Globethics Repository



Desafios para o cuidado digno em instiuições de longa permanência [Challenges for dignifid care in homes for the aged]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Bertóglio Clos, Michelle
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-06 00:41:00
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/163940

Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência

Michelle Bertóglio Clos [1], *Patricia Krieger Grossi* [2]

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa para analisar como vêm sendo implantados os cuidados no fim de vida em instituições de longa permanência para idosos (Ilpi) na região metropolitana de Porto Alegre. Foram entrevistados 19 sujeitos do corpo técnico e 13 responsáveis pelos idosos institucionalizados. Nesse sentido, buscou-se investigar se as Ilpi estão estruturadas para reconhecer a necessidade de cuidados que garantam conforto e dignidade no processo de morrer de seus pacientes. A partir da análise do conteúdo das entrevistas e das observações, pode-se dizer que há precariedade nessas estruturas. Também se identificou uma relação entre cuidado de boa qualidade e disponibilidade de recursos financeiros, demonstrando indicativos para a reificação do cuidado, ou seja, o cuidado enquanto mercadoria. Como ferramenta para superação do desafio do cuidado digno está a bioética de proteção.

Palavras-chave: Instituição de longa permanência para idosos. Cuidados intermitentes. Cuidados paliativos. Idoso.

Resumen

Desafíos para una atención digna en instituciones de larga permanencia

Este artículo tiene como objetivo presentar un estudio de naturaleza descriptiva, con un abordaje cualitativo, para analizar de qué modo se están implementando los cuidados en el fin de la vida en las instituciones de larga permanencia para ancianos (Ilpi), en la región metropolitana de Porto Alegre. Fueron entrevistados 19 sujetos del cuerpo técnico y 13 empleados responsables por los ancianos institucionalizados. En este sentido, se procuró investigar si las instituciones están estructuradas para reconocer las necesidades de cuidado que garanticen la comodidad y la dignidad en el proceso de muerte de sus pacientes. A partir del análisis de contenido de las entrevistas y observaciones, se puede decir que existe una precariedad en estas estructuras. También se identificó una relación entre la calidad de la atención y la disponibilidad de recursos financieros, evidenciando una serie de indicadores tendientes a la reificación del cuidado, es decir, el cuidado visto como una mercadería. Una herramienta para la superación del desafío del cuidado digno es la bioética de protección.

Palabras clave: Hogares para ancianos. Cuidados intermitentes. Cuidados paliativos. Anciano.

Abstract

Challenges for dignified care in homes for the aged

This article aims to present a descriptive and qualitative study to understand how care is implemented at the end of life in homes for the aged in the metropolitan region of Porto Alegre, Brazil. We interviewed 19 members from the technical team and 13 staff responsible for taking care of the institutionalized elderly. In this sense, we sought to investigate whether institutions are structured to recognize the need for care to ensure comfort and dignity in the dying process of their patients. From the analysis of the content from interviews and observations, it can be said that some of these structures are precarious. A relationship between care quality and availability of financial resources was also identified, demonstrating reification of care, that is, care is regarded as a commodity. In this way, bioethics of protection would be a tool to overcome the challenge for dignified care.

Keywords: Homes for the aged. Respite care. Palliative care. Elderly.

Aprovação CEP/PUCRS 723.130

1. Doutoranda michelleclos@gmail.com **2. Doutora** pkgrossi@pucrs.br – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Correspondência
Michelle Bertóglio Clos – Rua Dr. Pio Fiore de Azevedo 45, apt. 102 CEP 91740-820. Porto Alegre/RS, Brasil.

Declaram não haver conflitos de interesse.

Abordar a temática dos cuidados no fim da vida no contexto das instituições de longa permanência para idosos (Ilpi) é adentrar o campo da qualidade de vida nos últimos anos desses sujeitos. Problematizar a questão é um exercício desafiador, tendo em vista que são escassos os estudos que auxiliariam a compreensão do fenômeno. O envelhecimento populacional traz consigo o aumento de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, fato que incide diretamente na saúde pública e na capacidade de cuidado por famílias e instituições.

Entre tantas possibilidades de estudo no campo da gerontologia social, voltamos nossa atenção ao cuidado e às estruturas que são oferecidas aos idosos em processo de morrer. É pertinente a discussão sobre recursos sociais, vínculos familiares, estrutura clínica, suporte farmacológico, cuidados de higiene e conforto; por fim, sobre a preservação da dignidade de idosos institucionalizados. Nesse sentido, este artigo apresenta resultados de um estudo realizado na região metropolitana de Porto Alegre (RS) sobre como os cuidados no fim da vida vêm sendo implantados em Ilpi.

Referencial teórico

O envelhecimento é um processo progressivo, e, de acordo com as teorias sociológicas, psicológicas e biológicas existentes, há múltiplas formas de percebê-lo. Neste estudo, optamos pela teoria crítica da gerontologia social [1], que fornece como base para a investigação duas dimensões: a estrutural e a humanística. Segundo Salgado [2], está no nível macrossocial e faz parte do conjunto de teorias sociológicas de terceira geração correlacionadas à perspectiva marxista. Para se compreender a teoria, elementos como sociedade, tendências econômicas, fator socioestrutural, poder e ação social, assim como subjetividade, interpretação do envelhecimento e reconhecimento da heterogeneidade do processo de envelhecimento são centrais para essa escolha.

A opção epistemológica pela teoria crítica da gerontologia social [1] fundamenta-se na compreensão dos postulados de Marx, conforme explicitado por Dias [3], segundo os quais o estudo da sociedade deve partir de uma base material (fatos econômicos), em que outras dimensões da realidade – como política, cultura e arte – estão sustentadas. Nessa perspectiva não há interesse em harmonia social, mas no resultado da luta de classes que se estabelece à medida que vão se constituindo os contrários.

Com o advento do capitalismo, das mudanças nas relações de produção e de exigências sobre aquele que vende sua força de trabalho, as vulnerabilidades decorrentes do desgaste e do avanço da idade passam a ser rechaçadas. Uma vez que o sujeito-trabalhador não tem mais condições ideais de produção, ele é relegado a um *status* inferior no contexto social capitalista.

Posto isso, podemos iniciar a discussão sobre o envelhecimento e os cuidados no fim da vida, tendo em conta que o capitalismo neoliberal considera essas questões como secundárias. A responsabilização do indivíduo pelas condições de seu desenvolvimento e sua qualidade de vida são reflexos da crise vivenciada a partir da ruptura com o modo de vida da sociedade capitalista industrial e da passagem para o modo de vida inserido no capitalismo financeiro [4].

Entre esses elementos temos a trajetória das instituições que abrigam idosos, que chegam ao século XX como negócio lucrativo, ou seja, reconhecem a incompatibilidade das estruturas familiares com cuidados específicos para idosos em processo de adoecimento. As formas de consumo e acumulação de capital podem ser percebidas na atualidade por serviços gerontológicos de acolhimento e residência, que surgem como mercado promissor. Por se tratar de necessidade, o cuidado humano também se torna produto a ser explorado economicamente.

Ainda que existam instituições que se proponham a essa tarefa como um compromisso social, dependendo de recursos públicos e sociais (e dos próprios idosos), há um número significativo de instituições de cunho privado que exploram o cuidado enquanto mercadoria. Em outras palavras, a reificação ou coisificação do cuidado é perpassada pela alienação e pelo fetichismo da mercadoria "cuidado":

Por cuidado formal, entende-se aquele que envolve atendimento integral ao idoso em Ilpi e/ou em centros-dia e hospitais-dia, além do cuidado domiciliar formal. São ofertados por profissionais especializados tanto do setor público quanto do privado. É comum pensar em apenas dois tipos de alternativas de cuidados: família ou instituições residenciais. No entanto, o escopo de alternativas é muito mais amplo [5].

Nesse sentido, o Estatuto do Idoso [6] apresenta as Ilpi como estruturas de cunho social e do campo da assistência, mas que acabam por acolher ou continuar a assistência a idosos em situação especial de

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242140

cuidados de saúde. Portanto, têm estruturas mistas de saúde – híbridas –, assim como equipes multidisciplinares que cuidam desses sujeitos no final da vida.

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ilpi são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. Ou seja, são domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde. São híbridas e por isto devem compor não só a rede de assistência e saúde, mas também a de habitação [7].

Dados do censo do IBGE de 2010 mostram que 0,8% da população idosa da região Sul reside em domicílios coletivos (Ilpi, hotéis, conventos, presídios) – isso equivale a 19 mil idosos. Na cidade de Porto Alegre, o percentual é de 1,9% (n = 3.061) para pessoas acima de 60 anos [8]. Pela tendência de aumento de idosos residentes em Ilpi, deve-se problematizar a questão dos cuidados no fim da vida nessas instituições, considerando que os sujeitos que ingressam nelas têm como projeção não só a continuidade de vida, mas também a aceitação da finitude que fatalmente se dará nesse espaço.

No campo conceitual, os cuidados em fim de vida se referem às pessoas com "morte anunciada", quando é previsível e há um conhecimento prévio de sua chegada. Ou seja, há presença de doença refratária a tratamentos terapêuticos, previsivelmente fatal em curto prazo, cuja definição pressupõe a existência de doença em estágio avançado, terminal e incurável: *É quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar* [9].

A qualidade de vida no fim da existência deve ser observada não necessariamente a partir do diagnóstico de doenças, mas tendo como parâmetros a qualidade de vida dos idosos e o atendimento de suas necessidades durante o progressivo processo de envelhecimento. Isso é reforçado por estudos como os de Trotta [10], ao se referir a múltiplas doenças crônicas nos residentes de instituições de idosos, em geral, que os levam a uma morte incerta ou imprevisível, caracterizando os óbitos nesses locais como prolongados e repentinos. Outro estudo sugere que a morte é geralmente causada pela progressão de uma doença crônica, que, muitas vezes, é o motivo de admissão no lar para a maioria dos residentes [11].

Há um crescimento contínuo do número de idosos portadores de doenças crônico-degenerativas, o que aponta para a necessidade de adaptação dos modelos assistenciais na área da saúde. Esse é um dado sobre idosos institucionalizados que demandam atenção específica, mas que, no processo de adoecimento no final da vida, não recebem atenção necessária e não dispõem dos recursos necessários para uma morte com assistência de boa qualidade [5]. Quando os cuidados curativos já não são mais possíveis, é então que entramos no campo dos cuidados paliativos, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

(...) *é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual* [12].

No Brasil, os cuidados paliativos iniciaram-se na década de 1980, mas só se expandiram a partir de 2000, com o Conselho Federal de Medicina instituindo a câmara técnica sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos [5]. Nesse campo, a equipe básica orientada é composta por profissionais da medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, sendo agregada por outras áreas de acordo com a realidade das instituições e das famílias.

Segundo Hanson, Henderson e Menon [11], as Ilpi são locais onde cuidados paliativos tornam-se parte do cotidiano institucional. Contudo, alguns pontos se tornam relevantes para a problematização: precariedade de estudos na área, posição do Brasil no ranking em qualidade de morte (38º de 40 países) e não reconhecimento da finitude como um processo natural que perpassa a vida daqueles que estão em estágio avançado do envelhecimento. Isso nos revela a ausência de um olhar atento e de um esforço voltado para a construção de políticas públicas de cuidados, sobretudo na dimensão do final da vida para idosos residentes em Ilpi. Sobre a questão, Di Giulio e colaboradores afirmam:

(...) *mesmo que haja sinais de melhoria na direção de mais cuidados paliativos, muito há de ser feito em instituições de longa duração, que estão na linha da frente no cuidado de pessoas idosas. Existem indicadores visíveis de pouca qualidade nos cuidados, como restrições físicas, úlceras de pressão, o uso de substâncias psicoativas e falta de documentação sobre decisões antecipadas. Estes achados sugerem*

que os idosos não são percebidos como "doentes terminais", e nem sempre recebem cuidados paliativos apropriados [13].

Em revisão sistemática sobre cuidados em fim de vida em lares de idosos, realizada com estudos de entre 2002 e 2012 nos âmbitos europeu, norte-americano e australiano [14], foram identificados oito domínios: integralidade dos cuidados; relação com a família; personalidade; história de vida da pessoa idosa; trabalho em equipe; controle de sintomas; planejamento antecipado; e uso adequado de tratamentos. Também foram definidos fatores que dificultam ou facilitam a implantação da filosofia dos cuidados paliativos no contexto das Ilpi.

Um dos pontos interessantes nessa meta-agregação foi a identificação das dificuldades para o estabelecimento de cuidados paliativos globais para idosos, sobretudo de diagnóstico e da transição de tratamentos curativos para uma abordagem paliativa [10]. Entre os instrumentos e escalas adequados para medir a qualidade dos cuidados paliativos nas instalações residenciais de cuidados a idosos, a Quality of Dying in Long-term Care Scale (QOD-LTC-C) [15] foi destacada pelo estudo de Simões [14]. No entanto, não há escala equivalente traduzida para o português e validada para uso no Brasil. Essa escala tem cinco domínios: individualidade, tarefas preparatórias, vínculos sociais, despedida e senso de propósito, além de 23 itens. Conclui-se que o uso do instrumento contribui para se compreender melhor a experiência do morrer a partir da perspectiva de familiares e equipe técnica.

Isso inclui também a problemática da diretiva antecipada de vontade, que é o especificado em documento firmado pelo sujeito na relação idoso-paciente, reconhecido ou não em cartório, segundo define o primeiro dos três artigos da Resolução CFM 1.995/2012 [16]:

(...) *diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.*

Não há consenso sobre o uso dessas diretivas, tampouco sua aceitação pelas famílias, mas é um recurso sobre os limites da intervenção terapêutica pouco discutida no âmbito das Ilpi [7]. Pelo exposto, observa-se o conjunto de fatores, dimensões e problemáticas que perpassam a qualidade de vida no processo de morrer de idosos institucionalizados e para o qual propomos um aprofundamento.

Método

A pesquisa relacionada a este estudo é de natureza qualitativa e descritiva e teve como fonte de dados entrevistas semiestruturadas com profissionais e familiares ou responsáveis por idosos institucionalizados (ver Anexo). A amostra dos sujeitos é por conveniência, não probabilística, o que, de acordo com Marconi e Lakatos [17], consiste em *não fazer uso de formas aleatórias de seleção* da amostra. A análise dos dados coletados tem, por referência, a metodologia de análise de conteúdo, tal qual proposta por Bardin [18].

O ponto de partida do estudo foi a seguinte problemática de pesquisa: *Como os cuidados no fim da vida vêm sendo implantados em instituições de longa permanência na região metropolitana de Porto Alegre?* A questão norteadora que nos guia é: *As Ilpi estão estruturadas para reconhecer as necessidades de cuidados que garantem conforto e dignidade no processo de morrer de seus pacientes?*

Tabela 1. Número de Ilpi da região metropolitana de acordo com dados populacionais do IBGE/2010

Município por porte	Número de Ilpi por região	Distribuição de Ilpi em %	Número de municípios por porte	Amostra de municípios por porte
Metrópole (Porto Alegre)	94	43,72	1	Porto Alegre
Grande porte	76	35,35	8	Novo Hamburgo
Médio porte	18	8,37	7	Esteio
Pequeno porte 2	23	10,70	9	Dois Irmãos Charqueadas
Pequeno porte 1	4	1,86	6	Ivoti
Total	**215**	**100**	**31**	**6**

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242140

O processo de definição do universo de pesquisa teve as seguintes etapas: 1) escolha de municípios; 2) mapeamento e seleção de Ilpi; 3) contato com familiares; e 4) contato com técnicos. Foram identificados e selecionados municípios da região e as Ilpi cadastradas em órgãos públicos. A escolha da região metropolitana de Porto Alegre foi intencional, assim como os critérios para se selecionar os demais participantes do universo da pesquisa foram por conveniência a partir da estratificação dos municípios por porte, conforme IBGE/2010 [8].

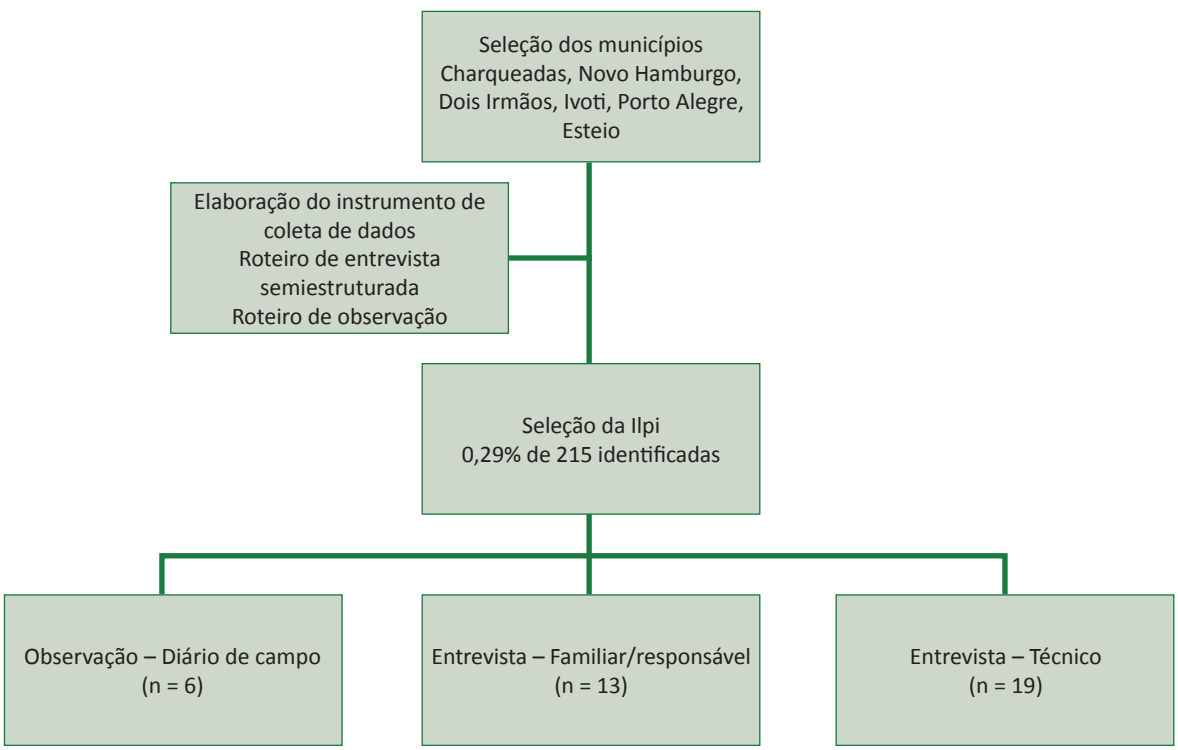
O universo de pesquisa, portanto, refere-se a 20% dos municípios da região metropolitana (n = 6), sendo uma instituição por localidade, com mais de 36 meses de funcionamento, acima de seis leitos e registradas na Vigilância Sanitária do município. Foram entrevistados familiares/responsáveis (n = 13) e técnicos (n = 19), totalizando 32 entrevistados. Em média foram entrevistados 3 familiares e 3 técnicos por Ilpi, exceto a do município de Dois Irmãos, onde não foi possível entrevistar nenhum familiar por causa de sua indisponibilidade em participar da coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas nas Ilpi, e os familiares foram escolhidos conforme indicação da equipe, a partir dos critérios de inclusão. Foram selecionados familiares e/ou responsáveis de idosos com diagnóstico de doença crônico-degenerativa em estágio avançado, isto é, aqueles com demência ou Parkinson que apresentassem dependência em duas ou mais atividades de vida diária em razão da doença, ou câncer em tratamento quimioterápico há mais de um ano ou em fase final. A recomendação pela escolha de familiares, em vez de idosos, como sujeitos de pesquisa tem como base a compreensão ética de preservação da integridade do sujeito, dada sua condição de vulnerabilidade física, mental e psicossocial.

Os técnicos das instituições foram selecionados conforme disponibilidade no dia e hora da visita, respeitando-se o critério de composição dos quadros de Saúde, Assistência ou Administração. Tendo em vista o compromisso assumido com o Programa de Pós-Graduação, os sujeitos que colaboraram com a pesquisa e a comunidade científica ressaltamos que a pesquisa atendeu a todas as exigências éticas de pesquisas com seres humanos, conforme Resolução CNS 466/12 [19]. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi efetivamente informado, preenchido e assinado pelos participantes.

A coleta de dados aconteceu entre julho de 2014 e abril de 2015, sendo as visitas agendadas com antecedência. A escolha dos participantes se deu conforme a disponibilidade no local de funcionários

Figura 1. Esquema de seleção dos participantes da pesquisa



e familiares. Parte das instituições fez contato prévio com os familiares para que pudessem visitar o idoso no dia em que a pesquisadora estivesse no local. Nas situações em que o familiar não pôde se deslocar, a entrevista foi realizada por telefone, gravada com seu consentimento, e providenciada uma versão impressa do TCLE para o participante.

Resultados e discussão

Os cuidados no fim da vida são permeados de necessidades imperativas, como conforto, controle de dor, mas também de atenção e dignidade. Em diferentes momentos da análise dos resultados, percebemos uma dicotomia que se expressa no conteúdo dos discursos de profissionais e familiares sobre o que entendem como final da vida e, portanto, cuidado, vida e morte. Para que os resultados pudessem ser apresentados em categorias de análise pertinentes, optamos primeiramente por caracterizar as instituições pesquisadas, bem como os participantes da pesquisa.

Das 215 Ilpi identificadas, 43,72% se localizam em Porto Alegre, e, se agregado o percentual de 35,35% das Ilpi dos municípios de grande porte, podemos afirmar que 79,07% das instituições estão concentradas em 9 dos 31 municípios da região metropolitana. É importante destacar que essas são informações referentes às Ilpi regularizadas ou em processo de regulamentação junto a órgãos da prefeitura. Em Porto Alegre, recebemos uma relação com 286 entidades, mas apenas 94 têm número de processo para regulamentação na Vigilância Sanitária, o que indica que 67,13% dos estabelecimentos informados estão em situação irregular.

No roteiro elaborado para observação do espaço institucional, alguns aspectos se destacavam como fundamentais para se entender o contexto em que os cuidados vinham sendo ofertados (ou não) nas Ilpi: estrutura física, condições de conservação do prédio, localização, adequação à RDC 283/2005 [20] – regulamento técnico que define as normas de funcionamento das Ilpi –, presença de familiares no momento da visita, o número de residentes e o de funcionários do quadro funcional.

A média de área construída no universo pesquisado é de 2.095 m² para 55 residentes, estruturas com adaptações e reformas, mas ainda não plenamente adequadas às exigências legais [20], com exceção de uma Ilpi, construída há cerca de cinco anos. Observou-se a presença de familiares no horário da coleta de dados e visitação em 5 das 6 Ilpi. O tempo de funcionamento dos estabelecimentos variou de 5 a 85 anos, sendo a mais antiga a que abriga o maior número de residentes (n = 120).

Dos familiares que compuseram a amostra, quatro eram homens e nove mulheres, com média de idade de 61 anos. Em termos de vinculação, tem-se a seguinte categorização: 73% de filhos, 9% de netos, 9% de irmãos e 9% de pais. A renda familiar média é de 3,5 salários mínimos, enquanto a renda média dos idosos é de 1,6 salários mínimos. Consideramos como valor de referência do salário mínimo aquele que vigorava em abril de 2015: R$ 722,00.

Com relação aos técnicos, do total de 19 entrevistados, a média de idade foi de 39,9 anos, sendo 89% do sexo feminino e 11% do masculino. Não priorizamos profissionais da área da saúde como protagonistas do saber referente ao cuidado, pois compreendemos que cuidar é uma atividade para além dos aspectos de higiene e conforto [21]. Assim explicado, segue a distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com a função que ocupam:

- Nutrição (nutricionista, técnica em nutrição, cozinheira, auxiliar de cozinha): 5%;
- Serviços gerais: 5%;
- Voluntária: 5%;
- Administração/gerência: 16%;
- Serviço social, psicologia: 16%;
- Enfermagem (enfermeira, técnica de enfermagem, cuidadores): 53%.

De acordo com a RDC 283/2005 [20], a Ilpi deve apresentar recursos humanos com vínculo formal de trabalho que garantam a realização das seguintes atividades: responsável técnico, cuidadores (conforme descrição anterior), profissional para atividades de lazer, serviços de limpeza, serviço de alimentação e serviço de lavanderia. Os profissionais das atividades de lazer nas entidades pesquisadas são voluntários; portanto, seja pelo número de contratados, seja pelas categorias contratadas, as Ilpi ainda necessitam atender às recomendações da normatização.

Ao serem questionados sobre o tempo em que exerciam a tarefa do cuidado (trabalho com idosos), a média foi de cinco anos. Os técnicos também foram questionados sobre aquilo que entendemos como condições externas e preparatórias para o cuidado, ou seja, formação específica para desenvolver a atividade. Segundo os entrevistados, a partir de perguntas com alternativas sim/não, 84% relataram condições (estruturais e materiais) adequadas para o cuidado de modo geral (n = 16); com relação a

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242140

formação específica na área do idoso, 73% disseram não possuir (n = 14). Sobre o item "cuidados paliativos", ainda que 42% (n = 8) tenham dito possuir conhecimento, essa afirmação será problematizada ao longo deste artigo, tendo em vista o caráter de senso comum do significado de "paliativo" para os entrevistados.

Ou seja, embora os técnicos afirmem que existem condições adequadas para o trabalho e conhecimentos específicos, a realidade observada e analisada a partir do conteúdo das entrevistas revela outra situação, em que estão presentes profundas contradições construídas social e historicamente sobre o cuidado de idosos.

Sobre o perfil dos idosos que estão em situação indicativa para cuidados no fim da vida, as entrevistas reportaram 11 mulheres e dois homens. A cor declarada pelos familiares indica dez idosos brancos e três negros, não havendo declaração de qualquer outra cor. A média de idade é de 80,8 anos. O tempo médio de institucionalização é cinco anos. Esse é um período considerado longo em comparação aos seis meses identificados por Kelly, conforme analise de Simões [14] referente à pesquisa que levantou o tempo de institucionalização de idosos após diagnóstico de doença crônica até o óbito.

Com relação à situação do idoso antes de se mudar para uma Ilpi, a pesquisa indica que 42% (n = 5) residiam desacompanhados, 25% com filhos, 17% com cônjuge ou família, 8% em Ilpi e 8% em hospital. Segundo o IBGE [8], em 2005, 18,4% das pessoas com 60 anos ou mais de idade moravam em domicílios unipessoais na região metropolitana de Porto Alegre. Morar sozinho não é fator de risco para institucionalização, mas, de acordo com estudo realizado [22], são fatores de risco: sexo feminino, idade superior a 80 anos, situação conjugal (solteiro, separado, viúvo), seguidos de baixa escolaridade formal, inatividade física e dependência para atividades de vida diária. Esses fatores foram corroborados pelo perfil dos idosos da pesquisa.

A decisão de institucionalização não é processo simples, vez que, para além do reconhecimento da necessidade de cuidados específicos, a família deve lidar com sentimentos de fracasso, vergonha e impotência por não se sentir em condições de ofertar o cuidado que seu familiar necessita. Dados coletados indicam que é dos filhos a principal responsabilidade pela decisão de institucionalizar (42%; n = 5), bem como a decisão compartilhada com o próprio idoso (8%; n = 1) ou ex-cônjuge (8%; n = 1). Ainda que 17% (n = 2) refiram que a decisão de residir em uma Ilpi foi do próprio idoso, a literatura aponta que são fatores determinantes para isso o desejo de "não atrapalhar", o sentimento de ser um incômodo para família, e somente em última instância há o reconhecimento das limitações do contexto social que levam o idoso a decidir de modo tranquilo sua transição de moradia [23].

Segundo Schardosim [23], existem contradições nos discursos de idosos e familiares sobre a decisão de institucionalizar. Entre os diferentes motivos apontados em sua pesquisa estão viuvez, conflitos familiares, dificuldade de o familiar ficar com o idoso por motivos de trabalho ou situação financeira. Esses fatores contribuem para a tomada de decisão pautada na crença de que o idoso não é mais capaz de gerenciar a própria vida.

Ainda na descrição do perfil dos idosos referenciados, há prevalência de diagnósticos de demências do tipo Alzheimer, Senil e Pike, assim como acidentes vasculares cerebrais (AVC) com sequelas para o desempenho de atividades de vida diária. Ao buscar na literatura especializada as doenças prevalentes no idoso, destacam-se as cardiocirculatórias, respiratórias, neurológicas, além de traumas, fraturas e infecções, principalmente urinárias e broncopneumônicas, como as principais causas de hospitalização de idosos institucionalizados [24]. Enquanto na literatura as doenças neurológicas estão em terceiro lugar, nas Ilpi são as que têm maior incidência, conforme dados de nosso estudo. Na sequência, temos o AVC, que é a terceira causa de mortalidade em países desenvolvidos, perdendo para neoplastias e doenças coronarianas. No Brasil, as informações destacam o AVC como uma das maiores causas de mortalidade, segundo dados oriundos do Ministério da Saúde colhidos entre 2010 e 2011 [25].

Os dados referentes a diagnósticos partem da informação do familiar sobre a situação de saúde da pessoa idosa; não houve acesso ao prontuário do paciente. É com esse conjunto de informações que iremos articular as categorias que emergem dos conteúdos de entrevistas e observações.

Fim de vida: que tempo é este?

Embora a literatura denomine como fim de vida as 48 horas que antecedem o suspiro final de pacientes em processo de terminalidade, no âmbito das Ilpi não concordamos com essa definição, considerando-se as possibilidades reais de óbito a qualquer momento, conforme já mencionado anteriormente. Segundo estudos, existem indicadores visíveis da pouca qualidade nos cuidados,

como restrições físicas, úlceras de pressão, uso de substâncias psicoativas e falta de documentação sobre decisões antecipadas. Esses achados sugerem que os idosos não são percebidos como "doentes terminais" [13,14].

Também entendemos que é importante refletir e analisar as percepções de familiares e técnicos e sistematizar esses conteúdos em categorias discutíveis em nível teórico. O entardecer da vida é um momento único, pessoal e intransferível. Ninguém pode viver a terminalidade da vida pelo outro. A própria percepção de terminalidade é individual e remete a estruturas construídas internamente que balizam a compreensão sobre vida e morte. E, nesse processo, tanto a estrutura dos ambientes de cuidado, da preparação de cuidadores, quanto as múltiplas composições do ato de cuidar nos ajudam a problematizar a realidade das Ilpi pesquisadas.

De modo simples, podemos compreender estrutura (do grego *struo* = ordenar) como a organização dos elementos de um todo. A totalidade é um dos componentes da perspectiva estruturalista, teoria das ciências sociais que se propõe compreender o funcionamento da sociedade a partir de suas estruturas sociais, pautada no funcionamento da economia, base real sobre a qual se eleva uma estrutura jurídica e política e à qual correspondem formas de consciência social determinadas [26].

Nesse sentido, segundo Carrascoza e Furtado [27], Althusser, ao trazer o estruturalismo para o campo do marxismo, define que as instituições são consideradas aparelhos ideológicos do Estado, por meio dos quais o capitalismo garante sua dominação ideológica. Por dominação ideológica capitalista, tem-se a busca pelo lucro e pela acumulação de riquezas. Contudo, nas Ilpi pesquisadas – a maior parte de cunho privado (n = 4) –, a realidade da busca pelo lucro é tensionada pela obrigação e pelo compromisso social com o bem cuidar.

Para analisar esse tensionamento, partimos da questão norteadora: *As Ilpi estão estruturadas para reconhecer as necessidades de cuidados que garantam conforto e dignidade no processo de morrer de seus pacientes?*

Durante o processo de observação e entrevistas, buscamos observar a abordagem dos cuidados no fim de vida de idosos institucionalizados. Para a análise de conteúdo, como proposta por Bardin [18], foram definidas as unidades de registro nos seguintes grupos de temas e palavras: 1) "Capacitação"; "Preparo técnico"; "Conhecimento"; "Condições de trabalho"; "Higiene"; "Limpeza"; "Conforto"; "Equipamentos, insumos e medicamentos"; "Doações" – identificadas a partir das entrevistas com os técnicos; 2) "Estrutura física"; "Acessibilidade"; "Conservação do prédio"; "Luminosidade"; "Rampas"; "Portaria 24h"; "Segurança"; "Tipos de ambiente ofertados"; "Tipos de atividade e serviço oferecidos"; "Percepção de ambiente adequado" – definidos a partir do roteiro de observação e registro em diário de campo. A frequência com que as unidades de registro referentes à categoria "Estrutura" se mostram recorrentes nas entrevistas do grupo de técnicos e a frequência das temáticas indicam o preparo dos cuidadores (52,6%), bem como as dimensões de higiene (42,1%) e conforto (21%) nas entrevistas nos indicam o quanto são temáticas pertinentes no cotidiano de trabalho.

Sobre as estruturas físicas e sua caracterização, 3 das Ilpi pesquisadas eram de alvenaria, casas adaptadas para acolher idosos; as outras 3 Ilpi foram projetadas para o acolhimento de pessoas idosas, sendo apenas uma recém-construída e totalmente adequada à RDC 283/2005 [20]. As 6 Ilpi tinham hospedagem para idosos em quartos individuais, duplos ou triplos, nos quais equipamentos como sondas de alimentação e de urina se tornavam apenas parte do cenário.

Apenas uma Ilpi apresentava-se em condições de conservação extremamente precárias – pessoas de diferentes idades, diferentes condições e diagnósticos conviviam nos corredores. Havia poucos funcionários para o atendimento da demanda e uma infraestrutura aquém do esperado, o que contribuía para o forte odor de urina e pessoas imobilizadas, amarradas em cadeiras de rodas, olhando para televisores sem nitidez de imagem. No extremo oposto, uma das instituições visitadas, planejada especificamente para a hotelaria de idosos, não exigia nenhum reparo estrutural; ao contrário, tinha uma parede envidraçada com vista para um bosque, salas amplas e quartos adequados – como um hotel (um local de passagem).

A localização é sempre um desafio para as Ilpi, visto que tendem a ser construídas distantes das cidades, independentemente do número de habitantes. As Ilpi pesquisadas não são diferentes – 66% estão fora do perímetro urbano ou em locais de difícil acesso.

Apenas em uma instituição não havia presença de familiares no momento da visita. Contudo, chamam atenção as placas informativas em frente aos estabelecimentos informando o horário de visita, determinando dias e períodos. Havia uma que informava "*por favor, não insista*" (Relato de observação,

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242140

Tabela 2. Comparativo entre número ideal e o número real de cuidadores nas instituições pesquisadas

Município	Natureza jurídica	nº ideal de cuidadores/RDC	nº real de cuidadores	Diferença	Média de mensalidade
Charqueadas	Privada	16,5	2*	−14,5	1 S/M
Ivoti	Privada	6,9	7	+0,1	1 S/M
Esteio	Privada	16,2	4**	−12,2	1,5 S/M
Porto Alegre	Sem fins econômicos	30	31	+1	1 S/M
Novo Hamburgo	Sem fins econômicos	11,4	13	+1,6	1 S/M
Dois Irmãos	Privada	15	20	+5	5,5 S/M

** Existem 8 auxiliares de serviços gerais que desenvolvem atividades de cuidado.*

*** Existem 14 auxiliares de serviços gerais que desenvolvem atividades de cuidado.*

outubro de 2014). Informações como essa não devem passar despercebidas no processo de análise de conteúdo. Das pesquisadas, só uma instituição não determinava o horário de visita.

O número de cuidadores por idosos também é interessante dado de análise e contribui para a compreensão da possibilidade do cuidado humanizado aos idosos. A RDC Anvisa 283/2005 [20] define como cuidador a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária. Embora em nossa pesquisa o espectro de cuidadores seja maior, para fins de cálculo e enquadramento da legislação serão assim considerados os técnicos de enfermagem e os cuidadores de idosos que têm contrato de trabalho registrado nessa ocupação, conforme Classificação Brasileira de Ocupações [28]. A Tabela 2 compara o número ideal, conforme número e grau de dependência, e o número real de cuidadores, informados durante a coleta de dados.

Para se fazer o cálculo, foram necessários os dados referentes ao número de idosos por grau de dependência, uma vez que a RDC 283/2005 [20] condiciona o número de cuidadores a essa informação. São eles:

- Grau de Dependência I: um cuidador para cada vinte idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- Grau de Dependência II: um cuidador para cada dez idosos, ou fração, por turno;
- Grau de Dependência III: um cuidador para cada seis idosos, ou fração, por turno.

As diferenças indicam o esforço das instituições sem fins lucrativos para garantir o número de cuidadores especificados na regulamentação. Contudo, as dificuldades cotidianas são expressas nos seguintes discursos:

"Como ele colocou agora técnico e cuidadores, assim eu acho bom, claro que poderia melhorar, mas já esteve bem pior do que tá, agora já melhorou" (Jasmim – Ivoti, 17/12/2014);

"Na verdade, assim, quando eu comecei a trabalhar aqui não tinha nem técnica de enfermagem, era só as cuidadoras assim e eles tão tentando né, botaram médico, tem técnico de enfermagem agora, tem 3, duas durante o dia, uma durante a noite que antes não tinha" (Bromélia – Charqueadas, 24/9/2014).

Há conflito evidente entre as necessidades de cuidado e as possibilidades de recursos para o cuidado nas Ilpi. Mas, por trás desse conflito, há conformidade no discurso, num claro reconhecimento de que o ideal é algo difícil de ser alcançado, assim como a autorresponsabilização do cuidador pelas condições de seu trabalho, numa tentativa de minimizar o impacto da estrutura sobre essas condições. Isso pode comprometer valores como dignidade e integridade dos idosos, o que revelam os seguintes trechos:

"Eu acho que aqui a gente prima primeiro pelo atendimento a eles, isso aí, que eles tenham um fim de vida com tranquilidade. Então o que é isso? A gente se preocupa com a higiene deles, com a alimentação e também com atividades. No momento a gente não está conseguindo desenvolver nada, até porque nós não temos condições de pagar esse trabalho e não se consegue com voluntários, mas hoje o que a casa busca é isso: tranquilidade, respeito para que eles sintam que o lar seja uma extensão da família, que eles se sintam acolhidos por nós aqui" (Crisântemo – Charqueadas, 24/9/2014);

"E dentro das condições que a gente tem, que a gente recebe, ninguém deixava de tomar banho, todo

mundo tomava o banho, no balde com a canequinha, a gente tem às vezes poucos profissionais, mas ninguém deixa de ser trocado" (Sálvia – Porto Alegre, 17/9/2014).

A questão ainda permanece: as Ilpi estão estruturadas para cuidados no fim da vida de seus residentes? Há abordagem específica para cuidados em fim de vida? Considerando esses itens de análise, é possível afirmar que não estão estruturadas, tampouco há abordagem específica que contemple esse momento em particular da vida do idoso.

"(...) *a gente tá falando do idoso, ele tem que ser bem cuidado, bem tratado, com amor, com carinho até o final da vida, até morrer, eu acho. Igual como se ele tivesse bom, ao contrário, a gente tem que daí sim tratar melhor"* (Íris – Porto Alegre, 10/9/2014).

Não há diferenciação de cuidados no fim da vida com cuidados gerais dedicados a qualquer pessoa em situação de vulnerabilidade física e emocional. O cuidado nas Ilpi é vivenciado em meio à contradição entre dedicação e precarização. Além disso, devemos mencionar o estudo de Hall e colaboradores [29], que cita a ausência de profissionais, bem como um conjunto de pressões para minimizar pessoal, manter a margem de lucro e ainda cuidar de uma população cada vez mais frágil. Isso faz que essas instituições apresentem muitos obstáculos para prestar cuidados a partir de uma perspectiva humanizada e bioética.

Considerações finais

A implantação de cuidados específicos para idosos que estão em processo de fim de vida é temática difícil, pois envolve superação de preconceitos e reconhecimento da morte como parte da vida humana. Os cuidados para idosos institucionalizados não devem ser percebidos como derrota diante do esforço curativo, como argumenta parte dos profissionais e pesquisadores das ciências médicas, vez que vida e morte não é um jogo com vencedores.

A partir do objetivo proposto neste estudo, observou-se que a abordagem dada aos cuidados no fim de vida de idosos institucionalizados não possui diferencial, o que descaracteriza esse momento específico da finitude humana. Portanto, não trabalha sob a perspectiva do alívio do sofrimento e da morte com dignidade. Ao longo deste trabalho, a compreensão do que é digno perpassa diretamente o entendimento daquilo que possui valor em si mesmo, valor que não é substituível. Então se chega ao ponto de buscar a resposta ao questionamento: "*As Ilpi estão estruturadas para reconhecer as necessidades de cuidados que garantam conforto e dignidade no processo de morrer de seus pacientes?*".

Com base nos conteúdos analisados e nas observações de campo, é possível dizer que não. Embora as instituições tentem desenvolver estratégias para garantir o mínimo de conforto e dignidade, há forte relação entre as dimensões econômica e de cuidado, sobretudo pela tendência à mercantilização do processo. Portanto, pensar na estrutura das Ilpi é também considerar o contexto socioeconômico em que estão inseridas e na capacidade financeira do idoso ou de seu conjunto familiar em dar-lhe suporte, vez que as políticas públicas do país não dispõem de mecanismos para o atendimento das demandas daqueles que estão vivendo o processo de morrer.

Levando-se em conta que a ética é essencial para um cuidado com dignidade, uma ferramenta interessante para trabalhar a questão é a bioética de proteção [30]. Considerando-se as Ilpi em sua condição dialética e híbrida, coloca-se em foco a dimensão da saúde e reconhecem-se os conflitos que emergem no cuidado de idosos, sujeitos em situação de vulnerabilidade e que, nas situações mais extremas, são incapazes de zelar pelo próprio bem-estar. Não é possível reduzir a responsabilidade e a busca por alternativas aos limites interventivos da família ou dos profissionais da gerontologia e da geriatria. Portanto, a bioética de proteção compreende a mobilização de agentes formuladores de políticas públicas e a mobilização de sujeitos em processo de envelhecimento, sendo fundamental para que a filosofia de cuidados paliativos, bem como dos cuidados em fim de vida, se amplie e se torne parte da rotina de idosos institucionalizados. O enfrentamento direto da mercantilização do cuidado, a proteção social e a implantação de estruturas adequadas: eis os desafios para o cuidado com dignidade.

Referências

1. Neri AL. Desenvolvimento e envelhecimento. São Paulo: Papirus; 2001.
2. Salgado CDS. Gerontologia social. Puerto Rico: Publicaciones Puertoriqueñas; 1999.

3. Dias R. Introdução à sociologia. 2ª ed. São Paulo: Pearson; 2010.
4. Faleiros VP. Globalização correlação de forças e serviço social. São Paulo: Cortez; 2013.
5. Camarano AM. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 2003 [acesso 10 out 2013]. Disponível: http://bit.ly/1eNxxn3
7. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. R Bras Est Pop. [Internet]. 2010 [acesso 1º set 2013];27(1):232-5. Disponível: http://bit.ly/1nk5fYG
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais - 2006. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal? Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 2001 [acesso 18 out 2013];47(2):92. Disponível: http://bit.ly/1U03MBS
10. Trotta RL. Quality of death: a dimensional analysis of palliative care in the nursing home. J Palliat Med. 2007;10(5):1116-27.
11. Hanson LC, Henderson M, Menon M. As individual as death itself: A focus group study of terminal care in nursing homes. J Palliat Med. 2002;1(1):117-25.
12. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 23-41.
13. Di Giulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. J Palliat Med. [Internet]. 2008 [acesso 1º out 2013];11(7):1023-8. Disponível: http://bit.ly/1R9wVch
14. Simões ASL. Cuidados em fim de vida em lares de idosos: revisão sistemática da literatura. Pensar Enfermagem. [Internet]. 2013 [acesso 10 ago 2013];17(1):31-61. Disponível: http://bit.ly/250UX2R
15. Munn JC, Zimmerman S, Hanson LC, Williams CS, Sloane PD, Clipp EC *et al*. Measuring the quality of dying in long-term care. J Am Geriatr Soc. 2007;55(9):1371-9.
16. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 31 ago 2012 [acesso 18 out 2013]. Seção 1. Disponível: http://bit.ly/207VBbw
17. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. 2012 [acesso 1º dez 2015]. Disponível: http://bit.ly/1mTMIS3
20. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. [acesso 1 dez 2015]. Disponível: http://bit.ly/250V6DB
21. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud Interdiscip Envelhec. [Internet]. 2002 [acesso 10 ago 2015];1(4):7-19. Disponível: http://bit.ly/1TginiE
22. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2012 [acesso 28 abr 2015];46(1):147-53. Disponível: http://bit.ly/1Xmxiay
23. Schardosim MS. Idosos, familiares e institucionalização: tensões, conflitos e contradições [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
24. Gorzoni ML, Pires SL. Idosos asilados em hospitais gerais. Rev Saúde Pública. 2006;40(6):1124-30.
25. Py MO. Doenças cerebrovasculares. In: Freitas EV, PY L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni M, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 177-88.
26. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
27. Carrascoza JA, Furtado JA. O pensamento estruturalista e as teorias de comunicação. Comunicação, mídia e consumo. 2009;6(16):173-83.
28. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002. Brasília: MTE; 2002.
29. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(3):CD007132. DOI: 10.1002/14651858.CD007132.pub2
30. Freitas EEC, Fermin RS. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. Rev. bioét. (Impr.). 2013;21(2):318-27.

Participação dos autores
Trabalho derivado de tese de doutoramento. As duas autoras participaram de todas as fases da produção do artigo. Michelle Bertóglio Clos na qualidade de doutoranda, Patrícia Krieger Grossi na qualidade de professora orientadora.

Recebido: 20.9.2015
Revisado: 29.1.2016
Aprovado: 1.3.2016

Anexo

Roteiro de entrevista familiar/responsável

Dados de identificação COD: **Nome:**		**Vínculo:**
Idade familiar: Idade Idoso:	Decisão de institucionalizar:	Escolaridade:
Renda aproximada em S/M (VR: R$722,00) do familiar:	Situação anterior à institucionalização:	Diagnóstico do idoso:
Renda aproximada em S/M (VR: R$722,00) do idoso:	Tempo de institucionalização:	Sexo do idoso: Etnia:

1. Qual é sua percepção sobre a vida?
2. Qual é sua percepção sobre a morte?
3. Qual é sua percepção sobre a institucionalização?
4. Qual é sua percepção sobre as necessidades das pessoas idosas na medida em que se iniciam os cuidados de fim de vida?
5. Qual é sua posição sobre o idoso deixar por escrito sua vontade em caso de tomada de decisão sobre condutas médicas e aceitar ou não tratamentos no momento em que ele já não estiver mais em condições de fazê-lo?
6. O que você compreende como importante para um processo de morrer com dignidade numa ILPI?
7. O seu familiar possui espaço para diálogo na família, na comunidade ou em algum setor religioso sobre seu processo de morrer?
8. Que tipos de cuidado você considera importantes para seu familiar no final da vida?
9. Que tipos de cuidado seu familiar está recebendo?
10. A que tipos de cuidado você gostaria que seu familiar tivesse acesso?
11. A instituição leva em consideração a história de vida e a personalidade do seu familiar no atendimento cotidiano?
12. Quem faz o planejamento do tratamento do idoso?

Roteiro de entrevista – técnico

Dados de identificação COD: **Nome:**		**ILPI:**
Idade:	Sexo:	Função:
Tempo de cuidado:	Possui formação específica na área do idoso:	Possui conhecimento na área de cuidados paliativos:
Possui condições adequadas de trabalho para o cuidado:		

1. Qual é sua percepção quanto ao tratamento dado a pessoas idosas em fim de vida na instituição?
2. Qual é sua percepção quanto ao óbito de pacientes no ambiente da instituição? Ele(a) está preparado(a) para esse acontecimento?
3. Qual é sua percepção quanto à integralidade do atendimento destinado ao idoso em processo de finitude?
4. Qual é sua percepção sobre as necessidades das pessoas idosas na medida em que se iniciam os cuidados de fim de vida?
5. Qual é sua posição sobre o idoso deixar por escrito sua vontade em caso de tomada de decisão sobre condutas médicas e aceitar ou não tratamentos no momento em que ele já não estiver mais em condições de fazê-lo?
   5.1 Você sabe o que é diretiva antecipada de vontade? Já houve alguma situação na instituição?
6. O que você compreende como importante para um processo de morrer com dignidade?
7. Considerando a realidade da instituição, na sua percepção, quais são as fragilidades e as potencialidades no atendimento ao idoso no final da vida?
8. A equipe discute situações que envolvem pessoas idosas em cuidados de fim de vida?
9. A equipe tem acesso a quais recursos para manutenção do cuidado do idoso?
10. A instituição estimula a presença da família junto às pessoas idosas no ambiente institucional?
11. A instituição desenvolve ações que estimulam a equipe técnica a conhecer a história de vida das pessoas idosas e a respeitar a individualidade de cada idoso?
12. Há um plano de atendimento individualizado para as pessoas idosas em cuidados de fim de vida?
13. O que você entende por cuidados paliativos?