

NEGLIGÊNCIA FAMILIAR COMETIDA COM A PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS: POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Isabelle Almeida de OLIVEIRA¹
Juliene Aglio Oliveira PARRÃO²

RESUMO: O presente artigo tem por motivação discutir a negligência familiar cometida com a pessoa idosa no ambiente hospitalar quando relacionada aos cuidados paliativos, ou seja, aos cuidados finais oferecidos a um paciente sem possibilidade de cura, sendo essa uma demanda cotidiana para o serviço social na Santa Casa de Presidente Prudente. Abrange a necessidade de uma maior promoção do cuidado, da atenção e da presença de um integrante da família, ou de um cuidador, para essas pessoas em situação delicada e peculiar de cuidado e, ainda, de uma quebra de paradigma quanto a mística relacionada à morte. O método de pesquisa utilizado foi, de cunho crítico, o materialismo histórico dialético e utilizou-se de pesquisa bibliográfica, documental e eletrônica.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Cuidados Paliativos. Família. Serviço Social no ambiente hospitalar.

01 INTRODUÇÃO

O cotidiano tem necessidade de ser pensado e repensado, em especial no que diz respeito às condições e disposições sociais, seus atores e suas ações. O recorte do presente artigo tem como ideal entender uma fase biológica fundamental nas relações diárias e que está aumentando consideravelmente: os idosos e, de maneira mais aprofundada, os cuidados tidos com eles no final de suas vidas, denominados cuidados paliativos.

Logo, o objetivo desse artigo consiste em discutir a violência e a negligência que muitas vezes são perceptíveis no ambiente hospitalar, suas possíveis razões e a atuação do serviço social nesse contexto quando as demandas são relacionadas ao idoso em estágio terminal.

¹Discente do 8º termo do curso de Serviço Social no Centro Universitário Toledo Prudente em Presidente Prudente/SP. Bolsista do grupo de Iniciação Científica do curso de Serviço Social do Centro Universitário Toledo Prudente em Presidente Prudente/SP. E-mail: bele.almoli@hotmail.com

²Doutora em Serviço Social pela PUC-SP. Coordenadora do grupo de Iniciação Científica do curso de Serviço Social do Centro Universitário Toledo Prudente em Presidente Prudente/SP. E-mail: coord.social@toledoprudente.edu.br

De antemão é preciso esclarecer que o envelhecimento é um processo gradual, ou seja, desenvolvido durante toda a vida, e também consiste em uma construção social. Nesse contexto, a morte é parte intrínseca à vida, também fundamental, para além de qualquer tabu sociocultural.

A pessoa idosa vem sendo motivo para grandes mudanças no cenário atual brasileiro, ou melhor, tida como argumento para mudanças que, de fato, majoritariamente, não são necessárias.

As inúmeras formas de violações existentes podem ser observadas de diversas maneiras e em diversos ambientes todos os dias. A forma tratada nessa pesquisa é a negligência familiar no ambiente hospitalar, em casos de pacientes em cuidados paliativos, momento de fragilidade acentuada em que cuidados assistenciais são oferecidos para pacientes que tenham alguma doença sem possibilidade de cura, visando um alívio do sofrimento.

O serviço social inserido no ambiente hospitalar precisa expor sua especificidade, ou melhor, contribuir de forma fundamentada a fim de que sejam superadas tais violações, posto que o assistente social lida diretamente com o paciente, de acordo com a realidade trazida por ele acompanhado de sua família ou cuidador.

O presente artigo é um recurso para avaliação da disciplina de Supervisão Acadêmica do curso de Serviço Social desta instituição. O principal método utilizado foi o dialético, a partir do uso da metodologia da pesquisa bibliográfica e documental, cujos autores são citados nas referências. A natureza da pesquisa foi básica com uma abordagem qualitativa cuja finalidade vale para explicação do fenômeno.

Outro fator importante para destacar é que este artigo tem sido construído desde as aulas de Supervisão Acadêmica II, sendo produtos de todo esse tempo de pesquisa os dizeres decorridos especialmente nas páginas a seguir. Os dizeres serão para conclusão da disciplina de Supervisão Acadêmica IV.

Para melhor compreensão o artigo estará dividido por itens. O primeiro, de forma breve e condensada, irá discorrer sobre o ambiente de estágio, campo que instigou a pesquisa. Depois, será destacado o porquê do sujeito pesquisado ser a pessoa idosa. O terceiro item irá contextualizar a negligência enquanto forma de violência urgente e atual. O quarto trará uma discussão acerca da importância da atenção em situações de cuidados paliativos, seguido de uma abordagem sobre o paradigma relacionado à morte (quinto item). O sexto abordará possibilidades e desafios para intervenção do

Assistente Social no ambiente hospitalar frente a essa demanda. Por fim, o sétimo e último item discorrerá, de forma focalizada, o trabalho já desenvolvido por uma equipe de Cuidados Paliativos na Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente/SP.

02. AMBIENTE DE ESTÁGIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE

O Hospital Dr. Aristóteles de Oliveira Martins, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente, surgiu na década de 1930 com a missão de cuidar e proteger os excluídos por meio de um atendimento médico-hospitalar gratuito aos doentes que fossem "carentes". Deste modo, desenvolveu-se mediado pela sociedade civil através de doações, sob cuidados das irmãs vicentinas e de médicos renomados na cidade. Atualmente consiste em um hospital privado e filantrópico, sem fins lucrativos, que se mantém através de subvenções públicas, privadas e também por serviços terceirizados. Como finalidade, se destina à prestação de atendimento hospitalar de média e alta complexidade à população de Presidente Prudente e de 45 municípios da região. Realiza atendimentos públicos, conveniados e também privados.

O serviço social foi implantado em 1988 e o profissional atua diretamente com os pacientes e seus respectivos familiares, além dos funcionários da entidade, mais precisamente como interventor frente às demandas relacionadas à saúde. Na Santa Casa o atendimento acontece desde o parto com gestantes, bebês, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos.

O recorte da pesquisa foi com as pessoas idosas, por representarem um número expressivo de internações diárias, possíveis de serem observadas mediante visitas aos leitos e também porque estas requerem, assim como crianças e adolescentes, acompanhamento 24 horas por dia.

A fim de caracterizar o sujeito escolhido, na verdade aquele que despertou o desejo por pesquisa, o item que segue conceitua quem é o idoso reconhecido no Brasil hoje.

2.1. Pessoa Idosa no Brasil

Idoso, no Brasil, é a pessoa com idade equivalente ou superior a 60 anos. Outro fator peculiar de nosso país é a crescente expansão do número de idosos. Tal processo caracteriza uma transição demográfica, de forma exemplificada, aumenta-se a expectativa de vida e diminuem-se as taxas de fecundidade. Segundo o Estatuto do Idoso, o mesmo “goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana” (art. 2º) e “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” (art. 8º). A responsabilidade solidária quanto ao cuidado é atribuída à Família, à Comunidade, à Sociedade e ao Poder Público.

No que diz respeito a sua proteção, o art. 4º coloca que "Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão". Por isso, há a necessidade da efetivação de um cuidado específico com a pessoa idosa, não a excluindo ou a apartando das relações sociais, mas tratando de forma desigual os desiguais.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, envelhecer deve ser com saúde, livre de qualquer dependência, de forma ativa e saudável, participando de oportunidades de bem-estar físico, mental e social, contando com proteção, segurança e atenção para ampliar a qualidade de vida. Cabe aos profissionais de saúde e comunidade promover cuidados interdisciplinares e multidimensionais, pois saúde não é privilégio somente de outras categorias populacionais, ou seja, essa promoção não deve findar ao se fazer 60 anos.

Infelizmente envelhecer ainda está associado a aspectos negativos. A discriminação pelo critério etário é um dos motivos que mais causam a perda da vontade de viver na pessoa idosa.

Segundo Neri, (2012, p.37):

Muitos preconceitos e estereótipos resultam de falsas crenças a respeito da competência e da produtividade dos idosos. Seu resultado é a discriminação social por critério de idade, fundamentalmente motivada por razões econômicas. Como membros menos capazes e improdutivos da sociedade, os idosos passam a valer menos nos processos de trocas sociais e, assim, não podem ter acesso à mesma quantidade de recursos garantidos aos jovens e adultos capazes e produtores dos bens. A prática de estratificação por idade não apenas determina a distribuição de recursos como também influencia a formação de identidades sociais e individuais.

Os idosos, não fazendo mais parte do processo de reprodução do capital, são excluídos do direito à vida social, inseridos no contingente que o capital deixa a margem por serem “descartáveis, improdutivos”, que podem ser substituídos por jovens. Esse fato implica diretamente no status social, no bem-estar psicológico e na saúde física do idoso.

De acordo com Lopes, (2012, p.146):

Ratificando mensagens ostensivas como "você já aproveitou o que tinha pra aproveitar", o exercício da cidadania fica em um plano impossível, na medida em que se carrega culpa por existir. Atribui-se ao idoso o lugar marginalizado da velhice, porque supõe-se que ele já realizou os potenciais evolutivos, não tendo mais o que demandar e, desse modo, perdeu valor social e psicológico.

Existe um conflito intergeracional visível e que se autentica por meio de rótulos como “incapazes, ultrapassados e desinformados”, que além de serem incorporados são repassados. Então, advém daí a dificuldade de relacionamento, a disparidade entre as gerações. Logo, existe a necessidade de um olhar acerca do processo de desenvolvimento e quanto ao cuidado fundamental e preciso para com o idoso.

A família é parte indissociável do estudo sobre a velhice, posto que ela é reflexo das vivências desse sujeito, pois faz parte do contexto que o mesmo se insere, e mais, no que tange o estudo sobre a violência sofrida por essa população no ambiente hospitalar, tristemente constata-se que esta, que deveria ser a instituição responsável pela segurança, não desempenha seu papel. Infelizmente o idoso não conta, em algumas situações, com a proteção familiar, ou esta adota posicionamentos mais complexos do que a própria intervenção na patologia do paciente.

A fim de desconstruir a culpabilização feita acerca dos cuidados, ou a falta deles, com relação às pessoas idosas, o item que segue, complementando este, realiza uma crítica ao modo de produção que alimenta essa cultura que distorce a imagem do idoso.

O item que segue discute acerca das formas de violência, em especial a negligência.

2.2. Negligência enquanto violência

O enfoque da presente pesquisa é a violência familiar de negligência, que ocorre no ambiente hospitalar quando o idoso está sob cuidados paliativos. De

forma específica, enquanto violência, a negligência trata-se de um erro involuntário ou, em outros casos, de ação não deliberada, incluindo a omissão, o desamparo, o descuido e a desproteção que causam dano físico, psicológico, ou melhor, o sofrimento de alguma natureza ao idoso, tanto no âmbito público - instituições - como no privado - âmbito da família -, quando não foram tomadas as precauções necessárias em conformidade com as circunstâncias.

A família, enquanto instituição fundamental da sociedade cuja função está em formar relações e desenvolver os indivíduos, vem sendo espaço de violência de diversos tipos, inclusive contra a pessoa idosa.

Segundo a Professora Minayo, (2005, p.33): "A violência familiar é enfatizada nos estudos internacionais como a mais frequente forma de abuso contra os idosos", e coloca que mesmo ainda não tendo dimensão do problema em âmbito nacional "agressões e negligências estão presentes e configuram um sério problema social."

Enquanto local de elos obrigatórios, é no seio familiar que não está existindo a criação da identidade e o reconhecimento da subjetividade do idoso para com a comunidade, valendo-se de que a velhice é um fenômeno heterogêneo, aqueles que deveriam ser responsáveis pelos vínculos estão os tornando conflituosos.

Segundo a Política Nacional do Idoso, (2010, p.75):

A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

A negligência acontece em relação às necessidades específicas que o idoso possui quanto a carinho, medicação, alimentação, higiene, etc. Tem, ainda, a ver com o despreparo dos cuidadores junto aos preconceitos produzidos e reproduzidos culturalmente.

Essa violência pode aparecer sozinha ou não, podendo ser o início para o desdobramento de outras violências ou, desde o começo, já ser praticada a esses outros tipos, como o abuso, por exemplo. O importante é tratar a negligência para que essa, se ainda não estiver vinculada, não se vincule aos outros tipos de violência.

O Estatuto do Idoso, em seu art. 16, coloca que em ambiente hospitalar:

Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Compreende-se que a proteção imposta por esse artigo tem como intenção assegurar que haja respeito com o idoso por sua situação peculiar de vulnerabilidade, em especial, nos casos em que este estiver hospitalizado para tratamento de saúde. Por isso, em casos em que o mesmo se encontrar internado ou em observação, lhe é assegurado que tenha acompanhante e que o órgão de saúde tem o dever de lhe proporcionar condições adequadas para que esse acompanhante esteja em tempo integral, de acordo com critério médico.

Cuidados paliativos são requeridos diariamente, mas pouco ainda se fala sobre essa requisição social. A seguir, de forma conceitual, será descrito sobre o que é o tal cuidado.

03. CUIDADOS PALIATIVOS E A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO

A proposta de cuidados paliativos – aquilo que melhora ou alivia, sem capacidade de curar - possibilita o desenvolvimento de um trabalho que une profissionais ao paciente e à família em busca de alternativas, assim como descreve o próprio conceito, que de alguma forma alivie o sofrimento promovendo qualidade de vida ao paciente em doença terminal e, para além, que também contribua para que a família tenha e entenda a necessidade de manter, durante esse período, uma boa relação e um cuidado, tendo feito todo o possível pelo ente que faleceu.

Consiste em uma forma pertinente, inovadora e urgente de cuidado, uma abordagem terapêutica, posto que a solidão nesses momentos acentua o medo e dificulta o trabalho profissional.

Embora culturalmente se façam piadas sobre a morte, ela não é desejo comum, digamos que para considerável parte da população. Até mesmo porque, no geral, o que acontece é uma “fuga” do assunto ou um certo protelar a respeito dele.

O paciente terminal, segundo estudos feitos pela psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross, passa por estágios depois de ingressar em cuidados

paliativos. São eles: de negação - não aceitação da doença; de raiva - seja com a família, com a fé, com os médicos ou com a própria vida; de barganha – a todo custo querer trocar algo por um maior período de vida; de depressão – adoecimento devido ao entendimento da gravidade de sua doença; e de aceitação – último estágio, onde está ciente de tudo que irá passar e a morte já não é mais vista como um monstro.

No ambiente de estágio, em caso de cuidados paliativos, o Serviço Social contribui sempre que acionado ou quando identificada sua necessidade de atuação durante as visitas aos leitos, seja qual for a demanda familiar do cuidador ou de cuidados do próprio paciente. Intervenções planejadas para atender esse paciente, seu entorno e sua família, têm desempenhado papel fundamental nos casos de violações, posto que algumas vezes essa negligência acontece justamente por falta de informação.

A atuação é pautada sempre no viés do resgate da dignidade, da identidade pessoal, por parte da família e da equipe responsável pelos cuidados, representada em pequenos gestos, no entendimento do sofrimento e na esperança de dias melhores.

Portanto, evidencia-se que o fortalecimento da rede de apoio ao paciente é fundamental para que ele se sinta valorizado, amado, respeitado. Logo, evita-se sentimentos de abandono, limitações, dependência, por mais difícil que seja o quadro clínico. O corpo implora por um olhar desvelado, por uma mão estendida, por uma presença solidária, um toque que reconforte, um ouvir, uma palavra amiga.

Sendo a morte motivação para tais cuidados, é preciso discutir sobre a apreensão sociocultural desse momento.

3.1. Paradigma Relacionado à Morte

A palavra morte é um substantivo. Logo, palavra que pertence à classe de palavras que designa seres ou coisas, concretos ou abstratos, estados, processos ou qualidades e, segundo o dicionário, significa “o fim da vida”, “cessação da vida”, “destruição”, “causa de ruína” e, “término, fim”. É no próprio conceito que vemos a questão cultural do século XXI, no que tange o simbolismo relacionado à morte, ser distorcido a fim de amedrontar quem pesquisa a respeito.

Segundo Jung, psicanalista suíço, a morte precisaria ser entendida simbolicamente como a “descida da montanha”, ou seja, parte intrínseca da trajetória da vida, como se o topo da montanha não fosse de fato o fim de tudo, apenas metade do que se é necessário traçar enquanto ainda ser vivente.

Na Revista Serviço Social e Sociedade nº 102, as autoras traçam a forma com que, em diferentes momentos, o homem lidou com a morte, o que nem sempre foi como algo negativo, e o tabu relacionado à essa situação.

Ao entendermos que, do mesmo modo que o nascimento, a morte é um passo para o desconhecido e que, ao nascermos, a vida não é considerada ruim. Não podemos de fato julgar ou descaracterizar o momento de descanso como sendo de pura tristeza, magoa e perda.

Muito se aprende com a morte, da mesma forma que se aprende com a vida, até mesmo em casos onde isso acontece de forma inesperada, ou com idosos cuja próxima fase já seja aprendida como morrer.

No item que segue será argumentado no que tange a possibilidades e desafios ao lidar com tal demanda para o assistente social.

04. POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

De início é necessário expor que pouco ainda se tem quanto a estudos relacionados à temática de cuidados paliativos no âmbito do Serviço Social, apesar de ser uma atividade em crescimento justamente pelo número expressivo hoje em dia de idosos no país. O referencial base para este item é a Revista Serviço Social e Sociedade nº102.

A fim de contextualização na política de saúde, o assistente social diariamente precisa aprender a importância de impor e atuar integralmente, como está posto no Código de Ética Profissional, para garantir suas ações com excelência. Estas precisam ser desenvolvidas frente a um processo que vise prevenção, promoção e recuperação da saúde da população respeitando os princípios de integralidade, equidade e universalidade.

A competência ética consiste em uma administração de forma dialética dos recursos internos que vão compor a ação, somada a uma formação permanente, além de aporte vivencial e reflexivo. Para além do "que se fala", como e para que se fala são importantíssimos.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010. p. 21)

Os impactos nas condições disponibilizadas para o exercício do profissional assistente social vão exigir o desenvolvimento de um trabalho interventivo na promoção do acesso aos direitos fundamentais e não caritativo ou assistencialista, garantindo que a equidade seja pelo menos meta dos atendimentos.

Em cenários como este há a necessidade de um trabalho interdisciplinar, o que por si só é considerado um desafio mediante diferentes entendimentos e visões acerca da realidade, de diferentes bagagens de conhecimento. Outro ponto que também tenciona a ação é o próprio fato de estar falando sobre a morte, mais um desafio, tendo-a sob um viés natural.

Em contrapartida, uma possibilidade em específico para o assistente social, diante de capacidade de escuta e de leitura da realidade, é a construção de propostas criativas para atender o necessário daquela determinada composição familiar, ou se não há participação da família, a individualidade do próprio paciente, através de acompanhamento e participação.

Vale destacar a capacidade de escuta como algo primordial, para além das preocupações relacionadas à própria doença (que é de responsabilidade de outros técnicos), à dimensão psicossocial e até espirituais, dizem muito do que destaca o Código de Ética quanto à liberdade e o respeito sem discriminar, somado ao compromisso de atuar com qualidade.

A prevenção e o alívio do sofrimento perpassam até o entendimento de que o envelhecimento celular torna o organismo humano mais suscetível a doenças e que o outro é realmente uma necessidade para transmitir a segurança, seja ela familiar, comunitária ou social.

É uma medida de cuidado a possibilidade contida no acompanhamento, acolhimento e compreensão na mediação do assistente social com o familiar e o cuidador, a fim de informar e instrumentalizar essas pessoas dos benefícios, em especial ao paciente, resultantes de um trabalho articulado.

É preciso abordar sobre negligência, pois a mesma pode se expressar por diversos motivos, daí o porquê falar e não só orientar a todos quanto a essa forma de violência, seja ela cometida por falta de conhecimento ou pela morte ter um peso sociocultural cheio de mística em meio a uma sociedade em que não estamos preparados.

Os cuidados paliativos não se restringindo ao paciente, em especial quando se trata da pessoa, de forma articulada com os amigos, que lhe são tão fundamentais, a família na contribuição da reorganização psíquica, exige do assistente social no viés dialético não trabalhar o caso descolado da realidade, e sim a singularidade de cada paciente, a importância vital dele, não somente de forma individualizada, como também com aqueles que o cercam.

O próximo e último item discorre, de forma focalizada, no trabalho já desenvolvido por uma equipe de Cuidados Paliativos na Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente/SP.

05 ANÁLISE DA ENTREVISTA REALIZADA COM A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP

Previamente é preciso esclarecer que todas as informações constantes neste item foram cedidas, em entrevista, pela própria equipe de Cuidados Paliativos da Santa Casa de Presidente Prudente. A conversa foi gentilmente cedida de maneira informal a fim de, justamente, subsidiar as intencionalidades desta pesquisa e fomentar e destacar a importância do falar sobre Cuidados Paliativos e da necessidade identificada quanto à formação de mais uma equipe responsável diretamente pelos pacientes do Sistema Único de Saúde, que somam 60% do total de atendidos nesta unidade hospitalar.

A equipe de Cuidados Paliativos é considerada mínima pelos próprios técnicos, pois é formada por um médico, uma enfermeira e uma psicóloga treinados e

contratados pela cooperativa Unimed (que oferece planos de saúde). Logo, este é o convênio responsável pelo grupo de Cuidados Paliativos na entidade.

Estes profissionais, anteparados por todos os outros demais técnicos do hospital, realizam visitas, abordam as famílias e acionam quaisquer que sejam as solicitações em uma atuação voltada diretamente ao paciente em cuidados paliativos.

A equipe ideal seria composta por dez técnicos de diferentes áreas do conhecimento. Na Santa Casa é relatada a necessidade de um capelão, de maneira especial e surpreendente, destacado na fala das entrevistadas. É percebida uma reaproximação ou reafirmação da fé em momentos terminais, mais simbolismo, rituais, dado momento de medo. Daí a importância de alguém na equipe “neutro” de denominações, mas que fosse capaz de ir ao encontro dessa realidade.

O início deu-se com uma formação dos profissionais citados anteriormente, ou melhor, com a especialização da enfermeira Carla, que efetuou treinamento e, imediatamente no pós-treinamento, realizou em outubro de 2016 uma preparação com a equipe do hospital com temáticas como: conceituação, necessidade do trabalho, importância e relevância do trabalho, forma de contatar a equipe, como seria desenvolvida a atuação e semelhantes.

No princípio foi autorizado um trabalho com todos os pacientes do hospital (convênio ou SUS). Porém, dada a grande demanda, a partir de agosto de 2017 passou a ser autorizada a realização do trabalho apenas com os conveniados da Unimed.

Logo, vale dizer que os dados utilizados aqui são referentes ao período em que o atendimento SUS ainda era autorizado a fazer parte do trabalho desenvolvido pela equipe (dos meses de novembro de 2016 até julho de 2017).

O cotidiano de atuação visa um atendimento integral e humanizado não só com o paciente, mas com a família, técnicos envolvidos, enfim, tanto na questão da patologia como em questões psicológicas, espirituais, sociais e semelhantes.

Depois de solicitar os Cuidados Paliativos é feita uma avaliação e a partir disso o médico fica responsável pelas questões sintomáticas, a enfermeira quanto às acomodações, cuidados (e até mesmo uma parte mais social) e a psicóloga responsável quanto aos “impactos” do diagnóstico na saúde mental do paciente e daqueles que estão com ele. De fato, uma preparação para o fim.

Para a concessão do diagnóstico é prezado, de antemão, uma boa relação com o paciente e seus familiares, ou melhor, é prezado um bom vínculo entre

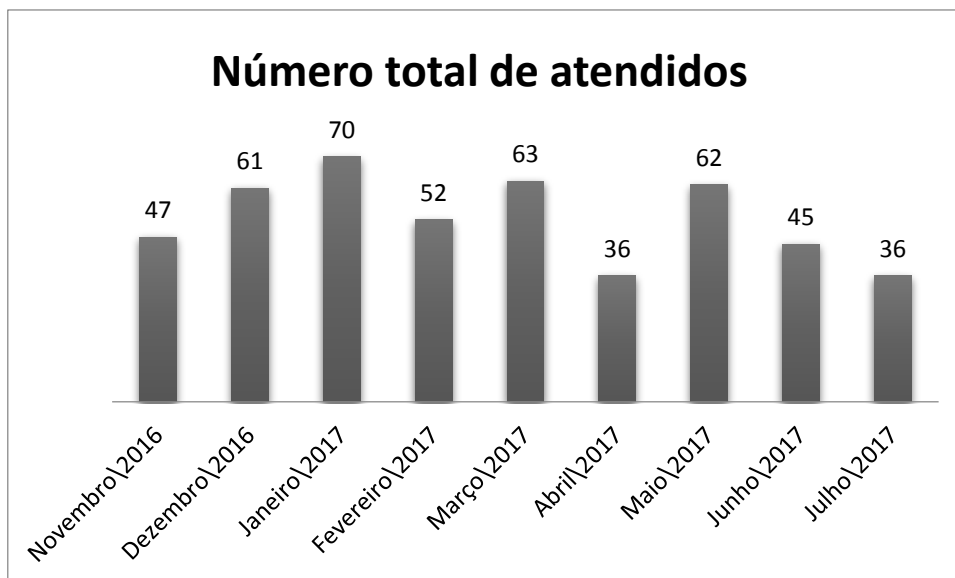
eles e a equipe. Logo, tem-se como conduta o desenvolvimento do vínculo com o paciente e com a família para estabelecer confiança no exercício do trabalho dos técnicos, isso através da boa e sincera comunicação. A intenção é passar segurança para um luto satisfatório posteriormente.

Um dos meios utilizados são as reuniões na Sala dos Médicos – individualmente com cada família, denominadas Reuniões Familiares. Esses encontros são sempre para dar alguma notícia difícil. São feitos acolhida e atendimento direcionado às necessidades e a real situação daquele respectivo paciente em terminalidade.

Vale ressaltar que os Cuidados Paliativos visam medidas não invasivas, posto que estas não irão alterar o quadro clínico do paciente, só trarão mais sofrimento.

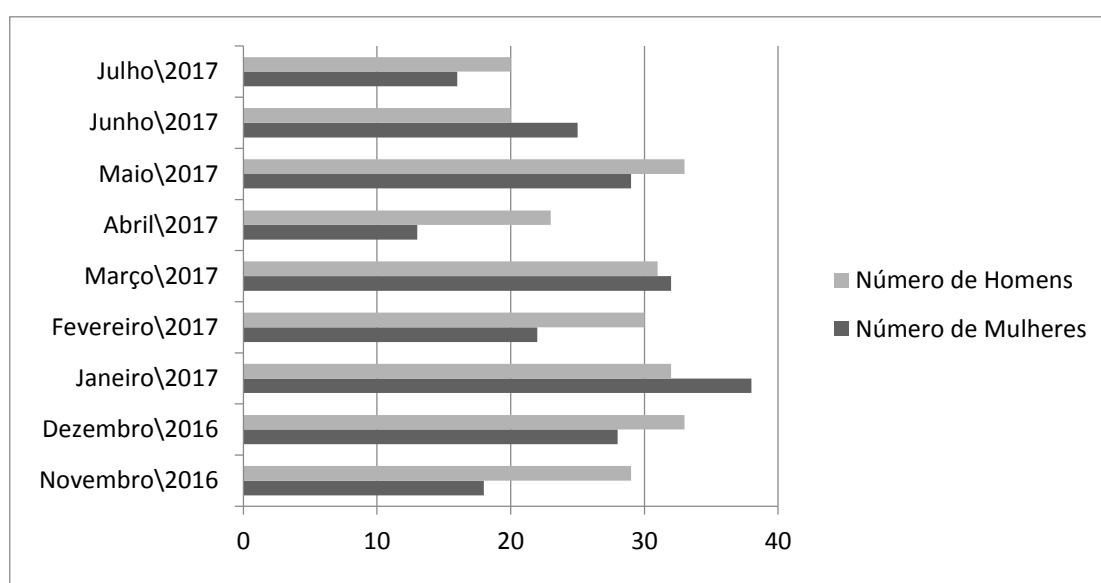
No que tange à aceitação, a psicóloga em especial destaca um movimento de negação, chamado de conspiração do silêncio, que consiste em não falar nada para o paciente. Geralmente, a relação com a equipe fica mais “distante” por medo do falar, em casos assim. Logo, em se tratando de profissionais especializados, os mesmos admitem posturas técnicas e realizam uma investigação: o porquê do silêncio - às vezes por uma superproteção da família - e a partir disso direcionam sua atuação.

A título de informação, outro fator que exige esse posicionamento técnico preparado acontece durante o Processo Ativo de Morte (as 48 horas anteriores ao óbito são sintomáticas), em que questões familiares dificultam tal processo. Logo, conta para a hora da morte. Questões de vínculo contam muito para os cuidados serem oferecidos. Nestes momentos são exigidas ações para encorajamento familiar.



Fonte: Elaborado pela Autora.

Compreende-se a grande contribuição deste trabalho ao quantificar sua abrangência. Os números mostram que desde o início sempre houve demanda para ação dos Cuidados Paliativos. Esses números são exatos e pode-se observar uma variável pequena mantendo-se sempre entre 35 e 70 atendimentos mensais.



Fonte: Elaborado pela Autora.

Mais um demonstrativo importante diz respeito à solicitude entre os gêneros. É possível visualizar um equilíbrio quanto a isso. Existem meses em que foram atendidas mais mulheres e em outros em que foram atendidos mais homens.

Não tem como falar sobre Cuidados Paliativos e desconsiderar os preconceitos ainda existentes com esses profissionais. Em especial, neste espaço, foi dito que os técnicos são chamados normalmente de “a equipe que traz a morte” - tanto por outros médicos e técnicos quanto pela própria família (se esta não entende o real motivo da atuação).

Geralmente é o doutor da equipe quem dá o diagnóstico, dada sensibilidade e habilidade pela qual ele é preparado nos treinamentos. Vê-se que, se é outro médico que o faz e se este não sabe lidar com a sua própria “impotência”, o faz de forma confusa ou dura demais, deixando lacunas no entendimento da família.

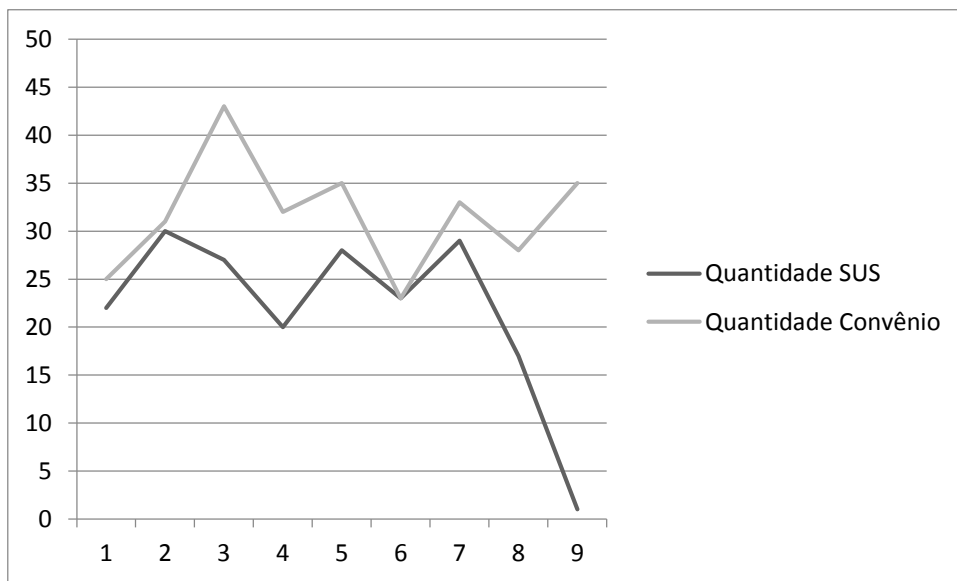
A negligência, objeto deste estudo, é visualizada através da terceirização do cuidado ou do abandono de fato afetivo. A historicidade do paciente e suas relações, mesmo em situações de perdão, se não há o vínculo, não é à “beira” da morte que se reconstrói.

Segundo as entrevistadas, “vínculo não tem como ser restaurado”. Sob um olhar para o paciente mais idoso, normalmente quem fica com esse paciente tem algum grau de dependência (social, econômico, psicológico, religioso e semelhantes). Outra dificuldade encontrada diz respeito às Casas de Repouso onde a família, muitas vezes negligente neste aspecto, deposita seu idoso e se abstém de seus deveres enquanto família, dando início ao “jogo” de responsabilidades, pois dependendo da gerência de tais casas, seus respectivos representantes também não admitem a realização de cuidados através deles.

A alta qualificada, ou seja, a desospitalização preparada por equipe multidisciplinar é entendida como a melhor opção em casos de pacientes terminais, sim. Se as equipes no território tivessem uma rede integrada, entendida do que são os Cuidados Paliativos, priorizando estes casos no atendimento.

A Unimed, provedora da equipe em questão, tem essa rede ambulatorial e residencial, transporte e afins. Mas, ao falar de Sistema Único de Saúde as coisas ficam um pouco mais delicadas. Um retorno com referência, um trabalho com a família entendendo as necessidades do paciente e os limites. Logo, com orientação de cuidados mínimos é mais demorado pois existe uma questão financeira.

Findando os conteúdos da entrevista, as colaboradoras colocam da importância da rede de cuidados contínuos e integrais. E da necessidade de uma equipe para atendimento só da demanda do SUS, que é grande. E mais, da falta de uma assistente social específica nesta equipe, posto que tanto o serviço social quanto todas as outras especialidades contribuem de forma complementar quando solicitadas: fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiras, farmacêuticas, dentre outras que já fazem parte do corpo clínico do hospital.



Fonte: Elaborado pela Autora.

Esses dados devem ser aprendidos tendo como pano de fundo a ideia de que a equipe não está no hospital para desenvolver uma atividade exclusiva com pacientes do SUS, podendo ser observado o declínio até o fim dos atendimentos com essa população. Apesar disso, enquanto houve uma incisão da equipe com estes pacientes, já foi possível enumerar uma quantidade enorme de demanda. Este fato justificaria a instauração de uma equipe somente para trabalhar com o SUS, equilibrando os atendimentos no todo do hospital.

Paliativo não cuida só do fim. Há casos de cuidados com crianças em situações de grande sofrimento social, psicológico e outros. Ações são possíveis de serem abordadas pela equipe. Orientação e alta, mesmo não estando em uma fase terminal da vida. Afinal, Cuidados Paliativos não têm protocolo.

06 CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que se vivencia um momento ideal para inclusão dos cuidados do fim da vida dos idosos no que tange uma práxis da palição enquanto abordagem revolucionária, multidisciplinar, que exige competência humanitária, primeiramente, somada a competência científica.

O requerido através de uma dinâmica entre paciente-família-profissional de forma ética é o desenvolvimento de uma relação visando que o ser humano é digno de, até no fim da vida, ter atenção, toda aquela que precise.

Em especial na Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente/SP, destaca-se o exímio trabalho que vem sendo feito pela equipe de Cuidados Paliativos gerida pelo Convênio Unimed. Em contrapartida, enfatiza-se a necessidade de uma equipe exclusiva para realizar tais atendimentos para pacientes do SUS (a maioria dos clientes), como são chamados, desta entidade.

A aproximação da morte pela pessoa idosa, para além dos aspectos objetivos, desperta aspectos subjetivos de forma diferente em cada sujeito, em relação ao modo de ver, sentir e viver seus momentos finais. E trabalhar para que não haja violações, não haja negligência, nesse momento em específico, é imprescindível para garantir uma intervenção capaz de compor um cenário de fim de vida permeado de presenças sensíveis, solidárias e integralmente competentes.

É através de uma educação continuada, tanto em viés micro (dentro das dependências hospitalares, em especial deste espaço de estágio) quanto macro (nas mediações com o território) e para além com toda a população e de mecanismos que aperfeiçoem o bom relacionamento da equipe com as famílias e das famílias com as comunidades, se torna possível, mesmo em meio a entraves que desafiam uma boa ação profissional, evidenciar as possibilidades de maneira ética a totalidade humana: vida e morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller (orgs.). Família: redes, laços e políticas públicas. 5. ed. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais da PUCSP, 2010.

BARRETTO, Carlos Xavier P. A (org.). A nova família: problemas e perspectivas. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

BERTANI, Iris Fenner; SARRETA, Fernanda de Oliveira; LOURENÇO, Edvânia Angela de Souza. Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde. Franca: UNESP, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.) et. al. Saúde e serviço social. 5. ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRASIL. Estatuto do Idoso (2003). Estatuto do Idoso. Estatuto do idoso: lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. São Paulo.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Estatuto do idoso: uma conquista de todos os brasileiros. 4. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.

_____. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Organização do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

CAPISTRANO FILHO, David. Da saúde e das cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.

COHN, Amélia et. al. A saúde como direito e como serviço. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: s. n., 2010.

KÜBLER-ROSS. Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes; [tradução Paulo Menezes]. 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de (Org.). Idosos e saúde mental. Campinas, SP: Papyrus, 2010.

Idosos no Brasil. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-estilo/vida/noticia/2015/09/numero-de-idosos-quase-triplicara-no-brasil-ate-2050-afirma-oms-4859566.html#>> Acesso dia:

JUNG. C.G. A natureza da psique; [tradução Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha]. 2ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

MINAYO, Maria Cecília. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Cartilha da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005.

MINAYO, M.C.S, and COIMBRA JUNIOR, CEA. Orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento [online]. Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ, 2002. 209p. ISBN: 85-7541-008-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MOTA, Ana Elizabete da; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta (Orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

"morte", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/morte> [consultado em 27-04-2017].

NERI, Anita Liberalesso (org). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

NERI, Anita Liberalesso. Cuidar de Idosos no Contexto da Família: Questões Psicológicas e Sociais. Campinas: Alínea, 2012.

PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE.

Revista Serviço Social e Sociedade, n. 102, Serviço Social e Saúde: múltiplas dimensões. São Paulo.

Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente. Disponível em:< <http://www.santacasaprudente.org.br/>>.

Saúde do idoso. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

SIERRA, Vânia Morales. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça, in Rev. Katálysis vol. 14 no. 2 Florianópolis July/Dec. 2011.

SERRA, José. Ampliando o possível: a política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

TEXEIRA, Sonia Fleury. et al. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.