

Cuidar de famílias de idosos em final de vida na Estratégia Saúde da Família

Lucia Silva¹

Kátia Poles²

Michelle Freire Baliza³

Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva⁴

Maiara Rodrigues dos Santos⁵

Regina Szyllit Bousso⁶

Objetivos: compreender o processo de cuidar de famílias de idosos em situação de final de vida para a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), identificar os significados que a equipe atribui à experiência e construir um modelo teórico. Método: utilizaram-se o interacionismo simbólico e a teoria fundamentada nos dados. Foram entrevistados 14 profissionais da ESF de um município do interior paulista. Resultados: a análise comparativa identificou a categoria central superando os desafios para acolher a família e o idoso durante o processo de morrer, composta pelos subprocessos: identificando a problemática da situação, planejando uma nova estratégia para o cuidar, manejando o cuidado e avaliando a sua trajetória de cuidado. Conclusão: a equipe enfrenta dificuldades para alcançar melhor desempenho, acolhendo as necessidades biológicas e emocionais das famílias e buscando oferecer dignidade aos idosos em situação de final de vida, ampliando o acesso à saúde.

Descritores: Família; Idoso; Morte; Programa Saúde da Família; Acolhimento; Relações Profissional-Família.

¹ PhD, Professor, Faculdade Marechal Rondon, Universidade Nove de Julho, São Manuel, SP, Brasil.

² PhD, Professor, Centro Universitário de Lavras, Lavras, MG, Brasil.

³ Mestranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ MSc, Enfermeira, Fundação Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Doutoranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Lucia Silva

Universidade Nove de Julho

Faculdade Marechal Rondon

Vicinal Dr. Nilo Lisboa Chavasco, 5000

CEP: 18650-000, São Manuel, SP, Brasil

E-mail: luciasilva@usp.br

Introdução

Considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, sendo que aqueles que residem em países em desenvolvimento, são considerados idosos a partir dos 60 anos e os que residem em países desenvolvidos, com 65 anos e mais⁽¹⁾.

Essa população é bastante susceptível à ocorrência de condições crônicas de saúde e a várias morbidades associadas, muitas delas em estágio avançado de evolução, predispondo que idosos e familiares permaneçam por um período em situação de final de vida, em um processo de fragilização crescente, sem possibilidade de recuperação de seu estado de saúde⁽²⁾.

O cuidado aos indivíduos em situação de final de vida vem sendo considerado dentro do campo dos cuidados paliativos, definido como abordagem capaz de melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, diante de doença terminal, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação rigorosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam eles de ordem física, psicossocial e espiritual⁽³⁾.

Apesar de existirem várias opiniões a respeito da proximidade do prazo do prognóstico fatal, os princípios dos cuidados paliativos devem ser aplicados o mais precocemente possível, não somente diante de doenças fatais, mas, também, no decurso de condições crônicas⁽³⁾, desde o diagnóstico até o processo de luto⁽⁴⁾.

Especificamente no que diz respeito aos cuidados paliativos dispensados aos idosos, recomenda-se planejamento de serviços de saúde mais apropriados e efetivos para atender às necessidades desse segmento da população. Nesse sentido, é importante enfatizar a abordagem integrada entre equipes de cuidados paliativos, equipes que prestam atendimentos especializados ao idoso e equipes que atuam na atenção primária à saúde⁽¹⁾.

Convém ressaltar ainda que, diante da preferência de famílias e doentes pelos cuidados paliativos serem dispensados no domicílio e devido à tendência de a família voltar a responsabilizar-se pelos doentes que estão morrendo, esse cuidado também tem se tornado competência necessária para os serviços de atenção primária à saúde⁽⁵⁾.

Um dos grandes potenciais da Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada como uma proposta de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da atenção primária à saúde, reside em sua capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias que estão sob sua responsabilidade, em situações em que elas podem se encontrar fragilizadas⁽⁶⁾, como diante de uma condição de saúde que ameaça a vida de um de seus entes.

No entanto, a prática e a literatura^(2,4,6) apontam que muitos profissionais ainda se sentem despreparados para desempenhar esse tipo de cuidado à família.

Em relação ao cuidado durante o processo de morrer no domicílio, constata-se que essa é uma experiência desgastante para os profissionais, principalmente pela falta de habilidade para lidar com famílias e pela falta de disponibilidade de recursos tecnológicos⁽⁷⁾.

Além disso, os cuidados de final de vida, no contexto comunitário, predispoem que os profissionais exerçam seu trabalho em um ambiente desafiador, no qual muitas vezes se deparam com a obrigatoriedade de tomarem decisões éticas e com a morte e o morrer⁽⁸⁾.

Já estudo sobre as barreiras que os médicos e os enfermeiros enfrentam para dispensarem o cuidado de final de vida para idosos, na Holanda, em serviços de atendimento domiciliário, evidenciou que esses profissionais encontram muitas dificuldades para acessar as necessidades dos doentes e dos familiares⁽⁴⁾.

Diante do despreparo dos profissionais para exercer esse cuidado na atenção primária à saúde, acredita-se ser importante conhecer sua experiência em relação ao desafio de cuidar de famílias que vivenciam a fase de final de vida de um ente idoso, na comunidade, já que, nesse processo, também está implícito o cuidado em um contexto de múltiplas perdas. Acredita-se que, para os profissionais, a morte do idoso também pode ser considerada uma perda, sobretudo quando eles mantinham estreito vínculo de proximidade emocional.

Além disso, poucas são as pesquisas que se preocupam em investigar a interação entre os profissionais e as famílias de pessoas que estão morrendo no domicílio⁽⁹⁾.

Este estudo, portanto, teve como objetivos: compreender o processo de cuidar de famílias de idosos em situação de final de vida para a equipe da ESF, identificar os significados que a equipe da ESF atribui à experiência de cuidar dessas famílias e construir um modelo teórico representativo da experiência.

Método

A pesquisa qualitativa visa trazer respostas para estudos sobre experiências, comportamentos, pensamentos, emoções e funcionamento de serviços de saúde⁽¹⁰⁾.

O interacionismo simbólico, adotado como referencial teórico, focaliza a natureza das interações, a dinâmica das atividades sociais entre as pessoas, os significados que elas atribuem aos eventos, os ambientes naturais em que vivem e as ações que desempenham⁽¹¹⁾.

Já a teoria fundamentada nos dados (TFD) foi definida como método para guiar a coleta, a organização

e a análise dos dados e denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas e sistematicamente inter-relacionadas, para formar uma estrutura teórica que explique fenômenos como aqueles relacionados às experiências de saúde/doença relevantes⁽¹⁰⁾.

O estudo foi realizado em seis das nove unidades de saúde da ESF de Botucatu, SP, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo.

No município do estudo, cada equipe da ESF é responsável pelo atendimento de até 4.000 pessoas que fazem parte da área de abrangência da unidade e é composta por um médico, um enfermeiro, quatro a seis auxiliares de enfermagem, quatro a oito agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais. Todas as unidades têm apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, acupunturistas, um médico geriatra, um médico ginecologista e obstetra, um médico psiquiatra, um médico pediatra e um médico homeopata para os atendimentos na própria unidade de saúde ou nos domicílios das famílias, periodicamente e sempre que necessário.

Fizeram parte do estudo os profissionais das equipes da ESF que atuavam diretamente junto a famílias de idosos em situação de final de vida (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que desejaram participar e que atuavam nesse cenário há, pelo menos, seis meses, para que tivessem acumulado certo tempo de experiência relacionada ao processo de trabalho na ESF e maior possibilidade de terem vivenciado situações de cuidado à família e ao idoso, durante o processo de morrer. Esses foram convidados pessoalmente, ou por meio de contato telefônico feito pela pesquisadora, ocasião em que eram explicados os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

Foram abordados quatorze profissionais e todos eles concordaram em participar. Desses, doze eram mulheres, de 23 a 50 anos de idade, sendo dois médicos, cinco enfermeiras, três auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Nas seis unidades de saúde, onde foi realizado o estudo, trabalhavam no total 84 desses profissionais. No entanto, o número de participantes foi se configurando em razão da análise de seus depoimentos, por meio da amostragem teórica, até que acontecesse a saturação dos dados, quando mais nenhum dado novo foi revelado e à medida que os conceitos identificados eram melhor compreendidos⁽¹⁰⁾.

Os dados foram coletados de janeiro a outubro de 2009, por meio de fotoelicitação e condução de entrevistas abertas, realizadas nas próprias unidades de saúde.

A fotoelicitação envolve o uso de fotografias para evocar comentários, memórias e discussões e é utilizada como uma das técnicas de estender os métodos convencionais de entrevistas⁽¹²⁾. Assim, as fotografias não consistiram em objeto de análise, mas a realização das imagens foi condição colocada aos profissionais para participarem do estudo. Foram emprestadas máquinas fotográficas para que cada participante realizasse dez imagens que representassem o cuidado à família e ao idoso em situação de final de vida, que consistiram no foco das entrevistas gravadas, que tiveram duração de 30 a 80 minutos.

As perguntas disparadoras das narrativas foram: conte-me o motivo pelo qual você escolheu estas imagens. De que forma elas representam, ou não, o cuidado à família e ao idoso em situação de final de vida? Conte-me uma situação na qual você teve a oportunidade de cuidar de uma família nessa situação. Como foi para você cuidar dessa família?

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com o método comparativo constante entre categorias, em busca de conceitos similares ou diferentes para revelar possíveis propriedades e dimensões, desenvolvendo-se a conceitualização teórica⁽¹⁰⁾.

Na primeira etapa da análise, *codificação aberta*, o texto de cada entrevista foi "aberto", fragmentado em pequenos trechos e examinado linha por linha, permitindo a identificação dos códigos. A seguir, os dados foram comparados em busca de similaridades e diferenças e agrupados sob conceitos mais abstratos, as categorias. Na segunda etapa da análise, *codificação axial*, as categorias foram relacionadas às suas subcategorias, com a finalidade de gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. A *codificação seletiva* constitui-se na terceira etapa da análise, onde se buscou integrar e refinar a teoria⁽¹⁰⁾.

Como a meta do projeto era a construção de uma teoria fundamentada nos dados, os resultados são apresentados como um conjunto de conceitos inter-relacionados por meio da redação de um enredo⁽¹⁰⁾, para a apresentação do modelo teórico explicativo do processo.

Nesse enredo, as categorias são apresentadas com a primeira inicial maiúscula. Cada categoria, por sua vez, é composta por subcategorias, que são apresentadas em itálico.

Ressalta-se que a coleta de dados iniciou-se mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

(Processo nº725/2008) e mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes⁽¹³⁾.

Resultados

As categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e das interações que compuseram o processo de cuidar de famílias de idosos em situação de final de vida, representado pela categoria central: superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer.

Esse processo é composto por quatro subprocessos que representam o significado simbólico da experiência para a equipe de saúde. Cada subprocesso identificado foi nomeado para formar as categorias: identificando a problemática da situação, planejando uma nova estratégia para o cuidar, manejando o cuidado e avaliando a sua trajetória de cuidado.

A integração entre as categorias e sua articulação com a categoria central permitiu a construção de um modelo teórico (Figura 1), que representa a experiência da equipe durante o cuidado nessa situação específica.

O modelo teórico possibilita visualizar como os subprocessos interagem de maneira não linear e, sim, em constante conexão no decorrer do processo.



Figura 1 – Diagrama representativo do modelo teórico superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer

O Modelo teórico

Superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer, trata-se do movimento empreendido pela equipe ao longo da experiência, cujo propósito é gerenciar o cuidado à família e preservar

a dignidade do idoso em situação de final de vida, na comunidade.

Considerando o contexto de extrema pobreza, característico das áreas periféricas, onde atuam as equipes da ESF no município e a falta de recursos tecnológicos para o cuidado, a experiência inicia-se com a equipe Identificando a problemática da situação, a partir do levantamento dos aspectos que ela considera problemáticos para que consiga acolher a família e o idoso. A equipe analisa a situação e a define como problemática e, por conseguinte, estressante, pois vai *identificando uma nova condição para o cuidado*: agora o idoso encontra-se em situação de final de vida e tal condição demanda cuidados especiais, diferentes daqueles oferecidos anteriormente. Ademais, o profissional reconhece que dependerá da ajuda da família para assistir integralmente o idoso que se encontra fragilizado e dependente.

Assim, *reconhecendo seu impacto emocional* ao perceber que cuidará da família e de um idoso cada vez mais fragilizado, o profissional se coloca no lugar de ambos, se compadece do seu sofrimento e se identifica com eles. Projeta-se no ciclo de vida e cuidar, nesse caso, também significa o profissional deparar-se com a sua própria velhice e finitude.

O impacto dessa problemática gera intenso estresse no profissional porque ele analisa a situação, *reconhecendo suas inabilidades* para o cuidado do idoso em final de vida e sua família: sente-se inseguro por não saber como agir ou diante da possibilidade de não ser capaz de dispensar o melhor cuidado à família.

Superando os desafios, contudo, para acolher a família e o idoso durante o processo de morrer, o profissional analisa a problemática da situação *identificando as oportunidades* que emergem a partir do vínculo estabelecido entre ele e a família. Isso possibilita ao profissional sentir-se responsável por dispensar tal cuidado.

Ainda assim, mesmo diante da oportunidade de honrar seu compromisso com a família, a equipe se dá conta de que não pode mais cuidar como cuidava anteriormente e se sente desafiada a traçar uma nova forma de trabalho, *Planejando uma nova estratégia para o cuidar*, no sentido de transpor os obstáculos para que consiga acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer.

Superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer, marcado pela qualidade de vida limitante para o idoso e para a família que vivencia o processo da perda, o profissional inicia o planejamento da nova maneira de cuidar, *definindo a família como objeto de cuidado em saúde*. Diante da iminência de

morte, reconhece que ela se trata de um único sistema no qual as partes estão interligadas e, por essa razão, se desgasta física e emocionalmente ao cuidar de seu ente idoso extremamente dependente. Traçando uma nova maneira de cuidar, a equipe busca acolher as urgentes necessidades da família e do idoso diante da iminência de morte, *priorizando o cuidado do idoso no final da vida e de sua família*. O profissional, temendo a morte do idoso, luta contra o tempo e agiliza os atendimentos de saúde necessários antes que a morte aconteça e disponibiliza à família, o mais rápido possível, os recursos existentes e o cuidado para que ela própria não adoça.

Planejando uma nova estratégia para o cuidar, os profissionais vão *antecipando possíveis articulações com a equipe e com outros serviços*. Eles imaginam como interagir com os demais integrantes da equipe e com os outros serviços de saúde para acolher as necessidades do idoso e da família e ampliar o acesso de ambos às ações em saúde. Eles também vivenciam a experiência *interagindo com o self*, refletindo sobre o significado da morte, sobre a dignidade do ser humano na velhice e sobre o processo de morrer. Isso ajuda a organizar os pensamentos desses profissionais para definir a morte e o morrer e, posteriormente, ajuda no gerenciamento do cuidado.

Consciente da necessidade de um corpo de conhecimento próprio que sustente sua avaliação clínica e suas intervenções com as famílias, o profissional ainda deseja obter um desempenho adequado para acolher o idoso e sua família, *procurando adquirir habilidades e conhecimento*.

A partir desse planejamento, a equipe vai Manejando o cuidado por meio de ações, emoções, como medo e tristeza e sensibilidade, que facilitam ou dificultam vivenciar o processo de morrer junto à família e ao idoso no final da vida e, ainda, transpor os desafios que compõem a experiência. Durante o manejo do cuidado, o profissional depara-se com desafios para acolher a família e o idoso, no processo de morrer e *identificando entraves para manter o fluxo de atendimento*, a equipe constata a falta de recursos humanos especializados e de alta tecnologia para o manejo de sintomas do idoso. Com isso, apresenta dificuldades em oferecer o cuidado que julga adequado e sente que limita o acesso do idoso às ações em saúde de maior complexidade tecnológica.

Manejando o cuidado, o profissional pode constatar que o idoso está mal cuidado pela família no domicílio e, *reconhecendo a influência das barreiras familiares sobre o seu cuidado*, acredita que essa inaptidão familiar para cuidar do idoso prejudica a interação da equipe com a família, fragiliza o vínculo estabelecido e torna mais difícil o cuidado compartilhado.

Superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer, o profissional maneja o cuidado com a intenção de ir *cuidando para que haja morte digna*, apesar de suas inabilidades para se comunicar com a família, quando deve prestar informações sobre o diagnóstico do idoso. Ainda assim, ele busca superar tais dificuldades e cuida amparando as decisões familiares, preparando a família para a perda, fortalecendo os vínculos entre seus membros e acolhendo durante o luto, após a morte do idoso.

O término da experiência de manejar o cuidado da família e do idoso no final da vida de um novo modo é representado pela equipe Avaliando a sua trajetória de cuidado, dependendo de como se sente ao final do processo. A consequência das interações e das ações empreendidas pela equipe é permeada por sentimentos de desgaste ou de reconhecimento profissional.

Nesse cenário, *sentindo-se derrotado pela morte e pelo cuidado*, aceitar a morte do seu paciente idoso, com quem apresentou estreito vínculo emocional, constitui um dos maiores desafios do profissional. Nesse caso, a morte tem um significado de derrota, pois acredita que não obteve êxito em sua luta pela vida e pela recuperação da saúde do idoso.

Essa combinação entre o intenso envolvimento emocional e o cuidado profissional impede a equipe de estabelecer limites profissionais com a família. Assim, superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer, também ocasiona o estresse na equipe, visto que ela se dedica com exagero às atividades de cuidar, fazendo pela família e pelo idoso tarefas que vão além da esfera profissional e, ainda, se cobra continuamente para oferecer o cuidado que considera ideal.

Desse modo, avaliando a sua trajetória de cuidado, a equipe identifica que também precisa ser acolhida e ter a oportunidade de verbalizar seus medos e angústias, com o propósito de se sentir fortalecida e acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer.

Por outro lado, quando o profissional é capaz de lidar com a perda do idoso, significando essa como parte do ciclo vital, vai *se sentindo mais reconhecido profissionalmente*. Nesse contexto, reconhece a perda da família, bem como a sua própria perda e verifica a necessidade de dar continuidade ao acolhimento da família enlutada.

Esse modo de cuidar requer o aprimoramento do trabalho em equipe, o que também se constitui em meio eficaz de lidar com a perda do idoso e trabalhar o luto por meio do compartilhamento de experiências e sentimentos entre os profissionais.

Superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer, o profissional encontra um novo sentido para o cuidado e se sente motivado para dispensar cuidado de melhor qualidade à família, honrando e cumprindo o seu compromisso com ela.

Desse modo, a equipe enfrenta as dificuldades que compõem a experiência no intuito de obter seu melhor desempenho profissional, acolhendo as necessidades biológicas e emocionais das famílias e buscando proporcionar dignidade aos idosos em situação de final de vida, ampliando, assim, o seu acesso às ações em saúde de forma integral, favorecendo melhor qualidade de vida mesmo durante o processo de morrer.

Discussão

A necessidade de estabelecer vínculos com a clientela assistida pelas equipes de saúde da família faz parte de uma das diretrizes que sustentam a Estratégia no país⁽¹⁴⁾, e essa diretriz também esteve fortemente presente no estudo, como condição fundamental para concretizar o acolhimento às necessidades da família e do idoso, durante o processo de morrer, e oferecer, portanto, cuidado integral.

A criação de um contexto no qual profissionais e famílias possam estabelecer uma relação de confiança depende do conceito de família para a equipe de saúde⁽⁶⁾. Como ela define a família sustenta e influencia as estratégias utilizadas para manter o vínculo e processar o cuidado.

A equipe reconhece que trabalhar no sentido de honrar os vínculos existentes com a família trata-se de uma oportunidade para estabelecer relação de confiança entre elas, sobretudo para superar o que considera um de seus maiores desafios: a inabilidade pessoal para reforçar a má notícia sobre a condição de saúde do idoso e da proximidade da morte.

O ato de comunicar uma má notícia é um momento potencialmente difícil e emocionalmente desgastante, dado que os profissionais precisam lidar com as possíveis fortes reações do doente e da família diante da notícia e, ainda, com suas próprias emoções e receios diante de sua própria finitude⁽¹⁵⁾.

O despreparo profissional para essa tarefa e a recusa em fazê-la adequadamente, entretanto, impedem familiares e doentes de terem um de seus direitos exercidos: o direito à informação. Ser informado sobre o seu estado de saúde, receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas e diagnósticos realizados constituem-se diretrizes da Política Nacional de Humanização no país⁽¹⁶⁾.

O vínculo conquistado por meio da comunicação aberta, em relação ao diagnóstico e ao processo de morrer, pode possibilitar à família tomar decisões e participar mais ativamente do processo de cuidado, tornando-se parceira da equipe e concretizando o cuidado compartilhado.

No âmbito do SUS, dá-se o nome de controle social à participação ativa dos pacientes e das famílias, constituindo-se um dos princípios assistenciais e organizativos que fundamentam a atenção primária em saúde e trata-se de condição essencial para a humanização do cuidado em saúde⁽¹⁶⁾.

Além de promover o exercício da cidadania por meio do controle social, a comunicação aberta com a família pode fazer com que ela se sinta acolhida. Esse acolhimento processa-se na essência do encontro entre o profissional e a família que vivencia a fase de final de vida de seu ente, permeado pelo envolvimento emocional e pela capacidade de o profissional identificar-se com a família⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, empatia envolve compreender os sentimentos da pessoa que passa por determinada situação, mas, também, a habilidade de o profissional demonstrar essa compreensão a ela, sendo, portanto, elemento essencial na interação entre eles para que se alcance a qualidade do cuidado dispensado⁽¹⁸⁾.

O desafio da empatia e do vínculo reside em equilibrar os sentimentos pessoais e as ações profissionais para não transpor limites e agir profissionalmente. O estabelecimento desses limites na interação ajuda a sustentar os profissionais no processo de cuidar, minimizando o impacto do estresse sobre eles⁽⁹⁾.

Ainda visando reduzir o impacto do estresse profissional, os gerentes e os supervisores da equipe de saúde têm papel-chave na criação de um ambiente que permita aos profissionais discutir as pressões⁽¹⁹⁾ e aumentar a satisfação no trabalho⁽²⁰⁾.

Por essa razão, é essencial que a equipe também seja acolhida para que, por meio de suas reflexões e significados atribuídos às experiências, supere os desafios e processe o acolhimento às famílias e aos idosos, durante o processo de morrer, garantindo, assim, a humanização do cuidado dispensado.

Considerações finais

A análise do processo identificou que oferecer o cuidado à família e ao idoso, durante o processo de morrer, significa o profissional superar desafios para alcançar seu melhor desempenho, acolhendo-os por meio de comunicação aberta, disponibilidade e manutenção do vínculo conquistado, oferecendo dignidade aos idosos em

situação de final de vida e às suas famílias, ampliando, assim, o seu acesso aos cuidados em saúde.

“Superando os desafios para acolher a família e o idoso, durante o processo de morrer” trata-se de uma teoria específica, por possibilitar a compreensão do processo de cuidar de famílias e de idosos na fase de final de vida, no contexto da ESF. Uma teoria formal, mais abrangente, pode ser gerada a partir de estudos que focalizem o processo de cuidar em múltiplos contextos, sob uma variedade de condições.

Apesar de alguns profissionais terem apresentado dificuldades de manejar o seu tempo para fazer as imagens fotográficas, acredita-se que esse recurso foi de grande valia para a ação de ajudá-los a relembrar eventos vividos e suscitar fortes emoções sobre suas vivências pessoais e profissionais envolvendo a morte e o morrer, possibilitando clarificar suas experiências de maneira mais profunda.

Os resultados permitem o avanço do conhecimento sobre o processo de morrer no contexto da atenção primária à saúde, mais especificamente na ESF.

Acredita-se que se faz urgente a formação dos profissionais para manejar o cuidado no nível da atenção primária à saúde, pois, com o crescente envelhecimento da população brasileira, é preciso ir além do manejo dos aspectos biológicos – há que se discutir a temática da morte, visto que há grande probabilidade de que ela aconteça no domicílio e quem estará na comunidade junto à família é o profissional que atua na ESF.

Também deve-se considerar que, no contexto deste estudo, o profissional constrói e se esforça para manter estreito vínculo emocional com família e com o idoso e, por esse motivo, quando o idoso morre, o profissional também sofre com a perda e precisa de tempo e espaço para trabalhar seu luto.

Referências

1. World Health Organization. Palliative Care for older people: better practices. [Internet]. Copenhagen; 2011 [acesso 3 jul 2012]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
2. Silva L, Silva MCLSR, Bousso RS. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Min Enferm.* 2010;14(1):52-8.
3. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. [Internet]. Geneva; 2002 [acesso 4 maio 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>.
4. Graaff FM, Francke AL. Barriers to home care for terminally ill Turkish na Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliat Care*

[periódico na Internet]. 2009 [acesso 14 jan 2011]; 8(3):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/8/3>

5. Munday D, Petrova M, Dale J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ.* 2009 2011 Jul 15;338: b2391. doi: 10.1136/bmj.b2391.
6. Silva L, Silva MCLSR, Bousso RS. Approaching the family in the family health strategy: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):1250-5. doi: 10.1590/S0080-62342011000500031
7. Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):655-61.
8. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics.* 2011;18(3):317-26.
9. Stajduhar KI, Funk LM, Roberts D, Cloutier-Fisher D, McLeod B, Wilkinson C et al. Articulating the role of relationships in access to home care nursing at the end of life. *Qual Health Res.* 2011;21(1):117-31.
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3rd ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2004.
12. Banks M. Dados visuais para pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2Supl):15-25.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Lallemand CZ, González SP, Ferrer TPC, López YD, Santiago MM, Mulet CM, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva.* 2010;21(1):11-9.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2006.
17. James I, Andershed B, Ternstedt BM. The encounter between informal and professional care at the end of life. *Qual Health Res.* 2009;19(2):258-71

18. Luce JM. End-of-Life decision making in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care Med.* 2010;182(1):6-11.
19. Hewinson A, Badger F, Clifford C, Thomas K. Delivering 'Gold Standards' in end-of-life care in care homes: a question of teamwork? *J Clin Nurs.* 2009;18(12):1756-65.
20. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Job satisfaction of nursing staff: integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(4):1047-55.

Recebido: 10.2.2012

Aceito: 3.12.2012

Como citar este artigo:

Silva L, Poles K, Baliza MF, Silva MCLSR, Santos MR, Bousso RS. Cuidar de famílias de idosos em final de vida na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: / /];21(1):[08 telas]. Disponível em: _____

URL

dia
mês abreviado com ponto
ano