



## Cuidado de idosos institucionalizados: o desafio da integralidade

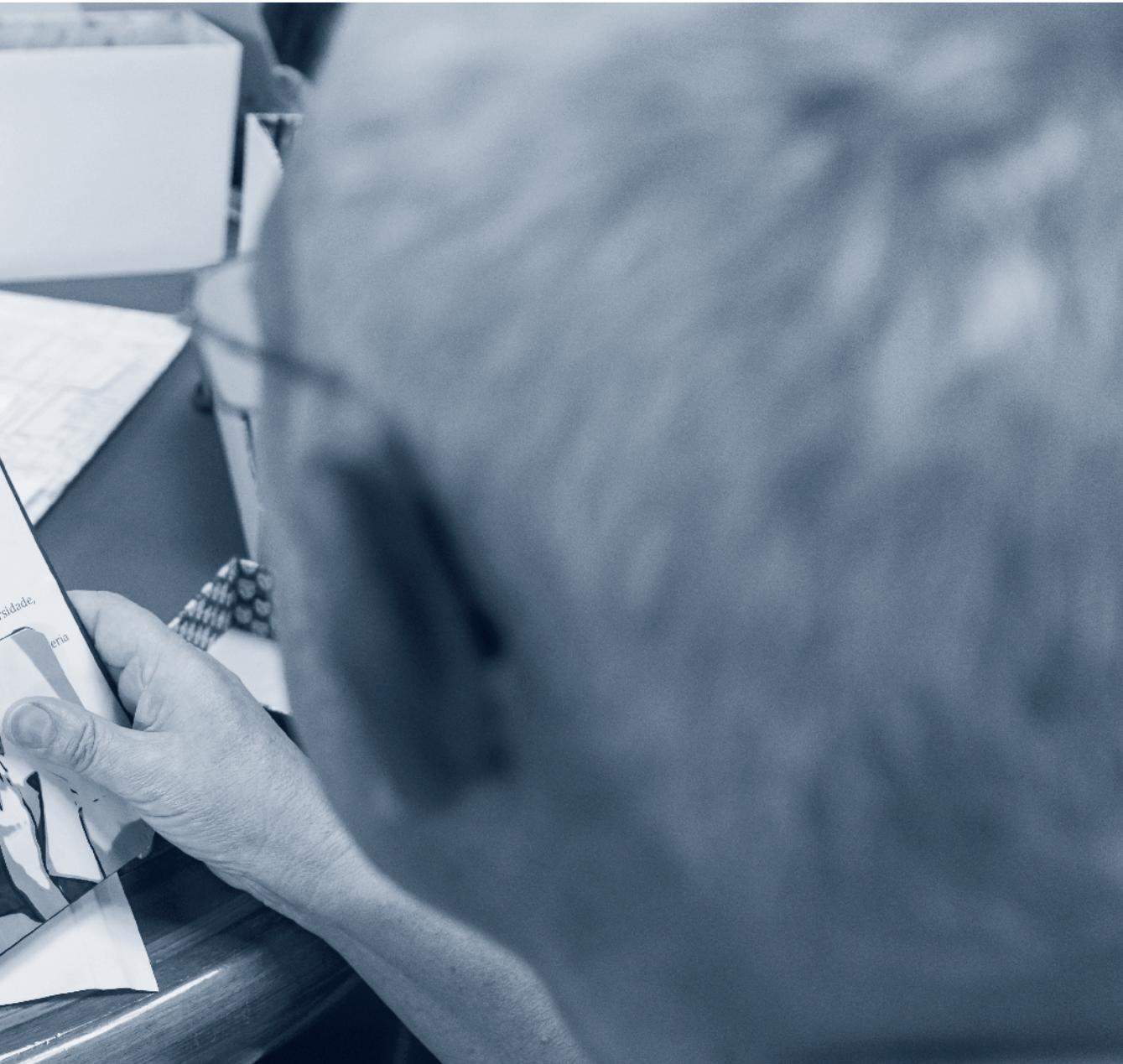
[Artigo 2, páginas de 24 a 39]





**Michelle Bertóglia Clos**

*Assistente Social, Mestre em Educação pela UFRGS, Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUCRS, Docente e Coordenadora Adjunta do Curso de Serviço Social da ULBRA. Diretora Técnica da Senescentis.  
michelleclos@gmail.com*



**RESUMO**

O presente artigo tem como objetivo socializar um conjunto de dados e de análises referentes ao cuidado, no fim da vida, de idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa cujo objetivo geral é compreender como vêm sendo implementados os cuidados no fim de vida em Instituições de Longa Permanência para Idosos na região metropolitana de Porto Alegre. Foram entrevistados 19 sujeitos do corpo técnico e 9 responsáveis pelos idosos institucionalizados. As entrevistas foram transcritas e os dados foram submetidos à análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2007). A partir da categoria central integralidade, buscou-se identificar qual era a percepção de cuidado dos entrevistados. Considerou-se, enquanto unidades de contexto, os conteúdos relativos à percepção sobre o cuidado, equipe e atendimento. Como resultados, observou-se a frágil compreensão com relação ao termo integralidade, o atendimento centrado em conhecimentos empíricos, em critérios pessoais e subjetivos sobrepondo-se à capacitação profissional no atendimento aos idosos. Sendo assim, a compreensão da integralidade, conforme proposta para as políticas de saúde, está distante do ambiente das ILPIs.

**Palavras-chave:** Integralidade; cuidados no fim da vida; idosos.

**ABSTRACT**

*This article aims to socialize a set of data and analyzes for research "care at end of life of institutionalized elderly." The research is central issues "such as care at end of life has been implemented in long-stay institutions in the metropolitan region of Porto Alegre? "And general objective is to conduct a study regarding the implementation of care at end of life in institutions of for the Aged in the metropolitan region of Porto Alegre. And a study of qualitative and descriptive and data analysis will be the content analysis method proposed by Bardin (2007). Having chosen the theme category Completeness, it was considered as context units, for example, the contents on the perception of care, staff, service. We analyzed the frequency with which the context units were located in the interviews and from the speeches was correlated analysis of the researcher with other related studies. As a result there was a fragile understanding regarding the term completeness, care centered on empirical knowledge and the personal and subjective criteria overlapping the professionalism in elder care .Therefore, understanding the completeness according to the proposal for health policies is far from the ILPIs environment.*

**Keywords:** Completeness; care at the end of life; old people.

## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho é um recorte temático da minha tese de doutorado, defendida em 2016, que teve em seu bojo uma análise sobre o fim de vida de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI). É possível afirmar que o campo das ILPIs é vasto, e, mesmo considerando que estudos (CAMARANO, 2010; SIMÕES, 2013) estão mais frequentes sobre o tema, existem lacunas no conhecimento do que se desenrola nestas instituições (CLOS, 2010). Dentre estas lacunas estão os cuidados de fim de vida, bem como a integralidade, enquanto estratégia para promoção da qualidade de vida (e qualidade do processo de morrer) dos idosos residentes neste tipo de instituição.

## **O CUIDADO EM PERSPECTIVA**

Cuidar é uma palavra com origem no latim *cogitare*, que tem por significado ‘imaginar’ ‘pensar’, ‘meditar’, ‘julgar’, ‘supor’, ‘tratar’, ‘aplicar’ a atenção, ‘refletir’, ‘prevenir’ e ‘ter-se’. Cuidar é o ‘cuidado’ em ato (PINHEIRO, 2009a). É no campo das subjetividades, contradições e totalidades que o cuidado emerge enquanto uma categoria importante para análise, e, também, enquanto um ato que envolve dedicação e compromisso com o outro. Há diferentes modos de defini-lo, pois poderá variar de acordo com a implicação de cada ator nesta tarefa:

Por cuidado formal, entende-se aquele que envolve atendimento integral ao idoso em ILPIs 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.

O cuidado enquanto uma filosofia também é pertinente e nos remete ao conceito de *hospice* (FLORIANI& SCHRAMM, 2010), não como um local físico, mas como uma filosofia que inclui o paciente idoso durante seu processo de finitude e morte, como também sua família e seus cuidadores. Esta filosofia é pouco percebida em ILPIs no Brasil, e

é um desafio deste estudo propor uma reflexão sobre isto, uma vez que são nas ILPIs que o final da vida é evidentemente mais próximo para as pessoas que envelhecem. Conceituando,

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ILPIs 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 (CAMARANO, KANSO, 2010).

Dados do censo do IBGE, de 2010, referem que 0,8% da população idosa reside em domicílios coletivos (ILPIs, hotéis, conventos, presídios, etc.), na região sul do Brasil. Isto equivale a 19 mil idosos e, na cidade de Porto Alegre, o percentual é de 1,9%, 3.061 pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2010).

Podemos afirmar que a temática referente aos cuidados no fim da vida é bastante significativa no âmbito da gerontologia social, sobretudo quando associada à questão do processo de morrer e há necessidade de aprofundamento de estudos que relacionem estes dois aspectos no contexto das instituições de longa permanência.

No campo conceitual, os cuidados em fim de vida referem-se às pessoas com “morte anunciada”, em que ela é previsível e há um conhecimento prévio de sua chegada. Ou seja, há a presença de uma doença refratária a tratamentos terapêuticos, previsivelmente fatal em curto prazo. Isto se refere à doença que ameaça a vida - e esta definição pressupõe a existência de uma doença em estágio avançado, terminal e incurável:



**Podemos afirmar que a temática referente aos cuidados no fim da vida é bastante significativa no âmbito da gerontologia social, sobretudo quando associada à questão do processo de morrer e há necessidade de aprofundamento de estudos que relacionem estes dois aspectos no contexto das instituições de longa permanência.**

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 (GUTIERREZ, 2001).

Contudo, há que se problematizar a questão dos cuidados no fim da vida em instituições de longa permanência considerando que os idosos que ingressam nesse tipo de instituição têm como projeção a continuidade de vida, mas também a aceitação da finitude que, inevitavelmente, se dará neste espaço.

Kubler-Ross (1975) faz a seguinte reflexão sobre os velhos institucionalizados: "velhice não é sinônimo de 'satisfação de morrer' [...] viver significa dar e receber, servir aos outros, e isto é o que falta em nossos lares para velhos, resultando no desejo do ancião (ou anciã) de morrer, porque não vale mais a pena viver". Também refere que é possível trabalhar os cinco estágios do luto, mesmo o idoso não tendo uma doença crônico-degenerativa, mas considerando o próprio processo de envelhecimento avançado como uma questão de finitude e que por si só gera negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KUBLER-ROSS, 2011).

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 seu progressivo processo de envelhecimento.

Qualidade de vida, entendemos como "um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida". Ou seja, é um termo que diz respeito à "percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde e as intervenções médicas" (FLECK et al., 1999).

Isto é reforçado por estudos como os de Trotta (2007) ao referir que a existência de múltiplas doenças crônicas nos residentes de Instituições de Idosos, em geral, os leva para uma morte incerta ou imprevisível, o que caracteriza o processo de morrer nestes locais tanto como prolongados quanto repentinos. Ou seja, o subtratamento de doenças como depressão, hipertensão, cardiopatias ou diabetes podem levar a fragilidades e necessidades de cuidados do mesmo modo que quadros avançados de demência, Parkinson ou câncer.



**Quando os cuidados curativos já não forem mais possíveis, adentramos no campo dos cuidados paliativos, que, segundo a OMS, são “cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos e quando o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares” (LUCCHETTI et al, 2009).**

#### **FIM DA VIDA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

Um dos grandes desafios do Sistema único de Saúde (SUS) está na elaboração e execução de políticas de controle, vigilância e monitoramento, focado na prevenção e atenção aos indivíduos com doenças não transmissíveis (DNT), uma vez que o impacto da morbidade e o curso prolongado deste tipo de doença requer uma abordagem longitudinal e integral. Destacamos DNTs, pois são elas que incidem com maior frequência na população idosa e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são responsáveis por 70% de causas morte no Brasil. (IBGE, 2014).

Neste sentido, a morte é geralmente causada pela progressão de uma doença crônica, e é, muitas vezes, o resultado final do motivo de admissão no lar para a maioria dos residentes (HANSON, HENDERSON, MENON, 2002). O número de idosos que possuem doenças crônico-degenerativas ou doenças não transmissíveis vem num processo de crescimento contínuo e nos sinaliza para a necessidade de adaptação dos modelos de atenção e cuidado ao idoso. Este é um dado sobre o perfil dos idosos institucionalizados que vem demandando atenção específica, mas que no processo de adoecimento no final de vida não recebe atenção necessária e não dispõe dos recursos necessários para garantir uma morte com assistência de boa qualidade.

A partir de estudos e investigações sistemáticas, a OMS faz um grave alerta, referindo-se ao final da vida de pessoas doentes no mundo inteiro: em países desenvolvidos e em desenvolvimento, pessoas estão vivendo e morrendo sozinhas e cheias de medo, com suas dores não mitigadas, os sintomas físicos não controlados e as questões psicossociais e espirituais não atendidas (CAMARANO, 2010).

Quando os cuidados curativos já não forem mais possíveis, adentramos no campo dos cuidados paliativos, que, segundo a OMS, são “cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos e quando o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares” (LUCCHETTI et al, 2009). Cuidado paliativo não é sinônimo de cuidado no fim da vida, mas uma dimensão importante quando a doença ameaça a vida (MATSUMOTO, 2013, p.26).

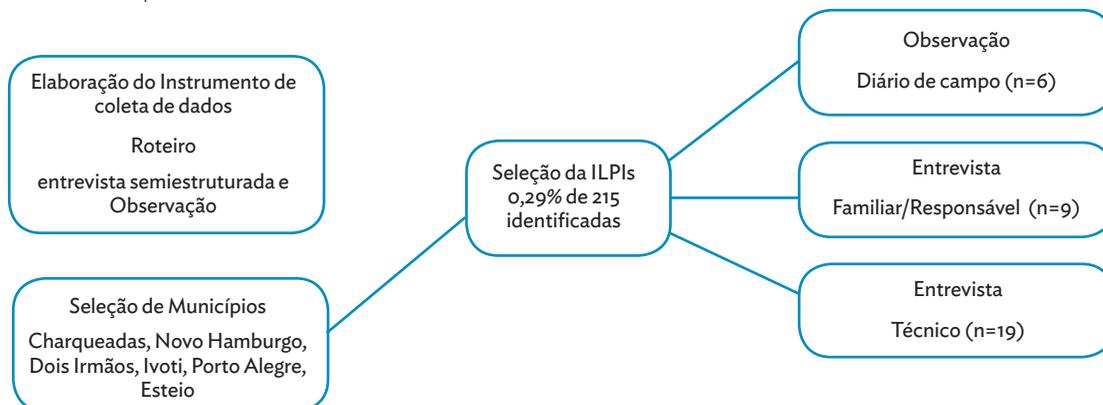
Numa revisão sistemática dos estudos realizados sobre cuidados no fim da vida em lares de idosos, no período de 2002 a 2012 (SIMÕES, 2013), nove domínios foram identificados no que se refere aos cuidados no fim da vida de idosos institucionalizados no âmbito europeu, americano e australiano. Primeiramente, foi elencado a integralidade dos cuidados, na sequência, a relação com a família, a personalidade e história de vida da pessoa idosa, o trabalho em equipe, o controle de sintomas, o planejamento antecipado e o uso adequado de tratamentos. Estes foram os domínios utilizados para buscar compreender os fatores que dificultam ou facilitam a elaboração da filosofia dos cuidados de fim de vida nestes contextos.

#### **PERCURSO METODOLÓGICO**

Ao nos propormos a investigar como os cuidados em fim de vida (CAMARANO, 2010) vêm sendo realizados em ILPIs, desenvolvemos, para nosso percurso metodológico, estratégias de pesquisa, dentre elas, a categorização de conteúdos com base em estudos pregressos sobre a temática. Este estudo tem como problemática central: “como os cuidados no fim da vida vem sendo implementados em Instituições de Longa Permanência na região metropolitana de Porto Alegre?” e como objetivo geral: “realizar um estudo referente à implementação dos cuidados no fim de vida em Instituições de Longa Permanência para Idosos na região metropolitana de Porto Alegre”. Sistematizamos o processo de pesquisa, conforme representado na figura 1, no período de julho de 2014 a janeiro de 2015:

### Figura 1: Sistematização do processo de pesquisa

Fonte: Elaborado pelas autoras



O projeto foi desenvolvido em quatro momentos: elaboração do Instrumento de coleta de dados e pré-teste, mapeamento das ILPIs na região metropolitana, entrevistas com técnicos e familiares e análise dos dados, segundo a proposta de análise de conteúdo (BARDIN, 2007).

De acordo com o mapeamento, foram identificadas um total de 407 instituições, mas apenas 215 se encontravam em situação regular ou em processo de regularização. A escolha das instituições foi feita conforme manifestação de disponibilidade e proximidade geográfica com a metrópole, o que resultou na seleção dos municípios: Porto Alegre, Charqueadas, Dois Irmãos, Esteio, Novo Hamburgo e Ivoti. Como critérios de inclusão, as ILPIs deveriam possuir mais de 36 meses de funcionamento, ter acima de seis leitos e registro na Vigilância Sanitária do Município.

Neste artigo, foram analisados os conteúdos das entrevistas realizadas junto aos técnicos. As mesmas foram realizadas no próprio espaço institucional com um n=19 sujeitos. Para validação dos dados, utilizou-se como critério a saturação, que acontece quando há a constatação de redundância de informações, “assim, o ponto exato de saturação amostral é determinado, logicamente, sempre a posteriori, embora sua ocorrência tenha sido prevista no desenho da pesquisa” (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008, p.17).

Os instrumentos elaborados para coleta de dados foram testados junto a técnicos de uma instituição que não compunha a amostra da pesquisa (Canoas/RS), mas que foi esclarecida quanto aos procedimentos éticos relativos aos dados coletados. Quanto aos critérios de inclusão para o estudo, foram considerados profissionais das áreas da saúde, administração e social. Os termos de Consentimento Livre e Esclare-

cido foram disponibilizados a todos os participantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Ressaltamos que a pesquisa atende a todas as exigências éticas de pesquisas com seres humanos, conforme Resolução CNS 466/12 (CNS, 2012).

Na constituição do corpus, dimensões e direções de análise, estabeleceram-se alguns conceitos centrais para cuidados no fim da vida e como categorias centrais: estrutura, integralidade e individualidade. O recorte temático **integralidade** é o foco deste artigo e o Quadro 1 apresenta a relação teórica desta categoria com os objetivos e questão norteadora apresentados no projeto de pesquisa, bem como as unidades de contexto, que nos auxiliaram a identificar os conteúdos no conjunto das entrevistas transcritas.

**Quadro 1: Organização das categorias temáticas**

Questões norteadoras	Objetivos específicos	Categorias temáticas	Unidade de contexto
A integralidade do atendimento é uma dimensão observada no cuidado no fim de vida de idosos institucionalizados?	Identificar quais as percepções dos profissionais e dos familiares/responsáveis sobre os cuidados no fim da vida de idosos no âmbito das instituições de longa permanência.	Integralidade	Equipe, atendimento multiprofissional, funcionários, plano de atendimento, cuidado, percepção de cuidado, suporte, rede de atendimento, não compreensão do significado de integralidade.

Fonte: Elaborado pelas autoras

## **INTEGRALIDADE**

O conceito de integralidade abarca uma diretriz da política de saúde alicerçada nos princípios da Constituição Federal – dignidade da pessoa humana e cidadania (BRASIL, 2015). Isto pressupõe a integralidade enquanto um valor, um objetivo de rede. As políticas sociais de saúde e assistência compõem o tripé da seguridade social e têm como valor o ideal da integralidade, de modo que organizaram suas ações em Sistemas Únicos que compreendem os sujeitos através de uma totalidade indivisível. As ILPIs estão previstas como equipamentos da assistência social e as clínicas geriátricas no campo da saúde. Ambas, independentemente da política, acolhem situações sociais e clínicas, mas pouco recebem, no quesito subsídios, para a qualificação de seus atendimentos e de fortalecimento do seu papel nas redes de atenção ao idoso.

Podemos afirmar que a integralidade não possui um conceito único, tampouco uma definição radical, mas indicadores do que objetiva representar. O princípio da integralidade pode ser percebido como um eixo norteador das ações de educação em saúde e deve romper com a ideia de cuidado “fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada, de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida” (MACHADO et. al, 2007).

De acordo com Machado et. al. (2007), uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos. Com isto, podemos afirmar que o atendimento integral vai além das estruturas físicas e das hierarquias, objetivando a qualidade do atendimento, da atenção individualizada e o compromisso com a prática multiprofissional.

A ‘integralidade’ como fim na produção de uma cidadania do cuidado se dá pelo modo de atuar democrático, do saber-fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade (PINHEIRO, 2009b).

Mattos (PINHEIRO & MATTOS, 2006) vai dizer que uma das formas de esvaziamento da integralidade é a banalização do uso do termo e a autora ainda questiona se a integralidade é uma noção ou um conjunto de noções úteis para discriminar certos valores, algo como um direcionamento para o atendimento em saúde. Considerando a integralidade um conceito polissêmico, podemos dizer que o mesmo possui três dimensões: relativa às políticas governamentais, à organização dos serviços e aos conhecimentos e às práticas dos trabalhadores (FERLA et al. 2007, p.92). “A ‘integralidade’ é assim concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2009b). Para fomentarmos a discussão, nos debruçamos em nossos achados empíricos.



**As políticas sociais de saúde e assistência compõem o tripé da seguridade social e têm como valor o ideal da integralidade, de modo que organizaram suas ações em Sistemas Únicos que compreendem os sujeitos através de uma totalidade indivisível.**

### COMPREENSÃO E DESAFIOS DA INTEGRALIDADE EM ILPIs

Ao analisarmos o conteúdo das entrevistas, em especial os que se referiam ao conhecimento dos técnicos sobre a integralidade no atendimento, os principais sinônimos para este termo foram: “atendimento multiprofissional”, “atendimento multifuncional”.

Dentre as reflexões, fica o questionamento se é possível conciliar cuidado na perspectiva da integralidade com pouca informação e formação profissional. Tal reflexão tem por base a terceira dimensão mencionada anteriormente - conhecimentos e práticas, e a implicação dos sujeitos no cuidado à saúde. Isto recai no empirismo e na boa vontade que historicamente induz à crença de que para cuidar de idosos basta “gostar de cuidar de idosos”. Um desafio se evidencia quando 73% dos técnicos informam não terem formação específica na área do idoso e 57,9% desconhecem o que são os cuidados paliativos. Ao mesmo tempo, 84,2% dos entrevistados afirmam possuir condições adequadas de trabalho para o cuidado. É possível que esta condição empírica de gostar de trabalhar com idosos esteja associada à reiteração de trechos focados no “cuidado com carinho” e “cuidado com amor”.

Dos conteúdos que emergiram nas entrevistas, outro desafio para integralidade no âmbito das ILPIs começa pela compreensão do termo pelos próprios profissionais das instituições: “a gente cuida, trata bem, quando eles têm alguma coisa a enfermeira vem e *tudo*, isso eu acho essencial, os *primeiros socorros*” (Jasmim<sup>1</sup>, 03.09.14). Há o reconhecimento do trabalho do outro, contudo, também há a fragmentação deste trabalho e a não compreensão de como se pode integrar e ir além de tarefas no campo da saúde, em específico – higiene, conforto e medicação.

Com relação aos planos de atendimento integral (31% de frequência), a maior parte das manifestações é para informar da não existência. Uma das falas surpreende, quando a técnica diz “*o plano sou eu*” (Amarílis) e centraliza, no seu trabalho as decisões com relação ao atendimento ao idoso. O termo atendimento teve frequência de 36% nas entrevistas, porém há contradição entre o discurso do técnico e a realidade observada.

“Olha, é como eu te disse, a gente procura dar o máximo que eles precisam, se aproximar o máximo daquilo que eles precisam, então acredito que nosso atendimento seja, está dentro do padrão de razoável para bom, quase alcançando o muito bom” (Copo de Leite, 24.09.2014).

<sup>1</sup> Os nomes de flores são uma referência aos participantes e os dados foram agregados para preservar a identidade das instituições e dos sujeitos pesquisados.

Este técnico referia-se a uma instituição com o menor número de funcionários por residente (média de 0,23 por residente), em um local que acolhe sujeitos com idade inferior a 60 anos e no qual as auxiliares de limpeza são responsáveis pela higiene e conforto dos residentes. A rede de atendimento e a compreensão reduzida do significado de integralidade aparecem em 15,8% das entrevistas. Outro desafio é a percepção do cuidado pelos técnicos (frequência 57,9%), que o vêem como um ato de “amor”, “carinho” desassociado da formação técnica/profissional.

Eu acho que além do cuidado com a saúde deles, medicação, alimentação, acho que eles precisam mais de carinho para acabar uma vida assim, legal. Mas a participação da família, que eu sinto que às vezes é pouca, né. Eu acho que eles deveriam ter mais carinho mesmo, porque a gente faz aqui o que é possível de nós fazermos né, medicação, alimentação, higiene (Orquídea, 03.09.2014).

Nos trechos que envolvem cuidados (42% de frequência), entre as unidades de contexto destaca-se, principalmente, o uso de termos como carinho e amor, que em outra perspectiva podemos reconhecer o esforço pela humanização do cuidado – também uma diretriz das políticas de saúde. Segundo Furuya, Biazin e Rossi (2011), “os conceitos de acolhimento, cuidado e humanização estão interligados no cotidiano dos serviços de saúde. Juntos, eles constroem a integralidade da assistência”. A política de humanização da saúde tem como princípio a transversalidade (BRASIL, 2015), que busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas. Neste sentido, acredita em reconhecer as diferenças e no diálogo com aquele que é assistido. A ideia é a promoção de saúde de forma mais responsável.

Pode-se dizer que o “cuidado é um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta do usuário num sentido global, em que o sujeito emerge em sua especificidade, mas também como pertencente a um contexto sociocultural”. Significa dizer que o olhar afetivo é importante, mas precisa ser um dos elementos do cuidado em saúde na perspectiva de integralidade e não o único elemento. Outro trecho de entrevista nos evidencia o pensamento pulsante nas ILPIs sobre atendimento integral:

Bastante aconchego, bastante atenção pra eles, cuidado mesmo, cuidados necessários. Tem uns que só andam de cadeiras de rodas, então tem toda aquela... Cuidados, por exemplo, em não só deixar ele ficar aqui dentro, mas expor ele quando tem sol, pra caminhar. É bastante atenção porque nós temos o profissional da nutrição, então atenção bem específica na área da alimentação (Amor perfeito, 15.10.14).

A presença de outras disciplinas na atenção ao idoso dá falsa sensação da integralidade no atendimento aos residentes. Todavia, o ‘cuidado em saúde’ é “uma ação integral resultado de ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO, 2009b).

Acho que assim, todo idoso ou qualquer pessoa também, 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 (Iris, 15.10.14).

Portanto o cuidado em saúde pode ser considerado uma dimensão que deve estar presente nas práticas de saúde, “não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição” (PINHEIRO, 2009b).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidar em saúde representa uma atitude interativa que inclui o relacionamento de cuidadores e cuidados, que percebe o acolhimento enquanto escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Acreditamos que o ‘cuidado em saúde’, em uma perspectiva dialética, tanto pode reduzir o impacto do adoecimento quanto a falta de ‘cuidado’ pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento. Portanto, o ideal da integralidade é a representação positiva e a forma de materializar o cuidado digno junto a idosos em fim de vida.

Por fim, um dos objetivos do nosso estudo era identificar quais as percepções dos profissionais e dos familiares/responsáveis sobre os cuidados no fim da vida de idosos no âmbito das instituições de longa permanência. Detivemo-nos na análise do conteúdo extraído das entrevistas com os profissionais e para alcançar este objetivo definimos unidades de contexto. Também fomos guiados pela seguinte questão norteadora: A integralidade do atendimento é uma dimensão observada no cuidado de fim de vida de idosos institucionalizados?

Ao longo do que observamos e analisamos, podemos afirmar que a integralidade não é uma dimensão observada tal qual a concepção prevista na política de saúde no âmbito das Instituições de Longa Permanência pesquisadas. Não há uma compreensão conceitual de seu

significado. Ainda há uma prática, embora com traços humanizados, permeada de crenças sobre como o cuidado ao idoso deve ser, e isto nos aponta para a necessidade de capacitação profissional nos espaços institucionais como estratégia para promoção da integralidade na atenção à vida, sobretudo ao final dela. ☹

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA; 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Política nacional de Humanização. *Princípios*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizausus/1-humanizausus/12417-principios>>. Acesso em: 27 jan. 2015.
- CAMARANO, A. A. KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.* 2010 Jan-Jun; 27 (1): 232-235. [capturado 2013 set 1] Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>
- CAMARANO, A. M., (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- CLOS, M. B. *Recusa, conformidade e libertação: considerações sobre o processo de adaptação de idosos em uma Instituição de longa permanência para idosos*. Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. [Dissertação de Mestrado]. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28800>>.
- CNS, Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso 30 Jan. 2015.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Mar. 2015.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R.. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. *Hist. cienc. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, July 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500010&lng=en&nrm=iso)>.access on 30 Jan. 2015
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (1): 17-27, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 30 Jan. 2015.
- FURUYA R. K, BIROLIM M. M, BIAZIN D.T, ROSSI L.A. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):158. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>>. Acesso em 26 jan. 2015.

- GUTIERREZ, P.L. O que é o paciente terminal? *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2001 Jun; 47(2):92. [capturado 2013 out 18] disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000200010&script=sci_arttext)>
- HANSON, L. C, HENDERSON M, MENON M. As Individual As Death Itself: A Focus Group Study of Terminal Care In Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine.* 2002 may; 1 (1): 117-125.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas.* Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/18/PNS-2013.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais,* 2006. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
- KUBLER- ROSS. E. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes; 2011.
- KUBLER-ROSS. E *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes; 1975.
- LUCCHETTI, G. et al. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Rev. Geriatria & Gerontologia.* 2009 Março; 3 (3):104-108. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume3-numero3/artigo02.pdf>>. Acesso em jul. 2014.
- MACHADO, M. F. A. S. et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Jan. 2015
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In CARVALHO, R. T; PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de cuidados paliativos.* 2.ed. [s/l]: [s/ed], 2012.
- NERI, A.L. *Desenvolvimento e envelhecimento.* São Paulo: Papyrus; 2001.
- PINHEIRO R., MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 6ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social e Abrasco; 2006.
- PINHEIRO, R. Verbetes Cuidado em Saúde. IN Fundação Oswaldo Cruz. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>
- PINHEIRO, R. Verbetes Integralidade em Saúde. IN Fundação Oswaldo Cruz. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro, 2009b. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.
- SALGADO, C. D. S. *Gerontologia Social.* Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas; 1999.
- SIMÕES, Â. S. L. Cuidados em fim de vida em lares de idosos: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem.* 2013 1ºsem. Vol. 17 (1): 31-61. Disponível em: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1\\_31\\_61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_31_61.pdf)>. Acesso em 10 ago. 2014.
- TROTTA, R. L. Quality of death: a dimensional analysis of palliative care in the nursing home. *Journal of Palliative Medicine,* 2007 out (5): 1116-1127.