

Cuidados Paliativos: O desafio do cuidado de idosos na terminalidade da vida

Márcia Constança Pinto Aderne Gomes¹

Michel Jean Marie Thiollent²

Resumo: O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da sociedade contemporânea e das políticas públicas. Este fenômeno está associado a um declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais, que demandam diferentes tipos de cuidado. Este artigo faz uma revisão sobre o cuidado, considerando que os conceitos têm em suas expressões uma série de aspectos filosóficos que devem ser discutidos e que podem contribuir para uma melhor compreensão das demandas trazidas por idosos na terminalidade de suas vidas. O cuidado necessita de um agente cuidador, que age na perspectiva de ultrapassar a questão técnica pois, como o cuidado só existe como uma inter-ação, uma co-existência e uma con-vivência, ele transcende o ato de cuidar para se tornar uma atitude de cuidar. É preciso identificar e buscar elementos no comportamento de cuidar que incluem receptividade, reciprocidade, conectividade, responsabilidade e compromisso. O cuidado do idoso nas suas necessidades por saúde apresenta diversos desafios. Talvez o maior deles esteja localizado no momento da terminalidade de sua vida, quando ele está ali, existindo, cheio de diferentes e novas necessidades, desejos, sonhos e medos.

Palavras-Chave: Idosos; Cuidados ; Terminalidade da Vida; Cuidados Paliativos.

Palliative Care: The challenge of care for the elderly in the termination of life

Abstract: Population aging is one of the greatest challenges of contemporary society and public policy. This phenomenon is associated with a decline in physical abilities, related to new psychological and behavioral fragilities that demand different types of care. This article reviews the care, considering that the concepts have in their expressions, a series of philosophical aspects that must be discussed and that can contribute to a better understanding of the demands brought by the elderly in the terminality of their lives. Care requires a caring agent, who acts in the perspective of overcoming the technical issue because, as care only exists as an interaction, a coexistence, and a coexistence, it transcends the act of caring to become one caring attitude. It is necessary to identify and look for elements of caring behavior that include receptivity, reciprocity, connectivity, responsibility, and commitment. The care of the elderly in their health needs presents several challenges. Perhaps the greatest of them is located at the moment of the termination of their life, when it is there, existing, full of different and new needs, desires, dreams, and fears.

Keywords: Elderly; Care; Life Terminality; Palliative Care.

¹ Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (1982), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2005), doutorado em Administração pela Universidade do Grande Rio (2017) e possui título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Atualmente é Chefe do Serviço de Atenção Integral à Saúde do C.M.S. Maria Augusta Estrella - Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. marconstanci@hotmail.com

² Formado em Desenvolvimento Econômico e Social - Institut d'Etude du Développement Économique et Social (1969), mestrado em Développement Économique et Social - Université de Paris I (Panthéon-Sorbonne) (1971) e Doutorado em Sociologia - Université de Paris V (René Descartes) (1975). Atualmente é Professor Adjunto do PPGA - Programa de Pós-Graduação em Administração da UNIGRANRIO. Ex-Professor associado 3 (aposentado) da Universidade Federal do Rio de Janeiro/COPPE. m.thiollent@gmail.com

Introdução

O aumento da esperança de vida ao nascer é a grande conquista da população brasileira na última metade do século XX. A redução da mortalidade entre a população idosa, trazendo uma população com mortalidade mais próxima dos 100 anos no século XXI, coloca questões importantes para políticas públicas e gestão de cuidados para os longevos e no momento da terminalidade de suas vidas

O processo de cuidar configura uma ação dinâmica entre o ser que cuida com o ser que é ou será cuidado. Historicamente, a atividade de cuidar, seja de crianças ou de idosos, tem sido predominantemente feminina, porém o modelo de família mudou em função das transformações estruturais socioeconômicas. Neste sentido, encontramos uma sobrecarga das mulheres, em virtude da sobreposição das tarefas do trabalho e da família, a desvalorização das atividades de cuidar, a falta de políticas de suporte ao cuidador informal e o deslocamento do cuidado, que antes estava na esfera doméstica e familiar (cuidado informal) para a esfera pública o que resulta em uma demanda cada vez maior de cuidadores formais (CAMARANO; MELLO, 2010; PASINATO; KORNIS, 2010; NERI, 2010; KÜCHEMANN, 2012).

A ruptura entre trabalho e cuidado existe desde a mais remota Antiguidade, com severas consequências para os seres humanos. No trabalho, a busca frenética da produção e da eficácia começou lentamente, mas se intensificou nos últimos séculos, a partir da industrialização, caracterizando-se pelo modo-de-ser-no-trabalho como intervenção, produção e dominação. O cuidado foi difamado como empecilho à objetividade na compreensão e como obstáculo à eficácia (BOFF, 2012). Para o autor, o resgate do cuidado é necessário e deve-se entender de forma diferente o trabalho, pois há nos seres humanos, o sentimento, a emoção, o envolvimento, a capacidade de afetar e de ser afetado

No livro *A solidão dos moribundos*, Norbert Elias aborda como os indivíduos e a sociedade moderna evoluíram, e nos traz à reflexão os motivos pelos quais se instala nas pessoas certo sentimento de constrangimento, medo e embaraço em relação a tudo que lembre o fim da vida. Ele avalia que somos, atualmente, muito mais sensíveis em relação ao sofrimento e ao espetáculo da morte do que os homens e mulheres que viveram na Antiguidade e na Idade Média. “Se compararmos aos da Antiguidade, nossa identificação com outras pessoas e nosso compartilhamento de seus sofrimentos e morte aumentaram” (ELIAS, 2001, p. 9).

Segundo o autor, a “aversão” dos adultos contemporâneos a tudo aquilo que esteja relacionado à morte remeteria a nossos medos e fantasias da infância, que são em geral assustadores. Como consequência, muitas pessoas, especialmente os idosos, teriam secretamente sofrimento, medo e até terror da morte, que podem ser tão intensos quanto a dor física de um corpo em deterioração. Assim, o movimento de encobrir a morte seria uma tendência natural e muito antiga da sociedade, e essa sociedade poderia viver mais tranquila sob a fantasia da imortalidade ou de outra vida em outra dimensão. O autor conclui que o pior pesadelo não é a morte da pessoa (pois ela estaria morta), mas a vivência da perda para os próximos do morto e a solidão daqueles que se encontram muito próximos da morte (os moribundos); assim, à medida que fôssemos envelhecendo, mais próximos nos tornaríamos da morte (ELIAS, 2001, p. 77).

Só os humanos podem construir o mundo a partir dos laços afetivos, pois eles tornam as pessoas e as situações valorosas e preciosas (BOFF, 2012). Nesta perspectiva, Figueiredo (2012) identifica, como agente de cuidados, aquele que exerce sua função como presença implicada, comprometida e atuante. Como seres humanos vivendo em sociedade, cabe a todos as atividades de cuidar, mas estas fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais da área de saúde e da educação.

O cuidado

“Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil.”

A presente discussão se inicia a partir desta antiga fábula de Higino. Ela tem sido utilizada por alguns autores na discussão do cuidado, dentre eles o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976), ao escrever o livro *Ser e Tempo*, em 1929, e dedicar um capítulo à discussão sobre o cuidado como ontologia do ser humano. (AYRES, 2001, 2009; BOFF, 1999, 2012; WALDOW, 2004).

Nesse tratado, Heidegger reinterpreta a fenomenologia como ciência da consciência, onde é permitido ver o fenômeno como aquilo que se mostra por si mesmo, fazendo com que a fenomenologia adquira um porte ontológico (NUNES, 2010, p.11). Ao eleger como chave principal de *Ser e tempo*, o conceito de *Dasein*, o autor não se referia explicitamente ao homem, e sim ao “*Dasein*”, termo alemão que, embora signifique simplesmente “existência”, é geralmente traduzido como “Ser-aí”. O Ser-aí é, aquele ente capaz de se perguntar sobre e interpretar o ser. *O Ser-aí ou o Ser-aí-no-mundo* é a tradução portuguesa do termo alemão *Dasein*, é o ente que compreende o ser na sua existência e a entende como sua possibilidade de “ser ou de não ser si mesmo”. Para Heidegger, “existir é interpretar-se” (NUNES, 2010, p.12-3).

Heidegger utiliza a fábula “para argumentar acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana” (AYRES, 2009, p.43), e afirma que é possível ver o “Cuidado como aquilo que pertence a presença humana, enquanto vive”, pois, o ser-no-mundo tem a modelagem do cuidado, ele compreende um corpo e um espírito. Seu nome – homem deriva da sua origem (terra – húmus) e sua existência estão condicionados ao “tempo” (Saturno – o árbitro da disputa revelada na fábula), ou seja, o modo de ser está determinado por seu “curso temporal no mundo” e só existe no mundo pelo cuidado (HEIDEGGER, 2013, p.266).

Em outras palavras, cuidar e ser cuidado constitui uma questão central na vida de todos, enquanto vivemos. Nossa existência no mundo e no tempo (de vida) alterna a condição de cuidar e de ser cuidado nas diversas fases de vida e nos múltiplos relacionamentos que estabelecemos, sejam familiares, sociais ou profissionais.

Desde o nascimento, passando pela infância, adolescência, idade adulta e velhice, os seres humanos passam por procedimentos próprios de cada cultura, cada sociedade e cada época, que embora diferentes, se caracterizam por algumas dimensões universais. Existem procedimentos ritualizados de “salvação” e ri-

tos de passagem para cada fase com o fim de reposicionar o sujeito entre seus pares e semelhantes, sobre o mesmo solo e debaixo do mesmo céu (ou dos mesmos deuses) visando à salvação de suas almas. E visando ao bem-estar do seu corpo, outros procedimentos colocam-se no campo do que hoje em dia denominamos como “tratamento”, pois, atualmente, a ciência e as técnicas assumiram o comando com o objetivo de assegurar ou promover sua integridade física e mental, e seu ingresso e participação na comunidade dos homens.

No entanto, existem infinitas ações de cuidado que não estão relacionadas à salvação da alma e nem ao bem-estar do corpo. Esta dimensão, que pode ser chamada de ética, apresenta uma disposição do mundo humano em receber novos membros e são decisivas no “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência desde o nascimento até a morte (FIGUEIREDO, 2012).

O cuidado implica também algum tipo de “responsabilidade e compromisso”; significa aproximar-se, estar presente e valorizar o outro na sua individualidade (KÜCHEMANN, 2012, p.165). Noddings identifica elementos no comportamento de cuidar que incluem receptividade, reciprocidade e conectividade, mais comumente encontrados na população feminina (NODDINGS, 1984 apud WALDOW, 2004).

As práticas de cuidado em saúde também são relacionais e apresentam em seu bojo uma dimensão ética e de respeito, que deve ser exercida na escolha compartilhada entre “ser cuidador” e “ser cuidado”. (AYRES, 2001). De acordo com esse autor, quando se decide assumir a promoção de saúde como meta, o restabelecimento do bem-estar físico e psíquico, assim como a prevenção e controle de doenças, passam a ser insuficientes para avaliar as práticas de saúde, porque esses padrões se prendem ao conjunto de procedimentos que não esgota as possibilidades do cuidado.

Para Mayeroff (1971 apud WALDOW, 2004), o cuidado constitui-se de um processo, um modelo de se relacionar envolvendo confiança mútua e provocando transformações durante o relacionamento. O autor apresenta elementos essenciais para o cuidado, que denomina de “ingredientes do cuidar”. São eles: **Conhecimento** (é necessário conhecer o outro); **Alternar ritmos** (o “ir e vir”, a modificação de comportamento visando a melhor forma de ajudar o outro); **Paciência** (dar o tempo necessário para ele e para o outro se ajustarem); **Honestidade** (ver o outro como ele é, e não como gostaria que ele fosse); **Confiança** (confiar no outro em seu ritmo e sua forma); **Humildade** (sempre há algo a aprender); **Esperança** (o presente vivido na medida do possível); **Coragem** (abraçar o desconhecido).

Os elementos constituintes do cuidado remetem a uma prática – a da moldagem da argila em direção a uma construção do “projeto de felicidade” (AYRES, 2009), em termos da saúde. Esses elementos conjugados são vetores que permitiriam que o “êxito técnico” fosse extrapolado, pois abarcam também momentos de atenção, zelo e de desvelo.

Para Boff (1999, p. 34), cuidar “é mais que um ato, é uma atitude”. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado é uma “precondição para que algo possa existir e subsistir”, uma forma de amor, porque o ser humano precisa cuidar do outro para expandir sua humanidade, exercer sua liberdade e mostrar suas possibilidades (BOFF, 2012, p.64). O autor distingue duas significações interligadas entre si, a saber: “a atitude de desvelo, solicitude e de atenção para com o outro e a preocupação e inquietação porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro” (BOFF, 2012, p.91-2).

Boff (2012) identifica dois modos de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado. O modo de ser-no-mundo pelo trabalho se dá na forma de inter-ação e de intervenção, em uma relação sujeito-objeto. No cuidado a relação é sujeito-sujeito, experimentando seres como sujeitos e como valores, em coexistência com todos os outros em uma relação de con-vivência; não sendo pura intervenção, mas inter-ação e comu-

nhão. Segundo o autor, o maior desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado, pois ambos se limitam mutuamente e ao mesmo tempo se complementam, constituindo a totalidade da experiência humana ligada a materialidade e espiritualidade.

Assim, o trabalho do cuidado aos idosos se materializa no somatório de um grande número de cuidados parciais e cada parte e o próprio conjunto possuem uma dimensão ampla e fundamental que existe ontologicamente, pois o cuidado é próprio do ser e relativo ao ser em si mesmo (HEIDEGGER, 2013). O cuidado necessita de um agente cuidador (FIGUEIREDO, 2012), que age na perspectiva de ultrapassar a questão técnica (AYRES, 2001) pois, como o cuidado só existe como uma inter-ação, uma co-existência e uma con-vivência (BOFF, 2012), ele transcende o ato de cuidar para se tornar uma atitude de cuidar. Por essas considerações, já podemos perceber o quanto o cuidado se apresenta como um grande desafio para o ser cuidador e o ser cuidado.

O cuidado e a terminalidade da vida

Os idosos são potenciais demandantes de cuidados, pois o aumento da expectativa de vida está relacionado à possibilidade do aparecimento de doenças degenerativas e crônicas que os tornam mais dependentes de algum tipo de ajuda e de cuidado e é cada vez mais frequente a demanda por cuidados paliativos a idosos na terminalidade de suas vidas nas unidades de saúde.

A OMS, em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, define Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem que melhora a qualidade da vida dos pacientes e suas famílias diante do problema associado à doença potencialmente fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2004).

Segue detalhamento realizado pela OMS, em virtude de reconhecermos sua importância e atualidade:

Cuidado Paliativo:

Proporciona alívio da dor e outros sintomas angustiantes;

Afirma a vida e considera a morte como um processo normal;

Não pretende nem acelerar nem adiar a morte;

Integra os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente;

Oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte;

Oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença do paciente e em seu próprio luto;

Usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

Irá melhorar a qualidade de vida, e também pode influenciar positivamente o curso da doença;

É aplicável no início da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para compreender melhor e gerenciar complicações clínicas angustiantes (WHO, 2007, p. 3).

O desafio mais importante está em determinar como as necessidades dos pacientes são definidas e avaliadas. Os cuidados paliativos começam a partir do entendimento que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos e cultura, e é digno de respeito como um indivíduo único. Este respeito inclui dar o melhor da assistência médica disponível, para que possam utilizar de seu próprio tempo de forma adequada, e pressupõe a ação interdisciplinar de uma equipe, para que se possa assisti-lo de forma integral, compartilhando demandas e responsabilidades (WHO, 2004; HERMES; LAMARCA, 2013; CATANIA et al., 2015; BURLÁ; PY, 2005; 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

O processo de morrer ocorre de diferentes modos e, embora certos aspectos da assistência, incluindo o controle da dor e a autonomia percebida, sejam importantes, outros aspectos psicossociais da morte podem ser considerados igualmente importantes para os pacientes (CATANIA et al., 2015; BURLÁ; PY, 2005; 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Algumas pessoas estão mais preocupadas sobre sintomas físicos como dor; outros, pelo efeito que a doença tem sobre sua vida cotidiana. Outros podem ficar angustiados pela incerteza da sua situação, por motivos religiosos ou espirituais, ou pelos efeitos de sua doença em sua família. Outros aspectos de uma boa morte, do ponto de vista do paciente e de seus cuidadores, incluem resolver as pendências e frustrações, estar em paz com Deus, ter família presente e estar mentalmente consciente (HERMES; LAMARCA, 2013; CATANIA et al., 2015; BURLÁ; PY, 2005; 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Assim, os Cuidados paliativos se configuram como um complexo sistema de cuidados multidisciplinares e interdisciplinares que envolvem o manejo de questões biomédicas, psicológicas, sociais e espirituais para o idoso e sua família/cuidador.

Como uma questão central na vida de todos, e entendendo que existem infinitas ações de cuidado que são decisivas no “fazer sentido” na vida e nas vicissitudes da existência da pessoa idosa que é cuidada, principalmente no momento da terminalidade de sua vida, precisamos identificar e buscar elementos nesse comportamento de cuidar que incluem receptividade, reciprocidade, conectividade, responsabilidade e compromisso. Um cuidado que extrapola as questões relativas ao “êxito técnico”, em que o restabelecimento do bem-estar físico e psíquico e controle de doenças passam a ser insuficientes para avaliar as práticas de saúde; onde ingredientes do cuidar, como conhecimento, a alternância de ritmos, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem (MAYEROFF, 1971 apud WALDOW, 2004) precisam estar presentes.

O processo de morrer e de cuidar: O caso de Dona Geralda e sua filha³

No final de dia longo de atendimento, recebemos em nosso consultório a Sra Geralda, sua filha Débora e a neta Renata⁴.

Dona Geralda, de 75 anos, muito emagrecida, pele amarelada e com o abdome muito distendido, fala baixinho e quase sem forças. Débora explica que trouxe sua mãe para cuidar dela, pois onde ela mora, os recursos são precários. Dona Geralda começou a “passar mal” cerca de 20 dias atrás, estava com muita dor e vomitando sem parar. Foi levada ao hospital local, foi examinada, medicada e realizou alguns exames de sangue e uma tomografia computadorizada de abdome. O médico que a atendeu no hospital orientou

³ O texto apresentado faz parte de minha tese de doutorado que buscou conhecer e relatar o cotidiano das práticas de saúde de uma unidade de atenção primária à saúde do SUS para pacientes idosos (GOMES, 2017). A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil sob CAAE: 51358415.5.0000.5283 e apresentada aos Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO tendo obtido aprovação para sua realização.

⁴ Nomes fictícios

a família a buscar uma vaga de internação no Instituto Nacional de Câncer (INCA), através do posto de saúde mais próximo de sua residência. Como as irmãs de Débora não conseguiram encaminhamento, pediram que ela fosse buscar a mãe e tentasse a internação no município de Rio de Janeiro. Débora nos entregou uma folha de receituário com o nome de Geralda e o pedido de internação no INCA, os exames de sangue e o filme da TC.

Escutamos as queixas relativas aos sintomas que ela apresentava, examinamos D. Geralda, vimos os exames de sangue e o filme da TC. Perguntamos se o médico havia dito qual era o problema de D. Geralda. Não, a própria e ninguém da família tinha sido informado sobre diagnósticos possíveis e condutas.

Pedimos à neta que levasse D. Geralda para beber água. Após a saída delas, perguntamos mais uma vez se o médico que fez o encaminhamento para o INCA havia dito algo alguma coisa para a família e mais uma vez escutei uma resposta negativa. Então, após explicar o conjunto de sinais e sintomas que ela estava apresentando, o que pude observar no exame físico e discutir os resultados dos exames laboratoriais e mostrar na TC, uma imensa massa que se alojava na região do fígado da paciente, informamos que possivelmente se tratava de uma grande massa tumoral – um câncer –, e que era necessário ter em mãos para anexar ao encaminhamento, a cópia do laudo da TC. Ela se assustou... chorou por alguns minutos e se comprometeu em buscar o laudo no dia seguinte. Conversamos mais um pouco, e após termos combinado a finalização do preenchimento do documento de encaminhamento, prescrevemos alguns sintomáticos para dor e vômitos, demos algumas instruções sobre alimentação, solicitando que não fosse discutida a doença com D. Geralda nesse momento, pois ela precisava “entender tudo o que estava acontecendo para depois conversar com a sua mãe”. Concordamos e nos despedimos.

Conforme o combinado, no dia seguinte, a neta de D. Geralda trouxe o laudo, finalizamos o preenchimento do encaminhamento e solicitamos ao diretor técnico da unidade que submetesse o pedido no SISREG de imediato. A consulta no INCA foi realizada na semana seguinte e ela ficou em acompanhamento clínico naquele serviço.

D. Geralda passou por todos os processos de diagnóstico, exames e de enfrentamento da morte. A partir daí, ela sempre soube de tudo e participou de todas as decisões referentes ao seu problema. O diagnóstico de neoplasia de fígado se confirmou e, devido ao estado adiantado da doença, não seria feita nenhuma medida muito invasiva e/ou agressiva do ponto de vista farmacológico. Mas era necessário continuar a cuidar de Dona Geralda no domicílio, e ela foi acompanhada por uma equipe de Cuidados Paliativos do INCA.

Após dois meses, no final da tarde, alguém bate na porta do consultório. Ao atender à porta, encontramos Débora. Ela veio comunicar o falecimento da mãe, ocorrido há cinco dias antes. Ela nos falou um pouco de sua experiência de cuidar de sua mãe, dos sentimentos contraditórios que experimentou e de como isto afetou sua vida. Ela nos contou que era a filha caçula, e que tinha mais seis irmãos. Ela não foi criada por D. Geralda que, por entender não ter condições de criar tantos filhos, a “havia dado” para ser criada pela sua madrinha. Aos quinze anos, Débora descobriu o fato e sempre se sentiu muito magoada pela “rejeição da mãe”. Quando recebeu o telefonema das irmãs, confessou que “pensou duas vezes” antes de socorrer a D. Geralda, mas “acabou indo buscá-la porque não se nega ajuda a quem sofre”. Quando a trouxe para cuidar e morar com ela, no início ficou muito confusa em ter que conviver com uma pessoa que era praticamente uma estranha. Entretanto, aos poucos foi percebendo a “grande oportunidade de fazer as pazes com o seu passado”. Disse-nos muito emocionada que teve a chance de conhecer, perdoar e amar sua mãe, e que também percebeu que D. Geralda se “perdoou a si mesma e se permitiu amar” Débora. Que apesar da dor da perda, estava “feliz pela oportunidade do reencontro com a mãe”.

A omissão de informações referentes ao caso de D. Geralda, no começo de sua busca por cuidados, é uma situação que encontramos ainda com muita frequência nos serviços de saúde. A dificuldade de comunicar a notícia de uma doença grave, com sérias consequências para a própria doente e sua família, pode ser uma tarefa difícil e estressante para muitos médicos e nem sempre é realizada de maneira adequada (LINO et al., 2011).

Verificamos, no caso acima descrito que o cuidado foi realizado pela equipe de Cuidados paliativos do INCA (cuidadores formais) e por seus familiares e que não estava relacionado apenas ao êxito técnico (alívio da dor, manutenção da qualidade de vida). Mesmo difícil e doloroso, foi necessário o enfrentamento de notícias que alteraram a perspectiva do paciente sobre sua própria existência. Diante do cenário de um futuro incerto e preocupante, o paciente idoso, seus familiares e profissionais assistentes precisaram compartilhar decisões sobre tratamentos pertinentes e disponíveis, e atentar para que mudanças de decisões também poderiam ocorrer na eminência da morte (BURLÁ; PY, 2005, 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

A assistência a Dona Geralda se orientou em direção ao cuidado na sua dimensão mais ampla, integrando aspectos psicológicos e espirituais na assistência e proporcionando um resgate da relação mãe-filha. As atitudes de profissionais e dos familiares cuidadores e altruístas, principalmente sua filha - Debora, foram paradigmáticas de uma atitude de o-modo-de-ser-no-mundo (Boff) pelo cuidado, ficando muito clara a presença implicada, comprometida e atuante de cuidadores, repleta de respeito a história de vida de Dona Geralda.

Considerações finais

O envelhecimento é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade. Os fenômenos do envelhecimento e da velhice e na determinação de quem seja idoso são muitas vezes considerados como referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física. No entanto, o ser humano idoso tem várias dimensões – biológica, psicológica, social, espiritual e outras – que devem ser consideradas a aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo para que se possa oferecer um cuidado mais integral (SANTOS, 2010; CIOSAK et al., 2011).

Considerando que os serviços de saúde são procurados por idosos, devemos conhecê-los, para ter a possibilidade de construir projetos terapêuticos personalizados. Entender que o cuidado é relacional e é uma atitude repleta de ética e responsabilidade, uma inter-ação, uma complexa trama de saberes, atos, procedimentos, com um profundo respeito pelo ser cuidado.

É importante aprender a trabalhar em equipe e tentar se colocar no lugar do outro para compreender ações, falas e limitações e, principalmente, intermediar conflitos. Entender que existem diversas dificuldades para serem enfrentadas e que sozinhos não conseguiremos enfrentar todos os problemas de saúde dos idosos, e que devemos envolver outros profissionais e a própria comunidade nas ações de saúde.

Conviver e acompanhar idosos nas suas necessidades por saúde apresenta diversos desafios. Talvez o maior deles esteja localizado no momento da terminalidade de sua vida, quando aquilo que ele é, matéria, espírito, corpo e mente, está ali presente “sendo-no-mundo”, em um tempo que vai se esgotando. E ele está ali, existindo, cheio de diferentes e novas necessidades, desejos, sonhos e medos – e precisamos (deveríamos) estar presentes, receptivos e conectados.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999
- _____. *O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- BURLÁ, C.; PY, L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. *Revista de Bioética*, v. 13, n.2, 2005.
- _____. Cuidados paliativos: Ciência e proteção ao fim da vida. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-3, jun 2014.
- CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- _____. *Novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CATANIA, G. et al. Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: a systematic review. *Palliative Medicine*, v. 29, n. 1, p. 5-21, 2015.
- CIOSEK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. esp 2, p. 1763-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>. Acesso em 14 fev 2014.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*. Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Fapesp, 1999.
- ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2012. 232p.
- FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.7, p.3241-3248,2011.
- FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP, 2009.
- GOMES, M.C.P.A. Os idosos no serviço de atenção primária à saúde: contribuições para a gestão de uma unidade no SUS. Tese (doutorado em Administração) Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais e Aplicadas. Rio de Janeiro, 2017.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013
- HERMES, H.R.; LAMARCA, I. C. A.; Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Set.2013 >. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:20nov.2016.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Homepage na internet. Disponível em: <www.ipea.gov.br> Acesso em: 6 jan 2014.
- KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr 2015.
- LINO, C. A. et al. Uso do Protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Re-*

vista Brasileira de Educação Médica, v.52, n. 1, p. 52-57, 2011.

NERI, A. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do Fibrá Campinas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados paliativos*. (Control Del câncer: aplicación de los conocimientos; guía de La OMS para desarrollar programas eficaces. Organización Mundial de La Salud: Ministerio de Sanidad y Política Social de España/OMS, 2007.

PASINATO, M.; KORNIS, G. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: a experiência internacional. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. *Saúde da pessoa idosa: gerenciamento de cuidados para a atenção integral à saúde da pessoa idosa*. Secretaria da Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa; Escola Municipal de Saúde. São Paulo: SMS, 2015. 158p.

SANTOS, S. S. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-9, nov-dez 2010.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.155-168, jan-mar 2008.

WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo*. Petrópolis: Vozes, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative Care: the solid facts*. Denmark: WHO, 2004 Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf. Acesso em: 01 nov 2016.

_____. WHO definition of palliative care. Geneva: WHO, 2007. Disponível em:<<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em:01 nov.2016.

_____. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life> HYPERLINK “<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>”e-care. Acesso em:01 nov 2016.

Recebido em 31/10/2017

Aceito em 19/03/2018