forma. Para mim, é muito mais intensa a dor emocional; é a autocura através de apoio, sustentação; aí cada um descobre o seu jeitinho.”
(Orquídea).

Para a entrevistada em questão, a dor emocional é associada à dor da alma, em que não há uma justificativa física para a sensação dolorosa e, sim, refere-se a uma

vivência emocional dolorosa. Para ela, a dor emocional deve ser curada pelo próprio paciente por meio de uma sustentação espiritual, o que torna o processo de “autocura” muito complexo, pois, além do alto stress decorrente de um momento difícil, o paciente deve encontrar forças para se manter esperançoso diante tal estresse emocional.

A pessoa idosa, muitas vezes, considera normal a sensação dolorosa, quando na verdade esta normalidade não deve existir. Por isso, afirma-se ser necessário trabalhar a questão da dor nas pessoas idosas.

Também se pode verificar que a última entrevistada nesta pesquisa conhece alguns dos instrumentos existentes para trabalhar a dor de pacientes, tais como o grupo de dor e cuidados paliativos do Hospital das Clínicas; inclusive referiu a existência de tipos diferentes de dores, o que atualmente é bastante discutido entre estudiosos da área, para alívio dos sintomas dolorosos e do sofrimento na terminalidade.

Além da dimensão “Conhecimento”, os fragmentos dos discursos das entrevistadas foram explorados na dimensão “Habilidades”, a seguir.

Habilidades

Habilidade é definida pela capacidade de o profissional fazer uso, de maneira efetiva e eficiente, do conhecimento apreendido para desempenhar uma determinada função (Brandão & Guimarães, 2001).

Nesse pilar, apenas uma categoria foi evidenciada no presente estudo: a vivência profissional, que será explicitada a seguir.

A vivência profissional

Destaque-se que a inclusão da categoria A vivência profissional na dimensão Habilidades foi decorrente do conteúdo dos discursos trazidos pelas entrevistadas que explicitam suas reflexões advindas da sua atuação profissional, pois o trabalho em saúde é concretizado pelo fazer ao outro no ato da sua realização.

Nesse contexto, o profissional acompanhante de idosos realiza uma função extremamente delicada: a de entrar na casa das pessoas onde o paciente naquele local deve ter sua autonomia respeitada. Então, o profissional precisa conhecer, compreender

e participar da dinâmica da casa, além de interagir com cada indivíduo daquele local visando a proporcionar a integralidade do cuidado ao seu paciente. Para isso, é necessário um preparo diferenciado, a ponto de se descobrir nele um novo profissional:

“Já, já dei uma assistência para uma senhora com câncer no cóccix; ela tá viva, mas é um caso que não tem mais jeito; o médico falou que ela poderia morrer logo, mas ela tá viva. Só estamos trabalhando para ela viver um pouquinho melhor.” (Rosa).

Dessa forma, avulta-se, neste discurso, o princípio da mudança do modelo assistencial, priorizando o lar das pessoas, como sendo o ambiente mais adequado para vivenciar o momento da terminalidade, quando o paciente se vê rodeado por seus familiares, com muito amor e carinho (Merhy, 2002).

Por trabalhar com os momentos próximos à morte das pessoas, o profissional dos cuidados paliativos, além de lidar com suas próprias vivências, com seus próprios sofrimentos e anseios, tem de lidar também com questões emocionais de pacientes e familiares. Ao experienciarem constantes perdas de pacientes, os profissionais acompanhantes de idosos estão envolvidos em questões de ordem subjetiva que levam a refletir sobre as estratégias de enfrentamento que eles próprios utilizam como alicerce e fonte de motivação, a fim de que consigam prestar uma assistência com qualidade, conforme os seguintes dizeres:

“Trabalhei muito, com muitos idosos que a gente ficou esperando a hora. Olha, eu tive grande experiência de vida; eu tenho histórias lindas de morte, que as pessoas acham um absurdo; eu amadureci bastante. Eu não fico mais triste quando morre um idoso; fico triste quando morre uma criança; mas eu não sofro muito porque acho que cada um tem o seu tempo e esse departamento é de Deus.” (Dama da Noite).

Segundo Vasconcelos (2005), os profissionais paliativistas enfrentam situações tão complexas que apenas o conhecimento científico pode não ser suficiente para lidar com todas as dimensões implicadas no processo da terminalidade humana; este momento envolve aspectos emocionais que demandam sensibilidade por parte desses profissionais, já que para cuidar de uma pessoa é importante ser acima de tudo humano,

principalmente quando esse indivíduo encontra-se em situação de vulnerabilidade e de fragilidade (Vasconcelos, 2005). Nesse sentido, os acompanhantes de idosos entrevistados opinaram de maneira similar à afirmação do autor, respondendo que trabalham com o lado emocional dos pacientes como parte de sua competência profissional, mas apontam ter grandes dificuldades em lidar com as suas próprias questões emocionais:

“Alguns idosos, quando sabem, ficam agressivos; outros, não, é o momento do perdão, tentam se redimir. Eu me sinto impotente de não poder ajudá-lo, porque eu sei que não tá ao meu alcance e no de ninguém. Eu tento ter a frieza, mas ser humano tem sentimento. Eu me sinto impotente, de não poder tirar aquilo e ajudá-lo. Eu não tenho como fazer nada e sim amenizar dentro do meu limite, na minha altura do fazer.” (Margarida).

Apontaram em suas respostas essas dificuldades em trabalhar com a vulnerabilidade do idoso e também com os seus próprios sentimentos e dos outros e, por isso, mantêm um distanciamento protetor necessário para trabalhar a questão do vínculo entre profissionais e pacientes/familiares. Todavia, é um distanciamento racional e não presencial, pois, para estas profissionais, o vivenciar cada experiência é um novo processo de autoconhecimento para compartilharem a dor e continuarem respeitosamente observando, presenciando e mantendo-se ao lado daqueles que estão sofrendo naquele momento:

“Eu me sinto triste, fico triste muito triste, entendeu? Mas procuro não demonstrar. Fico mais em silêncio. Mudou a minha maneira de ver a vida, sim, mudou um pouquinho. Porque eu sou muito sensível, eu tenho coração mole. Mas às vezes é melhor ser seca, eu percebo. Eu não acho que eu sou igual a outras pessoas, as pessoas são diferentes. Eu já tô aprendendo que cada um tem a sua personalidade.” (Vitória Régia).

Portanto, para os profissionais da saúde que lidam com pacientes em seus lares, como os acompanhantes de idosos, é fundamental respeitar o espaço do outro, as suas diferenças, as suas crenças e os seus valores, vendo-o como um ser único.

Para finalizar, a terceira dimensão representada pelas atitudes disserta sobre as vicissitudes emocionais dos profissionais em cuidados paliativos e sobre o tema espiritualidade e religiosidade.

Atitudes

As atitudes representam o valor atribuído à ação associada à qualidade do trabalho, em que a ética comportamental e o trabalho em equipe resumem a ideia de querer fazer e a do como exercer sua função, ou seja, predisposições do profissional em relação ao trabalho. Frente a essa última dimensão, surgiram falas que foram compiladas na categoria Vicissitudes emocionais dos profissionais em cuidados paliativos.

Vicissitudes emocionais dos profissionais em cuidados paliativos

Perante aos sentimentos apresentados pelos profissionais que atuam em cuidados paliativos, optamos em incluí-los na dimensão “Atitudes”, embasados nas maneiras de agirem frente às estratégias de enfrentamento durante a prestação de cuidados aos familiares e pacientes na terminalidade. As vicissitudes emocionais dos profissionais da equipe de cuidados paliativos vêm sendo discutidas na literatura. Nesse sentido, sabe-se que existem momentos em que os profissionais da saúde necessitam de assistência psicológica, já que vivenciam diariamente situações complicadas geradoras de ansiedade naqueles profissionais, aumentando a morbidade psicológica/psiquiátrica do mesmo (Carvalho & Oliveira, 2008).

Segundo Menzies (1970), na tentativa de evitar o sentimento de angústia e ansiedade, os membros da equipe de saúde utilizam meios de defesa ou formas de enfrentamento, tais como: fragmentação da relação profissional de saúde/paciente; despersonalização e negação da importância do indivíduo; distanciamento e negação dos sentimentos; tentativa de eliminar decisões e redução do peso da responsabilidade (Pitta, 1994). Na fragmentação da relação profissional de saúde/paciente, o profissional

estabelece uma relação superficial com o paciente, levando em consideração alguns dos aspectos do indivíduo enfermo, evitando o contato com os aspectos estressantes em virtude de envolverem dificuldades emocionais dos profissionais, além de diminuir o tempo de relacionamento com o paciente e seus familiares. A afirmação dessa autora vai ao encontro com o discurso de uma das participantes:

“Hoje eu tenho uma frieza, não de ruim, mas de aceitar, porque a vida é assim.” (Margarida).

Na despersonalização e negação da importância do indivíduo, o profissional considera que todos os pacientes são iguais, não havendo diferenças e particularidades individuais, embasado no raciocínio de que todos dispõem dos mesmos direitos e que, por isso, devem ser tratados da mesma maneira, impedindo a criação de vínculos afetivos diferenciados. A dificuldade de lidar com as emoções leva o profissional ao distanciamento e à negação de sentimentos. Assim, situações complicadas não são percebidas e os sentidos, conseqüentemente, são evitados. Nesse aspecto, percebe-se a dificuldade de se falar sobre a morte com pacientes e familiares. As acompanhantes de idosos entrevistadas relataram essa dificuldade em lidar com as emoções:

“Como eu me sinto? Impotente. Eu me sinto impotente de não poder ajudá-lo, porque eu sei que não tá ao meu alcance e no de ninguém. Eu tento ter a frieza, mas ser humano tem sentimento! Eu me sinto impotente, de não poder tirar aquilo e ajudá-lo.” (Margarida).

Já a tentativa de eliminar decisões se dá pelo fato de serem focos de tensões e angustias. A “eterna procura de rotinas e padronizações de condutas não tem justificativa apenas na economia objetiva de gestos e procedimentos. Embora, exista sempre nas instituições um dispêndio de tempo no esforço de padronizar o processo de cuidados dos enfermos, tal dispêndio de tempo e energia funciona como um ritual de postergação e controle de decisões a serem tomadas frente a numerosas demandas que cada doente é capaz de produzir.

Nessa abordagem, percebe-se que a dificuldade enfrentada pelo profissional pode ser amenizada com processo de trabalho burocrático que indiretamente desvia o foco da atenção do profissional do sofrimento do enfermo/família. Finalizando os mecanismos de defesa, nota-se que a diminuição da angústia dos profissionais pode

estar atrelada à redução do peso da responsabilidade durante a assistência prestada ao paciente/família.

“Então, (...) a gente é contratada para facilitar o dia a dia do paciente, mas quem tem sentimento não faz só isso, então você tem carinho e o meu papel é facilitar as coisas para o idoso e diminuir o sofrimento. É muito relativo amenizar, depende do idoso, é fazer com que aqueles últimos dias sejam menos ruins de todos os outros.”
(Margarida).

Ressaltamos que, durante este processo, além dos aspectos biopsicossociais que norteiam os cuidados paliativos, também foi valorizado o tema Espiritualidade e Religiosidade.

Espiritualidade e religiosidade

É sabido que a humanidade busca respostas para as dificuldades de enfrentamento de situações complexas em outra dimensão, na tentativa de sobreviver quando a racionalidade não consegue justificar o porquê do sofrimento e suprir o alívio do mesmo. Nesse sentido, designamos a Espiritualidade e Religiosidade como sendo uma das categorias pertencentes à dimensão Atitude que pode ser ativada em algum momento para suprir as necessidades apresentadas pelos profissionais. Os profissionais acompanhantes de idosos destacaram, em suas falas, a importância da espiritualidade/religiosidade no cotidiano profissional e pessoal de suas vidas, além desta mesma importância no processo doença/morte dos pacientes em tratamento paliativo.

“Acho a religião importante, não importa a religião. Acho que todo mundo tem que ter algo a acreditar, porque se você não acredita em nada não tem significado. 99% acreditam em Deus e isso dá um sentido, como se a religião desse um rumo, independente da religião. Você tem que ter uma religião, para ter um sentido, um ponto. Principalmente para os idosos que se apegam. Dá sentido e nós temos variedades: católicos, espíritas, evangélicos, mas é importante seguir alguma coisa.” (Margarida).

Esse contexto também é abordado pela literatura que estuda a influência da espiritualidade e da religiosidade em pacientes em cuidados paliativos, mostrando que este domínio é uma construção da fé e do sentido. A espiritualidade inclui a dimensão do significado, transcendendo conexões especialmente com o ser especial, ou seja, a espiritualidade constitui uma característica do indivíduo que tem a vida interior direcionada para Deus, o sobrenatural e o sagrado (Saporetti, 2008).

Assim, a espiritualidade integra os aspectos físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos e, por isso, é considerada uma dimensão primordial aos cuidados paliativos já que esta assistência deve abordar o ser humano em sua totalidade. Pensando assim, a equipe interprofissional de cuidados paliativos deve estar atenta quanto às necessidades espirituais dos pacientes e familiares. No entanto, a equipe não deve impor absolutamente nada ao paciente e aos seus familiares, pois o respeito com as crenças, fé, sentimentos e demais fatores envolvidos é primordial em todos os tipos de assistência à saúde, inclusive em relação à terminalidade da vida.

“A palavra chave é solidariedade, ser solidário naquele momento. Eu passo muito da minha essência espírita porque é reconfortante ouvir. Tem mais do que carne e osso, tem uma alma e eu procurava levar mensagens bonitas, rezava muito e ainda rezo. Acho importante, não a religião, mas sim a ligação com Deus, saber que tem algo mais além da vida. Muitos deles vão para o extremo, chutam o pau da barraca, mas por desespero, não exercita a fé.” (Orquídea).

Nesse sentido, esta abordagem psicoterápica vai ao encontro de superar a necessidade do paciente que é buscar o alívio dos sintomas físicos e dos sofrimentos psicossociais. Para tanto, os profissionais de saúde devem ampliar a compreensão do indivíduo para além de sua dimensão biológica. A espiritualidade deve ser uma dimensão do ser humano a ser levada em consideração e diferenciada das questões religiosas.

Segundo Bautista (2003), religião é caracterizada como uma instituição que possui uma cultura e é constituída por um grupo de pessoas em volta de um culto específico realizado em um lugar determinado e em um tempo particular. A religião possibilita consolo durante as privações o que favorece a auto-aceitação e diminui a sensação e sentimento de culpa do indivíduo.

Saporetti (2008) afirmou que o “sofrimento religioso se caracteriza pela dor moral, conduzida pela quebra de dogmas e preceitos daquela religião” enquanto que o sofrimento espiritual está relacionado com a essência do indivíduo, ou seja, a perda de sentido e identidade, como também a vontade de abreviar a própria vida e a falta de esperança.

“Eu acho fundamental e eu procuro levar pelo lado espiritual, como a velhice é uma perda eles se apegam em algo e geralmente é em Deus ou santo, então fica mais fácil você fala e é mais aceito. A morte em si é uma definição.” (Dama da Noite).

Considerações finais

A filosofia dos cuidados paliativos prioriza acima de tudo a humanização do cuidado prestado a todas as pessoas, principalmente aquelas que se encontram nos últimos momentos de uma vida repleta de experiências, vivências e aprendizados únicos de cada pessoa. O profissional da saúde que trabalha em cuidados paliativos deve ter uma sensibilidade aflorada, a fim de perceber e lidar com as emoções, sentimentos, dores, crenças e valores de pacientes e de seus familiares. Para tanto, além de um lado humano maior que a racionalidade humana, este profissional precisa ser preparado para lidar com seus próprios anseios e sentimentos, como também dos pacientes que estão próximos da terminalidade de suas vidas e de seus familiares. Pela importância do preparo dos profissionais, a filosofia dos cuidados paliativos deve ser divulgada e explorada de forma mais abrangente, pois é nítido o despreparo de muitos profissionais diante do processo de morrer e da morte de pacientes, e da maneira de como devem agir perante os seus familiares que também estão passando por esse momento tão doloroso.

Referências

Bautista M. (2003). Cuidados espirituales em los cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*, 27(1), 147-152.

- Brandão, H.P. & Guimarães, T.A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? *Revista de Administração de Empresas*, 41(1), 8-15. São Paulo (SP).
- Carvalho, R.T. & Oliveira, RA. (2008). *Bioética em cuidados paliativos*. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (Org.). CREMESP. São Paulo (SP).
- Chiba T. (2008). Relação dos cuidados paliativos com as diferentes profissões da área da saúde e especialidades. In: *Cuidado paliativo*, 46-54. São Paulo (SP): Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Gasque, K.C.G.D. & Tescarolo, R. (2008). Por uma pedagogia do equilíbrio. *Educ Pesqui*, 34(1), 139-150.
- Maciel, M.G.S., Rodrigues, L.F., Naylor, C., Bettega, R., Barbosa, S.M., Burlá, C., Melo, I.T.V. et al. (2006). *Crítérios de Qualidade para os cuidados paliativos no Brasil*. Academia.
- Martin-Moreno, J.M., Harris, M., Gorgojo, L., Clark, D., Normand, C. & Centeno, C. (2008). *Palliative care in the European Union. Policy Department Economic and Scientific Policy*.
- Meihy, J.C.S.B. (1996). *Manual de História Oral*. São Paulo (SP): Loyola.
- Menezes, R.A. (2004). História dos cuidados paliativos: mito de origem e constituição de uma nova especialidade médica. In: *XI Encontro Regional de História da ANPUH/RJ*. Rio de Janeiro (RJ). Programa do XI Encontro Regional de História da NAPUH-RJ. Rio de Janeiro (RJ): ANPUH.
- Menzies, I.E.P. (1970). *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade*. Aracky M. Rodrigues, Trad.. São Paulo (SP).
- Merhy E. (2002). *Saúde: Cartografia do trabalho vivo*. São Paulo (SP): Hucitec.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo (SP): Loyola.
- Pessini L. (2005). Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática hospitalar*, 41, 107-112.
- Pitta, A. (1994). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo (SP): Hucitec.
- Ramos, F.R.S., Ramos, Do Ó, L.G. (2009). Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. *Comun Saúde Educ*, 13(29), 259-270.
- Reirez, A.B., Motter, C., Buffon, V.R., Scatola, R.P., Fay, A.S., Manzini, M. et al. (2008). Cuidados paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 6(4), 150-155.
- Rodrigues, I.G. (2004). Cuidados paliativos: análise de conceito. Ribeirão Preto (SP). Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Saporetti, L.A. (2008). Espiritualidade em cuidados paliativos. *Cuidado paliativo, CREMESP*, 4(1), 522-523.
- Vasconcelos, E.M. (Org.) (2005). *A Espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec,

World Health Organization. (2004). *Better palliative care for older people*. Geneva (Suíça): WHO.

Recebido em 02/08/2012

Aceito em 30/08/2012

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez - Professora Doutora do Curso de Graduação em Gerontologia. Escola de Artes Ciências e Humanidades – EACH- Universidade de São Paulo – USP.

E-mail: biagutierrez@yahoo.com.br

Thabata Cruz de Barros - Bacharel em Gerontologia. Escola de Artes Ciências e Humanidades – EACH- Universidade de São Paulo – USP.

E-mail: thabata_cruz@hotmail.com