

Cuidado e morte do idoso no hospital – vivência da equipe de enfermagem

Care and death of elderly in hospital – nursing staff's experiences

*Ciomara Ribeiro Benincá**

*Márcia Fernandez***

*Cristiane Grumann****

Resumo

Esta pesquisa investiga as idéias e percepções de técnicos de enfermagem sobre atendimento e morte do idoso hospitalizado. Considera-se que cuidar de idosos em fase terminal provoca estresse físico e, sobretudo, psicológico, pois exige que o profissional lide com questões complexas e emocionalmente carregadas, tais como o envelhecimento e a finitude humana. Foram entrevistados dez técnicos em enfermagem que trabalham em hospitais gerais de Passo Fundo - RS e região, sendo nove mulheres e um homem, com idade média de 46 anos; sete eram solteiros, um casado e um divorciado, todos com 2º grau completo, tendo entre seis e trinta anos de profissão. Os dados, analisados qualitativamente com abordagem fenomenológica, reverteram em cinco categorias relativas: à imagem do idoso hospitalizado; ao relacionamento de cuidado; à imagem de cuidador; ao relacionamento com família do paciente; às reações frente à morte do idoso hospitalizado.

Conclui-se que a vivência dos profissionais caracteriza-se por sentimentos de amor, raiva, gratificação e frustração e que a tarefa de cuidar do idoso hospitalizado exige da enfermagem preparo e sensibilidade para os fatores humanos da relação de cuidado, além do domínio sobre os próprios sentimentos relativos à terminalidade.

Palavras-chave: idoso, hospitalização, enfermagem gerontogeriatrica.

* Doutora em Psicologia, professora/pesquisadora da UPF; membro do Grupo de Pesquisa Vivencer/CNPq em Ciências do Envelhecimento Humano da UPF; professora dos cursos de pós-graduação em Geriatria e Gerontologia Social, em Intervenções Psicossociais e em Psicologia da Saúde da UPF.

** Acadêmica do curso de Psicologia da UPF.

*** Psicóloga.

Recebido em out. 2004 e avaliado em nov. 2004

Introdução

O envelhecimento humano é um tema que estimula pesquisas e impulsiona à revisão de conceitos e teorias, no sentido de acompanhar o contexto psicossocial e tecnológico, trazendo implicações que revertam na melhoria das condições vitais dos indivíduos. Nas ciências biomédicas, por exemplo, a enfermagem gerontológica é uma especialidade que procura estimular as condutas saudáveis e minimizar as perdas e limitações inerentes ao processo de envelhecimento (DIOGO, 1996). Para Duarte (2000), essa preocupação se justifica pela habilidade dos enfermeiros para desenvolverem atitudes efetivas e de impacto profundo na atenção à saúde dos idosos, priorizando a assistência ao ser humano na sua totalidade. Por “assistência globalizada” entende-se, entre outros fatores, a promoção do bem-estar do idoso nas interações pessoais e ambientais através da identificação dos problemas e das necessárias intervenções para amenizá-los.

Por outro lado, é comum que a equipe hospitalar tenha a população idosa como difícil de lidar, percebendo os pacientes como queixosos, não como colaborativos. Para Pedreira (2001), os idosos podem, sim, apresentar comportamentos como desorientação, agitação, esclerose e não-submissão ao tratamento, pois uma das principais características do envelhecimento é, justamente, a perda acentuada da capacidade de adaptação, aliada ao aumento da vulnerabilidade de todas as funções individuais (HORTA, 2002; VARGAS, 1994), incrementada pela própria hospitalização e pela condição incapacitante da doença.

A dedicação a pacientes idosos requer que a equipe desenvolva aptidões e qualidades singulares, aliadas a uma filosofia de trabalho elaborada a partir das crenças e dos valores pessoais do próprio profissional de enfermagem e da identificação das reais necessidades do cliente. Nesse contexto, o presente trabalho tem por objetivo investigar as idéias e concepções de técnicos em enfermagem sobre o cuidado e a morte do idoso hospitalizado. Parte-se do pressuposto de que cuidar de idosos é uma situação de estresse físico e, sobretudo, psicológico, pois exige que o profissional lide, quase que constantemente, com questões complexas e emocionalmente carregadas, tais como o envelhecimento e a finitude humana.

Pretende-se que os resultados desta investigação possam subsidiar um programa de assistência psicológica para os profissionais da área da saúde, visando à capacitação para testemunhar e auxiliar nos dramas humanos, fundamentalmente pela consciência e compreensão dos próprios sentimentos em relação ao envelhecimento, à doença e à terminalidade (BENINCÁ, 2002; SANTOS et al., 2001), aspecto minimamente abordado pelos currículos em saúde (CARVALHO, 1994; KOVÁCS, 1992).

Metodologia

Participantes

Dez técnicos em enfermagem que trabalham em hospitais de Passo Fundo - RS e região, sendo nove mulheres e um homem, com idade média de 46 anos, sete solteiros, um casado e um divorciado,

todos com 2º grau completo, tendo entre seis e trinta anos de profissão, foram escolhidos por seleção deliberada num subgrupo representativo de pessoas que se dispuseram, mediante convite, a participar da pesquisa.

Instrumento/procedimento

Entrevistas semi-estruturadas com roteiro tópico sobre aspectos psicológicos, sociais e fisiológicos que permeiam a experiência dos profissionais de enfermagem no cuidado com pacientes idosos e diante da morte destes. A duração média das entrevistas foi de trinta minutos, iniciando pela explicação dos objetivos e leitura do termo de consentimento informado, com as falas gravadas e transcritas para análise e interpretação qualitativa.

Resultados

Os depoimentos obtidos foram analisados e interpretados por critérios da pesquisa qualitativa de caráter fenomenológico – descrição, redução e interpretação. Mediante uma exaustiva leitura do material (descrição), foram retiradas partes para uma síntese (redução) que agrupa categorias por afinidade entre temas similares. Nas categorias, excertos significativos das entrevistas representam, no contexto dos depoimentos, o significado da vivência de cuidado e morte dos pacientes idosos, que serão discutidas no contexto da literatura pertinente (interpretação) no sentido de amplificar e fundamentar seu entendimento.

Categorias de análise

A imagem do idoso hospitalizado

Os pacientes idosos são vistos como alguém que está precisando de ajuda por apresentar complicações físicas, resolvidas mediante o submetimento passivo às indicações terapêuticas. Aliado a isso, o idoso hospitalizado enfrenta um sofrimento psíquico representado pelo estado emocional de depressão diante do abandono e da desvalorização por parte da família: “Acho que o idoso é uma pessoa mais fragilizada, por não ter como se defender, bem carente” (Entrevista 3).

Diante de tantas necessidades insatisfeitas, os entrevistados assumem o papel de resgatar o bem-estar físico e psicológico do paciente, preocupados em prestar um cuidado qualificadamente humano, que transcenda a objetividade técnica: “Tem que ter mais cuidado físico com eles, lidar com mais delicadeza, porque eles são mais delicados” (Entrevista 5).

A relação de cuidado com o idoso hospitalizado

O paciente idoso requer uma atenção especial, diferente da dispensada aos pacientes hospitalizados de outras faixas etárias; exige um cuidado diferenciado, com maior sensibilidade e perspicácia do profissional que presta o atendimento.

O paciente idoso já está menos apegado à vida, daí parece que a gente sempre tem que transmitir mais para eles. Ele realmente é um paciente que tem que ter bastante carinho, bastante atenção (Entrevista 6).

Os pacientes, por sua vez, tendem a reconhecer a deferência no que se refere aos cuidados que lhes são dispensados, reagindo positivamente à dedicação dos profissionais. As respostas não são, necessariamente, verbalizadas, mas vêm na forma de um olhar terno e carinhoso, ou de um presente enviado algum tempo depois da alta, ou do óbito, pela família, ou mesmo na preferência demonstrada por alguns profissionais, com os quais têm mais afinidade. Tais atitudes representam a compensação por um trabalho desgastante, mal-remunerado e nem sempre valorizado no contexto institucional do hospital: “Eles pegam um carinho com você, até quando saem, saem abraçando, agradecendo, dando beijo. Eu acho que, para mim, é mais fácil lidar com eles” (Entrevista 1).

Em contraposto aos pacientes dóceis, há aqueles que parecem recusar-se, de maneira bastante resistente, a fazer o tratamento e a receber os cuidados em geral. Os entrevistados entendem esse comportamento teimoso ou rebelde como estando ligado a dificuldades pessoais relativas ao próprio processo de envelhecimento ou, mais especificamente, a certas doenças que geralmente trazem prejuízos de ordem física e mental: “Tem uns que são agressivos, às vezes não é fácil mesmo, são rebeldes, não aceitam a situação que estão” (Entrevista 1).

Os requisitos para cuidar do idoso hospitalizado

O atendimento a idosos doentes no hospital requer uma bagagem significativa de conhecimentos específicos da área

da geriatria e gerontologia. Além disso, o profissional deve ter uma certa flexibilidade, pois enfrenta muitas situações diferentes ou até inesperadas, devendo saber agir adequadamente em cada uma delas. Trata-se, então, de uma qualificação técnica que não dispensa a qualificação humana. No que respeita à qualificação humana, os entrevistados mencionam características como flexibilidade, paciência, delicadeza e bom humor. A tolerância, aliada ao carinho, é considerada quesito fundamental para qualificar a relação do técnico em enfermagem com o paciente idoso hospitalizado: “Tem que ter paciência ser maleável, porque tem pacientes que você consegue chegar, outros que não. Com o tempo a gente vai adquirindo experiência” (Entrevista 9).

Os entrevistados referem, porém, que para cuidar de idosos é preciso, acima de tudo, gostar do que se faz. Acreditam, assim, que apenas a formação em nível técnico não é suficiente; é preciso a vontade de estar com eles e a vocação para ajudá-los num momento em que estão tão fragilizados. Referem ainda que a possibilidade de alcançarem sucesso e de obterem satisfação e qualidade de vida nesse trabalho está diretamente relacionada ao amor pela tarefa de enfermagem, que torna o profissional capaz de resolver problemas e de enfrentar situações de forma habilidosa e competente.

A enfermagem não é só botar a roupa branca e andar para lá e para cá. Tem que, realmente, cuidar do paciente, dar banho, às vezes se molhar junto com ele. Então, tem que ter muito amor pela profissão mesmo, tem que realmente gostar muito do que faz (Entrevista 6).

Entretanto, o amor pela profissão e a dedicação aos pacientes não podem implicar prejuízo à vida pessoal, visto que, por mais qualificado que seja o cuidado prestado pelos profissionais, o bem-estar do paciente idoso depende de outros fatores que transcendem o atendimento de enfermagem. Nesse sentido, os entrevistados referem ser importante aproximar-se dos pacientes, mas sempre tendo em mente tratar-se de uma relação profissional, não de um vínculo de intimidade, como o que se tem na vida pessoal.

A gente tem que saber separar. Não é se tornar fria, ninguém aqui na nossa área pode ser assim, porque, se você não for capaz de chorar, não pode trabalhar aqui, você não está no lugar certo (Entrevista 8).

A relação com a família do idoso hospitalizado

Os entrevistados referem que, por mais que realizem um trabalho qualificado, a família exerce um importante papel na recuperação no doente. Nesse sentido, idosos carentes de afeto familiar, rejeitados e malcuidados pelos seus parentes dificilmente terão uma resposta positiva às terapêuticas hospitalares, por estarem em condição de abandono – mesmo que simbólico – e depressão.

Eles chegam, simplesmente largam a pessoa ali, não querem mais saber, não vêm visitar, só vêm para buscar, e quando vêm. Isso quando a gente não tem que ligar para a prefeitura vir buscar! (Entrevista 3).

Diante da falta de proteção, de atenção e cuidados da família, os entrevistados expressam certa indignação, tendo dificuldade para se manter neutros na situação. Muitas vezes, revelam se sentir

responsáveis por repreender os familiares, pois acreditam que os idosos precisam ter uma continuidade do atendimento às suas necessidades físicas e emocionais quando saem do ambiente hospitalar. A responsabilidade de assumir o papel da família omissa por vezes sobrecarrega emocionalmente esses profissionais, causando-lhes um sentimento de frustração e impotência.

Eu tenho muito dó porque, se você pensar bem, essas pessoas criaram os filhos, têm os netos, deram a vida por eles. Agora que eles precisam, eles são largados aqui. Eu acho uma injustiça! (Entrevista 1).

Por outro lado, os entrevistados reconhecem que algumas famílias são preocupadas com os seus idosos, estando sempre presentes e ajudando no que é necessário. Segundo eles, quando existe cooperação da família, o trabalho em si se torna menos penoso e mais propenso a trazer bons resultados em relação à patologia do paciente: “A gente pede que o familiar possa acompanhar, claro que não é obrigado, mas a família tem que estar presente, tem que ajudar” (Entrevistada 8).

Reações e sentimentos despertados diante da morte do idoso hospitalizado

A morte é uma realidade bastante presente no trabalho de enfermagem, considerando as peculiaridades dos pacientes atendidos. Mesmo assim, longe de estar banalizada, é a situação mais difícil de enfrentar, exigindo uma forma bastante peculiar de enfrentamento, que garante a continuidade do trabalho com a preservação da sua saúde mental.

Se tu vais te apegar de uma forma mais aprofundada, cada um que vai falecer, vai a óbito, tu acabas até em depressão. Então tu tens que ter equilíbrio (Entrevista 5).

As mortes mais significativas são aquelas dos pacientes que, de alguma forma, vincularam-se à equipe, vivenciando uma intensa troca afetiva. Além disso, alguns casos de identificação com os familiares enlutados também são difíceis de enfrentar, pois remetem às perdas sofridas pelos próprios entrevistados, ou do temor a elas. Da mesma forma, os bons prognósticos que terminam em óbito também representam um forte impacto para a equipe, seja pelo fator surpresa, seja pela própria impotência diante do inevitável.

Os que ficam mais tempo aqui conosco acabam fazendo parte, como se fossem da família. Esses, quando morrem, dói muito mais. A gente sente um baque e dá vontade de largar tudo, mas a gente acaba continuando (Entrevista 8).

Os sentimentos despertados diante da morte dos pacientes exigem dos profissionais o estabelecimento de estratégias de defesa, no sentido de enfrentamento da situação crítica e da preservação da saúde mental. Os entrevistados referem que, dentre as formas mais eficazes de elaboração das mortes na sua rotina diária de trabalho, está a dedicação a outros pacientes que, vivos, ainda podem ser alvo do cuidado e do carinho, prevalecendo a sensação de dever cumprido.

Se é uma pessoa que ficou dias internada que a gente teve muito contato, quando passa na frente do quarto, dá aquele aperto, a gente tem aquele apego. Mas tem outros que te envolvem o dia todo, uns saem, outros internam, e a gente acaba esquecendo (Entrevista 9).

Outros, ainda, rendem-se ao inevitável, procurando força na religião ou na inexorabilidade da finitude humana:

É na força de Deus mesmo que a gente se apegar, e também na sensação de ter feito o melhor que pôde. Ao mesmo tempo em que é uma perda, que talvez futuramente um familiar da gente ou a gente vai estar ali. Tem que aceitar, não tem jeito (Entrevista 6).

Outra forma de enfrentamento referida pelos entrevistados diz respeito à fragilidade da saúde dos pacientes, bem como a sua proximidade da morte em razão da idade avançada, aliada à antecipação da morte, como uma preparação para o inevitável. Essa questão revela-se através dos depoimentos dos profissionais que se declaram acostumados com a dor da perda, como um evento costumeiro da inserção profissional.

A gente fica triste de perder um paciente, ninguém quer perder, a gente quer que ele viva, mas eu já não me assusto com a morte, eu não fico apavorada lembrando. Eu acho que já faz parte da minha profissão, eu consigo lidar bem com isso, fico numa boa (Entrevista 5).

Para alguns poucos, porém, a forma mais eficaz de enfrentamento da morte do paciente idoso é a exteriorização da dor através do choro, nem sempre assumido publicamente por representar falta de profissionalismo. Por outro lado, conversar com colegas também pode ser considerada uma forma de terapia que se faz necessária quando se sentem realmente comovidos e sensibilizados com a perda da pessoa com quem conviveram e a quem dedicaram boa parte do seu tempo, servindo para extravasar a tristeza. “Claro, tu não podes na frente da família demonstrar o teu

sentimento. Depois que a gente leva lá para baixo, eu já fui no banheiro chorar” (Entrevista 2).

Por fim, a convivência diária com a morte dos pacientes contribui para que o profissional da enfermagem revise a forma como está vivendo a sua própria vida, revendo conceitos e estabelecendo novas prioridades, que permitam vivê-la mais intensamente junto às pessoas queridas.

Mas eu acho que o meu lado espiritual melhorou muito, porque, infelizmente, vida tem começo, meio e fim, e a morte não é aquele horror. Você passa a ter uma nova visão, que tem muito mais coisas, que você tem que dar valor para as pessoas, você tem que cuidar, amar se dedicar, porque hoje você está aqui e amanhã você não sabe (Entrevista 7).

Interpretação e discussão dos resultados

Como se pode depreender dos depoimentos, a imagem que os entrevistados têm dos idosos hospitalizados é, de certa forma, infantilizada, pois percebem-nos como alguém que deve submeter-se passivamente aos cuidados e que, como uma criança, precisa ser protegido do abandono da família e da sociedade mais ampla. A postura individual dos profissionais de enfermagem diante do paciente deve-se também à imagem que têm da terceira idade, que traz um forte componente social. As representações sociais são, no geral, ambivalentes: as visões positivas consideram uma nova etapa do desenvolvimento humano, associada a uma fase em que ainda é possível mudar e integrar-se na sociedade; as visões negativas relacionam

o “ser velho” ao declínio das capacidades e funções, priorizando as modificações relacionadas às perdas do indivíduo. Comumente, o que se evidencia é a prevalência da visão desabonadora, expressando as contradições da sociedade em relação ao idoso, depreciado e enaltecido ao mesmo tempo (MEDRADO, 1996).

Conforme os depoimentos, a relação que os entrevistados estabelecem com o paciente é de proteção e ajuda, considerando o seu *status* profissional e a percepção que têm das reais necessidades do idoso. Sobre as necessidades dos idosos hospitalizados, Papaléo Netto (2002) esclarece que é praticamente inútil o investimento em alta tecnologia diagnóstica e de terapêutica curativa, embora seja essencial aliviar a dor e outras manifestações não dolorosas, pois o melhor atendimento implica, efetivamente, proporcionar apoio físico, psicossocial e espiritual, o que se constitui em uma abordagem muito mais eficaz por ser mais humana e menos técnica.

Sobre essa questão, Costenaro e Moreira (1995) acrescentam que autenticidade e empatia são fundamentais para o bom relacionamento equipe/paciente, e o autoconhecimento é considerado um fator fundamental para estabelecer relações saudáveis no trabalho, facilitando a compreensão mais aguçada do comportamento da equipe multiprofissional.

Na prática, a equipe de saúde deve ter serenidade e bom senso para, nas situações de estresse maior, conseguir manter a calma e a tranquilidade para o bom desempenho de suas funções. Todavia, manter uma postura adequada em situações delicadas é uma exigência difícil, tornando-se desgastante para o

profissional que não consegue dar conta das demandas do paciente. Considere-se, ainda, que à equipe de enfermagem cabe acolher a dificuldade da família em compreender com clareza as informações médicas transmitidas e aceitar suas percepções equivocadas ou inexatas. Administrando tais situações limítrofes, na falta de um profissional como um psicólogo ou assistente social, o enfermeiro pode ser de grande valia, considerando a sua habilidade comunicativa no esclarecimento de possíveis dúvidas e na compreensão dos sentimentos de perda, atitudes de desespero e de gratidão para com a equipe. Exige-se, portanto, que estejam sempre disponíveis para conversar, permitindo a externalização de temores, ajudando a assimilar informações e, em caso de morte, tolerando que os familiares chorem ou falem, dando início ao processo de luto (KYES e HOFLING, 1985).

Percebe-se, então, que esses profissionais vivem o que Hartmann (1998) chama de “processo de desenvolvimento no trabalho”, tendo de aprender a administrar conflitos extremamente desgastantes, que trazem à tona seu próprio sentimento de vulnerabilidade. A impotência e o desamparo que vivenciam no processo saúde-doença em relação ao sistema assistencial do qual participam estabelecem limites para a identidade pessoal e profissional dos enfermeiros, o que implica lidar com ambigüidades afetivas e profissionais. Tais ambigüidades se expressam mais claramente na desproporção existente entre as suas responsabilidades e no seu poder de decisão: as enfermeiras “devem fazer face aos desafios diários e às demandas da situação de morte, embora desprovi-

das do nível de autoridade do médico, desprovidas do treino relevante para a sua profissão, desprovidas da atmosfera emocional que lhe daria apoio nos momentos de aflição pessoal ou durante seus esforços mais perigosos e comprometedores” (KASTENBAUM e AISENBERG, 1983, p. 189).

No dia-a-dia da sua inserção profissional, é a enfermagem a equipe que está mais próxima ao doente, que se responsabiliza pelas suas necessidades básicas e que, mais efetivamente, o reconhece como pessoa (KOVÁCS, 1992). Essa responsabilização é perceptível nos depoimentos, deflagrada como uma certa confusão de papéis e caracterizada por um envolvimento demasiado com a vida pessoal do paciente e suas carências. Como consequência, o técnico em enfermagem pode sofrer disfunções psicológicas advindas do estresse e dos sentimentos de impotência, implicações físicas e psicológicas que, possivelmente, irão repercutir sobre a sua saúde e bem-estar pessoal e profissional.

Sobre o relacionamento da enfermagem com o paciente, Barros (1998) explica que o fato de esses profissionais se dedicarem a tratar de pessoas que se encontram em situações problemáticas, nas quais as relações estão carregadas de emoção, leva a que seja uma das profissões que requer do indivíduo um contato direto com os sentimentos e problemas de outras pessoas. Assim, o êxito desse cuidado vai depender da interação entre cliente e enfermeiro, o que exige excessivas demandas emocionais além de terapêuticas. Dessa forma, é importante que o profissional da enfermagem saiba conduzir o seu envolvimento com o paciente de maneira eficaz

e saudável, o que significa prestar um cuidado humanizado, que envolva calor humano, carinho, mas que não ultrapasse o seu papel enquanto cuidador inserido na instituição hospitalar.

A forte vinculação afetiva dos entrevistados com os pacientes pode ser entendida, entre outros fatores, a partir da percepção de uma certa carência do idoso, que é, muitas vezes, conseqüência da falta de atenção da família. A sensação é de que a falta de apoio familiar interfere na recuperação do paciente, prejudicando diretamente os resultados de todo o seu esforço e dedicação. Diante do quadro, a enfermagem, por estar mais próxima do paciente hospitalizado, toma para si toda a responsabilidade, sem levar em conta que, por mais que se dedique, nunca irá conseguir suprir essa falta, produzindo uma improdutiva confusão de papéis na assistência ao doente. O papel da família sempre será fundamental para a recuperação do idoso, porque representa apoio emocional e operacional no cuidado prestado dentro do hospital, na medida em que se constitui num sustentáculo para sua serenidade e autoconfiança, pela sensação de segurança (VARGAS, 1994).

Quando a família cumpre as suas funções e acompanha o seu idoso doente, testemunhar a dor da perda é uma das atribuições mais difíceis dos profissionais da saúde. Se houve envolvimento afetivo com o paciente, o sofrimento parece se intensificar, pois é relacionado à própria vivência familiar de cada um. Nesses casos, é a equipe de enfermagem que está mais próxima física e emocionalmente dos entes queridos dos doentes, seja para esclarecer informações técnicas difíceis de

entender, atribuição da enfermeira, seja, simplesmente, para ouvir em silêncio as queixas e lamentações, velando de longe os breves e furtivos encontros durante o horário de visitas, como fazem os técnicos em enfermagem (BENINCÁ, 2002).

O atendimento ao idoso pode tornar-se ainda mais difícil quando o paciente, para se proteger do sofrimento causado pelo abandono e isolamento da família, projeta no profissional da enfermagem seus sentimentos de raiva, dor, desgosto e mágoa. Essa reação vem novamente exigir um alto nível de tolerância do técnico em enfermagem, que deve saber agir adequadamente, entendendo o quadro e as suas manifestações como um pedido de socorro. As manifestações comportamentais do idoso refletem a própria vivência de envelhecimento, o que implica grandes mudanças e perdas de papéis, que conduzem a inaptações sociais ou a sérias perturbações na própria personalidade. Como conseqüência, o idoso não adaptado tenderá a buscar o isolamento, forma encontrada para não se ferir num ambiente que considera hostil. A diminuição dos contatos com o mundo e a tendência a voltar-se exclusivamente para si e seus problemas, em contrapartida, tornam o idoso ainda mais vulnerável emocionalmente e, assim, mais predisposto ao adoecimento (VARGAS, 1994).

Deve-se considerar ainda que cada idoso percebe a sua condição diferentemente, pois alguns dispõem de um aparato psicológico para enfrentar essas perdas, ao passo que outros as sentem com muito mais intensidade e sofrimento. Depreende-se, então, que a maneira de reagir do paciente está diretamente relacionada

a sua história de vida e aos significados atribuídos a todas as outras perdas que fizeram parte da sua trajetória. Por certo, tudo isso também diz respeito à maneira como esse paciente se relaciona com a família, com os amigos, como forma seus vínculos afetivos e, também, o retorno que recebe dessas relações. Nesse sentido, a equipe deve ter consciência de que muito da resistência do paciente ao tratamento ou das agressões sofridas na tarefa de cuidado são fruto de vivências anteriores, que, se traumáticas e depreciativas, fazem do idoso uma pessoa amarga, sem vontade ou força para continuar vivendo. Diante disso, os profissionais deveriam saber conduzir as situações de resistência de maneira que o paciente as aceite como mais uma etapa da vida, visto que a condição em que se encontra pode ser vivenciada com menos sofrimento com sua própria ajuda e colaboração.

A qualificação para cuidar de pacientes idosos hospitalizados, segundo Vitola (1998), deve prever a capacidade para intervir em situações de crise, favorecendo a livre expressão de sentimentos, auxiliando no reforço de vínculos sociais e na construção de novas alternativas para a reafirmação do sentido vital. Assim, o requisito essencial para se estabelecer uma relação terapêutica com esses indivíduos é estar preparado para lidar com os próprios sentimentos relativos à finitude da vida, às perdas, à separação, à depressão, à angústia e a todas as situações que surgem em decorrência da velhice e da proximidade com a morte. Saliente-se, porém, que esse preparo reside, fundamentalmente, na lucidez quanto aos próprios limites e impossibilidades, bem como no conheci-

mento dos caminhos, das alternativas e das possibilidades de vida para, a partir daí, vivê-las integral e intensamente.

Os entrevistados relatam também que, para cuidar de idosos hospitalizados, é fundamental que haja qualificação técnica e humana. Em termos profissionais, é necessária a aquisição de conhecimentos específicos na área da geriatria e gerontologia; em termos pessoais, exige-se capacidade de empatia e tolerância, baseadas, fundamentalmente, no amor às pessoas idosas e no desejo de ajudá-las. É o que Pedreira (2001) menciona como sendo um resgate da aproximação do profissional com o paciente, com a pessoa, com o ser humano, o que significa preocupar-se com o outro de maneira significativa, não, simplesmente, para cumprir tarefas e desempenhar funções.

Por fim, algumas das estratégias utilizadas pelos técnicos em enfermagem para enfrentar a rotina de cuidado e morte do idoso hospitalizado foram apreendidas dos depoimentos, como: encarar como natural pela idade avançada, ter a sensação de dever cumprido, apegar-se à religião, chorar, refletir sobre o sentido da vida e conversar com os colegas. As reações mais intensas afetivamente ocorrem quando da perda de alguém com quem tiveram um contato mais efetivo, ou que lhes possibilitou a identificação com situações familiares.

O mal-estar e o embaraço dos entrevistados diante das situações de morte e pesar, sem dúvida, retratam a exigência de enfrentamento de situações de altíssima pressão emocional aliada à competência técnica, com as quais são confrontados diariamente os profissionais da área da

saúde. Por representar um oponente ao propósito de salvar vidas, o confronto com a morte do paciente ocasiona uma sensação de culpa e falha na assistência prestada (BENINCÁ, 2002). Nesse sentido, são desenvolvidas estratégias pessoais para aliviar a ansiedade gerada pelo confronto com a morte, tendo como objetivo a adaptação às vivências difíceis decorrentes dessa interação. Considere-se, em síntese, que cuidar do paciente grave ou com risco de morte é um trabalho penoso, que leva em conta a subjetividade do trabalhador da saúde e o significado que atribui à doença e à morte (PITTA, 1991).

Conclusão

A vivência dos profissionais de enfermagem entrevistados diante do cuidado e da morte dos pacientes idosos hospitalizados é de uma relação humana permeada por intensos sentimentos de amor, de raiva, de gratificação e frustração. O amor e o carinho dispensados ao paciente carente vêm também carregados de raiva e indignação com uma família que não cumpre o seu papel e abandona o idoso à sua própria sorte. A gratificação e realização profissional se dão na medida do reconhecimento e da gratidão do idoso que se rende com confiança aos seus cuidados. Já a frustração é inerente a um investimento dedicado que não obteve o retorno esperado, seja pela morte, seja pelo abandono de parentes que não desejam, realmente, ter seu idoso recuperado de volta à convivência em família. De qualquer forma, o confronto vida e morte é uma constante para esses profissionais, considerando não apenas a morte real, pelo padecimento de

doenças agravadas por uma condição de inferioridade física, mas também a morte simbólica, em razão da rejeição impingida pela família e pela sociedade mais ampla, que condenam o paciente idoso ao isolamento em instituições.

Para realizar o atendimento adequado às necessidades do paciente idoso, segundo Miranda et al. (1996), o profissional de enfermagem deve também estar aberto a outro desafio, que é desenvolver uma nova atitude diante do envelhecimento. Para tanto, é necessário que o cuidador encontre-se consigo mesmo antes de ir até o outro, tentando ser a consciência do doente, com as suas necessidades de saúde, colocando em ação atitudes apropriadas de respostas, tomando decisões de cuidados e desenvolvendo uma relação personalizada em que paciente e enfermeiro sejam parceiros do mesmo projeto. Além disso, é preciso que se volte para questões da sua própria vida, que conheça o seu íntimo, o seu sentimento, a fim de desenvolver a empatia necessária na relação com o paciente idoso, compreendendo que ser sensível ao sofrimento alheio não é, com efeito, sinônimo de fraqueza, e, sim, uma qualidade essencial de quem se dedica ao cuidado de outrem (BERGER, 1995).

Abstract

This research investigates the ideas and perceptions of nursing professionals about caring and death of hospitalized elderly. We consider that taking care of elderly which are in a terminal phase provokes physical and, specially, psychological stress, for it requires the professional to deal with complex issues and emotio-

nally hard, such as, the aging and human finitude. Ten nursing professionals who work in general hospitals in Passo Fundo - RS and its region were interviewed, nine women and one man, the average age of 46, seven single ones, a married one and a divorced one, all had concluded High School studies and having between six and thirty years of work. The qualitative analyzed data with phenomenological approach reversed in five relative categories: 1) the image of the hospitalized elderly; 2) the care relationship; 3) the image of the nursing professional; 4) the relationship with the patient's family; 5) the reactions caused by the hospitalized elderly's death. We conclude that the professionals' experiences can be described by feelings such as love, anger, payment and frustration, and that the task of taking care of hospitalized elderly requires the nursing professional preparation and sensibility for the human factors of care relation, besides the control over their own feelings related to finitude.

Key words: elderly, hospitalization, gerontology nursing.

Referências

- BARROS, C. A. S. M. Sentimentos de perda numa equipe hospitalar. *Aletheia*, Canoas, n. 8, p. 101-105, jul./dez.1998.
- BENINCÁ, C. R. S. A enfermagem da UTI diante da morte – um estudo fenomenológico. *Psico*. Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 385-399, jul./dez. 2002.
- BERGER, L. *Pessoas idosas: uma abordagem geral*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- CARVALHO, M. V. B. O preparo do professor de enfermagem, ensinando e refletindo com o aluno a lidar com a morte de pacientes terminais [Resumos]. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (Org.). *Anais*, 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem (p. 26). Porto Alegre: Seção RS, 1994.
- COSTENARO, R. G. S; MOREIRA, L. C. O Autoconhecimento do enfermeiro e sua relação com a administração dos serviços de enfermagem. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 15, v. 2, 1995.
- DIOGO, M. J. D. E. Consulta de enfermagem em Gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada*. São Paulo, 1996, v. 1, p. 209-221.
- DUARTE, Y. Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics – fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- HARTMANN, J. B. Saúde e doença na perspectiva dos profissionais de saúde no hospital. *Psico – USF*, v. 3, n. 2, p. 59-74, 1998.
- HORTA, A. L. Processo de morte e morrer no paciente, na família e nos profissionais de enfermagem. *Nursing*, n. 54, p. 15-17, nov. 2002.
- KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. *Psicologia da morte*. São Paulo: Pioneira, 1983.
- KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KYES, J. J.; HOFLING, C. K. *Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- MEDRADO, B. O idoso e a representação de si. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 2, p. 99-119, 1996.
- MIRANDA, F. M. L. et al. O stress entre enfermeiros de um hospital universitário [Resumos]. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA (Org.). *Resumos e comunicações científicas*. Rio de Janeiro, 2001, v. 1, p. 278.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEDREIRA, L. C. O cuidado heideggeriano e a assistência ao idoso na UTI. *Nursing*, n. 42, p. 23-25, nov. 2001.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.

SANTOS, A. N. A. et al. Sou enfermeira. Meu paciente morreu. E agora? *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, n. 1, v. 1, p. 7-11, 2001.

VARGAS, H. S. *Psicogeriatrica geral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

VITOLA, J. O. C. Terceira idade: tendência atualizante e sentido de vida. *Psico*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 89-108, 1998.

Endereço

Ciomara Ribeiro Benincá
Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas
Universidade de Passo Fundo
Campus I, km 171, BR 285
Bairro São José
CEP 99001-970
Passo Fundo - RS
E-mail: beninca@upf.br