



CUIDADO À PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA NA PERSPECTIVA DE UM FIM DE VIDA PACÍFICO¹

Manuela Bastos Alves*
Valdenir Almeida da Silva**
Ana Raquel Lima Peralva de Almeida***
Rosany Cláudia Dantas Pereira****
Larissa Coelho Barbosa*****
Rudval Souza da Silva*****

RESUMO

Objetivo: compreender como são prestados os cuidados ao fim da vida às pessoas idosas na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sob a ótica da Teoria do Final de Vida Pacífico. **Método:** estudo descritivo, interpretativo de natureza clínico qualitativa, realizado com 12 colaboradoras de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos numa cidade do Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2021. Foram organizados com auxílio do software IRaMuTeQ e analisados de acordo com a Teoria do Final de Vida Pacífico. **Resultados:** emergiram duas categorias: suporte à família, desconhecimento e medo da equipe e suas implicações no cuidado à pessoa idosa no fim da vida e cuidados para a promoção do conforto à pessoa idosa no fim da vida. **Considerações finais:** controle da dor e conforto físico foram mais presentes sobre os cuidados ao fim da vida na ILPI, destacando a necessidade de maior investimento na educação permanente da equipe de cuidadores para que possam prestar cuidados ao idoso e a sua família, especialmente no tocante à autonomia e à preparação do luto. O estudo permite compreender como são prestados os cuidados profissionais ao fim da vida de idosos em Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Enfermagem. Idoso. Instituição de longa permanência para idosos. Teoria de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de fim de vida se referem a um conjunto de ações prestadas por uma equipe profissional diante da terminalidade, da “morte anunciada” e próxima, quando todas as possibilidades de restauração das condições de saúde já se esgotaram e a finitude é previsível^(1,2). Esse tipo de atenção à saúde é parte integrante dos cuidados paliativos (CP), abordagem que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com doenças sem cura e com prognóstico limitado, de seus familiares e cuidadores, através da

prevenção e alívio do sofrimento⁽³⁾.

Dados da Organização Mundial da Saúde trazem que o número estimado de pessoas que necessitam de cuidados paliativos no final da vida é de 20,4 milhões. Deste número, 69% são de pessoas idosas com 60 anos ou mais⁽⁴⁾. No Brasil, ao longo dos anos, tem ocorrido continuamente um crescimento no número de pessoas idosas que possuem enfermidades incapacitantes e que as levam ao estado de terminalidade, a exemplo de doenças oncológicas sem prognóstico de cura, doenças demenciais, dentre outras⁽⁵⁾.

Essas doenças causam limitação da funcionalidade da pessoa idosa e, consequentemente, dependência de cuidados,

¹Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada “Modelo de Cuidados de Enfermagem à pessoa idosa ao fim da vida em Instituições de Longa Permanência”, apresentada em 11.08.2022 no programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. E-mail: manu_bastos28@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4073-5146>.

**Enfermeiro. Doutor em Enfermagem e Saúde. Hospital Universitário Professor Edgar Santos – HUPES/UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: valdenirrent@yahoo.com.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1947-468X>.

***Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: raquelperalva@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5505-3412>.

****Enfermeira. Residente em Urgência e Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: rosanydantas@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2348-6712>.

*****Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: laracbarbosa@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8978-0979>.

*****Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da UNEB. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7991-8804>

comprometendo a permanência do idoso junto a sua família⁽⁶⁾. Aliada a isso, a indisponibilidade de uma pessoa da família que assuma e/ou se sinta preparada para cuidar do idoso com doenças incapacitantes constituem-se como as principais causas de transferência de pessoas idosas de suas residências para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Embora as ILPIs não sejam unidades de saúde voltadas para a clínica ou terapêutica, admitem pessoas idosas em situação de fragilidade, dependentes para as atividades de vida diária (AVDs), com doenças incuráveis em estágios avançados, sejam doenças oncológicas ou não-oncológicas, a exemplo das demências^(2, 7). Assim, essas instituições se configuram como espaços nos quais os cuidados ao fim de vida fazem parte do cotidiano laboral.

As pessoas idosas, em sua maioria, quando são institucionalizadas, permanecem na ILPI até o final da vida. Pesquisas realizadas pelo *Bronw University Center*, nos EUA, em 2010, apontam que um em cada dois idosos com 85 anos ou mais e aqueles com demência morrem em ILPIs⁽⁸⁾. No Brasil, estudo sobre políticas de saúde nas ILPIs revelou que todos os pacientes avaliados apresentavam em média três a quatro comorbidades, doenças que aumentam o risco de fragilidade, desenvolvimento de síndromes geriátricas e morte, sendo esta uma realidade presente na ILPI investigada⁽⁹⁾.

Garantir o bem-estar e a dignidade frente à morte de pessoas idosas em situação de terminalidade implica em assegurar um cuidado individualizado que não sucumba à necessidade de cura, mas que tenha por finalidade diminuir o sofrimento, a dor e outras repercussões negativas que a doença ocasiona. Nesse prisma, a Teoria do Final de Vida Pacífico (TFVP)⁽¹⁰⁻¹¹⁾ se destaca como referencial importante e norteador das práticas de cuidados, uma vez que traz como principal foco o cuidado de enfermagem no alívio dos medos e ansiedades reais e/ou percebidos para o doente e sua família. Para tanto, o cuidador deve ter atitudes de escuta e empatia, direcionando as ações para o conforto, alívio da dor e do sofrimento, nas dimensões físicas, sociais, emocionais e espirituais, garantindo assim as condições necessárias para que a pessoa com uma doença terminal possa alcançar uma morte pacífica⁽¹¹⁾.

Considerando-se que no Brasil existem 100 mil idosos residindo em ILPIs⁽¹²⁾, muitos deles necessitando de cuidados de longa duração, faz-se necessária uma discussão sobre os cuidados ao fim da vida a essa população nesses cenários, visto que são incipientes as publicações na literatura nacional e internacional sobre esse enfoque. Além disso, esta pesquisa poderá possibilitar a produção de novos conhecimentos a partir da Teoria do Final de Vida Pacífico no campo dos cuidados de fim de vida em ILPIs. Este estudo tem como objetivo compreender como são prestados os cuidados profissionais ao fim da vida às pessoas idosas na Instituição de Longa Permanência para Idosos sob a perspectiva da Teoria do Final de Vida Pacífico.

MÉTODO

Estudo descritivo e interpretativo de natureza clínico qualitativa, fundamentado na Teoria do Final de Vida Pacífico (TFVP), desenvolvido em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em um município do interior da Bahia, Brasil. A Instituição tem caráter filantrópico e sua escolha se justificou pelo fato de possuir uma equipe multiprofissional nuclear, além de contar com o maior número de pessoas idosas residentes em comparação com outras instituições do município, permitindo uma compreensão ampla acerca da atuação desta equipe frente aos cuidados prestados ao fim de vida.

Destaca-se que, no município onde ocorreu a pesquisa, existem cinco ILPIs cadastradas no Conselho Municipal do Idoso e apenas duas delas possuem equipe multiprofissional para atender aos residentes. As coordenações das duas ILPIs foram contactadas para participar do estudo, mas apenas uma concordou com a participação da sua equipe na pesquisa.

O estudo contou com 12 participantes, dentre eles profissionais com formação superior e técnica na área da saúde, além de cuidadoras, com formação em nível médio, que integram o quadro efetivo da ILPI. Inicialmente, tentou-se contato com todos os 17 funcionários que integram o quadro, porém os três médicos não responderam, mesmo após terem sido realizadas três tentativas, e uma técnica de enfermagem e uma cuidadora não aceitaram participar da

pesquisa, informando que não se sentiam confortáveis em abordar temas relacionados ao processo de morrer e à morte.

As colaboradoras foram apresentadas à pesquisadora pela gerente da ILPI e, em um primeiro momento, foram explicadas questões sobre os objetivos do estudo, como as entrevistas aconteceriam, o anonimato das participantes e a garantia da privacidade no momento da entrevista. Em seguida, as colaboradoras foram questionadas sobre a vontade de contribuir de forma voluntária com o estudo e as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada uma delas.

Adotou-se como critério de inclusão: atuar no serviço por um período igual ou superior a três meses, uma vez que esse espaço temporal se relaciona à necessidade de que as colaboradoras estejam ambientadas com o perfil de cuidado estabelecido na instituição.

Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2021, através da entrevista individual presencial norteada por um roteiro com perguntas semiestruturadas. A primeira parte da entrevista contemplou questões sobre a caracterização dos participantes, incluindo tempo de atuação na ILPI, formação e conhecimento sobre cuidados paliativos. A segunda foi composta por questões sobre os cuidados de fim de vida prestados às pessoas idosas em condição de terminalidade, tomando como base as cinco dimensões da Teoria do Final de Vida Pacífico: Não sentir dor; Sentir-se confortável; Experiência de dignidade/respeito; Sentir-se em paz; Proximidade com a família. As entrevistas foram realizadas em local reservado, onde se encontravam apenas a pesquisadora e a colaboradora, tiveram duração média de 30 minutos, foram audiogravadas e, em seguida, transcritas. Após a transcrição de cada entrevista, a mesma era devolvida para a participante ler, avaliar se gostaria de mudar algo e se seguiria ou não como colaboradora no estudo, de modo que nenhuma desistiu de participar após ter lido sua entrevista.

O material empírico de cada participante, proveniente da transcrição das entrevistas, passou pelo processo de aproximação semântica e lematização, que consiste em reduzir diferentes formas da mesma palavra à sua forma base. Após limpeza do texto com correção ortográfica

e retirada de expressões de caráter informal, foi realizado o processamento de dados no *Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) para identificação dos núcleos de significados.

Após o processamento dos dados no IRaMuTeQ, optou-se pela adoção da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), de modo que os segmentos textuais ou unidades de contexto elementar (UCE) foram classificados em função dos seus respectivos vocábulos e de seus valores de qui-quadrado mais elevados, sendo as palavras organizadas em um Dendrograma (Figura 1). Assim, as classes do Dendrograma foram compostas por palavras que possuíam p valor $< 0,001$, indicando associação estatisticamente significativa.

Para a análise dos dados foi adotada a técnica de Análise de Conteúdo Clínico Qualitativa que considera sete etapas no processo de análise: Edição do material para análise; Leitura flutuante; Construção das unidades de análise; Construção de códigos de sentido; Refinamento geral dos códigos e construção de categorias; Discussão e Validade⁽¹³⁾.

A construção do manuscrito seguiu as recomendações do COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*), atendendo às exigências científicas para o desenvolvimento de estudos de abordagem qualitativa⁽¹⁴⁾.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para manter o anonimato e preservar a identidade delas, as mesmas foram identificadas com a letra C e a sigla PS, que correspondem a cuidadora e profissional de saúde, respectivamente. A letra E corresponde às entrevistas e, para enumerá-las, foram adicionados os numerais de 1 a 12. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 4.665.687.

RESULTADOS

Todas as participantes pertencem ao gênero feminino e com média de idade de 37,4 anos. O tempo de atuação na instituição variou entre 1 ano a 11 anos, sendo que a maioria das

funcionárias possui mais de três anos de vínculo com a ILPI. Com relação à categoria profissional, cinco são profissionais da saúde, sendo três Técnicas de Enfermagem, uma Enfermeira e uma Assistente Social. As demais funcionárias, sete, são cuidadoras formais atuando na assistência direta às pessoas idosas e não possuem formação na área da saúde e nem curso de cuidadores de idosos, tendo aprendido o ofício na prática cotidiana.

As cuidadoras prestam cuidado direto à pessoa idosa, no que se refere às atividades cotidianas, a exemplo de cuidados de higiene, alimentação, vestimenta, mudança de decúbito, entre outros. Vale salientar que, das 12 entrevistadas, apenas quatro mencionaram que sabiam o que são os cuidados paliativos, mas nunca fizeram curso de formação/atualização em CP.

O *corpus* resultante, formado após a transcrição e organização das entrevistas, foi composto por 12 textos divididos em 102 segmentos, dos quais 91 foram analisados pelo *Software* IRaMuTeQ, equivalendo a um aproveitamento de 89,0% do *corpus*, o que é tido como satisfatório, considerando que a literatura assume como um bom índice o aproveitamento acima de 75,0%⁽¹⁵⁾.

A disposição das classes revelou que o material sofreu partições, resultando em seis Classes, conforme Dendrograma (Figura 1). Cada uma delas foi nomeada segundo o conteúdo que apresenta, representado pelos vocábulos, e agrupadas em duas categorias, buscando-se identificar a ideia central associada à mesma, seus dados interpretados e discutidos à luz da literatura pertinente, ancorada na TFVP.

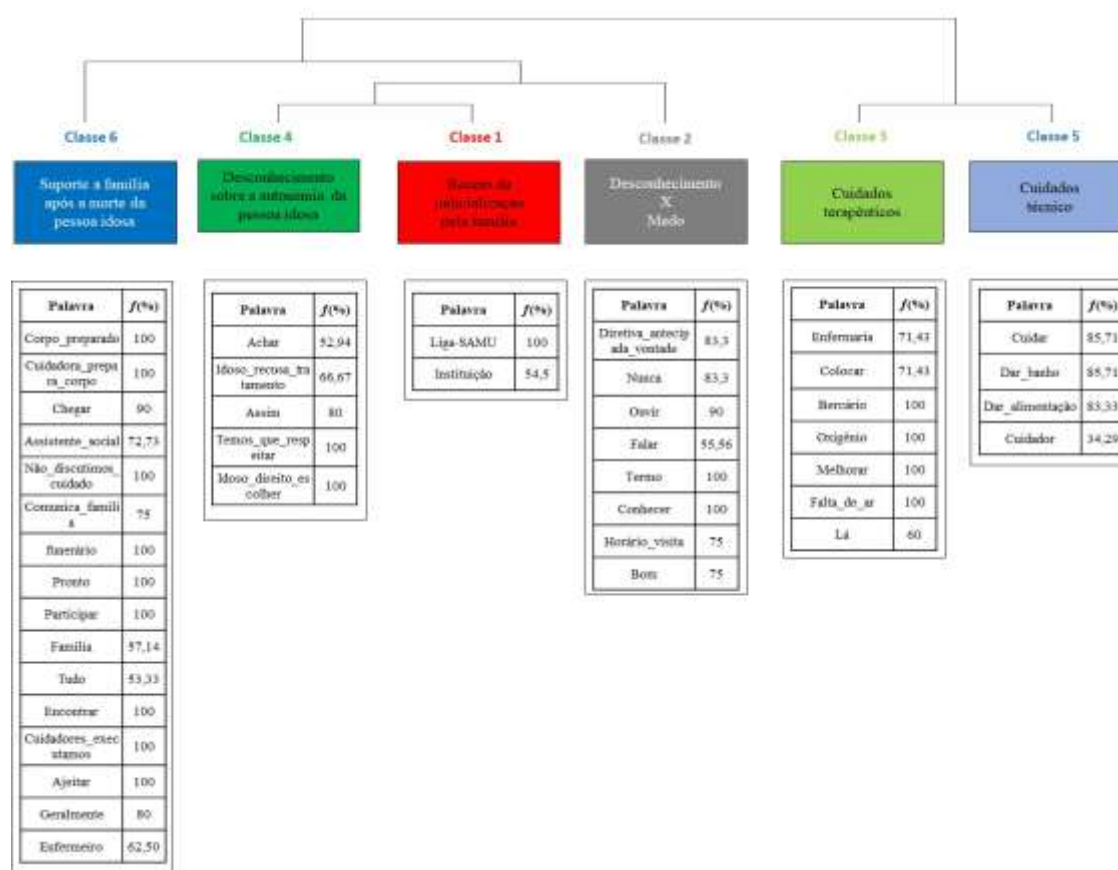


Figura 01. Dendrograma do *corpus* textual e respectivas classes relacionadas às entrevistas. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

No Dendrograma, é possível observar que este inicia a partir da classe 6, denominada

“Suporte à família após a morte da pessoa idosa”. Em seguida, aparece a classe 4,

denominada “Desconhecimento sobre a autonomia da pessoa idosa”, que, assim como a classe 1, “Receio da judicialização pela família”, são subdivisões da classe 2, “Desconhecimento X Medo”. Estas quatro classes interligadas deram origem à categoria I, “Suporte à família, desconhecimento e medo da equipe e suas implicações no cuidado à pessoa idosa no fim da vida”. Os segmentos de textos (ST) apresentados a seguir demonstram como as profissionais de saúde e as cuidadoras lidam com a experiência de cuidado à pessoa idosa no fim da vida marcado por ações de suporte à família ao mesmo tempo que demonstram desconhecimento quanto ao princípio da autonomia e sentimento de medo frente à realidade posta da judicialização da saúde.

A família chegando, o corpo já está preparado. Aqui eu explico tudo sobre as questões burocráticas, como chamar a funerária e ir ao cartório para emitir a certidão de óbito. (PS/E12)

Aqui não tem esse negócio de recusar. Na minha percepção, tem que fazer mesmo, independente dele querer. (PS/E9)

Eu acho que, se ele não quer, a gente deveria respeitar, a pessoa deveria poder escolher. (C/E7)

Então é melhor reanimar, para eles [família] não acharem que foi falta de assistência da instituição. (C/E3)

Desconheço esse termo Diretiva Antecipada de Vontade. (C/E4, PS/E9)

As classes 3 e 5, “Cuidados terapêuticos” e “Cuidados Técnicos”, respectivamente, aparecem interligadas entre si e dão origem à categoria II, “Cuidados para a promoção do conforto à pessoa idosa no fim da vida”, uma vez que apresentam vocábulos associados às práticas de cuidados direcionados às questões de resposta à doença, a exemplos da oxigenoterapia, monitorização hemodinâmica e administração de medicamentos, além de cuidados higiênicos, de alimentação e de relaxamento, prestados de modo concomitante em prol do conforto e dignidade no processo de morrer e morte.

Levamos eles para a enfermaria que é mais calma, afastada do barulho. Lá na Enfermaria tem oxigênio, ficam monitorizados, fazemos medicação de horário para dor. (PS/E8, C/E5)

A gente coloca música para acalmar, assiste TV

junto com eles. Tem que ter esse outro olhar, fazer uma comida que eles querem, vestir a roupa que eles querem. Me pediu farinha um dia antes de partir e pediu pra comer de mão, eu deixei. Não pode negar essas coisas. (C/E5)

A gente coloca colchão caixa de ovo, muda de decúbito, faz massagem de conforto, mantém higienizado, alimenta com seringa aqueles que ainda deglutem. Eles têm direito a uma morte digna. (PS/E11)

DISCUSSÃO

A equipe de profissionais da ILPI é formada apenas por mulheres, sendo uma exigência da equipe gestora da instituição cenário do estudo. Embora o tempo médio de atuação das integrantes configure um vínculo considerado relativamente longo, foi possível constatar um perfil de cuidadoras e profissionais de saúde sem qualquer curso de formação na área gerontológica e/ou dos cuidados paliativos.

Essa realidade talvez esteja atrelada a uma limitação de recursos pelas ILPIs, que acabam não priorizando profissionais formados para o cuidado gerontológico. Com relação à formação em cuidados paliativos, essa ainda é incipiente no cenário brasileiro. Existem ainda muitas lacunas na formação e preparo dos profissionais para atuarem em CP e cuidados em final de vida⁽¹⁶⁾. Cabe salientar que lacunas na formação acadêmica e na atuação de profissionais que cuidam de pessoas idosas institucionalizadas, especialmente aquelas em cuidados paliativos, muitas vezes, levam a uma prática de cuidados que asseguram a existência prolongada da vida e negligenciam uma compreensão aprofundada do morrer enquanto processo natural inerente ao ser humano assim como da morte.

A convivência com o morrer e a morte faz parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde e de cuidadores de pessoas idosas institucionalizadas, especialmente pelos residentes destas instituições serem, em sua grande maioria, idosos em condição de fragilidade, com diagnóstico de doenças progressivas, degenerativas, sem possibilidade de cura e com prognóstico reservado. Concebida como a parada das funções vitais, a morte é um processo natural da vida e, ainda que seja inerente ao ser humano, contracenar com ela,

para muitos, ainda é uma experiência difícil⁽¹⁷⁾.

Por ser um momento único que merece uma atenção respeitosa e ética, por parte dos trabalhadores da ILPI, à pessoa que faleceu e seus familiares, devem-se levar em consideração os valores humanos, as singularidades e diversidades culturais para com os rituais de preparo do corpo pós-morte e de despedida por parte dos familiares e pessoas próximas, uma vez que tais práticas podem interferir no processo de luto, tornando-o algumas vezes em um luto complicado.

Neste estudo, as falas das profissionais de saúde e cuidadoras evidenciaram que o preparo do corpo pós-morte acontece logo após o óbito e os familiares não participam desse preparo, o que nos leva a refletir acerca do despreparo dos profissionais de saúde para com esse momento.

Estudos sobre morte e morrer trazem que o apoio aos familiares do paciente que acabou de falecer deve ser promovido através de atitudes simples, como respeitar seu momento de lidar com a dor da perda, deixando-os as sós com aquele que acabou de partir, respeitando o momento singular de cada sujeito em sua despedida de acordo com seus valores culturais e suas crenças espirituais, incluindo o preparo do corpo⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Prática que nos parece uma realidade ainda distante no contexto da ILPI e que requer uma reflexão no sentido de promover uma mudança de paradigmas quanto ao preparo com o corpo e a preocupação da equipe para com o luto da família.

Ainda sobre o apoio dispensado aos familiares diante da morte da pessoa idosa, a comunicação do óbito deve ser realizada por um profissional designado de acordo com o protocolo institucional⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Na ILPI pesquisada, a Assistente Social é a profissional que costuma conversar com os familiares sobre o ocorrido, orientando também sobre as questões burocráticas necessárias para o sepultamento. Essa ação tem fundamento na TFVP, que traz, dentre as suas dimensões, a importância da participação da família nos cuidados pós-morte da pessoa, de modo a contribuir para um processo de luto natural, em que o enlutado tenta aceitar aos poucos a morte desse familiar. Essa prática reforça a relevância de tratar das indagações e preocupações dos familiares, bem como da importância de orientá-los sobre as

questões práticas relacionadas à morte do paciente^(10,11).

Dentre os conceitos da TFVP, estar em paz refere-se a proporcionar uma maior tranquilidade nos aspectos físicos, emocionais e espirituais^(10,11). Para isso, as ações dos profissionais da saúde devem estar voltadas para diminuir as angústias, promovendo uma atmosfera de serenidade, calma, harmonia e contentamento, ajudando a família a enfrentar a morte do seu ente e seu processo de luto⁽³⁾.

As falas retratam a falta de preparo da maioria das profissionais de saúde e das cuidadoras em lidar com as questões relacionadas à finitude, quando trazem a hospitalização, a submissão da pessoa idosa a tratamentos e intervenções indesejadas, violando assim o princípio bioético da autonomia. Tais atitudes demonstram uma prática de cuidado que vai de encontro à perspectiva de cuidado assumida pela TFVP e os princípios filosóficos dos cuidados paliativos.

Percebe-se também que o não respeito à autonomia da pessoa idosa perpassa pela carência de qualificação dessas trabalhadoras para atuarem baseadas nos princípios que norteiam os cuidados paliativos, pela dificuldade em lidar com a morte, além do receio da equipe da ILPI em ser judicializada pela família. Somado a isso, há um desconhecimento, tanto das profissionais quanto das cuidadoras e dos residentes, sobre o documento Diretiva Antecipada de Vontade⁽²¹⁾.

Por outro lado, emergem falas, a exemplo de “temos que respeitar” e o “idoso tem direito de escolher”, o que nos remete a ideia de que existe uma consideração com relação à tomada de decisão da pessoa idosa em escolher a recusa do tratamento, explicitando a importância de respeitar a vontade, a singularidade e a autonomia do paciente. Da Teoria do Final de Vida Pacífico, é possível inferir que o respeito às vontades expressas pelo paciente garante a ele, além de tranquilidade, a percepção de sentir-se em paz quando seus desejos são cumpridos.

A prática dos cuidados em fim de vida, como parte dos CP, para pacientes com doença terminal deve ter por base o respeito ao princípio da autonomia, que estabelece a liberdade de escolha do paciente em consentir ou recusar ser submetido a procedimentos médico-

hospitais⁽²²⁾.

A promoção da autonomia garante o direito da pessoa idosa a sua autodeterminação, mantendo sua dignidade e liberdade de escolha, ao passo que evita práticas paternalistas que violem o pleno exercício de manifestação dos seus desejos. Ao negar esse princípio, a equipe de saúde tende a aumentar significativamente a visão errônea de que o paciente idoso é incapaz de participar das decisões quanto ao seu próprio cuidado⁽²³⁾.

De acordo com os pressupostos da TFVP, a experiência de dignidade e respeito se trata da valorização do paciente com uma doença terminal como ser humano, que deve ter suas necessidades e vontades atendidas, sendo incluído na tomada de decisão sobre seu cuidado, além de ser tratado com dignidade e empatia^(10,11). Apesar de não trazer um conceito claro sobre o termo dignidade, a teoria relaciona a definição desse construto ao direito que as pessoas possuem de decidir sobre seus próprios objetivos, ou seja, a autonomia pessoal⁽²⁴⁾.

No âmbito da saúde, os profissionais são formados em uma concepção que visa à cura através de tratamentos interventivos e medicamentosos, com o objetivo de prolongar ou salvar a vida dos pacientes, tornando a morte um evento incômodo. Entendem a morte como geradora de insucesso, impotência e dor, tentando afastá-la a qualquer custo. Quando, apesar de todos os esforços, a morte acontece, o profissional se vê derrotado e “perdendo batalhas”.

A morte digna ou “boa morte” vem da ideia central de uma morte natural, que é iminente e inevitável e deve ocorrer a partir de medidas que visam ao alívio da dor e do sofrimento, assegurando o conforto físico, psicossocial e espiritual, que, em termos bioéticos, é definida como ortotanásia⁽²⁵⁾. O paciente deve ter a oportunidade de escolher onde vivenciar seu processo de morrer e sua morte, seja no domicílio, na ILPI ou no hospital, desde que sejam respeitadas suas vontades e desejos, contando com o suporte da equipe de saúde.

Para consolidar a ortotanásia como manifestação da autonomia da vontade do paciente em CP, a Resolução CFM nº 1995/2012 veio a tratar de um documento legal que pode contribuir para dirimir dúvidas e respaldar o

profissional médico, que é a Diretiva Antecipada de Vontade, a qual consiste em um documento de manifestação de vontade de um paciente com doença terminal em escolher com antecedência as terapias a que deseja ou não se submeter caso se encontre impossibilitado de manifestar livremente seus desejos⁽²⁴⁾.

Os conceitos e pressupostos da Teoria do Final de Vida Pacífico têm por base os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos. Seus pressupostos teóricos trazem que o foco principal dos cuidados da equipe de saúde não está apenas no transcorrer do processo de morrer e da morte, mas nas ações que visam a proporcionar à pessoa doente um viver pacífico e significativo nos últimos momentos que lhe restam, aliviando os medos e anseios reais ou percebidos tanto para ele quanto para sua família e para pessoas próximas e importantes⁽²⁴⁾. Ademais, promover o conforto, ter atenção com as necessidades e desejos dos pacientes e controlar a dor também são conceitos elencados pela TFVP para que o doente tenha uma morte digna e pacífica.

Na categoria II, os resultados apontam que as práticas de cuidados desenvolvidas na ILPI são realizadas com o intuito de promover conforto e alívio da dor, assim como de atender aos últimos desejos daqueles que se encontram em situação de terminalidade, proporcionando um cuidado integral ao paciente, conforme trazem os princípios filosóficos dos CP e os conceitos propostos pela Teoria do Final de Vida Pacífico nas categorias não sentir dor, sentir-se confortável e experiência de dignidade e respeito.

Assim, foi possível observar que as pessoas idosas são transferidas para uma unidade dentro da ILPI denominada como enfermaria, caracterizada pela equipe como um ambiente calmo, longe do barulho e da iluminação excessiva, onde ficam sob os cuidados da equipe de enfermagem. Percebe-se que nesta pesquisa as participantes trazem relatos sobre sua rotina de trabalho, e cada profissional desenvolve um papel diferente frente ao cuidado da pessoa idosa. No entanto, todas trabalham em prol de um objetivo em comum, que é proporcionar conforto e bem-estar ao doente, corroborando com os conceitos da TFVP.

Na TFVP, não sentir dor foi definido como a

experiência de pacientes de não relatar dor com base num cuidado integral e proativo^(10,11). Estudo reflexivo sobre cuidados paliativos em ILPI e a TFVP abordou que a avaliação da dor deve ser realizada pela equipe de enfermagem, que, por meio de uma avaliação diária, identifica o tipo e a intensidade da dor, implementando terapias farmacológicas (mediante protocolo médico da instituição) e medidas não farmacológicas como: aplicação de calor ou frio; alinhamento corporal com uso de coxins para aliviar a pressão nas articulações; controle dos estímulos ambientais que podem potencializar a dor, exercícios de relaxamento⁽¹¹⁾. Vale salientar que para aqueles idosos com déficits cognitivos que não expressam a dor verbalmente é preciso considerar a manifestação dos sinais não verbais de dor que podem ser expressos por sinais como: dentes cerrados, fúrias de dor, postura curvada e gemidos⁽²⁶⁾.

O alívio da dor, da angústia respiratória, assim como evitar a realização de procedimentos invasivos que não modificarão o curso da doença nem mesmo proporcionarão conforto diante do sofrimento da pessoa são medidas capazes de reduzir desconfortos diante da terminalidade. Ademais, cabe destacar que o conforto não é alcançado pela realização de técnicas, mas de modo especial a partir do estabelecimento de uma relação humana e compassiva que deve se dar entre a equipe, o doente e a família, de modo a expressar um ambiente de tranquilidade e compreensão empática. A realização de técnicas é suporte para a promoção do conforto enquanto um constructo subjetivo.

A morte digna e pacífica, definida nas cinco categorias da TFVP, deve ser uma prioridade para o planejamento do cuidado às pessoas que se encontram em situação de terminalidade nas ILPIs. Discussões acerca do prognóstico do idoso, a tomada de decisão entre os profissionais, o doente e a família, assim como preparação da família para o processo de morrer e da morte do seu ente, devem fazer parte do plano de cuidados holísticos capaz de proporcionar um ambiente construtivo para um fim de vida digno.

Atribui-se como limitação do estudo a investigação ter ocorrido em apenas uma Instituição de Longa Permanência, condição resultante do cenário da pandemia, que limitou a ida ao campo para coleta de dados, quando foi suspensa pelos dirigentes de umas das ILPIs selecionadas. Ademais, a observação direta poderia acrescentar informações relevantes à compreensão do cuidado ao fim da vida da pessoa idosa institucionalizada.

Como contribuições para a prática, para os cuidados paliativos e a gerontologia, o estudo oferece uma compressão de como são prestados os cuidados profissionais ao fim da vida das pessoas idosas que residem em Instituições de Longa Permanência, elencando os elementos necessários para o cuidado integral e holístico, ao doente e seus familiares, com vistas a promover uma morte digna para aquele que se encontra em situação de terminalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou que a equipe de saúde da Instituição de Longa Permanência cenário do estudo demanda por conhecimento e formação técnica sobre a temática cuidados paliativos. A ausência de formação nessa área pode favorecer a não realização de cuidados às pessoas idosas em processo de morrer no que se refere, em especial, à preservação da autonomia e à preparação da família para o luto.

À luz da TFVP, junto ao conforto, o controle da dor e o cuidado espiritual foram as categorias mais presentes no que tange à prestação dos cuidados profissionais ao fim da vida às pessoas idosas na ILPI. No entanto, os resultados levantaram a necessidade de maior investimento na educação permanente da equipe de cuidados atuante na ILPI, para que possa prestar um cuidado tanto à pessoa idosa quanto a sua família nos moldes dos cuidados paliativos, especialmente no que se refere ao princípio bioético da autonomia e de uma maior comunicação e interação da família com o seu ente institucionalizado.

CARE FOR THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN THE PERSPECTIVE OF A PEACEFUL END OF LIFE

ABSTRACT

Objective: to understand how care at the end of life is provided to the elderly in the Long Stay Institution for the Elderly (LSIE) from the perspective of the Peaceful End of Life Theory. **Method:** descriptive, interpretative study of a qualitative clinical nature, conducted with 12 collaborators of a Long Stay Institution for the Elderly in a city in the Northeast of Brazil. Data were collected in May and June 2021. They were organized with the help of IRaMuTeQ software and analyzed according to the Peaceful End of Life Theory. **Results:** two categories emerged: family support, lack of knowledge and fear of the team and their implications for the care of the elderly at the end of life and care for the promotion of comfort to the elderly at the end of life. **Final considerations:** pain control and physical comfort were more present on the care at the end of life in the LSIE, highlighting the need for greater investment in the permanent education of the caregiver team so that they can provide care to the elderly and their families, especially regarding autonomy and the preparation of mourning. The study allows us to understand how professional care is provided at the end of life of the elderly in a Long Stay Institution for the Elderly.

Keywords: Aged. Palliative care. Homes for the aged. Nursing. Nursing theory.

ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA PERSPECTIVA DE UN FIN DE VIDA PACÍFICO

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo se prestan los cuidados al final de la vida a las personas mayores en la Institución de Larga Permanencia para Ancianos (ILPA) bajo la óptica de la Teoría del Final de Vida Pacífico. **Método:** estudio descriptivo, interpretativo de naturaleza clínico cualitativa, realizado con 12 colaboradoras de una Institución de Larga Permanencia para Ancianos en una ciudad del nordeste de Brasil. Los datos fueron recolectados en mayo y junio de 2021. Fueron organizados con la ayuda del *software IRaMuTeQ* y analizados de acuerdo con la Teoría del Final de Vida Pacífico. **Resultados:** surgieron dos categorías: apoyo a la familia, desconocimiento y miedo del equipo y sus implicaciones en el cuidado de la persona anciana al final de la vida y cuidados para la promoción del confort a la persona anciana al final de la vida. **Consideraciones finales:** control del dolor y confort físico fueron más presentes sobre los cuidados al final de la vida en la ILPA, destacando la necesidad de mayor inversión en la educación permanente del equipo de cuidadores para que puedan prestar cuidados al anciano y a su familia, especialmente a lo que se refiere a la autonomía y preparación del luto. El estudio permite comprender cómo se prestan los cuidados profesionales al final de la vida de las personas mayores en Institución de Larga Permanencia para Ancianos.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Enfermería. Anciano. Institución de larga permanencia para anciano. Teoría de enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Simões ASL. End of life care in nursing homes. Systematic Literature Review. Pensar Enfermagem. 2013 [acesso em: 13 abr. 2022];17(1): 31–61. Available from: https://www.researchgate.net/publication/320165635_End_of_Life_Care_in_Nursing_Homes_Systematic_Literature_Review#fullTextFileContent.
2. Tavares PN, Araújo OSCC, Mello JF, Maciel ANF, D'elboux MJ. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil.: revisão integrativa da literatura. Rev. kairós. 2018; 21(3): 423–441. Doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p423-441>
3. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). Global consensus based palliative care definition. Houston, TX: The International Association for Hospice and palliative care; 2019. [Acesso em: 17 de mar. de 2022]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>.
4. Organização das Nações Unidas. First ever global atlas identifies unmet need for palliative care. Organização mundial de saúde, 2014 [acesso em: 15 mai. 2022]. Available from: <https://www.longwoods.com/worldnewsdetail/3836>.
5. Badillo TD, González BCS, Quevedo JEC, Alejo EJS, Sanchez GG, Cortés PLH. Sensory and cognitive functions, gait ability and functionality of older adults. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020; 28. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3499.3282>.
6. Poltronieri BC, Souza ER, Ribeiro AP. Violence in long-term care facilities for the elderly in Rio de Janeiro, Brazil: perceptions of managers and professionals. Saúde Soc. 2019; 28(2): 215–26. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180202>.
7. Rosa VPP, Urbanetto JS. Perfil sociodemográfico e clínico e sua associação com o grau de dependência em idosos institucionalizados. Estud. Interdiscip. Envelhec. 2021; 27(3): 315–333. Doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.104973>
8. Simões A, Sapeta P. Promoção da dignidade no final da vida: um estudo de grounded theory num lar de idosos. Cuidados Paliativos. 2018 [acesso em: 16 mai. 2022]; 5(1): 76–83. Available from: <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6161>
9. Polisaitis AEG. Cuidados pós-agudos: Como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) e as clínicas de retaguarda? [Dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2018. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/24065/TA.Ariane.Polisaitis.VF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nurs. Outl. 1998; 46(4): 169–75. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90069-0)
11. Menezes TMO, Silva VM, Silva DES. Cuidados paliativos em instituição de longa permanência frente à pandemia da covid-19: reflexões a partir da teoria do final de vida pacífico. In: Santana RF. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. 29–34. Doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c05>
12. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Brasil envelhece antes e pós PNI. In: Alcantara AO, Camarano AA, Giacomini CK. (org).

Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA. 2016.

13. Faria-Schutzer DB, Surita FG, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(1): 265-274. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.07622019>

14. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm.* 2021;34:eAPE02631. Doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.

15. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRaMuTeQ. 2021. Available from: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf.

16. Schneider AS, Ludwig MCF, Neis M, Ferreira AM, Issi HB. Percepções e vivências da equipe de enfermagem frente ao paciente pediátrico em cuidados paliativos. *Ciênc., Cuid. Saúde.* 2020; 19:e41789. Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.41789>.

17. Crepaldi MA, Schmidt B, Noal DS, Bolze ADA, Gabarra LM. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estud. Psicol.* 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.

18. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Uncovering care for patients in the death/ dying process and their families. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2018; 39:e2017-0011. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.

19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. 2017. Available from: <http://www.coren-es.org.br/codigo-de-etica>.

20. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Câmara Técnica: Orientação Fundamentada nº 21/2014 revisada em fevereiro de 2017. 2017. Available from: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Orientac%C3%A7%C3%A3o-Fundamentada-021-de-2014.pdf>.

21. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.995, de 31 de agosto de 2012. Available from: <https://www.lexisweb.com.br/legislacao/?id=244750>

22. Medeiros MOSF, Meira MV, Fraga FMR, Sobrinho CLN, Rosa DOS, Silva RS. Bioethical conflicts in end of life care. *Rev. Bioét.* 28(1), 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281375>.

23. Paranhos DGAM, Albuquerque A. A autonomia do paciente Idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. *Rev. Direito Sanit.* 2018; 19(1): 32- 49. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49>.

24. Zaccara AAL, Batista PSS, Vasconcelos MF, Dias KCCO, Aguiar PKF, Costa SFG. Contributions of the theory of the peaceful end of life to the nursing care for patients under palliative care. *R. pesq.: cuid. fundam. Online.* 2020; 1247-52. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9558>.

25. Cano CWA, Silva ALC, Barboza AF, Bazzo BF, Martins CP, Júnior Iandoli D, et al. End of life: conceptual understanding of euthanasia, dysthanasia and orthothanasia. *Rev. Bioét.* 2020; 28(2). Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282399>.

26. Eliopoulos C. *Enfermagem Gerontológica. Cuidados no Final da Vida.* Porto Alegre: Artmed, 9ª Ed. 2019; 514-27.

Endereço para correspondência: Manuela Bastos Alves. Avenida Artêmia Pires de Freitas, 10.140, Condomínio Alameda das Flores Residence, casa 17, Registro. CEP: 44073-540, Feira de Santana, Bahia, Brasil. 55 (71) 99127-9251. Email: manu_bastos28@hotmail.com.

Data de recebimento: 13/11/2022

Data de aprovação: 15/05/2023