



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# CONSTRUÇÃO DE UMA BOA MORTE NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL

**Carla Manuela Dias Silva**





**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

Carla Manuela Dias Silva

# **CONSTRUÇÃO DE UMA BOA MORTE NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL**

II Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

Coorientação da  
Mestre Arminda Vieira

Junho de 2014



# RESUMO

O crescente envelhecimento da população e o desenvolvimento de doenças crónicas, degenerativas e incuráveis nesta fase da vida, confrontam o idoso com a morte.

As representações sociais da morte e do final da vida sofreram diversas mudanças, transportando a emergência de novas preocupações voltadas à gestão do morrer.

A oferta do aumento do tempo de vida acarreta aos profissionais de saúde e nomeadamente aos cuidadores de uma estrutura residencial um processo de gestão dos limites entre profissionais, idosos e familiares, colocando discussão ética, em torno dos novos significados que passaram a ser atribuídos à morte.

Com a finalidade de contribuir não só para a reflexão dos profissionais de saúde em relação aos cuidados prestados em fim de vida, mas também para o desenvolvimento de estratégias de intervenção favoráveis à construção de uma boa morte, colocamos a questão de investigação: “Qual o significado de boa morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida e cuidador formal numa Estrutura Residencial?”.

Constitui-se objetivo deste estudo: compreender o significado de boa morte para o idoso em processo de fim de vida e cuidador formal numa estrutura residencial para idosos, na procura de descobrir quais as melhores atitudes a adotar perante um idoso em processo de fim de vida, com o propósito de proporcionar um final de vida com qualidade, segundo as expectativas destes idosos

Estudo de natureza qualitativa, usando como metodologia o estudo de caso, com recurso à entrevista semi-estruturada. No estudo participaram idosos em processo de fim de vida e cuidadores numa estrutura residencial. Os dados foram analisados segundo Bardin (2004).

Os resultados obtidos evidenciam unanimidade em relação às opiniões dos idosos e cuidadores. A morte é encarada como um processo natural, mas gerador de sentimentos e emoções negativos. Poder estar acompanhado, ser respeitado, com os pedidos satisfeitos e sem sofrimento seria uma boa morte. Como fatores potenciadores de uma boa morte foram realçados a presença de tranquilidade e a

necessidade de uma preparação para a morte. A solidão, o abandono, não poder despedir-se dos seus entes queridos são alguns dos fatores que poderiam inibir a boa morte.

Os idosos temem a morte, mas anseiam que lhes proporcionem a morte idealizada, segundo as suas necessidades, perspetivas, desejos e que lhe sejam perdoados os pecados. Os cuidadores preocupam-se em proporcionar o máximo de conforto e tranquilidade no momento final da vida de forma que o idoso morra em paz. Sobressai deste estudo que a boa morte deve ser encarada como um direito do idoso numa estrutura residencial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte; Boa morte; Idoso em processo de fim de vida; Cuidador formal; Estrutura Residencial

Junho, 2014

# ABSTRACT

The growing ageing population and the development of chronic, degenerative and incurable illnesses in this stage of life, confront older people with death.

Death and end-of-life social representations have undergone major changes throughout the years, giving rise to new concerns focused on the dying process.

Increasing of lifetime makes health professionals, and particularly residential home care providers take part in a management process that includes inter-professional boundaries, elderly and family members, bringing about an ethical discussion around new meanings attributed to death.

In order to contribute not only to the reflection of health professionals with respect to end of life care provided, but also for the development of intervention strategies favourable to the construction of a good death, the research question addresses the meaning of "good death" both from the perspective of the dying elder and the residential home care provider.

The overall study purpose is to understand the meaning of good death both for the dying elderly and the residential home caregiver, seeking to discover the best approach before the dying process, and aiming to provide quality end-of-life care, according to older people's expectations.

The research draws on a qualitative case study methodology, using a semi-structured interview. Dying elders and residential home caregivers participated in the study. Data analysis was based on Bardin (2004).

Results show unanimity concerning the views of older people and carers. Although death is seen as a natural process, it also generates negative feelings and emotions. Dying not alone, with respect, with personal problems resolved and not in pain are attributes of a good death. Tranquillity and preparation for the end of life are highlighted as major components of a good death. Loneliness, abandonment, and not being able to say goodbye to their loved ones are some of the factors that could inhibit the good death.

The elderly fear death, and crave for an idealized death, regarding their needs, perspectives, desires and forgiveness of sins. Caregivers provide maximum comfort and tranquillity to the elder nearing the end of life helping them to die in peace.

The study emphasizes that good death should be regarded as a right of the elderly in a residential home.

**KEYWORDS:** death; good death; elderly in the dying process; caregiver; residential home.

Junho, 2014



*“ O senhor é importante por ser quem é.  
Continua a ser importante até ao último dia da  
sua vida, e faremos tudo quanto pudermos,  
não só para que morra em paz,  
mas para que viva até morrer.”*

Cicely Saunders



## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração do presente trabalho só foi possível devido ao apoio e colaboração de outras pessoas, que me acompanharam e incentivaram ao longo desta longa e árdua caminhada. Assim agradeço:

À Professora Doutora Manuela Cerqueira, pela sua douta orientação e pelo seu contínuo encorajamento, entusiasmo e disponibilidade.

À Mestre Arminda Vieira, coorientadora deste trabalho, pelo seu contributo.

A todos os professores do Curso de Mestrado pelo seu contributo.

À estrutura residencial para idosos, na pessoa do Sr. Presidente António Ferreira e Diretora Técnica e de Enfermagem Maria Emília Carneiro, pelo apoio e colaboração.

Aos idosos que gentilmente aceitaram participar nas entrevistas.

Aos cuidadores participantes, pela sua calorosa disponibilidade e colaboração no estudo.

Aos meus amigos Ana e Rafael pela amizade e palavras de incentivo ao longo deste período.

Ao António, aos meus pais e irmã cujo carinho, ternura e apoio foram fundamentais nesta longa e difícil caminhada.

E a todos os que de uma forma direta ou indireta contribuíram para que se tornasse possível a conclusão deste trabalho.

A Todos,  
Muito Obrigada



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I</b>	
<b>A PESSOA EM PROCESSO DE MORRER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO I - O IDOSO EM FIM DE VIDA NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL .....</b>	<b>23</b>
<b>1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE AO LONGO DOS TEMPOS.....</b>	<b>27</b>
1.1. O Acontecimento da morte na sociedade contemporânea.....	28
1.2. A Construção do bem morrer – uma perspetiva filosófica.....	30
<b>2. MORRER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL .....</b>	<b>33</b>
2.1. Estruturas residenciais – perspetiva e filosofia .....	33
2.1.1. Os Cuidados Paliativos numa Estrutura Residencial.....	35
2.2. Morrer Bem numa Estrutura Residencial.....	38
<b>3. A PESSOA IDOSA EM FIM DE VIDA NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL – PROCESSO DE ADAPTAÇÃO .....</b>	<b>41</b>
3.1. Conceito de idoso.....	41
3.1.1. Idoso em fim de vida.....	43
3.1.2. Os direitos do idoso em fim de vida .....	45
3.1.3. Religião, Crenças e Valores Espirituais .....	47
3.2. O Cuidador do Idoso numa Estrutura Residencial .....	49
3.3. Dilemas éticos que se colocam aos cuidadores perante o idoso em fim de vida.....	52
<b>PARTE II</b>	
<b>A CONSTRUÇÃO DE UMA BOA MORTE NA PERSPETIVA DO IDOSO E CUIDADOR FORMAL .....</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO I - PARADIGMA QUALITATIVO E OPÇÕES METODOLÓGICAS – MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>2. OPÇÕES METODOLÓGICAS – MÉTODOS E TÉCNICAS.....</b>	<b>65</b>

2.1. Estudo de caso .....	65
2.2. Técnica de recolha de dados .....	66
2.2.1. Entrevista semi-estruturada.....	66
2.2.2. Realização das entrevistas.....	67
2.3. Terreno de Pesquisa.....	68
2.4. População do Estudo.....	69
2.5. Técnica de Análise de Dados.....	72
2.6. Questões Éticas.....	73
<b>CAPÍTULO II - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
<b>1. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS IDOSOS EM PROCESSO DE FIM DE VIDA .....</b>	<b>77</b>
1.1. Significado atribuído à Morte pelo Idoso em Processo de Fim de Vida .....	80
1.2. Medos Verbalizados pelo Idoso em processo de fim de vida acerca da morte.	82
1.3. Perceção do Idoso em Processo de Fim de Vida acerca dos Pensamentos Sobre a Morte.....	84
1.4. Situações que levam o Idoso em Processo de Fim de Vida a pensar na Morte	86
1.5. Conceito de Boa Morte para o Idoso em Processo de Fim de Vida .....	88
1.6. Perspetiva do Idoso em Processo de Fim de Vida acerca das necessidades no confronto com o Processo de Morrer .....	92
1.7. Perspetiva do Idoso em Processo de Fim de Vida acerca dos Cuidados que gostaria de ter no Processo de Morrer.....	94
1.8. Fatores Potenciadores de uma Boa Morte na perspetiva do Idoso em processo de fim de vida .....	98
1.9. Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida.....	100
<b>2. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS CUIDADORES FORMAIS DO IDOSOS EM PROCESSO DE FIM DE VIDA.....</b>	<b>103</b>
2.1. Significado atribuído à Morte pelo Cuidador Formal do Idoso em Processo de Fim de Vida .....	105

2.2. Impacto no Cuidador Formal na partilha do Processo de Morrer no Idoso em Processo de Fim de Vida .....	108
2.3. Conhecimento do Cuidador Formal acerca do Processo de Fim de Vida do Idoso.....	111
2.4. O conceito de Boa Morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida.....	114
2.5. Opinião do cuidador formal em relação aos direitos do Idoso em Processo de Fim de Vida.....	118
2.6. Perceção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida.....	123
2.7. Estratégias adotadas pelo Cuidador Formal após a Morte do Idoso em Processo de Fim de Vida .....	129
2.8. Fatores Potenciadores de uma Boa Morte na perspetiva do Cuidador Formal do Idoso em Processo de Fim de Vida.....	132
2.9. Fatores Inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do Idoso em Processo de Fim de Vida.....	135
<b>CAPÍTULO III - DA DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ÀS CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>139</b>
<b>1. DISCUSSÃO E SÍNTESE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>141</b>
<b>2. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>149</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>157</b>
ANEXO I - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	159
ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ESTRUTURA RESIDENCIAL.....	163
ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA ESTRUTURA RESIDENCIAL....	167
ANEXO IV - ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	171
ANEXO V - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	175
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE I - GUIÃO DA ENTREVISTA .....</b>	<b>181</b>

<b>APÊNDICE II</b> - EXEMPLAR DE UMA ENTREVISTA.....	189
<b>APÊNDICE III</b> - GRELHA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO .....	201



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes dos cuidados paliativos .....	38
--	----

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Significado atribuído à morte pelo idoso em processo de fim de vida.....	80
Diagrama 2 - Medos apresentados pelo idoso em processo de fim de vida quando fala da morte.....	83
Diagrama 3 - Percepção do idoso em processo de fim de vida acerca dos pensamentos sobre a morte .....	85
Diagrama 4 - Situações que levam o idoso em processo de fim de vida a pensar na morte .....	87
Diagrama 5 - Conceito de Boa Morte para o Idoso em processo de fim de vida.....	89
Diagrama 6 - Perspetiva do idoso em processo de fim de vida das necessidades no processo de morrer .....	92
Diagrama 7 - Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca dos cuidados que gostaria de ter no processo de morrer .....	95
Diagrama 8 - Fatores potenciadores de uma Boa Morte para o idoso em processo de fim de vida.....	98
Diagrama 9 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida.....	101
Diagrama 10 - Significado atribuído à morte pelo cuidador formal do idoso em processo de fim de vida.....	106
Diagrama 11 - Impacto no cuidador formal na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida.....	109
Diagrama 12 - Conhecimento do cuidador formal acerca do processo de fim de vida do idoso .....	111
Diagrama 13 - O conceito de Boa Morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida .....	115
Diagrama 14 - Opinião do cuidador formal em relação aos direitos do idoso em processo de fim de vida.....	118

Diagrama 15 - Perceção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida.....	124
Diagrama 16 - Perceção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida.....	130
Diagrama 17 - Fatores potenciadores de uma Boa Morte na perspetiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida.....	133
Diagrama 18 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida.....	136
Diagrama 19 - Ideologia de uma boa morte.....	150

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Direitos do doente em fim de vida .....	46
Quadro 2 - Caraterização dos residentes da estrutura residencial .....	68
Quadro 3 - Caraterização do corpus de análise - idosos em processo de fim de vida .....	71
Quadro 4 - Caraterização do corpus de análise – cuidadores formais.....	72
Quadro 5 - Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos idosos em processo de fim de vida .....	77
Quadro 6 - Significado atribuído à morte pelo idoso em processo de fim de vida.....	82
Quadro 7 - Medos Apresentados pelo idoso em processo de fim de vida quando fala da morte.....	84
Quadro 8 - Perceção do idoso em processo de fim de vida acerca dos pensamentos sobre a morte .....	86
Quadro 9 - - Situações que levam o idoso em processo de fim de vida a pensar na morte .....	88
Quadro 10 - Conceito de Boa Morte para o Idoso em processo de fim de vida.....	91
Quadro 11 - Perspetiva do idoso das necessidades no processo de morrer .....	94
Quadro 12 - Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca dos cuidados que gostaria de ter no processo de morrer .....	97
Quadro 13 - Fatores potenciadores de uma Boa Morte para o idoso em processo de fim de vida.....	100

Quadro 14 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspectiva do idoso em processo de fim de vida .....	102
Quadro 15 - Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida .....	103
Quadro 16 - Significado atribuído à morte pelos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida.....	108
Quadro 17 - Impacto no cuidador formal na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida.....	110
Quadro 18 - Conhecimento do cuidador formal acerca do processo de fim de vida do idoso .....	114
Quadro 19 - O conceito de Boa Morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida .....	117
Quadro 20 - Opinião do cuidador formal em relação aos direitos do idoso em processo de fim de vida .....	122
Quadro 21 - Percepção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida .....	128
Quadro 22 - Estratégias adotadas pelo cuidador formal após a morte do idoso em processo de fim de vida.....	132
Quadro 23 – Fatores potenciadores de uma Boa Morte na perspectiva dos cuidados do idoso em processo de fim de vida .....	135
Quadro 24 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspectiva do cuidador do idoso em processo de fim de vida.....	137



## INTRODUÇÃO

A morte faz parte da vida, é universal e experienciada diferentemente por cada pessoa considerada simultaneamente próxima e distante. Próxima porque constantemente nos “cerca” ao entrar em nossas casas através do que vemos na televisão, ouvimos na rádio, ou do que lemos em notícias, artigos, jornais e revistas. Ao mesmo tempo é escondida o mais possível, pois raramente se discute ou se fala da Morte, sendo considerado um tema tabu na sociedade contemporânea, gerando nas pessoas sentimentos de desconforto e mecanismos de defesa. Ariés (2003, p.291) classifica-a como “*morte moderna*” ou seja, uma morte “*solitária, oculta, com o corpo do doente invadido por tubos e aparelhos*”. Também Foucault (1994) realça o fato da passagem do cuidar do doente em processo de morrer no seio da família para o médico e suas instituições, tornando-a medicalizada.

Para que a morte deixe de ser considerada oculta, afastada da consciência individual e fator gerador de doença, deve ser encarado como algo natural para que assim se possam alcançar experiências de morte mais satisfatórias.

A ideologia de boa morte encontra-se centralizada no contexto dos cuidados paliativos apresentando uma nova representação social do processo de morrer, viabilizada por princípios como o alívio multidimensional de sintomas, o trabalho em equipa multidisciplinar, interdisciplinar e em associação, o respeito pela autonomia do doente/família, com a intencionalidade da melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias. Esta ideologia pode ser considerada a pedra basilar para que a morte adquira um outro estatuto na nossa sociedade.

A nossa experiência profissional empírica em estrutura residencial tem-nos mostrado que o doente em fim de vida e família é excluído do processo de tomada de decisões relativas à sua vida e, em especial, à sua própria morte. Assim, surgiu-nos algumas inquietações e interrogações: O que é para os idosos morrer com qualidade? Como preparar os idosos para a morte? O que esperam dos profissionais de Saúde?

Uma das questões mais controversas do nosso tempo é saber se é possível escolher como, onde e com quem, passar o momento da nossa morte. A morte de um idoso numa estrutura residencial torna-se um evento eminentemente medicalizado, um processo inscrito em regras e rotinas institucionais, que privilegiam a competência e a eficácia médica. Contudo para “morrer bem” com dignidade, os profissionais de saúde necessitam de compreender que, “ (...) o período que antecede a morte pode ser a ocasião de uma transformação profunda do ser” (Hennezel 1995, p.167).

A procura de um cuidar que preserve a identidade individual e que resulte num final de vida digno e belo, conduziu-nos à questão de investigação: “Qual o significado de boa morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida e cuidador formal numa Estrutura Residencial?”, de modo a perceber o que é para os idosos e profissionais de saúde uma boa morte e contribuir não só para a reflexão dos profissionais de saúde em relação aos cuidados prestados em fim de vida, mas também para o desenvolvimento de estratégias de intervenção favoráveis à construção de uma boa morte.

Tal como afirma Kubler- Ross, in Macedo (2011, p.54):

a melhor forma de estudar a morte e o morrer seria questionando doentes em fase terminal, estudando as suas respostas e necessidades, avaliando as reações das pessoas que os rodeiam, mantendo a maior proximidade que eles nos permitissem.

No âmbito do nosso estudo, definimos como objetivo geral: compreender o significado de boa morte para o idoso em processo de fim de vida e cuidador formal numa estrutura residencial para idosos, na procura de descobrir quais as melhores atitudes a adotar perante um idoso em processo de fim de vida, com o propósito de proporcionar um final de vida com qualidade, segundo as expetativas destes idosos. Para a compreensão desta realidade, construíram-se os seguintes objetivos específicos:

- Perceber o significado do processo de morrer para o idoso em processo de fim de vida e o cuidador formal, numa estrutura residencial;
- Perceber o significado de boa morte para o idoso em processo de fim de vida e o cuidador formal, numa estrutura residencial;
- Identificar os fatores potenciadores à boa morte, na perspetiva do idoso em processo de fim de vida e o cuidador formal, numa estrutura residencial;
- Identificar os fatores inibidores à boa morte, na perspetiva do idoso em processo de fim de vida e o cuidador formal, numa estrutura residencial.

O presente estudo desenvolvido no âmbito do mestrado em enfermagem de cuidados paliativos, será apresentado em duas partes, de modo a obter um documento de fácil acesso, compreensão e de utilidade científica. Na primeira expomos a construção do objeto de investigação e a fundamentação teórica, o que nos permite um conhecimento da área temática do estudo, abordando temas como: a morte e sua evolução ao longo dos tempos, bem morrer, cuidados paliativos, morrer bem numa estrutura residencial, conceito de idoso, idoso em fim de vida e seus direitos, suas crenças e valores espirituais, o cuidador formal e os seus dilemas éticos perante o idoso em processo de fim de vida.

Na segunda parte é palmilhada a investigação empírica, fundamentando o desenho de estudo, a metodologia adotada, a caracterização do terreno de pesquisa e população do estudo, a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Por fim as conclusões, implicações e limitações do estudo.





## **PARTE I**

### **A PESSOA EM PROCESSO DE MORRER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL**

#### **CAPÍTULO I**

### **O IDOSO EM FIM DE VIDA NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL**



O envelhecimento da população em Portugal e no mundo é uma realidade, assim como o aumento das doenças oncológicas, as doenças cardiovasculares e as doenças neurodegenerativas, conduzindo os idosos a estados de dependência e de enorme fragilidade no final de vida a necessitarem de apoio efetivo dos profissionais de saúde. Salienta Gomes & Higginson (2008) que a proporção das pessoas que vivem acima dos 60 anos aumentou, e vai continuar a aumentar até 2050. Projeta-se que nos próximos anos haja um aumento de cerca de 120% da população com limitações funcionais e que a necessidade de receber cuidados formais em instituições aumentará em cerca de 130% (Pickard et al, 2007). Neste sentido, as estruturas residenciais para idosos podem ser uma solução eficaz na medida que podem prestar cuidados que proporcionem o máximo de conforto, ajudando a vivenciar o processo de morrer com dignidade.

É essencial ajudar o idoso em processo de fim de vida a ter cuidados de excelência e para isso a integração dos cuidados paliativos é uma prioridade nas estruturas residenciais. Salienta-se ainda, que a morte em estruturas residenciais, conforme referem Hanson, Henderson & Menon (2002) é frequentemente representada pelo sofrimento psicológico. Os idosos residentes sofrem muitas vezes de solidão, da indignidade da dependência e mudanças indesejadas na aparência física. Alguns deles não têm interação significativa com a família, amigos ou líderes espirituais durante o processo de morrer. Assim, a perceção acerca de uma boa morte centra-se sobretudo no processo de morrer e nas expetativas dos doentes e não no evento da morte em si mesma.

De seguida vão ser abordados diversos temas que configuram o marco teórico deste estudo. Aborda-se a evolução do conceito de morte ao longo dos tempos, a questão da boa morte numa estrutura residencial, o Idoso em fim de vida integrado numa estrutura residencial e o seu processo de adaptação.



## 1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE AO LONGO DOS TEMPOS

Desde os primórdios da civilização, que a morte é parte integrante da condição humana, assim como a doença e o sofrimento. Todos os seres vivos, com exceção de algumas bactérias e protistas elementares, estão condenados à morte (Ruffié, 1987). No entanto, o homem é o único animal terrestre que tem consciência da morte. Esta é descrita como um mistério, uma incerteza, suscitando medos na pessoa pelo desconhecido, desafiando as mais diversas culturas a procurarem respostas que tornem compreensível a morte, de forma a diminuir o sofrimento que a envolve.

Na sociedade Mesopotâmica o corpo era sepultado com vários pertences que assinalavam a identidade pessoal e familiar do mesmo (roupas, objetos de uso pessoal, comida favorita...), garantindo que nada faltasse na passagem do mundo da vida para o mundo da morte. Para eles este rito representava que a morte é uma passagem. Já os gregos tinham como ritos funerários a cremação do corpo, com o intuito de marcar a nova condição existencial, ou seja, a condição social de mortos. Nesta época existia dois tipos de mortos: os mortos comuns e anónimos que eram cremados e enterrados coletivamente em valas e os heróis falecidos que eram conduzidos para a pira crematória, reservada para os grandes heróis, uma vez que nas representações dos gregos esse tipo de morte tornava imortal o morto.

Já para a civilização cristã e para os judeus (aqueles que acreditam na ressurreição) a morte era olhada como passagem para outra dimensão, a transposição ao eterno sofrimento e expiação (inferno), ou o acesso ao eterno júbilo, reservado aos bem-aventurados (o paraíso).

Na Idade Média é possível identificar mudanças significativas em relação à morte e ao morrer em dois momentos: na primeira Idade Média ou alta Idade Média (do século V até o XII) e na segunda Idade Média ou baixa Idade Média (do século XII até o XV). Na primeira Idade Média a morte era “*domesticada, ou domada*” é a morte acrónica ou seja, existia uma certa intimidade entre o morrer e o quotidiano. Era assim, o tipo de morte integrada na vida, entendida num horizonte natural, assente numa convicção fundamental num determinado modo de morrer, não questionada, nem fonte de auto-questionamento de que “*todos morremos*”. A morte não acontecia, nem era querida sem advertência prévia do próprio, mesmo se fosse por interpretação dos sinais naturais dados pelo seu próprio corpo, ou por convicção de que estava a acontecer (Ariés, 2000). Devido a essa consciência da morte, o ato de morrer era centrado no moribundo, este era o ator principal num cerimonial público, onde a família tinha presença dominante.

Já na segunda Idade Média ocorreram mudanças significativas nas representações da morte no Ocidente. A partir do século XII passa a imperar a incerteza, conferindo à morte um sentido dramático e pessoal afastando-se da tradicional familiaridade do homem para com a morte. Nesta época, emerge o termo da consciência de *“a minha morte, ou a morte de si próprio”* (Ariés, 2003).

A ideia do juízo final difunde-se, e o momento da morte é como que um julgamento final e individual da vida vivida de cada pessoa.

A igreja tem o papel de intermediar o acesso da alma ao paraíso e o julgamento final. Assim, a consciência é afetada de imediato, pois vai ser submetido a julgamentos de acordo com a sua conduta, podendo ser encaminhado para o reino dos céus ou para o inferno. Assim, *“sente-se que a confiança primordial está alterada: o povo de Deus está menos seguro da misericórdia divina, e aumenta o receio de ser abandonado para sempre ao poder de Satanás”* (Ariés, 2003, p. 163). Esta mudança de perspectiva em relação à morte faz com que esta passe a ser “clericalizada”, sendo a maior mudança antes das secularizações do século XX, (Ariés, 2003).

Já no final da idade média (período do renascimento) a morte é considerada de *“morte distante e próxima”*. Período caracterizado pela *“origem dos medos em relação à morte”*. A morte é envolvida em jogos perversos, associados ao sexo. Esta fase é assinalada como que o regresso da morte a uma natureza selvagem, contrária ao controle social, associada ao erotismo. Este medo da morte determina e constitui expressão da sua desintegração na vida (Ariés, 2003).

Na Idade Moderna, a partir do século XVIII as atitudes da pessoa perante a morte alteram-se mais uma vez, esta passa a ser romantizada e a existir a ideia de complacência. O morrer passa a ser um momento de rutura, passando a existir uma separação radical entre a vida e a morte em que a pessoa era retirada da sua vida diária e colocado num período violento e difícil.

Na atualidade a morte é rejeitada, maldita, *“interdita”* (Ariés, 2003) e evita-se falar de morte, embora esta seja um fenómeno biológico, objetivo e cientificamente abordável.

De seguida iremos fazer uma abordagem ao acontecimento da morte na sociedade contemporânea e a construção do bem morrer numa perspectiva filosófica.

### **1.1. O Acontecimento da morte na sociedade contemporânea**

A morte é um evento único enquanto vivência pessoal e deve ser considerada como parte integrante da experiência humana. A morte da pessoa humana é entendida como

sendo a cessação definitiva e irreversível da vida de um organismo vivo. O Dicionário da Língua Portuguesa (2012, p.492) define morte como “*cessação definitiva da vida*”. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2006) conceitua morte como um fenómeno pertencente ao desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida, a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral.

Na sociedade contemporânea o tratamento da morte é marcado por alguns fenómenos, a ocultação da morte e a transferência do momento da morte para o hospital. Assim, a morte dos nossos dias é ignorada apesar de ser experienciada por todos, tudo se passa como se já ninguém morresse, vive-se como se já não se morresse. O morrer perdeu o lugar físico e simbólico de sempre, a casa, e passa a ser no hospital o lugar do morrer, vivido muitas vezes em solidão. O mesmo se verificou na segunda metade de século XIX com a “crise contemporânea da morte”, a morte passa a ser vista como algo vergonhoso, interdito e começa a tornar-se progressivamente oculta (Morin, 1976). A morte outrora tão presente e familiar, passa a partir da metade do século XIX a ser considerada vergonhosa e objeto de interdição, onde é realçado o negativo (Ariés, 1991).

Na perspetiva de Vila-Chã (2007), perante a morte o homem contemporâneo é menos protegido do que no passado. O autor refere-se a este acontecimento como um fenómeno normal, que era habitualmente vivido em casa, numa atmosfera de amor e respeito, em que o moribundo era amparado pela família de que fazia parte.

Os tempos modernos, ao favorecer a consciência da individualidade do homem, encontraram-no desprovido e ansioso perante a eventualidade de afrontar sozinho a sua própria morte.

Para a maioria das pessoas a morte surge na instituição num meio estranho, impessoal e muitas vezes super-especializado, em que os moribundos se encontram traumatizados, atemorizados e solitários. Segundo a perspetiva de Macedo (2011), ainda se “*morre mal*” em Portugal, continuamos a assistir à morte “*hospitalizada*” e fria, sem controlo eficaz da dor e sem um atendimento cabal dos aspetos psicológicos e espirituais da pessoa em fim de vida. Refere ainda, que a maioria das unidades de saúde é mais voltada para o tratar do que para cuidar do processo de morrer, não conseguindo ainda centrar o seu alvo de atenção no cuidar a pessoa e a sua família até à última etapa da vida.

A mudança de atitudes dos profissionais de saúde face ao acontecimento da morte é fundamental para encarar a morte como um processo natural. Para isso devem desenvolver intervenções que não acelerem nem atrasem o processo de morrer, que

respondam às diferentes necessidades físicas, emocionais e sociais dos moribundos numa base holística, de forma a promover a qualidade de vida.

## **1.2. A Construção do bem morrer – uma perspetiva filosófica**

Fazendo a morte parte da vida, tal problemática deve incluir a filosofia da vida (e da morte), promovendo a educação para a morte, entendendo-a como algo inevitável. Gedeão, citado por Oliveira (1999) refere, “*a morte comanda a vida*”, assim ver a vida pelo prisma da morte, parece uma coisa natural, e paradoxalmente pode ajudar a viver. Acrescenta ainda que, “*viver a morte não significa matar a vida, antes viver a vida*”, porque também “*a vida comanda a morte*”. Deste modo, a inclusão da morte no discurso social deverá passar por uma educação para a morte, para que esta seja redefinida.

Só morre quem nasceu e está vivo, se não se tivesse nascido, não se morreria, as pedras não morrem, daí a morte ser natural à vida. Se é natural morrer, porque não é natural educar sobre a morte e para a morte?

Nascemos, crescemos, aprendemos a andar, a escrever, a enfrentar dificuldades, a consciencializarmo-nos das nossas capacidades, porque não aprender a lidar com a nossa própria morte. Refere Kübler-Ross (2005, p.331) que *Morrer com dignidade “significa que eu tenha permissão de morrer com o meu caráter, com a minha personalidade, com o meu estilo.”* De acordo com Maeterlink (1997) seria saudável que todos nós tivéssemos a imagem da nossa morte, pois aprendíamos a olhá-la como ela é em si, isto é, libertada dos horrores da matéria e despojada dos terrores da imaginação. Também Sócrates citado por Oliveira (1999) considera que a verdadeira filosofia consiste em nos preparar para a morte, e que a coragem diante da morte é a única virtude que um dia necessitaremos.

Ensinar a arte de bem morrer ou educar para bem morrer é educar para bem viver. Neste sentido, é necessário afastar tudo o que precede a morte e que não reside nela, pois atribuímos-lhe as desgraças da doença, não sendo justo, porque as doenças pertencem à vida e não à morte. Quando chega a morte, logo é acusada de todos os males anteriores a ela. Saltam lágrimas, gritos de dor e terá de se aguentar com todas as acusações que lhe são dirigidas, como sendo o peso dos erros da natureza ou da ignorância da ciência.

Ora, o que faz estremecer é o momento do desfecho, que pode levar horas, dias. Neste momento deve-se respeitar o tempo que resta para viver, sem o encurtar ou prolongar, aliviar o sofrimento da pessoa e ficar à escuta das suas necessidades, vontades, e de respeitar o tempo do doente, na tentativa de proporcionar uma boa morte.



A boa morte pode definir-se como um processo que envolve a realização de uma série de procedimentos sociais, o doente possui uma expectativa concreta e diferenciada acerca da morte ideal.



## **2. MORRER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL**

O progressivo envelhecimento demográfico, decorrente do desenvolvimento socioeconómico, da ciência e da tecnologia, é um fenómeno marcante da sociedade moderna.

As estruturas residenciais são uma solução eficaz para a população idosa. Os residentes destas Instituições são na sua grande maioria pessoas com idade avançada, elevado nível de dependência e portadoras de diversas patologias.

A possibilidade da morte para os residentes em estruturas residenciais para idosos é elevada e por isso a necessidade dos cuidados prestados a estes idosos defenderem uma filosofia dos cuidados paliativos. Segundo a perspetiva de Collière (2003) não são apenas os doentes mais jovens que devem beneficiar de cuidados adequados à *“última grande passagem da vida”*, mas sim todas as pessoas cujo agravamento do estado de saúde faz prever a proximidade da morte. Assim, poder dignificar o fim de vida através do proporcionar de uma boa morte é algo que os profissionais de saúde devem defender, mas para isso, necessitam reconhecer os seus limites e perceber que uma morte “pacífica” pode ser uma das metas de seu trabalho.

Neste capítulo pretendo fazer uma abordagem em relação à perspetiva e filosofia das estruturas residenciais, referenciar os cuidados paliativos numa estrutura residencial e por fim abordar o tema morrer bem numa estrutura residencial.

### **2.1. Estruturas residenciais – perspetiva e filosofia**

Tendo por base os resultados dos Censos 2011, 15% da população residente em Portugal encontra-se no grupo etário mais jovem (0-14 anos) em contraste com os cerca de 19% pertencentes ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população era de 128 o que significa que, por cada 100 jovens existem 128 idosos. Em 2001 este índice era de 102, prevê-se que em 2030 o número de idosos será o dobro dos jovens até aos 15 anos e quase o triplo em 2050 (Conselho Económico Social, 2013). Portanto, o ritmo de crescimento da população idosa em Portugal tem vindo a aumentar, implicando e exigindo cuidar desta população que se encontra mais vulnerável, e que provavelmente vai precisar de apoio e acompanhamento de profissionais de saúde dedicados e especializados.

O idoso tem sido encarado de forma diferente ao longo dos tempos. Até algum tempo atrás era considerado um elemento fundamental na sociedade, pois os seus

conhecimentos, experiências e valores constituíam uma mais-valia para as populações mais jovens. Atualmente, defendendo-se uma sociedade altamente produtiva, o idoso devido à diminuição das suas capacidades, tem uma imagem social e um papel social quase insignificante.

Salientamos também que antigamente as famílias eram mais numerosas, existindo sempre um elemento da família disponível para cuidar do seu idoso. Na atualidade as famílias são cada vez mais reduzidas, muitos idosos não têm filhos, irmãos, primos, ou qualquer outro parente que os ampare nesta fase da vida, fazendo com que se sintam “abandonados”, pela sua própria família em suas casas ou mesmo nos hospitais. Também os vizinhos de hoje encontram-se preocupados com o quotidiano e com as suas tarefas fora de casa, não conseguindo prestar o apoio ao idoso que vive próximo e sozinho.

A estrutura residencial surge como uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, necessitam de apoio de uma estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado.

A Portaria nº 67/2012 da Segurança Social considera a estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Destina-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência.

Deste modo, os profissionais de uma estrutura residencial regem-se pelos seguintes princípios de intervenção: qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades do residente; promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

As estruturas residenciais devem permitir a convivência social através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares, amigos e cuidadores. A participação da família no apoio ao residente contribui para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo

do residente. Estas estruturas residenciais tem como objetivo: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; potenciar a integração social (Portaria nº 67/2012).

Ainda, segundo a mesma portaria, estas instituições coletivas prestam um conjunto de atividades e serviços, designadamente: alimentação adequada às necessidades dos residentes; cuidados de higiene pessoal; tratamento de roupa; higiene dos espaços; atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; apoio no desempenho das atividades da vida diária; cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde e administração de fármacos, quando prescritos.

Contudo as estruturas residenciais para idosos devem ter como princípio e filosofia a qualidade de vida do residente, inclusive na morte. De modo a proporcionar qualidade na morte, os cuidados ao idoso em processo de fim de vida devem ser apoiados na filosofia dos cuidados paliativos, aceitando a morte, melhorando a qualidade de vida e prevenindo o sofrimento.

#### 2.1.1. Os Cuidados Paliativos numa Estrutura Residencial

A permanência do idoso numa estrutura residencial termina com a sua morte. Neste sentido, os cuidadores devem assumir um papel fundamental junto destes idosos para que, conforme preconiza Kubler-Ross (2005), se abra espaço para a escuta das emoções tendo em vista novas formas de administração do morrer.

Foi a partir da década de 60 do séc. XX que surgiram “vozes” a denunciar o desconforto em relação ao modo como eram tratados os doentes com patologias avançadas que frequentemente eram “abandonados” pelos seus médicos, vivendo assim, os últimos dias em solidão. Considera-se, por conseguinte que uma das “vozes” foi a de Cicely Saunders, que se preocupou em mostrar e ensinar a importância da qualidade de vida para as pessoas que estavam a morrer com doença avançada. Assim, a ideia e o exemplo da fundadora dos cuidados paliativos, foi-se espalhando através dos países, continentes, línguas e culturas.

Em 2004 o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, DGS) seguindo as orientações da OMS, reconhece os cuidados paliativos como um elemento essencial dos cuidados de saúde, uma necessidade de saúde pública e um imperativo ético que

promove os direitos fundamentais. Em Portugal os cuidados paliativos e a sua filosofia têm vindo progressivamente a ser desenvolvida sendo hoje reconhecida como um direito humano. No entanto, existem grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados.

Salientamos que os cuidados paliativos têm como preocupação central o alívio da dor e de outros sintomas, com a finalidade de assegurar ao doente em fase terminal a máxima qualidade de vida possível. Paliativo advém do étimo latino “*pallium*” que significa manto ou capa, em que os sintomas são acalmados com o intuito de promover o bem-estar do doente.

Todavia os cuidados paliativos estendem-se muito para além do alívio dos sintomas, dão resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais previne e alivia o sofrimento e, se necessário, prolongam-se no acompanhamento do luto da família. Também Pacheco (2002) salienta ainda a importância de cuidar o doente de uma forma holística, tendo em conta os aspetos psicológicos, sociais e espirituais.

A 5 de setembro de 2012 é criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos - Lei n.º 52/2012, que define cuidados paliativos como:

os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.

Segundo este decreto-lei muito recente, os cuidados paliativos regem-se pelos seguintes princípios:

- Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;

- Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- Continuidade de cuidados ao longo da doença.

Os cuidados paliativos centram-se assim no doente e não na doença e têm como objetivo proporcionar apoio e cuidados aos doentes na última fase da vida.

O conceito dos cuidados paliativos continua a evoluir à medida que esta filosofia de cuidados se desenvolve. Tradicionalmente, os cuidados paliativos eram vistos como sendo aplicáveis exclusivamente no momento em que a morte era iminente. Atualmente são oferecidos no estágio inicial de uma doença progressiva, avançada e incurável, por isso alguns doentes usufruem deste tipo de cuidados durante vários anos e isso fez surgir um novo conceito dentro do conceito de cuidados paliativos: cuidados em fim de vida.

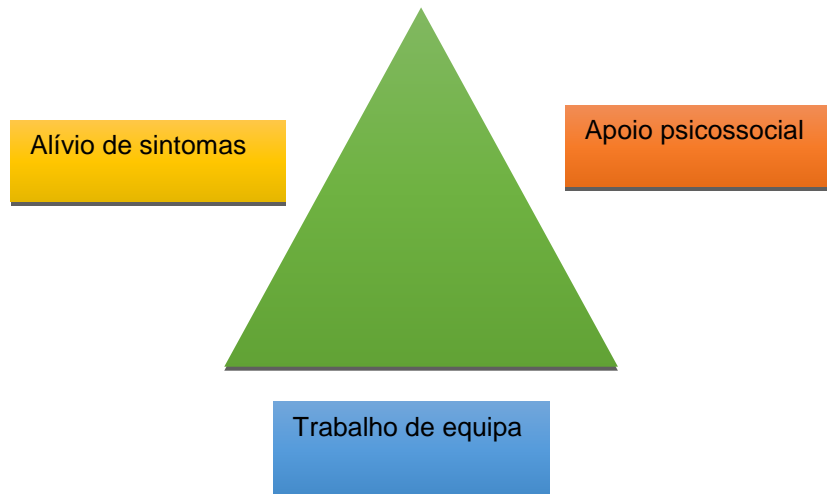
Os cuidados em fim de vida dirigem-se às pessoas com *“morte anunciada”*, ou seja nas situações em que é *“previsível, adivinhada, em que há um conhecimento antecipado da sua proximidade”* e a morte anunciada resulta de *“um privado confronto com o fato de a própria vida estar a aproximar-se do seu termo, dada a existência de doença inexorável, rebelde às terapêuticas e previsivelmente fatal a curto prazo”* (Osswald, 1996:54).

Os idosos residentes nestas instituições na sua maioria encontram-se numa situação de doença crónica, isto é não curável, progressiva e irreversível, sendo os cuidados paliativos a resposta de saúde adequada a esta população. Tal como menciona a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) os cuidados paliativos no idoso não diferem na sua filosofia e desenvolvimento dos doentes mais jovens, mas devem ser tomadas em consideração algumas peculiaridades em relação às características dos idosos, no momento da avaliação.

No caso dos idosos há uma maior proporção de doenças crónicas, de etiologia não oncológica, incuráveis, avançadas e progressivas. Nestes idosos com doenças não oncológicas a evolução é mais lenta, renunciar ao tratamento curativo é mais difícil, o doente e a sua família normalmente não tem a mesma perceção da gravidade da situação como nas doenças oncológicas, estabelecer um prognóstico é mais difícil e o risco de erro é elevado. A avaliação destes doentes requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar, o objetivo será o estabelecimento e monitorização de um plano individualizado. Por isso os cuidados paliativos na terceira idade são complexos e desafiantes, tornando-se fundamental o trabalho em equipa.

Twycross (2001), também realça a importância do trabalho em equipa, com objetivo de proporcionar bem-estar, conforto e qualidade de vida do doente. Por isso caracteriza os cuidados paliativos em três componentes essenciais (Fig. 1).

Figura 1 - Componentes dos cuidados paliativos



Fonte: Twycross (2001)

Apoiadas nesta perspetiva as equipas multidisciplinares das estruturas residências para idosos obtêm de preparação e formação, de forma que os profissionais detenham responsabilidades e competências para a promoção da autonomia, vigilância de saúde, reabilitação, prevenção de complicações, garantia da qualidade de vida aos seus idosos.

## 2.2. Morrer Bem numa Estrutura Residencial

Apesar da representação da morte ter mudado ao longo dos tempos, as necessidades dos doentes e famílias não mudaram em relação aos antepassados.

Seymour (1999) sugere que, o que existe são múltiplas representações sobre a trajetória ideal de morrer. A autora realça que a boa morte é frequentemente associada à imagem de uma morte natural, pacífica, dignificante e não prolongada.

A ambição da dignidade na morte, como na vida, é comum a todas as pessoas. Querer morrer sem sofrimento, seja ele físico, psicológico ou espiritual, é um anseio comum a todos os seres humanos, mesmo que raramente pensem no fim dos seus dias.



Por vezes a morte sobrevem de forma tão súbita que, na opinião de qualquer observador, a própria pessoa não se terá chegado a consciencializar da sua aproximação (Pacheco, 2002). A autora refere que no entanto a morte pode ser esperada, como por exemplo no curso de uma doença prolongada, em que as pessoas vivem num período particularmente difícil da sua existência que corresponde à fase terminal da vida. Estamos a falar de pessoas com doenças avançadas, incuráveis e progressivas a quem é dito que *“já não há nada a fazer”*, reiterando ao doente e família a esperança de uma boa morte.

Segundo McNamara et al. (1994), a ocorrência de uma boa morte depende de fatores inerentes ao contexto social e cultural em que o doente se encontra inserido, assim como de aspetos associados à evolução da doença.

Cuidar para morrer bem exige cuidados altamente individualizados baseados na continuidade do relacionamento, com trabalho em equipa eficaz, planeamento prévio, atenção específica para a preparação da morte e discussão adequada dos tratamentos.

Será de relevância os profissionais de uma estrutura residencial poderem escutar, olhar e absorver o que os idosos em fim de vida direta ou indiretamente lhes transmitem, no que concerne à escolha individual do lugar onde gostariam de ser cuidados, evitar internamentos hospitalares desnecessários e suspensão de tratamentos fúteis, poderá ajudar no bem morrer, tal como corrobora Payne et al. (1996), afirmando que as perceções sobre uma boa ou má morte encontram-se relacionadas com o desenvolvimento de certas interações entre os desejos dos doentes, a capacidade de atingir as expectativas dos vários intervenientes e o controlo que é exercido sobre o processo de morrer.

Os idosos residentes em estruturas residenciais sofrem muitas vezes de solidão, da indignidade da dependência e mudanças indesejadas na aparência física. Alguns não têm interação significativa ou nenhuma com a família ou amigos ou representante espiritual durante a fase final da vida.

Kubler-Ross (2005, p.22), crítica o fato de existir uma certa desumanização dos cuidados de saúde, é um alerta para os profissionais se abeirarem dos doentes: *“(…) para lhe segurarmos na mão, sorrirmos ou respondermos a uma pergunta”*.

Os profissionais de saúde estão sensíveis que os cuidados individualizados e as relações terapêuticas fortes ajudam na prestação de cuidados em fim de vida e dão alento ao longo do processo de morrer.

Em 1967, Cicely Saunders reconhecida como fundadora do moderno movimento hospice, fundou o St. Christophers Hospice em Inglaterra, utiliza a palavra hospice que em inglês

está relacionada com hospital, hotel, albergue. Assim ela trouxe a ideia de local de repouso, boas vindas, tratamentos ativos, lugar onde se está seguro para morrer. Para o idoso institucionalizado a Estrutura Residencial é o local onde passou parte da sua vida e por isso, também se torna uma casa, um albergue e um local seguro para morrer.

Os cuidados paliativos são os indicados a prestar aos idosos de uma estrutura residencial, pois tem como meta proporcionar ao idoso e família e/ou pessoa significativa condições para que alcancem uma boa qualidade de vida até á morte, oferecendo assim uma boa morte.

### **3. A PESSOA IDOSA EM FIM DE VIDA NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL – PROCESSO DE ADAPTAÇÃO**

O mundo está a envelhecer rapidamente, e o aparecimento de doenças sem possibilidade de cura nesta população é cada vez mais frequente. Portugal não é exceção e, como tal, estes fenómenos emergem na nossa sociedade, devendo ser alvo de preocupação e de reflexão.

Quando a institucionalização surge há uma desvalorização do eu, ou seja, o idoso perde a “conceção de si mesmo”. Salienta Pimentel (2001) que a entrada do idoso para um lar está associada a imagens negativas, representa para as pessoas idosas o abandono, a morte, a separação, o sofrimento, representando esta realidade a última etapa da sua vida. O idoso em fim de vida encontra-se mais fragilizado o que exige um acompanhamento mais efetivo para que a última fase seja vivida com mais tranquilidade e segurança.

Neste capítulo, pretendemos fazer uma abordagem ao conceito de Idoso e Idoso em fim de vida, suas crenças, religião e valores espirituais, salientar a exercício dos cuidadores formais do Idoso numa estrutura residencial, e por fim referir alguns dilemas éticos com que estes cuidadores se deparam frequentemente.

#### **3.1. Conceito de idoso**

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2004), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável.

Neugarten (1975, 1979) citado por Fonseca (2004) estabeleceu duas categorias de velhice: os “jovens-idosos” dos 55 aos 75 anos, e os “idosos-idosos” dos 75 anos em diante. Outros autores distinguem, quatro espécies de velhice: velhos jovens (60-69 anos), velhos de mais idade (70-79 anos), velhos-velhos (80-89 anos) e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos). Estas diferenças podem ser úteis para identificar diferenças importantes nos níveis de funcionamento e ajudar a limitar generalizações excessivas sobre as características dos idosos. É também importante compreender que um idoso pode envelhecer mais rapidamente em determinada dimensão, isto é, um idoso de 90 anos pode ser mais jovem psicológica ou socialmente que um idoso de 65 anos (Simões, 2006).

A velhice operada apenas com base na idade cronológica diz-nos muito pouco relativamente ao processo de envelhecimento, não deve ser o único parâmetro para

designar quem é idoso ou não, apenas mede o tempo, os anos passados, este aspeto cronológico do envelhecimento tem apenas um sentido legal e social. Ser idoso é um conceito relativo e é baseado na forma de sentir, física, mental e social (Novo, 2003).

O idoso independentemente da idade cronológica, apresenta outras idades. Birren e Cunningham (1985) in Fonseca (2004) acharam vantajoso proceder à diferenciação de diferentes categorias de idade, propondo três idades: idade biológica, idade psicológica e a idade sociocultural.

A **idade biológica** refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano sendo importante na forma como os problemas de saúde afetam os indivíduos. O envelhecimento é indicado através de variáveis como, cor de cabelo, comprimento da orelha, força muscular das mãos, pressão cardíaca, capacidade de realizar exercícios e atividades diárias, uma série de outras variáveis é considerada, mas nenhuma pode estabelecer uma medida infalível da idade biológica, pois o processo de envelhecimento é individual. Uma das situações mais dramáticas e comuns no idoso é o fato de vir a ter uma doença crónica, o que altera significativamente o comportamento do dia-a-dia, gerando no idoso alguns medos decorrentes da incerteza do percurso da doença, como perda de autoestima, dependência, raiva, isolamento e morte.

No que se refere à **idade psicológica** está relacionada com as capacidades de natureza psicológica que o idoso utiliza para se adaptar às mudanças de natureza ambiental, onde se inclui os sentimentos, as cognições, as motivações, a memória, a inteligência e as outras competências que sustentam o controlo pessoal e a autoestima. A nível cognitivo há mudanças em todas as capacidades, o vocabulário e a informação podem manter-se estáveis ou até melhorar decrescendo só numa fase muito avançada da vida. As capacidades ligadas ao desempenho começam a declinar mais cedo, há uma diminuição da capacidade de resposta mas só termos de velocidade e não de conteúdos (Fonseca, 2004). Emocionalmente o idoso tende a tornar-se menos impulsivo e menos afetado pela ansiedade, com maior riqueza afetiva (Lima, 2004).

A **idade sociocultural** refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que o idoso adota relativamente como membro da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, ou seja, a forma como o idoso vive e administra a própria vida. As relações sociais tendem a diminuir com o avançar da idade, mas a maioria dos idosos está bem integrado no seio das suas famílias e amigos e tem um papel fundamental servindo de suporte, troca de afetividade e de socialização. Por outro lado o idoso sem suporte

familiar, sem possibilidade de viver na sua casa, a institucionalização é a resposta social adequada, no entanto tem um impacto negativo no bem-estar psicológico do idoso.

Contudo é difícil definir a pessoa idosa como alguém pertencente a um grupo diferente dos outros, com características muito particulares e específicas, pelo que qualquer tentativa de o fazer é geralmente muito imprecisa. Quando nos referimos à pessoa idosa, referimo-nos a alguém que tem mais idade do que a maioria das pessoas que a rodeiam, e que tem uma experiência de vida e uma memória mais longa, alguém que tem consciência de que o tempo que lhe resta para viver é mais curto do que o que percorreu até então, é a forma como Philibert (1984) in Pimentel (2001) procura definir uma pessoa idosa.

Convém referir que não podemos considerar os idosos como uma categoria homogénea não se pode relativizar todas as afirmações que possam proferir, pois, “ (...) *cada indivíduo idoso tem uma história, uma personalidade e é condicionada por um conjunto de fatores que tornam a sua existência única, ainda que partilhe experiências sociais e outras* ” (Pimentel, 2001, p.63).

É também importante ter em mente que as pessoas podem envelhecer mais rapidamente numas dimensões do que noutras, isto quer dizer o que habitualmente é referido, um idoso pode ser “velho” fisicamente, mas mais jovem psicológica ou socialmente. Deste modo embora o envelhecimento seja um fenómeno biológico, psicológico e social, nem sempre corresponde a um nível de bem-estar ou um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos uma vida de acordo com as suas necessidades e expetativas.

Salientamos assim, que as pessoas idosas têm habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais que expõem a perigo a sua qualidade. Ser idoso não é sinónimo de doença, pelo contrário, desde que sejam criadas as melhores condições de vida, hoje em dia é possível mesmo depois da reforma, desde que os idosos mantenham uma vida ativa.

### 3.1.1. Idoso em fim de vida

A existência de múltiplas doenças crónicas e cada vez mais frequentes doenças oncológicas, incuráveis e degenerativas nos residentes de estruturas residenciais para idosos, em geral leva que a trajetória para a aproximação da morte seja incerta ou imprevisível. No entanto o processo de fim de vida num idoso caracteriza-se num percurso habitualmente progressivo e por vezes demorado, o que promove uma aceitação da morte.

O idoso que se encontra em fim de vida pode ser denominado como doente terminal, moribundo ou mesmo como próximo da morte. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estes doentes terão de possuir uma doença avançada terminal e incurável, escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento ativo, presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos e oscilantes, grande impacto social no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e processo de morte e um prognóstico de vida limitado.

Também Pacheco (2002) se refere a doente terminal “ (...) a todas as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte”.

Não pode ser esquecido que o doente em fim de vida é um ser único, mas tem características comuns. Barbosa e Neto (2006) salientam um conjunto de características comuns aos doentes em fim de vida:

- Deterioração evidente e progressiva do estado físico, acompanhada de diminuição do nível de consciência, desorientação e dificuldade na comunicação;
- Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição, com origem na debilidade crescente ou nas alterações do estado de consciência, desinteresse pelos alimentos;
- Falência de muitos órgãos, acompanhada por vezes, de falência de controlo de esfíncteres;
- Sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia de base, embora as alterações da respiração e as perturbações da consciência possam ganhar relevo;
- Sintomas psico-emocionais: como angústia, agitação crises de medos ou pânico, pesadelos, manifestados de acordo com a gravidade do estado do doente;
- Evidência e/ou percepção emocional, verbalizada ou não, da realidade da situação terminal.

Esta última fase da vida decorre de uma forma gradual e natural, com um agravamento que se constata de dia para dia e com evidente deterioração do estado geral. Kubler-Ross, in Macedo (2011), propôs uma teoria segundo a qual as pessoas que tomam consciência da sua morte iminente (e, por vezes, as pessoas que lhes são mais vinculadas) tendem a desenvolver um processo que contém cinco fases que podem não

seguir, obrigatoriamente, uma sequência ou ser vivenciadas da mesma forma por todos os indivíduos: negação e isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação.

Na fase de negação e isolamento, o doente diante da informação da inevitabilidade da sua morte, inicialmente não acredita naquilo que os profissionais de saúde lhe dizem. Quando não é possível negar o que é uma certeza, entra numa segunda fase, da raiva, da ira, da inveja, *“Porque eu?”*, as pessoas que acreditam em Deus começam a culpá-lo, *“Que Deus é este que me deixa morrer”*. Porém, diante da impossibilidade de impedir a morte, o doente torna-se agressivo. Tal agressividade volta-se contra si mesmo, contra Deus e contra as pessoas que o rodeiam. Os profissionais que trabalham com doentes terminais percebem que esta raiva assenta num profundo desespero, por parte do doente que se vê confrontado com a morte, que lhe inspira medo e do qual quer fugir. A superação desta raiva caracteriza a terceira fase, a negociação, em que o doente tenta negociar um prazo maior, *“Vou morrer, sim, mas não já, e sim no ano que vem”*. Na fase da depressão, o doente terminal chega ao momento da despedida do mundo, e nesse momento, percebe o verdadeiro valor da vida. A despedida torna-o triste, mas realizá-la é a condição para poder aceitar a morte.

Apesar de a morte estar para breve o doente em fim de vida é um ser humano que ama, e como tal deve continuar a ser amado, cuidado e respeitado porque continua vivo até que o momento da morte se estenda sobre ele.

O idoso em processo de fim de vida perante a realidade da sua situação, percebe a morte. Esse momento único na sua vida será influenciado pelos seus aspetos culturais, pela sua personalidade, pelo tipo de aprendizagens anteriores que teve e pelas mensagens que obtém dos profissionais. Deste modo, cada elemento da equipa deve tomar consciência das mensagens que envia no processo de cuidar e dos direitos de que o idoso em fim de vida dispõe. No centro de todas as atitudes a tomar deve estar garantido o conforto, o apoio psicológico e espiritual do idoso em processo de fim de vida e família proporcionando uma boa morte.

### 3.1.2. Os direitos do idoso em fim de vida

A atitude perante o idoso em fim de vida tem sido sujeita a alterações ao longo do tempo. O profissional de saúde tem o dever de fazer valer os direitos das pessoas em fim de vida, porque o moribundo é antes de mais um ser único com necessidades, valores, convicções, que tem direitos durante o processo de morrer.

A Portaria n.º 52/2012 refere os seguintes direitos do doente em fim de vida segundo (Quadro 1).

Quadro 1 - Direitos do doente em fim de vida

1. Receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas;
2. Escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;
3. Fazer-se acompanhar, nos termos da lei;
4. Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade;
5. Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;
6. Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais;
7. Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

Apesar de reconhecerem a importância dos direitos da pessoa em fim de vida, enquanto "pessoa que vive a sua morte", os profissionais de saúde confrontam-se sistematicamente com a incurabilidade, o sofrimento e a morte, o que pode levar a uma relação distante ou inexistente entre estes e a pessoa em fim de vida, ficando estes direitos aquém de serem atendidos e mesmo valorizados. Para além dos direitos do doente em fim de vida atrás referidos Pires (1995) acrescenta alguns direitos, que o profissional deve valorizar e servir-se deles para enriquecer a relação com o doente em fim de vida. Segundo Pires (1995) o doente em fim de vida têm:

- Direito de ser tratado como um ser humano até morrer;
- Direito de ser aliviado na dor;
- Direito de participar nas decisões relativas aos cuidados que lhe são prestados;
- Direitos de contar, com a constante atenção médica e com a continuidade de cuidados, mesmo que os objetivos de cura devam ser mudados para objetivos de suporte;



- Direito de ser tratado por pessoas sensíveis, motivadas, competentes, que tentem compreender as necessidades de quem se encontra a morrer e encontrem satisfação pessoal na ajuda que lhe dão em relação à morte;
- Direito a ser tratado por pessoas capazes de conservar sentimento de confiança, qualquer que sejam as mudanças que possam advir;
- Direito a que lhe respondam honestamente às suas questões;
- Direito a não ser enganado;
- Direito de conservar um sentimento de esperança qualquer que seja a mudança que possa vir a acontecer;
- Direito de exprimir à sua maneira os seus sentimentos e emoções, face à sua própria morte;
- Direito de conservar a sua individualidade e de não ser julgado pelas suas decisões que podem ser contrárias às convicções dos outros;
- Direito a discutir e aprofundar a sua experiência religiosa e espiritual, qualquer que seja o significado que ela tenha para os outros;
- Direito para a aceitação da morte, a receber a ajuda da família e esta também receba ajuda;
- Direito a não morrer só;
- Direito de esperar que a dignidade do seu corpo seja respeitada após a sua morte;
- Direito de morrer em paz e com dignidade.

O direito de morrer com dignidade implica que todos os outros sejam válidos e cumpridos. Morrer com dignidade, é manter até ao fim a sua identidade, de ser único que é, é ser tido em consideração por aqueles que o rodeiam e não ser abandonado ao destino que lhe está reservado, numa solidão imensa e profunda.

Todo este processo requer um investimento contínuo, isto é, uma tomada de consciência permanente, do modo como cuidamos e do modo como nos sentimos como profissionais de saúde.

### 3.1.3. Religião, Crenças e Valores Espirituais

A religião, crenças e valores espirituais podem ser determinantes no processo saúde-doença. A espiritualidade é entendida como a conexão transcendental com o universo e a

procura de um sentido na vida relacionada ou não com uma figura divina. A religiosidade como uma conceção e organização de crenças, rituais e práticas desenvolvidas como objetivo de conexão com um poder superior, com Deus.

A fase final da vida tem um efeito devastador na vida do doente e família, como tal os doentes em fim de vida querem ser cuidados como pessoas, e não tratados como doenças, serem observados como um todo, incluindo aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Aqueles que se aproximam do fim da vida sentem habitualmente um aumento ou uma renovação das suas necessidades de afirmação e aceitação, perdão e reconciliação, descoberta de significado e direção (Twycross, 2001). De forma aparente, ou não, os doentes em fim de vida necessitam de auxílio espiritual ou religioso, procurando respostas para o significado do sofrimento, da dor, da vida e da vida depois da morte.

Twycross (2001) salienta ainda alguns indicadores de necessidades espirituais por parte dos doentes em fim de vida:

- Sentimento de desespero, desvalorização e impotência;
- Sofrimento intenso inclui solidão, isolamento e vulnerabilidade;
- Distanciamento de Deus, incapacidade para acreditar e quebrar as barreiras religiosas e culturais;
- Cólera contra Deus, a religião e o clero;
- Estoicismo desmedido e desejo de mostrar aos outros como se devem comportar;
- Sentimento de culpa ou de vergonha, isto é, a doença constitui uma punição, amargura e irreconciliação para consigo e para com os outros;
- Preocupação com o estatuto ético do tratamento que lhe é dispensado, sentimentos de desvalorização que podem estar relacionados com culpa e vergonha;
- Sentimentos por resolver relativamente à morte que se manifestam através do medo de adormecer ou de permanecer escuro, isto é, quanto mais tempo está acordado, mais afasta a morte;
- Sonhos/pesadelos nos quais é aprisionado, ou se cai num poço sem fundo.

A religião serve de instrumento de explicações que ajudam a dar significado às experiências de doença e morte. Acreditar que a vida não termina no momento da morte

torna-se algo consolador, que lhe permite uma melhor aceitação da morte. Rezar adquire-se como uma prática comum e confortadora no momento da dificuldade.

Embora as crenças espirituais ainda não sejam valorizadas o suficiente no âmbito das equipas de saúde, existem evidências científicas que doentes em fim de vida com vivência religiosa/espiritual têm melhor relação com a doença, maior adesão ao tratamento, facilidade em lidar com os sintomas depressivos.

A dimensão da espiritualidade é de grande importância, pois é uma fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte. É considerada um dos alicerces dos cuidados paliativos. Reconhecendo a sua importância e as dificuldades dos profissionais de saúde em avaliar e reconhecer as necessidades espirituais e religiosas, algumas equipas de saúde apoiam-se em modelos preconizados, tal como o modelo de Kellerhear, construído sobre três dimensões:

- Necessidades situacionais: surgem das experiências pessoais e sociais no contexto da doença, já que é preciso encontrar significado na doença, procurando nesta experiência alguma conexão transcendental;
- Necessidades morais e biográficas: incluem encontrar paz e reconciliação, resolver problemas do passado, análise do percurso e procura do perdão;
- Necessidades religiosas: reconciliação, suporte e perdão divino, prática de ritos, leituras, discussão sobre Deus, sobre a esperança e a vida eterna (Leung et al, 2006).

O alívio do sofrimento do doente em fim de vida passa por uma avaliação e atendimento globais, onde as necessidades espirituais e as crenças religiosas não devem ser esquecidas ou ignoradas, pois influencia o significado de doença e morte, ajudando a enfrentar da melhor maneira possível.

### **3.2. O Cuidador do Idoso numa Estrutura Residencial**

O cuidado da pessoa idosa pode ser implementado tanto pela família, como por profissionais e instituições. Sequeira (2007) no âmbito do contexto da prestação de cuidados, distingue dois tipos de cuidados que se relacionam com o cuidador em questão: cuidador formal (atividade profissional) e o cuidador informal (família, amigo).

Em relação ao cuidador formal, a prestação de cuidados é por norma executada por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e auxiliares entre outros, que ganham a designação de cuidadores

formais, pois existe uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...), (Sequeira, 2007).

O cuidador formal de uma estrutura residencial deve proporcionar um contexto humanizado e personalizado, e que tenha em consideração as efetivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte, que os residentes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências.

São objetivos destes cuidadores, promover qualidade de vida, proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial, contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, privilegiar a interação com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social e promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária (Portaria nº 67/2012).

O cuidador surge assim como figura central, pois o mesmo presta os cuidados necessários para atenuar a incapacidade funcional do idoso, quer esta seja temporária, quer definitiva.

Cuidar de uma pessoa em fase terminal passa, por estar atento aos problemas físicos do doente, como é o exemplo da dor física, mas também nunca esquecer a “dor psicológica”, que tantas vezes dói mais do que qualquer sintoma físico. O cuidador deve estar de corpo e alma com o idoso, adotar medidas tantas quanto possível para amenizar qualquer destes sintomas descontrolados. Um dos maiores receios da pessoa em fim de vida muitas vezes não é a morte, no próprio sentido da palavra, mas a solidão que poderá acompanhar até à morte.

Os doentes em fim de vida esperam que lhes seja assegurada a melhor qualidade de vida possível a si mesmo e à sua família. A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Assim, é importante que o cuidador estabeleça uma relação com o doente e família, contribuindo para o alívio do stress individual e familiar do doente, estabelecendo um diálogo, de forma a possibilitar que a comunicação se desenvolva com base nas suas necessidades, preocupações e expectativas.

A comunicação empática é fundamental na medida em que revela efeitos positivos, produzindo no idoso sentimentos e experiências relevantes para enfrentar a sua doença,

favorecendo o seu dinamismo psíquico, o desenvolvimento construtivo da personalidade e o aceitar-se melhor. Comunicar eficazmente no contexto de cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio.

Do processo de comunicação fazem parte os aspetos verbais e não-verbais, a forma como se diz é tão importante como aquilo que se diz. O comportamento não-verbal na maioria das vezes reforça a mensagem verbal, este comportamento faz a diferença relativamente á forma como o doente se sente acompanhado e compreendido. Tal como refere Hennezel (1997, p. 42) *“Aperta mais a minha mão nos momentos em que a emoção cresce, eu respondo-lhe, as nossas mãos conversam.”*

Uma vertente muito importante da comunicação é a que se refere à partilha de informação com o doente em fim de vida. Twycross (2001) é da opinião que a relação entre o profissional de saúde e o doente funda-se na verdade. A comunicação da verdade deve ser dada ao ritmo e circunstância de cada pessoa. O Doente tem o direito de saber a verdade sobre a sua doença e processos terapêuticos, mas sem lhe retirar a esperança.

Num passado não muito distante os profissionais de saúde e família consideravam que a melhor forma de proteger o doente em fim de vida e de o ajudar era nunca lhe dizer a verdade, defendendo que quanto menos ele soubesse sobre a sua situação de doença, melhor seria para o doente.

Segundo Barbosa (2006) existem estudos que referem que 40% a 70% dos doentes conhecem a natureza da sua doença, por essa razão o doente deveria ter a oportunidade de solicitar a informação, marcar o ritmo, o tempo, ou escolher os interlocutores e a forma como gostaria que ela lhe fosse transmitida.

Twycross (2001) refere, que dar a conhecer uma verdade dolorosa não significa destruir a esperança. Nos pacientes que se encontram próximo da morte, a esperança tende a focar-se: mais no “ser” do que no conquistar; nas relações com os outros e na relação com Deus ou com um ente superior.

A maioria das vezes não se questiona qual a vontade da pessoa, onde é que ela gostaria de passar os seus últimos momentos. Twycross (2001) interroga se as pessoas tivessem a possibilidade de escolher, a maioria optaria por morrer em sua casa e não num ambiente estranho como o hospital, mas para isso, seriam precisos bons serviços de apoio.

O local de morte deve ter condições que possibilitem o doente despedir-se da vida, na companhia da sua família ou de quem o desejar, em privado, respeitando a sua

dignidade de ser único e irrepetível, independentemente da sua condição humana (Macedo, 2011).

Também a privacidade dos idosos em fim de vida, deve ser levada em consideração sempre nas questões do cuidar, mais importante ainda no momento da morte. O que na maioria dos casos acontece, o idoso morre no corredor de um hospital, ou em enfermarias onde a sua privacidade se resume a duas cortinas corridas. Mas não teriam muito mais conforto e mais dignidade em morrer num quarto, em que poderiam ter um ambiente tranquilo, ter a oportunidade de estar acompanhado frequentemente por um familiar, amigo ou profissional, ou alguém escolhido pelo idoso em fim de vida, e poder expressar todos os seus anseios, desconfortos e desejos com a certeza da sua unicidade.

Ao longo dos tempos assistimos a uma maior consciencialização dos direitos que assistem à pessoa em fim de vida, bem como ao acentuar das preocupações éticas por parte dos profissionais de saúde que prestam cuidados a estas pessoas, surge então, um amplo movimento de defesa dos direitos da pessoa em fim de vida, de modo a proporcionar uma boa morte.

### **3.3. Dilemas éticos que se colocam aos cuidadores perante o idoso em fim de vida**

Com a evolução da ciência, nomeadamente os acentuados progressos da tecnologia médica, conduziram a um aumento notável da esperança de vida e a um adiamento considerável da morte. Tal como a vida é algo pessoal e intransmissível de igual modo, a morte, enquanto último e inevitável ato da nossa existência, é pertença de cada um. Ao cuidar do doente nesta fase da vida, o profissional deverá ter a sensibilidade de compreender as exigências deste cuidar.

A fase final de vida tem sido encarada pelos profissionais de saúde em geral como perturbadora e com a qual é difícil de lidar. É exigido a prestação diferenciada de cuidados a doentes com uma doença incurável, em fase avançada e com grande sofrimento.

Vivemos numa sociedade em que a dor e o sofrimento são mal tolerados, sendo a morte e o processo de morrer afastados para um horizonte longínquo. A complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida levantam inúmeras questões éticas que geram conflitos envolvendo os profissionais de saúde, os doentes e os seus familiares. Assim, neste contexto surgem para os doentes em processo de fim de vida, questões e problemas relacionados com o seu acompanhamento, a verdade na informação que lhes é prestada, as questões básicas do

viver e do morrer, do sofrer e mal sofrer, do tratar e não tratar (Leone, 1997). Estes dilemas éticos impõem-se perante os profissionais de saúde ao enfrentarem estas situações críticas ligadas ao fim da vida, as quais exigem escolhas e decisões entre vários rumos possíveis. Um dilema ético envolve uma situação em que existe duas ou mais escolhas disponíveis mas nenhuma delas parece satisfatória, sendo necessário escolher a melhor de todas (Queirós, 2001). É com estes dilemas, questões e problemas com os quais os profissionais de saúde se deparam diariamente ao cuidar de doentes em fim de vida e cuja resposta requer uma reflexão orientada por princípios éticos.

A Ética consiste numa reflexão filosófica sobre o comportamento humano e surge como o horizonte que guia o agir humano, não dá soluções, mas fornece orientações para a ação (Pires, 2001).

A bioética, enquanto subdisciplina da ética tem as suas raízes na globalidade dos muitos temas nomeadamente, os direitos fundamentais, a dignidade da pessoa humana e o direito à vida (Cardoso, 1996). Estes são os verdadeiros pilares através do qual emanam os princípios da bioética e que devem estar presentes, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções no contexto dos cuidados de saúde: princípio da autonomia, princípio da justiça e o princípio da beneficência.

A este propósito Cardoso (1996, p. 53), refere que, *“cada um dos princípios formula a existência de respeito por determinado valor: a autonomia ou liberdade (...), o seu bem-estar, a igualdade ou a imparcialidade”*.

Quando se fala de um doente em processo de fim de vida, este encontra-se vulnerável, mas muitas vezes consciente e orientado, o que lhe dá o direito de tomar decisões relacionadas à sua condição de saúde e certifica-lhe o respeito pelo **princípio da autonomia**. Segundo Cabral (1996, p. 53) o princípio da autonomia *“ (...) também chamado princípio da liberdade, prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões, que sejam verdadeiramente autónomas e livres”*.

Em termos práticos este princípio significa que o idoso em processo de fim de vida tem o direito de receber informação conveniente da sua situação, receber respostas adequadas e honestas às suas perguntas, de modo a poder participar em todas as decisões que lhe dizem respeito e assim decidir livremente sobre o seu tratamento, após de devidamente esclarecido. Também os enfermeiros tem o dever de informação inerente no código deontológico dos enfermeiros, artigo 84º.

Para que o doente em fim de vida possa tomar a decisão acerca da aceitação ou recusa do tratamento, deve ser informado sobre a sua doença em relação ao diagnóstico e

prognóstico. Neste contexto, Osswald (1996, p. 57) afirma que deve ser comunicada, “(...) *toda a verdade que o doente realmente deseja conhecer e toda aquela que ele consegue suportar (...)*” sendo inadmissível não respeitar este direito a ser informado. No entanto nos dias de hoje o que se verifica que o diagnóstico é partilhado com familiares ou próximos do doente.

**O princípio da beneficência** inclui o da não maleficência, ou pelo menos, a obrigação de, além de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal. As máximas deste princípio são: fazer o bem, não causar o mal, cuidar da saúde e promover a qualidade de vida (Pires, 2001). Com base neste princípio os profissionais devem avaliar, juntamente com o doente as vantagens e os riscos do tratamento, de modo que resulte sempre num bem para o doente. O princípio da beneficência garante ao doente terminal o direito de não sofrer indevidamente, por isso requer que os profissionais de saúde utilizem os meios necessários para combater a dor e outros sintomas, prestem apoio psicológico no sentido de contribuir para a diminuição do sofrimento. Este postula para o doente terminal o direito a ser tratado como pessoa humana até ao momento da morte, implica a prestação de cuidados individualizados, tendo em atenção que o doente é uma pessoa, única em carácter, personalidade, passado, cultura, hábitos, valores e convicções que devem ser respeitados. O código deontológico dos enfermeiros preconiza segundo o seu artigo 82º, dos direitos à vida e à qualidade de vida, que o enfermeiro assume o dever de respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual do doente, assim como participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e qualidade de vida. A obrigação dos profissionais de saúde é uma obrigação de meios mas não de fins, ou seja, a utilização de todos os meios ao seu alcance para conservar a vida, mas não para o prolongamento da agonia ou para o adiamento da morte.

**O princípio da justiça** refere-se às exigências da justiça distributiva, as quais no campo da bioética, dão origem a problemas difíceis, quer a níveis de macrodecisões e microdecisões (Queirós, 2001). Este princípio surge estreitamente relacionado com os valores essenciais como os da igualdade, da dignidade, da consideração e do respeito pelas pessoas e pelas comunidades. A dignidade da pessoa humana é valor básico em que assenta a ordem jurídica portuguesa (artigo 1º da Constituição da República Portuguesa): todo o ser humano tem direito a viver a sua própria morte e a morrer em paz e com dignidade, é esta a filosofia do acompanhamento ao doente em fim de vida.

“ *Uma sociedade dita justa, deve ser a que promove a igualdade de oportunidades, devendo assegurar que um número mínimo e indispensável de serviços de saúde se encontre à disposição de todos*” (Pires, 2001). De acordo com este princípio os cuidados paliativos deveriam estar acessíveis a todos os que deles necessitam, incluindo a própria



família, contudo não é o que se verifica na nossa realidade atual, dada a escassez de unidades de cuidados paliativos, a sua localização e a falta de formação dos profissionais.

Os profissionais devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados, rigorosos e humanizados, mesmo quando a cura já não é possível. O cuidar do doente em fim de vida comporta sempre uma panóplia de sentimentos, dúvidas, sofrimento, medo, perda, revolta tanto para o doente e família como para a equipa de saúde, com as quais nem sempre se consegue lidar. Por isso neste contexto de cuidados paliativos é exigida aos profissionais uma ponderação individual das circunstâncias que, envolvendo necessariamente os cuidados de saúde adequados á pessoa doente, terá que considerar de modo especial as manifestações dos seus valores culturais e espirituais e o seu envolvimento afetivo, familiar e social. O cuidar do doente em fim de vida deve ter como objetivo máximo, promover a qualidade de vida com vista a humanizar o fim da vida.



## **PARTE II**

# **A CONSTRUÇÃO DE UMA BOA MORTE NA PERSPETIVA DO IDOSO E CUIDADOR FORMAL**

## **CAPÍTULO I**

# **PARADIGMA QUALITATIVO E OPÇÕES METODOLÓGICAS – MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO**



Na abordagem conceptual foram abordados temas fundamentais, essenciais e necessários que permitiram a compreensão do problema. Com o objetivo de facilitar o processo de instrumentação e análise dos resultados é necessário ter em consideração as questões metodológicas.

Neste capítulo abordaremos a nossa opção metodológica, apresentando a problemática e fundamentação do estudo, a metodologia escolhida, bem como a técnica de recolha e análise dos dados e por fim abordar as questões éticas implícitas.



## 1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Com a evolução do conceito de morte ao longo dos tempos, e o fato do tema da morte ser fortemente evitado na atualidade facilmente se compreende as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde ao cuidar de um idoso em processo de fim de vida e ainda mais quando ele se encontra numa estrutura residencial. Este afastamento e evitamento em relação à morte pode conduzir a mortes muito pouco personalizadas, não respondendo às expectativas dos doentes.

Se antigamente a morte fazia parte da vida familiar, hoje em dia faz parte dos hospitais, conduzindo a momentos finais despersonalizados, solitários, sem dar a oportunidades à pessoa de decidir o que quer, como e quando, seja em relação aos cuidados em si, assim como também em relação a eventuais assuntos pessoais, sociais e religiosos que tenham pendentes.

Desde sempre a morte tem despertado o interesse científico. Nos últimos anos têm sido desenvolvidos alguns estudos voltados para a construção de uma boa morte e reconhecem a existência de fatores que potenciam uma boa morte. Um estudo realizado sobre “Pacientes terminais definem fatores que garantem uma boa morte” liderado por Holy Prigerson (2012), descobrindo na voz dos doentes e seus cuidadores que uma boa morte é aquela em que são capazes de gerir a dor, de permanecer lúcidos, de se sentirem preparados e de poderem interagir com a família. Os doentes com maior qualidade de vida durante os últimos dias foram aqueles que evitaram hospitalizações, os que não se preocuparam com a morte, os que oravam ou meditavam, aqueles que receberam cuidados no seu lar, não usaram sonda nasogástrica para alimentação, foram visitados por um pastor/assistente espiritual/padre e os que não foram submetidos a quimioterapia na última semana de vida.

De certo modo a implementação de medidas simples como, dar oportunidade à família na participação em todo o processo decisório num ambiente de abertura e de verdade, permitir alguns rituais, oferecer privacidade, controlar efetivamente a dor e sintomas de desconforto, ajudam a proporcionar maior qualidade de vida durante os últimos dias, foi a conclusão que chegou Garros (2003), num estudo realizado sobre a possibilidade de proporcionar uma boa morte.

A tarefa de minimizar o sofrimento multidimensional no fim da vida é um desafio complexo, para tal os profissionais de saúde na tentativa de proporcionar uma boa morte apoiam-se na filosofia dos cuidados paliativos.

Na voz de quem cuida, isto é de enfermeiros de uma unidade de paliativos, estes reconhecem que a tarefa de minimizar o sofrimento multidimensional é um desafio complexo, admitindo que muitos doentes não consigam atingir o ideal de boa morte proposto pela filosofia inerente à prestação de cuidados paliativos. Na tentativa de proporcionar uma boa morte, tendem a dar prioridade ao controlo da dor e dos sintomas, delegando para segundo plano as necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos doentes. No entanto referem a existência de uma morte suficientemente boa, ou seja próxima o mais possível das circunstâncias que a pessoa escolheu (Hilário, 2010).

Mediante a vivência com a realidade da morte do outro, o receio de não corresponder às expectativas, os sentimentos de angústia e impotência ao cuidar do idoso em fim de vida, presentes no quotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, demonstram a necessidade de estudar a construção de uma boa morte para o idoso em processo de fim de vida, uma vez que a morte para o doente em fim de vida *“trata-se de um acontecimento existencial de uma importância extrema e única: de uma importância extrema, não é preciso dissertar longamente nesse aspeto; de uma importância única porque se trata de uma situação que só acontece uma vez na vida”* (Abiven, 2001)

Quando a morte ocorre em estruturas residenciais Cardão (2009) refere que os cuidados prestados pelos cuidadores se centram em cuidados instrumentais não respeitando as necessidades efetivas do idoso, acarretando uma morte impessoal e mecanizada.

Face ao exposto e às experiências vivenciadas como enfermeira de prestação de cuidados diretos ao idoso em fim de vida e à confrontação com a realidade da morte, pareceu-nos pertinente a necessidade de compreender o significado de “Boa Morte”, para o idoso em processo de fim de vida e cuidador formal, com a finalidade de contribuir não só para a reflexão dos profissionais de saúde em relação aos cuidados prestados em fim de vida, mas também para o desenvolvimento de estratégias de intervenção favoráveis à construção de uma boa morte.

Como pergunta de partida para a orientação deste estudo, emanou a seguinte pergunta de investigação: Qual o significado de “Boa Morte” na perspetiva do Idoso e do Cuidador Formal numa Estrutura Residencial? A partir desta, outras questões se colocaram:

- Qual o significado do processo de morrer para o Idoso em processo de fim de vida e o cuidador, numa estrutura residencial?
- Quais os fatores potenciadores da Boa Morte?
- Quais os fatores inibidores da Boa Morte?



Com o desígnio de dar resposta às questões formuladas definimos o seguinte objetivo geral: Compreender o significado de “Boa Morte”, para o idoso e cuidador formal, numa estrutura residencial.

A compreensão desta realidade implica:

- Perceber o significado do processo de morrer para o idoso em processo de fim de vida e o cuidador, numa estrutura residencial;
- Perceber o significado de boa morte para o idoso em processo de fim e o cuidador, numa estrutura residencial;
- Identificar os fatores potenciadores à boa morte, na perspetiva do idoso em processo de fim e o cuidador, numa estrutura residencial;
- Identificar os fatores inibidores à boa morte, na perspetiva do idoso em processo de fim e o cuidador, numa estrutura residencial.



## 2. OPÇÕES METODOLÓGICAS – MÉTODOS E TÉCNICAS

Depois de uma abordagem da realidade a estudar, os objetivos de estudo e a informação adequada às questões de investigação, podemos determinar as estratégias metodológicas para obter a informação necessária (Anexo I). Tal como é realçado por Fortin (2003) o nível dos conhecimentos no domínio de um estudo determina a escolha do paradigma de investigação, no qual, as questões de investigação ditam o tipo de estudo apropriado à problemática.

Quando queremos compreender momentos da vida das pessoas, o significado de determinados acontecimentos e experiências de vida relacionados com o momento da morte, os métodos quantitativos não parecem adequar-se tão bem.

Bogdan e Biklen (2004) apontam para cinco características fundamentais da investigação qualitativa:

1. Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador, o instrumento principal;
2. A investigação qualitativa é descritiva;
3. Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
4. Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva;
5. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

Assim, de acordo com as cinco características anteriormente descritas consideramos que a abordagem qualitativa é a mais indicada para o nosso estudo. Pois compreender sentimentos, medos, necessidades e expetativas do idoso em processo de fim de vida e do seu cuidador formal remete-nos para a utilização da investigação qualitativa, de forma a uma compreensão holística, absoluta e ampla em relação ao fenómeno da morte.

### 2.1. Estudo de caso

O estudo de caso é uma abordagem metodológica que nos permite analisar com intensidade e profundidade diversos aspetos de um fenómeno, de um problema, de uma situação real. Yin (2005, p.13) define estudo de caso como, *“uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro do contexto de vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são absolutamente evidentes”* e

acrescenta que para tal se podem usar múltiplas fontes para recolher evidências e informações.

O modo de investigação escolhido, privilegiando este a metodologia qualitativa, é o estudo de caso. A utilização desta metodologia permite-nos acumular de forma subtil dados em relação ao fenómeno da morte na perspectiva do idoso em processo de fim de vida e seu cuidador formal.

## **2.2. Técnica de recolha de dados**

Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. O tipo de instrumento de medida deve ser escolhido atendendo às características da metodologia utilizada, a abordagem qualitativa requer um instrumento de forma a ser capaz de compreender os fenómenos na sua globalidade.

Apesar do método escolhido permitir alguma variedade de técnicas de recolha de dados, escolhemos a entrevista com uma forma de operacionalização semi-estruturada, pois para Gil (1999) a entrevista enquanto técnica de recolha de dados, é bastante adequada para a obtenção de informação acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretende fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito de determinado fenómeno ou acontecimento.

A entrevista semi-estruturada como técnica de recolha de dados escolhida terá que responder aos objetivos do estudo, isto é compreender o significado de “Boa Morte através do relato dos idosos em processo de fim de vida e o seu cuidador formal, com um certo grau de profundidade, sem ser necessário fazer perguntas demasiado precisas ou rígidas.

### **2.2.1. Entrevista semi-estruturada**

A entrevista é um modo de comunicação verbal estabelecida entre o investigador e os participantes, o investigador formula questões predominantemente abertas, manifesta interesse, está atento e convida o participante a desenvolver a sua ideia e a prosseguir a conversação.

A entrevista semi-estruturada é utilizada quando o investigador visa acumular a maior quantidade de informação possível, a fim de abarcar os diversos aspetos do fenómeno. As entrevistas foram dirigidas aos idosos em processo de fim de vida e os cuidadores formais da Estrutura Residencial para idosos.

Para conferir algum grau de estruturação ou direção, com perguntas semi-abertas de modo a permitir que o participante se exprima livremente, é necessário a elaboração de um guião de entrevista (Quivy e Campenhoudt, 1998), no presente estudo foi elaborado um guião de entrevista com questões direcionadas para o idoso em processo de fim de vida e questões direcionadas para o cuidador formal (Apêndice I).

O percurso metodológico inclui a realização de uma entrevista pré-teste ao idoso em processo de fim de vida e cuidador formal, de forma a aferir e corrigir alguns aspetos do guião, para atestar a clareza do mesmo, e também para treino do investigador. No entanto não houve a necessidade de reformulação do guião, por parecer adequado à recolha da informação pretendida.

### 2.2.2. Realização das entrevistas

Para a realização das entrevistas pediu-se autorização por escrito ao presidente do conselho de administração da estrutura residencial, posteriormente o pedido foi levado a reunião mensal de direção geral da instituição (Anexo II). O presidente da estrutura residencial informou a diretora técnica e coordenadora de enfermagem da autorização para a realização das entrevistas (Anexo III). A realização das entrevistas decorreu entre os meses de Novembro e Dezembro (até ao dia 3) de 2013. A duração oscilou entre os 15 e os 53 minutos. Foram realizadas a 7 Idosos em processo de fim de vida e 11 cuidadores formais de idosos em processo de fim de vida institucionalizados na estrutura residencial, de acordo com o guião previamente elaborado.

No momento da realização das entrevistas, estiveram apenas presentes o investigador e o entrevistado. Foram realizadas num ambiente calmo, sem interrupções, o que permitiu a recolha de dados, cuja riqueza e importância se pode verificar no próximo capítulo: análise e apresentação dos dados.

Num primeiro momento procedeu-se à apresentação do investigador e os entrevistados foram informados sobre o âmbito, a pertinência e os objetivos do estudo e conseqüentemente da entrevista. Num segundo momento foi formalizado a sua legitimação, isto é, a autorização para a gravação, julgando ser o único modo de reproduzir com precisão as respostas do entrevistado. Foi salvaguardada a sua confidencialidade, anonimato e a anulação do material gravado, após a transcrição integral da mesma, obtendo assim dos sujeitos entrevistados o consentimento informado por escrito.

Foram efetuadas algumas anotações relevantes no que diz respeito a gestos, posturas, expressões faciais, entre outros, com o objetivo de não perder aspetos importantes para a análise e interpretação dos resultados.

### 2.3. Terreno de Pesquisa

A população portuguesa vai diminuir e envelhecer mais nos próximos anos. As previsões são do Instituto Nacional de Estatística, afirmando que a haverá um forte envelhecimento demográfico, prevendo que o número de idosos vai mais do que duplicar. Atualmente há 131 idosos por cada 100 jovens, no entanto dentro de pouco mais de 50 anos serão 307 por cada 100. Daí que esta população carece de toda a atenção dos profissionais de saúde, por isso considerou-se oportuno realizar o mesmo numa estrutura residencial para Idosos.

Esta instituição com 129 anos de história situa-se no antigo convento do Salvador, na cidade e concelho de Braga. Atualmente o edifício do convento faz parte da instituição.

Esta estrutura residencial para idosos é um estabelecimento de alojamento coletivo, para pessoas com mais de 65 anos, habitualmente é de utilização permanente, em que são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de saúde.

Os residentes desta estrutura residencial são naturais na sua maioria do distrito de Braga, alguns do Porto e de outras regiões do País. Tem capacidade para 196 idosos que por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança não podem permanecer na sua residência.

De acordo com a carta social apresentada à segurança social em Dezembro de 2013, apresentava um total de residentes de 191 idosos, na sua maioria mulheres e dependentes (Quadro 2).

Quadro 2 - Caraterização dos residentes da estrutura residencial

	Homens	Mulheres
Nº residentes autónomos	5	9
Nº residentes parcialmente dependentes	15	52
Nº residentes dependentes	10	68
Nº residentes grande dependentes	2	30

Relativamente à estrutura física a estrutura residencial apresenta 4 andares e está dividido por setores, com quartos partilhados de 2 camas, quartos individuais e suites. Apresenta dois setores distribuídos por enfermarias, com 3 camas cada enfermaria, destinadas a idosos dependentes, setor de Santa Teresinha destinada ao género feminino com a lotação de 33 camas e o setor de São José destinada a homens com a lotação de 12 camas. Os setores de Senhora Fátima, Imaculada Conceição, São Francisco e também São José são destinados a idosos parcialmente dependentes. Os setores de Santa Clara e Senhora das Graças são constituídos por idosos independentes.

Em cada andar existe um refeitório, mas existe também um refeitório geral perto da cozinha. Com o intuito de promover a convivência social a estrutura residencial possui de várias salas de convívio distribuídas pelos diferentes pisos. Tendo como objetivo contribuir para um envelhecimento ativo, apresenta um ginásio e salão designado por salão Arco-íris, estando destinado a ocupação de tempos livres com atividades ocupacionais. Os idosos poderão ainda usufruir de espaços verdes, através do claustro com jardim e um lago.

Conforme podemos verificar na atribuição dos nomes dos setores a prática religiosa está fortemente presente nesta estrutura residencial para idosos, exhibe uma Igreja ampla e magnífica, onde é rezado o terço e celebrada missa diariamente.

Detém ainda de outros serviços internos como cozinha, lavandaria, costura, contabilidade e serviços administrativos.

A equipa de colaboradores desta estrutura residencial é constituída por 114 elementos, sendo que 85 prestam cuidados diretos ao idoso. Relativamente à equipa de saúde é constituída por: equipa médica (1 pneumologista, 1 psiquiatra, 1 medicina interna e 1 ortopedista); equipa de enfermagem (6 enfermeiras); equipa administrativa (2 elementos). Para além destes elementos há também o apoio de 1 psicóloga, 1 podologista, 1 nutricionista, 1 animadora social e 1 capelão.

## **2.4. População do Estudo**

Selecionado o terreno de pesquisa, torna-se necessário definir e caracterizar a população do estudo.

Por ser um estudo de natureza qualitativa e sendo o estudo de caso o modo de investigação utilizado, o número de participantes não foi pré-determinado, isto é, resultou da saturação que determinou o momento de finalizar a colheita de dados.

Entende-se por população alvo do estudo “ *os elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações*” (Fortin 2003, p.202). Deste modo foram considerados população do estudo os idosos em processo de fim de vida e os cuidadores formais que prestam cuidados diretos a estes idosos da estrutura residencial para idosos anteriormente referidos.

Na seleção da amostra, tal como preconizam Polit & Hungler (1995), não existe a pretensão de extrapolar os dados mas sim compreender a natureza dos fenómenos, através da escolha de casos que, à partida, sugerem a riqueza em informação. Neste sentido a população foi selecionada com a intenção de obter uma descrição rica e densa sobre a perspectiva da boa morte, por isso foram estabelecidos alguns critérios de elegibilidade para a população que abordaremos de seguida ao caracterizar a população alvo do estudo.

### **Caracterização geral dos idosos em processo de fim de vida**

A definição da população dos idosos em processo de fim de vida baseou-se no conceito de doente em fim de vida de Pires (2001) como sendo:

toda aquela que for portadora de uma doença irreversível, não se podendo esperar uma melhoria por não corresponder aos tratamentos curativos pelo que, os cuidados serão unicamente orientados para a qualidade de vida e implicam a noção de morte iminente.

Como critérios de definição da população dos idosos, para além de serem idosos em processo de fim de vida, teriam de estar conscientes e orientados. No sentido de avaliar o estado de consciência foi aplicada a escala de coma de Glasgow (Anexo IV). Através desta escala foram avaliados os seguintes parâmetros: respostas de abertura ocular, fala e capacidade motora, com atribuição de pontuação numa escala de 1 a 6 para cada um dos parâmetros.

Desta forma a amostra em estudo é constituída por 7 idosos em processo de fim de vida institucionalizados na estrutura residencial para idosos.



Quadro 3 - Caracterização do corpus de análise - idosos em processo de fim de vida

Idosos em processo de fim de vida	Idade	Género	Escolaridade
I 1	65	M	1º Ciclo
I 2	79	F	Sem escolaridade
I 3	85	F	2º Ciclo
I 4	79	F	Sem escolaridade
I 5	85	F	1º Ciclo
I 6	94	F	2º Ciclo
I 7	74	F	Sem escolaridade

Como se pode observar no quadro 3, os idosos em processo de fim de vida tem idades compreendidas entre os 55 anos e os 94 anos, com uma média de idades de 78,7 anos. Relativamente ao género, os idosos em processo de fim de vida são predominantemente do género feminino, sendo que 90% (n= 6) da amostra é do género feminino e 10% (n= 1) é do género masculino.

No que diz respeito ao nível de instrução destes idosos em processo de fim de vida, na sua maioria, não estudaram além do 1º ciclo.

### **Caracterização dos cuidadores formais**

No que diz respeito à população dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida, atendeu-se aos seguintes critérios:

- Cuidadores formais que prestassem cuidados diretos ao idoso em processo de fim de vida, independentemente da função que desempenha e com experiência profissional superior a 1 ano;
- Participação voluntária para que a informação se tornasse mais rica.

Desta forma a população dos cuidadores formais estudada foi constituída por 11 elementos que prestam serviços na estrutura residencial para idosos.

Quadro 4 - Caracterização do corpus de análise – cuidadores formais

Cuidadores Formais	Idade	Género	Escolaridade	Função	Tempo de serviço (anos)
C 1	32	F	Licenciatura	Enfermeira	12
C 2	33	F	Secundário	Aux. Geriatria	9
C 3	47	F	2º Ciclo	Aux. Geriatria	7
C 4	30	M	Licenciatura	Aux. Geriatria	2
C 5	24	F	Licenciatura	Enfermeira	2
C 6	41	F	3º Ciclo	Aux. Geriatria	9
C 7	27	F	Licenciatura	Enfermeira	1
C 8	42	M	3º Ciclo	Aux. Geriatria	22
C 9	62	M	Licenciatura	Médico	39
C 10	65	F	Licenciatura	Enfermeira/diretora técnica	45
C 11	35	F	Licenciatura	Psicóloga	11

Através da análise o quadro 4, pode-se verificar quanto ao género, que a maioria dos cuidadores formais são do género feminino, sendo que 27,3 % dos elementos são do género masculino (n= 3) e 72,7% (N= 8) são do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre os 24 e os 65 anos, sendo a média de idades 39,8 anos de idade. Na sua maioria possuem habilitações ao nível da licenciatura, 63,6%, na sua maioria na área de enfermagem (n= 4), existindo ainda um licenciado em psicologia e um licenciado em medicina, sendo os restantes participantes auxiliares de geriatria. No que concerne aos tempos de serviço, o mínimo está entre os 18 meses de tempo de serviço e o máximo de 45 anos de tempo de serviço, sendo a média de tempo de serviço é de 15 anos. Salienta-se aqui que este valor médio é influenciado por profissionais que exercem funções há mais de trinta anos, o que compensa aqueles que exercem funções há menos tempo.

## 2.5. Técnica de Análise de Dados

O método a utilizar para a abordagem das entrevistas é a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e a sua intenção é inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de receção (Bardin, 2004).

A análise de conteúdo das entrevistas é essencialmente temática, para captar o sentido dos entrevistados, e oferece a possibilidade de tratar, de forma metódica, os testemunhos e informações de certa profundidade, como sejam as entrevistas semi-estruturadas.

Foi tido em consideração o critério de saturação, isto é as entrevistas só terminaram quando se deixou de obter novos dados.

Como primeiro passo terá de ser realizada a transcrição das entrevistas, em ficheiro informático. No final da entrevista foi atribuída um número (Apêndice II). De acordo com a ordem pela qual foi realizada, de forma a criar um código que foi utilizado durante o tratamento e análise dos dados.

A análise de conteúdo das entrevistas é essencialmente temática, para captar o sentido dos entrevistados, ou seja, segundo Bardin (2004, p.79) “ *a contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada*”.

Na análise das entrevistas foram seguidas as instruções de Bardin (2004), que assenta na execução de quatro passos: pré-análise, codificação, categorização e interpretação. Na pré-análise realizou-se uma leitura flutuante de todo o conteúdo das entrevistas, permitindo uma identificação prévia dos temas apresentados pelos entrevistados. No segundo passo, a codificação, são estabelecidas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização: unidades de registo. Na categorização as unidades de registo foram identificadas as unidades de enumeração, isto é, quantos profissionais de saúde fizeram referência a determinado indicador ao longo das entrevistas, e as unidades de significância, correspondente ao número total de unidades de registo. No último passo da análise de conteúdo foi efetuada a reflexão sobre os dados obtidos (Apêndice III).

## **2.6. Questões Éticas**

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração da estrutura residencial para idosos.

Ao longo do processo de investigação foram sempre assegurados e protegidos os direitos humanos, quer do ponto de vista ético, quer moral.

No contato formulado individualmente aos participantes, ressaltamos o aspeto da voluntariedade e da interrupção da sua participação sem qualquer prejuízo para a pessoa. Todos os participantes que aceitaram colaborar mostraram disponibilidade e agrado em poder colaborar e manifestar as suas expectativas e experiências.

Quando seres humanos são usados como sujeitos nas investigações há que assegurar os direitos humanos desses mesmos participantes, garantindo o sigilo e o anonimato (Fortin, 2003).

Por isso foi pedido aos participantes do estudo participação voluntária e o consentimento informado, para a colheita de dados e gravação da entrevista, respeitando o princípio da autonomia, e assegurando a confidencialidade e o anonimato (Anexo V).

Foram também levados em consideração outros aspetos relacionados como o rigor científico como a objetividade, a validade e a fidelidade dos dados recolhidos.

## **Capítulo II**

### **Análise e Apresentação dos Resultados**



## 1. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS IDOSOS EM PROCESSO DE FIM DE VIDA

Este capítulo pretende apresentar, os dados obtidos através da análise de conteúdo das 7 entrevistas realizadas aos idosos em processo de fim de vida de uma estrutura residencial. Desenvolver-se-á simultaneamente num “texto narrativo”, como o recomendam Goetz e Le Compte (1988), a que se juntam excertos das entrevistas e esquemas interpretativos, tendo em vista elucidar melhor a análise efetuada sobre o que “foi dito”.

A análise de conteúdo efetuada às entrevistas dos idosos em processo de fim de vida fez sobressair 9 áreas temáticas, inventariadas por categorias e subcategorias (Quadro 5).

Quadro 5 - Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas realizadas ao idoso em processo de fim de vida

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<b>1. Significado atribuído à morte pelo idoso em processo de fim de vida</b>	1. Desintegração do corpo	
	2. Sofrimento	
	3. Fascínio	
	4. Acontecimento indeterminável	
	5. Acontecimento inevitável	
	6. Acontecimento integrante da vida	
<b>2. Medos verbalizados pelo idoso em processo de fim de vida acerca da morte</b>	1. Do sofrimento	
	2. Do desconhecido	
	3. Da decadência	
	4. Da extinção	
<b>3. Perceção do idoso em processo de fim de vida acerca dos</b>	1. Ignorar a morte	

<b>pensamentos sobre a Morte</b>	2. Adiar a morte	
	3. Perceber a morte como uma certeza	
<b>4. Situações que levam o idoso em processo de fim de vida a pensar na morte</b>	1. Processo de doença	
	2. Ser velho	
<b>5. Conceito de Boa Morte para o idoso em processo de fim de vida</b>	1. Morrer a dormir	
	2. Morrer com serenidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausência de sofrimento</li> <li>▪ Ausência de dor</li> <li>▪ Presença de tranquilidade</li> </ul>
	3. Reencontro com Deus	
	4. Reconciliação consigo mesmo	
<b>6. Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca das necessidades no confronto com o processo de morrer</b>	1. Estar acompanhado	
	2. Ter Privacidade	
	3. Ter Oportunidade de escolha relativo ao local para morrer	
	4. Saber a verdade	



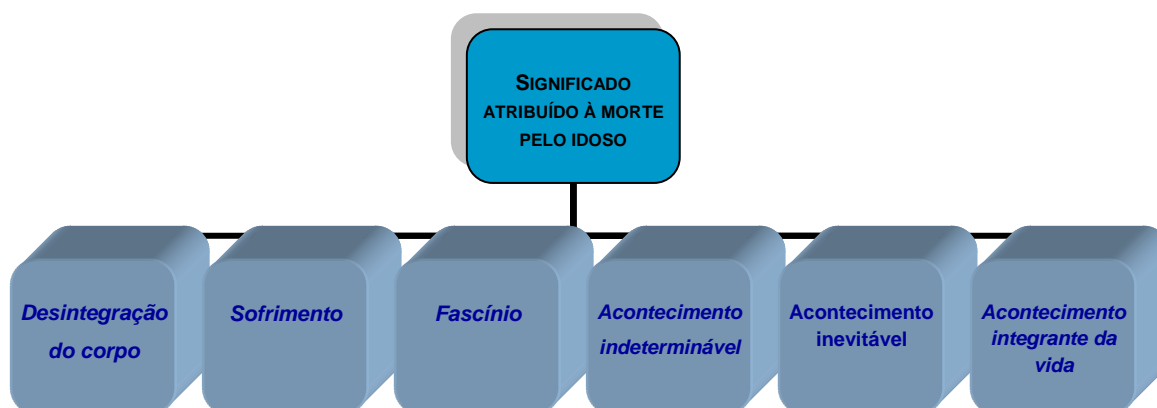
	5. Tomar decisões	
<b>7. Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca dos cuidados que gostariam de ter no processo de morrer</b>	1. Promotores da dignidade	
	2. Promotores do alívio do sofrimento	
	3. Promotores do acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipa de saúde</li> <li>▪ Família</li> </ul>
	4. Facilitadores da prática religiosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Receber a Extrema-unção</li> <li>▪ Poder rezar</li> </ul>
<b>8. Fatores potenciadores numa Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida</b>	1. Ter companhia	
	2. Ter tranquilidade	
	3. Morrer só	
	4. Processo de morrer rápido	
	5. Preparação para a morte	
	6. Estar em paz consigo	
	7. Ter as Vontades cumpridas	

9. Fatores inibidores duma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida	1.Sintomas descontrolados	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dores</li> <li>▪ Sofrimento</li> <li>▪ Desespero</li> </ul>
	2.Sentir-se esquecido	
	3. Não despedir-se dos entes queridos	

### 1.1. Significado atribuído à Morte pelo Idoso em Processo de Fim de Vida

A pessoa é o único dos seres vivos que tem consciência da própria morte, sendo este o motivo de muita angústia para as pessoas e nomeadamente para os idosos que se encontram mais perto do fim da vida. Hoje em dia esconde-se a morte, evita-se dialogar sobre este tema, até porque os meios de comunicação social falam dela como algo violento e envolvida de grande sofrimento. Diante do exposto quisemos conhecer o significado atribuído à morte pelo idoso em processo de fim de vida. Assim, relativamente a esta área temática, da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos idosos numa estrutura residencial inferiram-se seis categorias: **Desintegração do corpo; Sofrimento; Fascínio; Acontecimento indeterminável; Acontecimento Inevitável; Acontecimento integrante da vida** (diagrama nº1).

Diagrama 1 - Significado atribuído à morte pelo idoso em processo de fim de vida



No que se refere à primeira categoria **Desintegração do corpo** dois idosos em processo de fim de vida referiram-se a esta categoria como a separação das partes do corpo e do espírito e o reencontro com os entes queridos já falecidos, afirmando:

*“A morte é a separação do nosso corpo para a eternidade e para onde o nosso Senhor nos levar” (15).*

*“ (...) agora atribuo o significado à morte de me encontrar com aqueles que já partiram, os meus entes queridos, de quem tenho muitas saudades (...)” (16).*

O **sofrimento** é referido como qualquer experiência aversiva e sua emoção negativa, e nesta análise é referido pelos idosos como significado de morte, tal como demonstra o seguinte enxerto: *“A morte é o horror e sofrimento” (17).*

Podemos considerar **Fascínio** um sentimento ou sensação de profundo encanto sendo esta categoria referida por dois idosos em processo de fim de vida como revelam os discursos:

*“ Gosto muito deste mundo mas espero ir para outro mundo melhor” (14).*

*“ (...) agora atribuo o significado à morte de me encontrar com aqueles que já partiram, os meus entes queridos, de quem tenho muitas saudades (...) para lá é uma vida diferente (...)” (16).*

A categoria **Acontecimento indeterminável** é mencionada por dois idosos em processo de fim de vida como algo indeciso, não decidido:

*“ (...) eu ouço muito o padre dizer: “ Estai atentos que não sabereis, a hora, nem o dia (...)” (11).*

*(...) uma dia vou morrer, é quando nós menos pensamos” (15).*

**Acontecimento Inevitável** é referido pelos idosos em processo de fim de vida, como fato que não pode ser evitado tal como indica os seguintes relatos:

*“ (...) como é do conhecimento, sabe-se que vai morrer (...)” (11).*

*“ (...) toda a vida quem nasceu morreu (...) o mais certo é morrer” (12).*

*“É a única coisa que temos decerto na vida é a morte (...) temos que a encarar como natural (...)” (13).*

**Acontecimento integrante da vida** é a última categoria percebida por um idoso em processo de fim de vida, como algo natural da vida, referindo:

“(...) a morte é uma coisa natural na nossa vida (...)” (I4).

Quadro 6 - Significado atribuído à morte pelo idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Desintegração do corpo	Sufrimento	Fascínio	Acontecimento Indeterminável	Acontecimento Inevitável	Acontecimento integrante da vida
I 1				X	X	
I 2					X	
I 3					X	
I 4			X			X
I 5	X			X		
I 6	X		X			
I 7		X				

Conforme podemos perceber os idosos em processo de fim de vida atribuem à morte diversos significados despertando vários sentimentos e emoções. Apoiam-se na fé como algo que os ajuda a entender e caracterizar a morte. Estes dados corroboram o que refere Kovács (2002) quando salienta a questão da morte como sendo construída socialmente e sujeita a variáveis como a religiosidade.

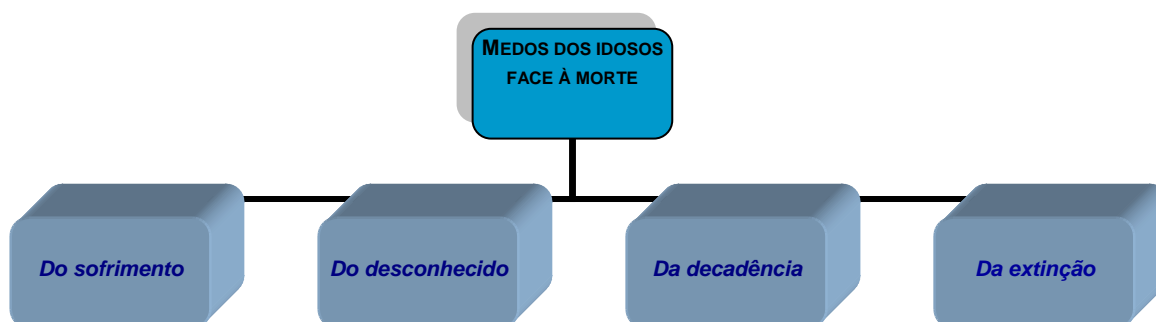
## 1.2. Medos Verbalizados pelo Idoso em processo de fim de vida acerca da morte

As pessoas no geral não gostam de falar sobre a morte. Evitar falar sobre a morte é uma forma de defesa e poupança do sofrimento. A causa do medo de falar sobre a morte é o desconhecido. Segundo a bíblia, (João, 8:32), *“saber a verdade ajudará a superar qualquer medo exagerado da morte, que poderia até mesmo tirar a alegria de viver”*.

O Dicionário da Língua Portuguesa (2012) define medo como estado emocional resultante da consciência de perigo ou de ameaça, reais, hipotéticos ou imaginários. Fobia, pavor, terror. Medo define-se como a preocupação com determinado fato ou determinada possibilidade, como por exemplo o medo da morte.

O medo da morte pode ter um significado de vazio, de nada, da não existência. Face ao exposto ao falarmos no tema da morte o idoso manifestou alguns medos, nesta área temática inferiram-se quatro categorias: **Do sofrimento; Do desconhecido; Da decadência; Da extinção** (diagrama nº 2).

Diagrama 2 - Medos apresentados pelo idoso em processo de fim de vida quando fala da morte



O sofrimento é associado à dor e à infelicidade, encontramos um idoso que referiu o medo **do Sofrimento** dizendo:

*(...) sofrer muito, isso é que eu tenho medo” (13).*

O medo **do desconhecido** também é gerador de morte, porque nunca se viu nem nunca se experimentou, tal como nos confirma a afirmação seguinte:

*“A morte é uma coisa que nos repugna um bocadinho, mas temos que a encarar” (14).*

O medo **da decadência** é também referido por dois idosos, relacionado com o medo da dependência, ou seja, de ser cada vez menos favorecido de algo, assim como o diminuir pouco a pouco, dizendo:

*(...) o que me assusta e faz impressão não é a morte, é a decadência, ficar muito dependente” (13).*

*“ (...) não queria dar muito trabalho, não queria sentir-me um fardo” (16).*

No que diz respeito à categoria medo **da extinção**, encontramos dois idosos que referem esse mesmo receio, pelo fato de ser definitivo, salientando através de afirmações como:

*“ O meu pavor era a eternidade e ser definitivo (...) Tudo o que seja definitivo faz-me impressão” (13).*

*“A morte assusta-me porque nunca mais vemos nada (...)” (17).*

Quadro 7 - Medos Apresentados pelo idoso em processo de fim de vida quando fala da morte

ENTREVISTADOS	Do sofrimento	Do desconhecido	Da decadência	Da extinção
I 1				
I 2				
I 3	X		X	X
I 4		X		
I 5				
I 6			X	
I 7				X

Poder-se-á afirmar que o ser humano, desde sempre, se preocupou com sua existência e mais ainda com a sua finitude. Na realidade, acedemos mais claramente a essa ideia de finitude através da morte dos outros, sobretudo daqueles que nos estão próximos. Mas é sobretudo sobre a própria morte que surge a angústia.

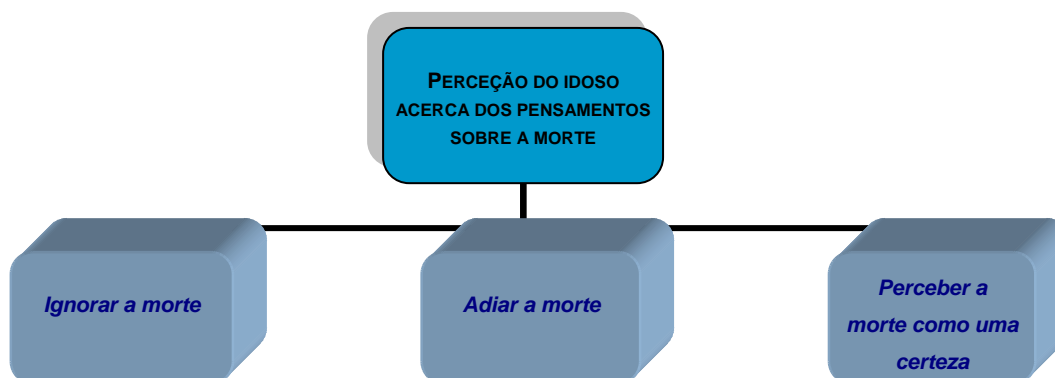
Como podemos verificar nos idosos estas angústias predem-se com a dependência, o sofrimento, a eternidade e o fim. Tal como corrobora Kovács (2002, p.16), que refere: *“Quando a pessoa se volta para si e fala da sua morte pode-se relacionar este medo com três aspetos: - medo do sofrimento e da impotência que a morte suscita; - medo do que pode vir depois da morte, do desconhecido; - medo do não-ser, da extinção.”*

### 1.3. Perceção do Idoso em Processo de Fim de Vida acerca dos Pensamentos Sobre a Morte

O homem é um ser destinado a morrer, existem por isso diversas formas de perceber a morte, que varia de um ser para outro.

A pessoa idosa é alguém que apresenta necessidades específicas tanto a nível físico, psicológico e principalmente afetivo. É alguém com experiência e que tem uma história de vida para contar. Mais importante que a experiência é a sabedoria. Como se encontram na última fase da vida apresentam-se mais vulneráveis e os pensamentos na morte são inevitáveis. Por isso achamos pertinente conhecer a perceção do idoso acerca dos pensamentos sobre a morte, sendo identificadas três categorias: **Ignorar a morte; Adiar a morte; Perceber a morte como certeza** (diagrama nº 3).

Diagrama 3 - Percepção do idoso em processo de fim de vida acerca dos pensamentos sobre a morte



No que diz respeito à categoria **ignorar a morte** encontramos dois idosos que falam nesta necessidade de evitar os pensamentos sobre a morte, referindo:

*“Não penso muito nessa situação (morte), nem gosto de pensar nisso. Porque se estiver a pensar na morte, começo a não fazer caso do dia-a-dia” (I1).*

*“Não, por acaso não penso muito na morte (...) Agora nesta fase não penso, não sou pessoa de pensar na morte (...)” (I3).*

Segue-se ainda um idoso que enquadra a sua resposta na categoria **adiar a morte**, ou seja protelando a hora da morte, mencionando: *“(...) mas penso sempre que não vai ser hoje, vai ser mais além. Ao fim de 10 anos, pede-se para durar outros 10, pede-se para durar até aos 100 anos” (I1).*

Por fim, a maioria, dos idosos inquiridos, sete dos quais enquadram as suas respostas na categoria **perceber a morte como uma certeza**, em que encontramos afirmações que demonstram a inevitabilidade do processo e os seus pensamentos serem congruentes que a morte é o que de mais certo possuem na vida:

*Já pensei, por vezes já pensei muito na morte (...)” (I1).*

*“Penso nisso muitas vezes (...) digo muitas vezes eu morro, eu morro. Quando tenho dores lembro-me sempre da morte” (I2).*

*“Penso muitas vezes na morte (...) penso que estou quase no fim, que vou deixar este Mundo (...) eu tenho fé (...) que a morte é que não sei se será muito difícil (...) se vai para um sítio melhor que este e eu tenho fé que sim, que vou” (I4).*

“Sim Já tenho pensado (...) um dia vou morrer (...) penso na minha morte (...) quando sinto mais sofrimento é quando penso na morte. Penso que o nosso Senhor me vai levar” (15).

“Penso muitas vezes, penso que já estou cá há mais de 94 anos (...) Quando Deus quiser que me leve que estou preparada (...)” (16).

“Penso muito na morte, sempre pensei desde pequena (...) tenho muito medo de morrer (...) estou pronta para morrer (...) a morte assusta-me porque nunca mais vemos nada, dizem que é outro mundo mas nunca ninguém cá veio dizer: A gente morreu e acabou” (17).

Quadro 8 - Percepção do idoso em processo de fim de vida acerca dos pensamentos sobre a morte

ENTREVISTADOS	Ignorar a morte	Adiar a morte	Perceber a morte como uma certeza
I 1	X	X	X
I 2			X
I 3	X		
I 4			X
I 5			X
I 6			X
I 7			X

Conforme podemos verificar acima, o que encontramos são respostas dos idosos em processo de fim de vida que vão desde ignorar a morte até perceber a morte como uma certeza, ou seja, como algo inevitável, o que vai ao encontro dos medos e significados atribuídos pelos idosos à morte.

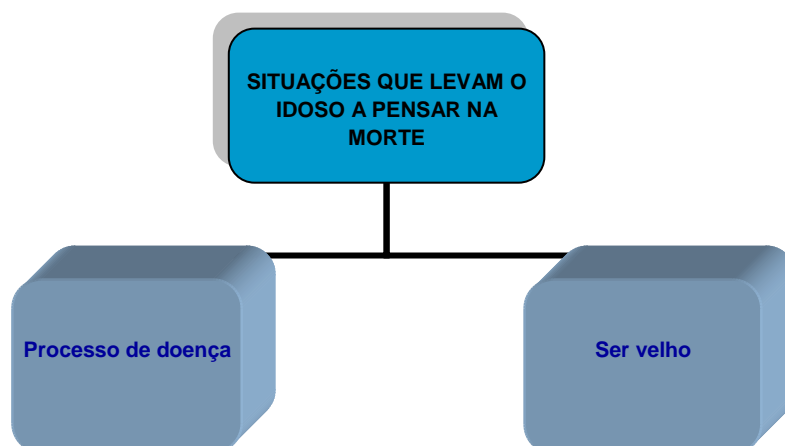
#### 1.4. Situações que levam o Idoso em Processo de Fim de Vida a pensar na Morte

Como já referido anteriormente o idoso é um ser vulnerável, isto é, alguém que está suscetível, que apresenta maior fragilidade em relação a outros grupos na sociedade. Por conseguinte possui condições sociais, culturais, políticas, económicas, educacionais e de saúde diferentes de outras pessoas. De modo que os pensamentos de morte sejam recorrentes no idoso, quer pela idade, quer pela doença.



Nesta área temática apresentamos quais as situações que conduzem o idoso em processo de fim de vida a pensar na morte. Assim surgiram apenas duas categorias: **Processo de doença** e **Ser velho** (diagrama nº 4).

Diagrama 4 - Situações que levam o idoso em processo de fim de vida a pensar na morte



O que se verifica é que a maioria dos idosos em processo de fim de vida, cinco dos quais enquadram as suas respostas na categoria **processo de doença**, referindo que passam a pensar na morte a partir do momento em que deixam de ser tão saudáveis ou surgem situações que implicam tratamentos, como podemos ver pelas afirmações seguintes:

*“ (...) por vezes já pensei muito na morte, no meu caso quando fui operado e hospitalizado, estava sempre ansioso, pensei que podia ficar lá (...)” (I1).*

*“ (...) Quando tenho dores lembro-me sempre da morte” (I2).*

*“ (...) não penso muito na morte. A não ser quando fui operada há 2 anos, eu até dizia, que se me dessem a escolher antes queria morrer devido ao mau estar (...)” (I3).*

*“ (...) agora penso mais, por causa da minha doença (...)” (I4).*

*“ (...) penso na minha morte, porque às vezes estou mais atacada às dores, quando sinto mais sofrimento é quando penso na morte” (I5).*

Por seu turno, encontram-se ainda dois idosos em processo de fim de vida, que consideram que os pensamentos sobre a morte advêm do facto de estarem a ficar velhos, ou seja enfraquecidos e com mais problemas, enquadrando-se as suas resposta na categoria **ser velho** como podemos ver nas afirmações seguintes:

“ Quando se é novo nem se pensa nisso, lógico que agora quando se começa a ter problemas, pensa-se que um dia vai ter de acontecer” (I1).

“ (...) agora que já estou com mais idade (...) penso mais nela, penso que já são os últimos dias (...) a idade também conta” (I4).

Quadro 9 - - Situações que levam o idoso em processo de fim de vida a pensar na morte

ENTREVISTADOS	Processo de doença		Ser velho	
I 1	X		X	
I 2	X			
I 3	X			
I 4	X		X	
I 5	X			
I 6				
I 7				

Conforme podemos entender é em situação de doença que se verifica que os idosos em processo de fim de vida apresentam pensamentos recorrentes sobre a morte ou mesmo exemplificam momentos em que pensaram sobre a morte, tais como situações nas quais foram sujeitos a alguma cirurgia ou estiveram doentes.

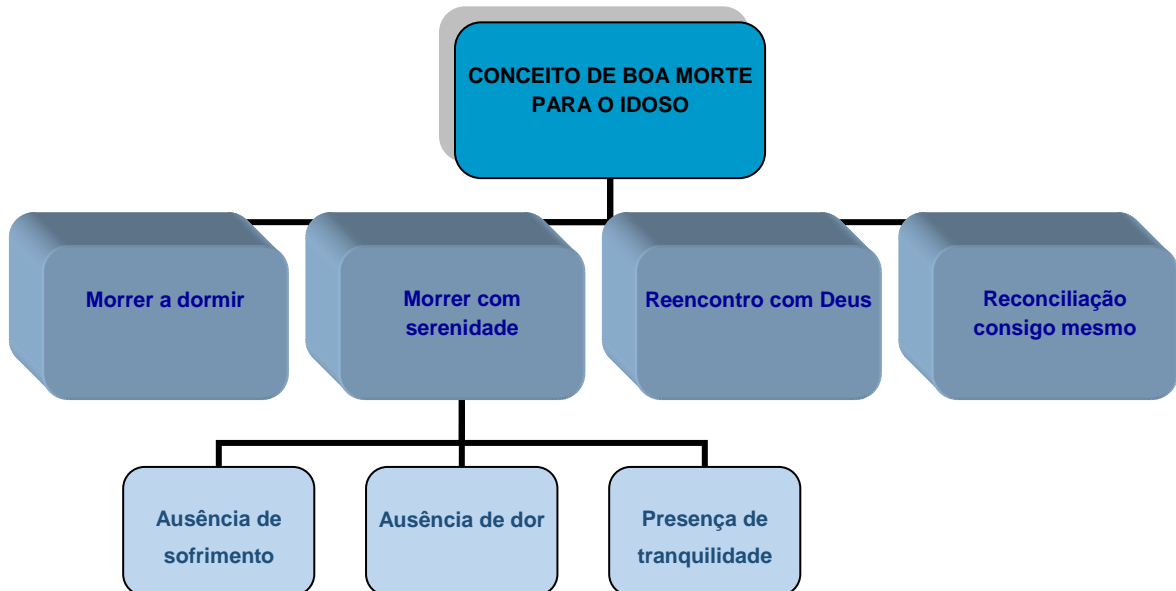
### 1.5. Conceito de Boa Morte para o Idoso em Processo de Fim de Vida

A morte faz parte da vida, por isso deve ser encarada de uma forma natural.

Claro que é do senso comum que uma pessoa por muito que não pense na morte, ansiar uma morte pacífica, digna e não prolongada. O idoso pensa na morte e possui uma expectativa concreta e diferenciada sobre a boa morte.

Por tudo isto quisemos conhecer o conceito de boa morte para o idoso em processo de fim de vida de uma estrutura residencial e surgiram quatro categorias: **Morrer a dormir; Morrer com serenidade; Reencontro com Deus e Reconciliação consigo mesmo.** Na categoria **morrer com serenidade** surgiram três subcategorias: **Ausência de sofrimento; Ausência de dor; Presença de tranquilidade** (diagrama nº 5).

Diagrama 5 - Conceito de Boa Morte para o Idoso em processo de fim de vida



A ideia de **morrer a dormir** apresenta-se de imediato como uma das primeiras categorias referidas pelos idosos, que salientam o impacto que a morte não sentida teria para eles, sendo que quatro idosos enquadram-se dentro desta perspetiva, dando respostas como:

*“Gostaria de morrer de noite (...) a dormir achava que era uma boa morte (...) no sentido de não sentir a morte (...) para mim era uma morte boa, era morrer sossegado (...)” (I1).*

*“ Gostava que (...) me desse uma morte como deu ao meu pai, foi para a cama (...) e daí a pouco tempo estava morto” (I2).*

*“ (...) seria se eu me deitasse e morresse assim” (I3).*

*“Deitar-me e no dia seguinte abanar-me e já não acordar. Queria que fosse durante o sono porque não queria dar muito trabalho (...) seria durante um sono tranquilo (...)” (I6).*

A segunda categoria **morrer com serenidade**, encontraram-se três subcategorias, sendo que na subcategoria **ausência de sofrimento** dois idosos responderam:

*“Uma boa morte seria sem sofrimento” (I1).*

*“Boa morte seria sem sofrimento (...) ” (I6).*

**Ausência de dor** é também realçada por dois idosos:

*“ (...) gostava de não ter dores (...) mas o senhor que me leve quando ele quiser (...) gostava de morrer e ir para o céu” (I2).*

*“Evidentemente que os médicos e os enfermeiros tem de fazer de tudo para que as pessoas não tenham dor, nem vômitos, nem outras coisas” (I3).*

*“Gostava de morrer sem dores, mas não gostava que fosse de repente (...) Gostava de ter tempo para me preparar melhor. Pensar melhor que vou morrer e que vou para o Senhor” (I5).*

Por fim, na subcategoria **presença de tranquilidade** encontramos dois idosos, que se referem a esta subcategoria como a presença de sossego, com as seguintes afirmações:

*“ Para mim uma morte boa, era morrer sossegado” (I1).*

*“ (...) é estar sossegada comigo e ter os meus (...) ter uma morte serena” (I3).*

A religião oferece ao idoso em processo de fim de vida o apoio emocional que ele precisa, o **Reencontro com Deus**, ajuda-o a enfrentar e aceitar a morte, cinco idosos definem boa morte como:

*“ (...) o Senhor que me leve quando ele quiser (...) gostava de morrer e ir para o céu” (I2).*

*“ (...) é claro que também queria uma morte santa” (I3).*

*“Ter uma morte santa (...) para mim é estar preparada para a morte (...) Esta preparação para a morte é a graça de Deus, ou seja, é ter a vida em dia (...) temos de sofrer um bocadinho na hora da morte (...) para nos arrependermos dos pecados” (I4).*

*“Pensar melhor que vou morrer, é que vou para o Senhor” (I5).*

*“Em graça de Deus (...)” (I7).*

Acreditar na possibilidade do perdão das faltas e dos pecados é algo consolador para o idoso neste momento de dificuldade, a **Reconciliação consigo mesmo** é valorizada por três idosos:

*“Morrer em paz, quer dizer não ter problema nenhum com determinada pessoa (...)” (I1).*

*“Que Deus me perdoe as minhas faltas (...)” (I2).*

“Uma boa morte seria ir para o purgatório, (...) que é para acabar de descontar os nossos pecados, e das nossas faltas” (15).

“ (...) também gostava de me confessar no momento da morte” (16).

“ (...) sem pecados, que Deus não puxasse nada a contas, as minhas faltas, porque eu tive muitas faltas” (17).

Quadro 10 - Conceito de Boa Morte para o Idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Morrer a dormir	Morrer com serenidade			Reencontro com Deus	Reconciliação consigo mesmo
		Ausência de sofrimento	Ausência de dor	Presença de tranquilidade		
I 1	X	X		X		X
I 2	X		X		X	X
I 3	X		X	X		
I 4					X	
I 5			X		X	X
I 6	X	X				X
I 7					X	X

Uma boa morte será sempre a esperança de qualquer pessoa, doente ou idoso. No entanto cada pessoa tem uma diferente ideia do que será uma boa morte, esta para muitos envolve ser tratado como um ser individual, com dignidade e respeito, estar sem dor ou com outros sintomas controlados. Analisando as respostas dos idosos em processo de fim de vida será com o mínimo de sofrimento, com serenidade e apoiam-se nas crenças religiosas como algo que os ajuda a entender e a enfrentar a morte. Estes dados corroboram com os autores Capelas e Coelho (2013) que definem boa morte como aquela que se vivencia com um adequado controlo sintomático e tendo alcançado um estado de reconciliação consigo próprio, com os outros e, se crente, com Deus, num processo em que as decisões e preferências do doente foram respeitadas.

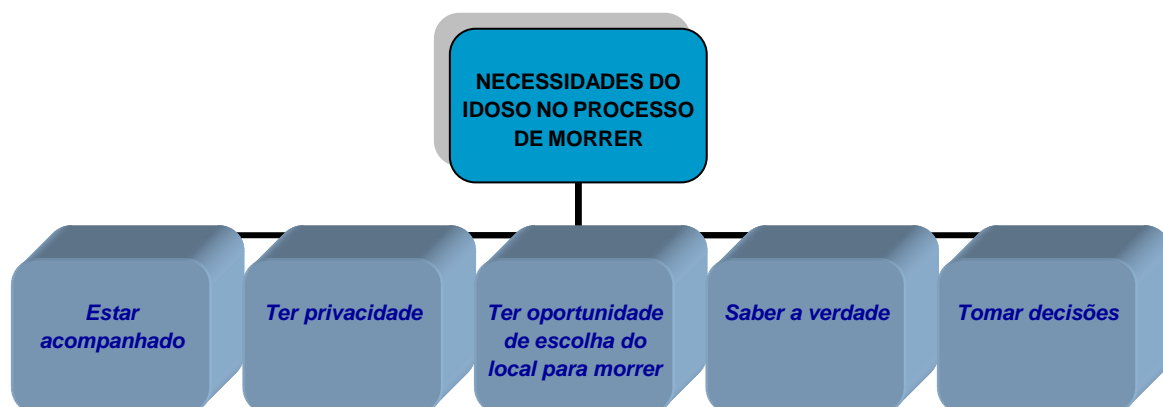
## 1.6. Perspetiva do Idoso em Processo de Fim de Vida acerca das necessidades no confronto com o Processo de Morrer

O processo de morrer promove alterações e vulnerabilidades tanto físicas, como psicológicas e espirituais. A principal necessidade é a de morrer com dignidade. Para isso será necessário recorrer a um modelo multidimensional de prestação de cuidados que responda às necessidades e preferências dos doentes.

Este modelo multidimensional abarca domínios como: a essência holística do idoso, as preferências em relação ao plano terapêutico, os sintomas e cuidados pessoais, a preparação para a morte e o local da sua ocorrência.

Por conseguinte quisemos conhecer as necessidades do idoso em processo de fim de vida no confronto com o processo de morrer, e foram encontradas cinco categorias: **Estar acompanhado; Ter privacidade; Ter a oportunidade de escolha relativo ao local para morrer; Saber a verdade e Tomar decisões** (diagrama nº 6)

Diagrama 6 - Perspetiva do idoso em processo de fim de vida das necessidades no processo de morrer



No que diz respeito à categoria **estar acompanhado**, seis idosos em processo de fim de vida ressaltaram a sua importância, afirmando, a necessidade de terem companhia no momento da morte, como seria o caso de estar com familiares ou mesmo que morrer sozinho iria traduzir-se em sentimentos de tristeza, como podemos ver nas afirmações abaixo:

*“Sozinha não, gostava de estar com a minha família” (12).*

*“Gostava de estar recatada só com os meus (...)” (13).*

*“Gostava de estar acompanhada por alguém daqui da casa, faz-me muita pena saber que alguém morreu sozinho” (14).*

*“ (...) tem o direito a estar acompanhado, não sem ninguém, acompanhado é melhor (...)” (15).*

*“ (...) é muito triste morrer só por isso deve-se ter direito a estar acompanhado” (16).*

*“ (...) ter o direito de estar acompanhada, tenho muito medo de morrer sozinha, gostava de estar acompanhada dos meus filhos” (17).*

Também falam do direito à intimidade pessoal, isto é, à **privacidade**, embora tenha sido mencionada apenas por um idoso: *“ (...) ter privacidade” (16).*

A categoria de **ter oportunidade de escolha do local da morte** também se apresenta como um dos aspetos de grande importância para os idosos em processo de fim de vida, dado que seis destes também ressaltaram que a escolha do local onde morrem é importante, tão importante como o estar acompanhado, dando respostas como:

*“O local da morte (...) em casa ou no hospital, desde o momento que estivesse à vontade (...)” (11).*

*“Gostava de morrer no meu quarto, este quarto é a minha casa” (13).*

*“O local também é importante, eu gostava de morrer aqui, porque às vezes vejo casos de pessoas que morrem no hospital sozinhas e se fosse aqui pelo menos tinha mais pessoas” (14).*

*“ (...) escolher o local, eu gostava de morrer aqui, sempre tinha as pessoas à minha beira, as pessoas que eu conheço, mais chegadas” (15).*

*“ (...) poder escolher o local (...) eu gostava de morrer aqui no meu quarto” (16).*

*“O local é igual, não importa” (17).*

Ressaltamos aqui nesta categoria que os idosos em processo de fim de vida referem a casa ou mesmo o quarto da instituição, associando ao local onde conhecem pessoas, como se tratasse de uma espécie de situação de conforto.

Na categoria **saber a verdade** salientam a necessidade de terem o conhecimento sobre o que lhes está a acontecer, como se verifica na afirmação seguinte:

*“Também acho que se deve saber a verdade, sobre as doenças, não queria andar enganada (...)” (17).*

Dois Idosos mencionam que gostariam de poder **tomar decisões**, na qual encontramos estas categorias nas seguintes respostas:

“(…) poder tomar decisões até ao fim” (13).

“Sim tem direitos, tem o direito de tomar decisões” (17).

Quadro 11 - Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca das necessidades no processo de morrer

ENTREVISTADOS	Estar acompanhado	Ter privacidade	Ter oportunidade de escolha relativo ao local	Saber a verdade	Tomar decisões
11			X		
12	X				
13	X		X		X
14	X		X		
15	X		X		
16	X	X	X		
17	X		X	X	X

Os idosos em processo de fim de vida quando confrontados com o processo de morrer atribuem uma grande importância à relação afetiva, assim como a valorização das suas decisões e direitos de escolha, ou seja idealizam e preparam a sua própria morte. Nesta fase final de vida requerem a tomada de consciência dos profissionais de saúde em relação às suas necessidades e direitos e contam com o seu empenho para tornar esta fase o mais ideal possível.

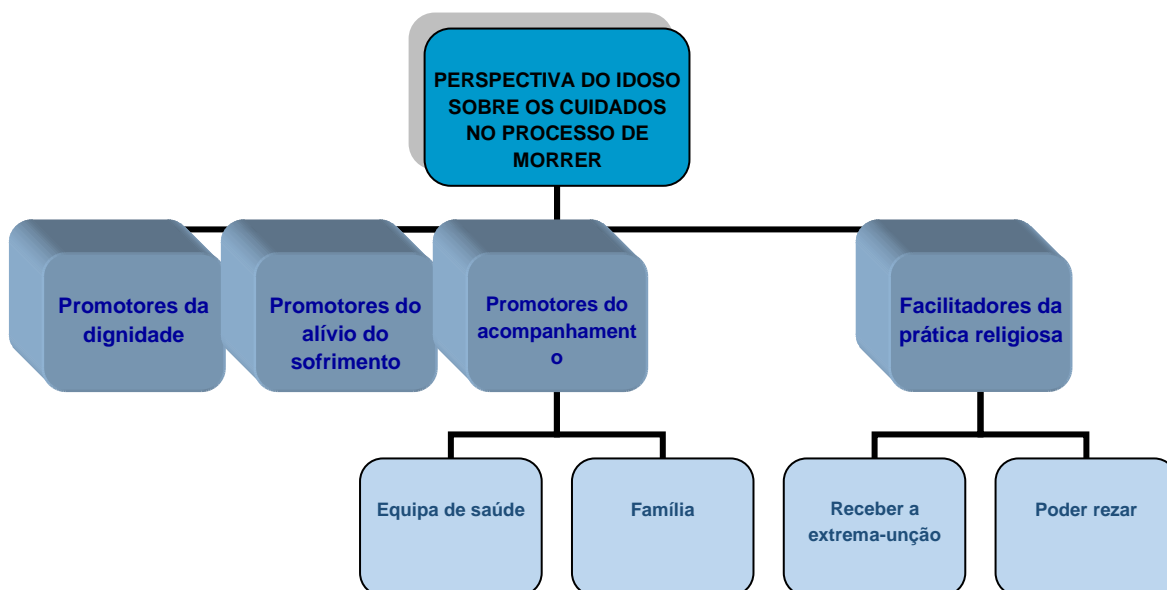
### 1.7. Perspetiva do Idoso em Processo de Fim de Vida acerca dos Cuidados que gostaria de ter no Processo de Morrer

Para um idoso em processo de fim de vida a morte é iminente, e a cura já não é possível, por isso os cuidados a prestar a este idoso são essencialmente conforto e acompanhamento ao longo de todo o processo de morte. Por tudo isto quisemos conhecer na expectativa do idoso em processo de fim de vida os cuidados que idealizam ser os ideais.

Nesta área temática encontramos quatro categorias: **Promotores da dignidade; Promotores do alívio; Promotores do acompanhamento e Facilitadores da prática religiosa.** Na categoria promotores do acompanhamento surgiram duas subcategorias: **Equipa de saúde e Família.** A categoria facilitadores da prática religiosa é apresentada com duas subcategorias: **Receber a extrema-unção e Poder rezar.** (diagrama nº 7)



Diagrama 7 - Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca dos cuidados que gostaria de ter no processo de morrer



A categoria **promotores da dignidade** parece ser aquela que todos os idosos em processo de fim de vida mais consideram relevante no momento da morte, dado que seis destes idosos fizeram referência à necessidade de terem uma morte digna e a prestação de cuidados apresentava-se como crucial para o processo, dando exemplos como:

*“ (...) quando estiver a morrer ter uma boa assistência, quem está a sofrer tem de ser bem atendido (...)” (I1).*

*“ (...) ser bem assistida” (I2).*

*“ (...) tem de ser responsáveis para tratar das pessoas e fazer os cuidados prescritos pelo médico (...)prestar esses cuidados a tempo e horas (...)” (I3).*

*“Gostava de receber os cuidados necessários (...) teriam que ser prestados todos os cuidados” (I4).*

*“Ter os cuidados de assistência (...) ver o que a pessoa precisa e não precisa.”(I5)*

*“ Receber assistência isto é vestir-me, lavar-me, dar-me de comer, pentear-me, dar medicação para as dores, para não morrer tão depressa. Gostava de morrer de uma forma lenta e bem (...) receber assistência” (I7).*

Na categoria **promotores de alívio do sofrimento**, esta também se apresentou como relevante para os idosos em processo de fim de vida da amostra, dado que três destes

idosos fizeram questão de salientar que o sofrimento na hora da morte se apresenta como um fator negativo, daí a necessidade de aliviar este processo, referindo:

*“ (...) proporcionar com que me sentisse à vontade, fazendo com que morresse satisfeito e que não fosse aborrecido (...) aliviar o sofrimento” (11).*

*“(...) os profissionais devem procurar que as pessoas não estejam em sofrimento, que esteja lavadinha, muita arranjadinha, com muito conforto e tudo que puder ser para minorar o seu sofrimento (...)” (13).*

*“Aliviar a dor, para não ter desespero” (15).*

Na categoria **promotores de acompanhamento** destacam-se duas subcategorias: a **equipa de saúde**, em que três idosos em processo de fim de vida referem a necessidade de estar acompanhados pela equipa de saúde, como se verifica nas seguintes afirmações:

*“Gostava de ser acompanhada por alguém aqui da casa (...) gostava de morrer aqui (...) se fosse aqui pelo menos tinha mais pessoas (...)” (14).*

*“Companhia (...) permitir ao doente em fim de vida que fosse acompanhado por um ente querido (...) é muito importante acompanhar-nos no momento da morte” (16).*

*“ (...) ter o direito de estar acompanhada, tenho muito medo de morrer sozinha (...)” (17).*

Apesar de se notar uma forte relação com a equipa de saúde, os idosos em processo de fim de vida não deixam de referir a presença da **família**, no entanto esta é referida apenas por dois idosos:

*“Sozinha não, gostava de estar com a minha família” (12).*

*“Não gosto de muita gente (...) gostava de estar recatada só com os meus (...)” (13).*

Também se encontraram duas subcategorias na categoria **facilitadores da prática religiosa**, a subcategoria de **receber a extrema-unção** isto é, o sacramento cristão, conferindo uma graça especial para as dificuldades próprias da morte, este sacramento é o recurso do cristão ao alívio, para poder suportar com fortaleza em estado de graça um momento de trânsito, especialmente no momento da morte, mencionado por dois idosos em processo de fim de vida:

“ (...) como católico gostava de receber um padre que me desse a bênção (...) receber o sacramento da extrema-unção antes de morrer (...) ajudaria a sentir-me bem” (I1).

“ (...) gostava de me confessar no momento da morte e receber a extrema unção” (I6).

Rezar no momento da morte surge como uma necessidade no sentido de chamar Deus para o local, por isso nasce também a subcategoria **poder rezar**, mencionada também por dois idosos:

“ (...) gostava que rezassem por mim para sentir que Deus está ali (...)” (I4).

“ Uma pessoa que está a morrer (...) quer é que rezem com o doente (...) é muito importante rezar no momento da morte” (I6).

Quadro 12 - Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca dos cuidados que gostaria de ter no processo de morrer

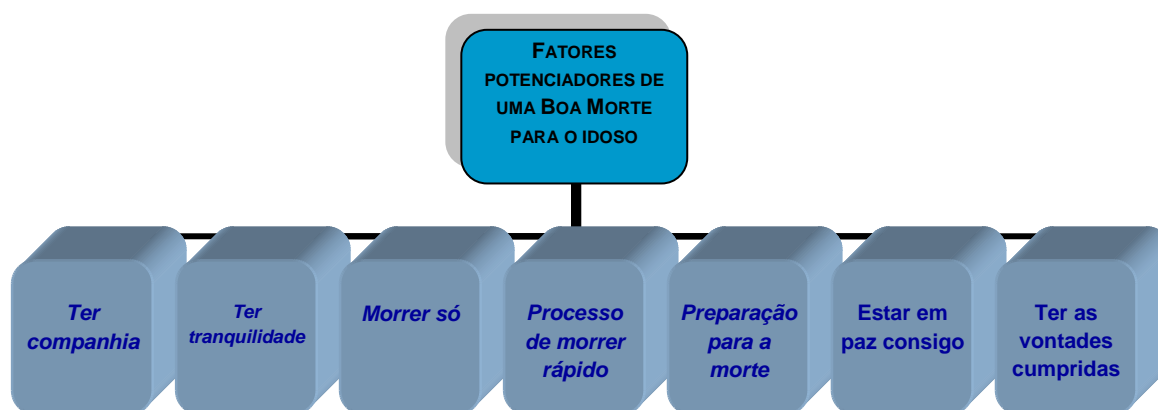
ENTREVISTADOS	Promotores de dignidade	Promotores do alívio do sofrimento	Promotores do acompanhamento		Facilitadores de prática religiosa	
			Equipa de saúde	Família	Receber extrema-unção	Poder rezar
I 1	X	X			X	
I 2	X			X		
I 3	X	X		X		
I 4	X		X			X
I 5	X	X				
I 6			X		X	X
I 7	X		X			

De entre vários cuidados referidos como importantes no processo em fim de vida, o cuidado mais relevante para o idoso em processo de fim de vida de uma estrutura residencial são os promotores da dignidade. A dignidade da pessoa traduz o dito que cada homem tem de ser reconhecido como ser único e insubstituível. Kant (1995) foi primeiro a exaltar a dignidade da pessoa, para ele tudo tem um valor: um preço ou uma dignidade.

## 1.8. Fatores Potenciadores de uma Boa Morte na perspectiva do Idoso em processo de fim de vida

O idoso no decorrer da vida passa por momentos de maior fragilidade e pensa no momento da morte, idealiza como poderá ser o seu momento final da vida. Mas no decorrer da vida ou de uma doença incurável pensa na morte de uma forma singular e diferente em relação ao modo como pensava enquanto pessoa saudável. A boa morte depende de variados fatores intrínsecos ao idoso, fatores culturais, sociais, psicológicos, emocionais e a própria progressão da doença. Mediante o referido quisemos perceber quais os fatores considerados pelos idosos como potenciadores de uma boa morte. Nesta área temática os idosos em processo de fim de vida permitiram-nos identificar sete categorias: **ter companhia; ter tranquilidade, morrer só; processo de morrer rápido; preparação para a morte; estar em paz consigo e ter as vontades cumpridas** (diagrama nº 8).

Diagrama 8 - Fatores potenciadores de uma Boa Morte para o idoso em processo de fim de vida



A categoria **ter tranquilidade** é referida por cinco idosos em processo de fim de vida como ter paz, serenidade, conforme se traduz nas afirmações seguintes:

*“Estivesse à vontade, sem sofrimento (...) morrer em paz” (11).*

*“Estar com o espírito em paz (...)” (13).*

*“Serena, pensar em Deus “ (14).*

*“Estar em paz, ter paciência, não desesperar” (15).*

*“ (...) que o nosso Senhor me leve em Paz. Ter uma morte tranquila (...) ” (16).*

Por seu turno, na categoria **estar em paz consigo mesmo**, os idosos em processo de fim de vida, sendo importante ter todos os problemas da vida resolvidos, afirmando:

*“ (...) não ter problema nenhum com determinada pessoa, aliviado de tudo, ter tudo resolvido na minha vida” (I1).*

*“(...) tudo resolvido na vida” (I2).*

*“Estar com o espírito em paz, eu graças a Deus estou” (I3).*

*“Ter tudo resolvido (...)” (I6).*

*“Na hora da morte eu queria dizer a verdade toda aos meus filhos em relação ao que o meu pai me fez, e o meu ex-marido” (I7).*

Nas duas categorias, podemos dizer que antagônicas, que serão **ter companhia e morrer só** encontramos um idoso em processo de fim de vida em cada uma, referindo, respetivamente: *“Estar acompanhada, receber amor e carinho, gostava que satisfizessem os meus pedidos (...)” (I7)* e *“ (...) gostava de estar sozinho, em paz e sossego (...) aliviado de tudo ter tudo resolvido na minha vida (...)” (I1).*

A categoria **processo de morrer rápido** foi mencionada apenas por um idoso em processo de fim de vida, de forma que fosse inesperado, dizendo:

*“Processo de morrer rápido, inesperado, quando menos se espera (...)” (I2).*

*“Gostava de morrer de repente (...)” (I3).*

*“Boa Morte seria (...) rápido” (I6).*

Na categoria **preparação para a morte** também encontramos três idosos em processo de fim de vida que consideram relevantes os aspetos da preparação para a morte:

*“Acho que devia existir uma preparação para a morte (...)” (I3).*

*“Tem o direito de se preparar para morrer, confissão e santa unção” (I4).*

*“ Quando Deus quiser que me leve que estou preparada. Fiz esta preparação no dia-a-dia (...) tenho andado a ler livros que me elucidam bastante sobre a morte” (I6).*

*“ (...) para me poder preparar” (I7).*

Por fim, encontramos a categoria **ter as vontades cumpridas**, referidas por dois idosos em processo de fim de vida:

*“ (...) ter as vontades cumpridas, com consciência tranquila” (I6).*

*“ (...) gostava que satisfizessem os meus pedidos, não quero flores e quero ir para a igreja de S. vicente. Antes de morrer gostava de juntar os meus filhos todos e fazer um jantar de família, mas não tenho dinheiro” (I7).*

Quadro 13 - Fatores potenciadores de uma Boa Morte para o idoso em processo de fim de vida

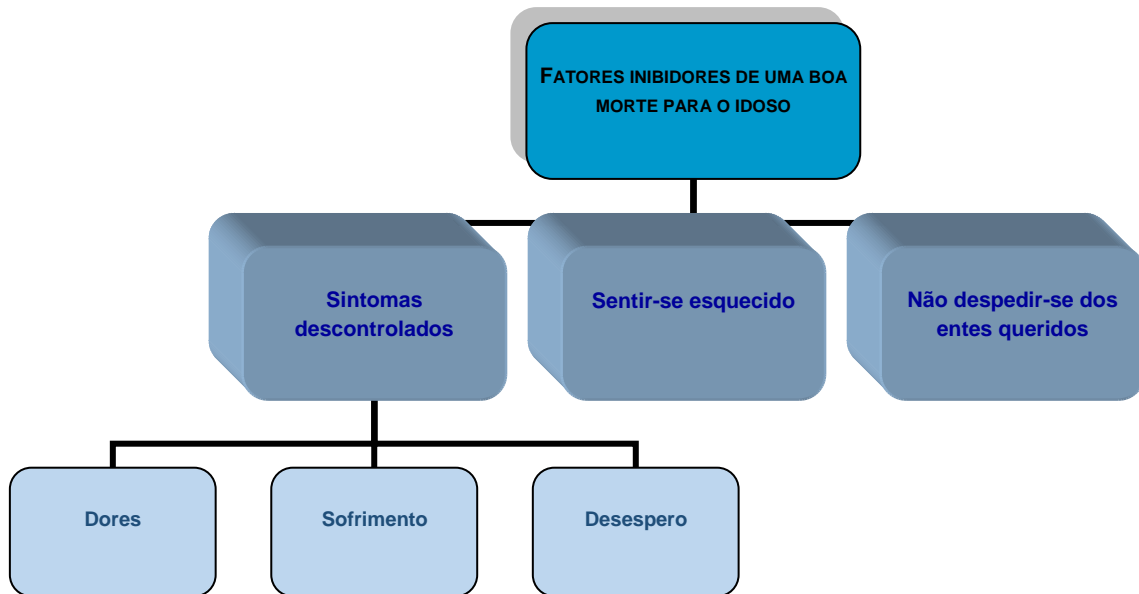
ENTREVISTADOS	Ter companhia	Ter tranquilidade	Morrer só	Processo de morrer rápido	Preparação para a morte	Estar em paz consigo	Ter as vontades cumpridas
11		X	X			X	
12				X		X	
13		X		X	X	X	
14		X			X		
15		X					
16		X		X	X	X	X
17	X				X	X	X

Conforme podemos constatar na análise às entrevistas dos idosos em processo de fim de vida, interferem na boa morte uma panóplia de fatores, sendo os mais relevantes a tranquilidade e ter a vida resolvida tão vulgarmente mencionado pelas pessoas em geral.

### 1.9. Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida

A morte é um fato concreto para o idoso em processo de fim de vida. Tendo estes a consciência de que a morte é iminente, suscita sentimentos e emoções fortes e negativos e, por isso e muitos outros fatores será muito difícil controlar a dor e outros desconfortos associados à progressão da doença. Por isso achamos pertinente perceber o que poderia inibir a boa morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida, estes destacaram três categorias presentes: **sintomas descontrolados**; **sentir-se esquecido** e **não despedir-se dos entes queridos**. Na primeira categoria, destacam-se três subcategorias: **dores**, **sofrimento** e **desespero** (diagrama nº 9).

Diagrama 9 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspectiva do idoso em processo de fim de vida



A possibilidade de não se despedirem dos seus entes queridos é fortemente destacada pelos idosos em processo de fim de vida, como fator negativo surgindo assim como categoria **não despedir-se dos entes queridos** em que cinco idosos em processo de fim de vida, que referem situações como:

*“ (...) morte inesperada” (I1).*

*“A minha filha e o meu marido morreram no hospital e não se despediram” (I2).*

*“ (...) ser de repente porque não se apercebia da morte e não teve tempo de se preparar para ela” (I4).*

*“ Morrer de acidente, uma morte inesperada (...)” (I6).*

*“ (...) que fosse inesperada, não se preparar, não se conseguir despedir das pessoas (...)” (I7).*

Na categoria **sintomas descontrolados**, dois idosos em processo de fim de vida referem a subcategoria **desespero**: *“desespero da pessoa que está a morrer” (I1)* e *“o demónio que está ali atrás da pessoa a tentá-la e a desesperá-la (...)” (I5)*, seguindo-se **dores e sofrimento** referidos pelo mesmo idoso em processo de fim de vida: *“Muitas dores (...) o sofrer é muito custoso, idas para o hospital (...)” (I2).*

Por fim, na categoria **sentir-se esquecido**, principalmente em relação à família constitui um fator dificultador de uma boa morte, mencionado por três idosos em processo de fim de vida que fazem referência à família e não à prestação de cuidados:

“ (...) não fazerem caso de mim, e fazerem disparates comigo (...)” (I3).

“ Uma pessoa no hospital não é cuidada com carinho ao pé do doente á espera que ele morra, (...) infelizmente não estão, e aqui no lar estão” (I6).

“ (...) o facto de estar sozinha e os meus filhos não estivessem comigo (...)” (I7).

Quadro 14 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Sintomas Descontrolados			Sentir-se esquecido	Não se Despedir dos Entes Queridos
	Dores	Sufrimento	Desespero		
I1			X		X
I2	X	X			X
I3				X	
I4					X
I5			X		
I6				X	X
I7				X	X

Após a análise às entrevistas dos idosos em processo de fim de vida, a solidão e o fato de não poderem se despedir de algumas pessoas, parecem ser os fatores de relevo por parte dos idosos em processo de fim de vida para inibir uma boa morte. Dando por isso forte importância ao apoio, companhia e à despedida.



## 2. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS CUIDADORES FORMAIS DO IDOSOS EM PROCESSO DE FIM DE VIDA

Apresentam-se de seguida os dados obtidos através da análise de conteúdo das 11 entrevistas realizadas aos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida. A análise de conteúdo efetuada às entrevistas dos cuidadores formais fez sobressair nove áreas temáticas, inventariadas por categorias e subcategorias (Quadro 15).

Quadro 15 - Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida

Área temática	Categoria	Subcategoria
<b>1. Significado atribuído à morte pelo cuidador formal do idoso em processo de fim de vida</b>	1. Etapa natural da vida 2. Uma passagem 3. Etapa inevitável 4. Processo de alívio do sofrimento	
<b>2. Impacto no cuidador formal na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida</b>	1. Potenciador de sentimentos e emoções negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tristeza</li> <li>▪ Saudade</li> <li>▪ Injustiça</li> <li>▪ Medo</li> </ul>
	2. Potenciador de sofrimento	
<b>3. Conhecimento do cuidador formal acerca do processo de fim de vida do idoso</b>	1. Alterações de sinais físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coloração da pele</li> <li>▪ Ausência de reação a estímulos</li> <li>▪ Olhar vidrado</li> <li>▪ Sinais vitais alterados</li> </ul>
	2. Alterações emocionais/psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medo</li> <li>▪ Ansiedade</li> </ul>
	3. Verbalização pelo idoso	
<b>4. Conceito de Boa Morte para os cuidador formal do idoso em processo de fim de vida</b>	1. Ausência de sofrimento 2. Morrer a dormir 3. Ter tranquilidade	

	<p>4. Preservar a dignidade</p> <p>5. Presença dos entes queridos</p> <p>6. Aceitação da morte</p>	
<p><b>5. Opinião do cuidador formal em relação aos Direitos do idoso em processo de fim de vida</b></p>	<p>1. Tomada de decisão</p>	<p>✓ Facilitar a escolha de tratamento</p> <p>✓ Facilitar a colocação de questões</p>
	<p>2. Cuidados de conforto</p> <p>3. Respeito pelas vontades pessoais</p> <p>4. Estar acompanhado</p> <p>5. Respeito da Individualidade</p> <p>6. Ter qualidade de vida</p> <p>7. Ter privacidade</p> <p>8. Saber a verdade</p>	
<p><b>6. Percepção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida</b></p>	<p>1. Satisfação de necessidades físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posicionamento</li> <li>▪ Cuidados de higiene</li> <li>▪ Cuidados alimentares</li> <li>▪ Alívio de sintomas</li> </ul>
	<p>2. Satisfação de necessidades emocionais/ psicológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favorecimento da expressão de sentimentos</li> <li>▪ Respeito pelos silêncios</li> <li>▪ Proporcionar o carinho/ afeto</li> <li>▪ Respeitar os desejos</li> </ul>
	<p>3. Promover a comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expressão verbal e não-verbal</li> <li>▪ Estabelecer uma relação de confiança</li> </ul>

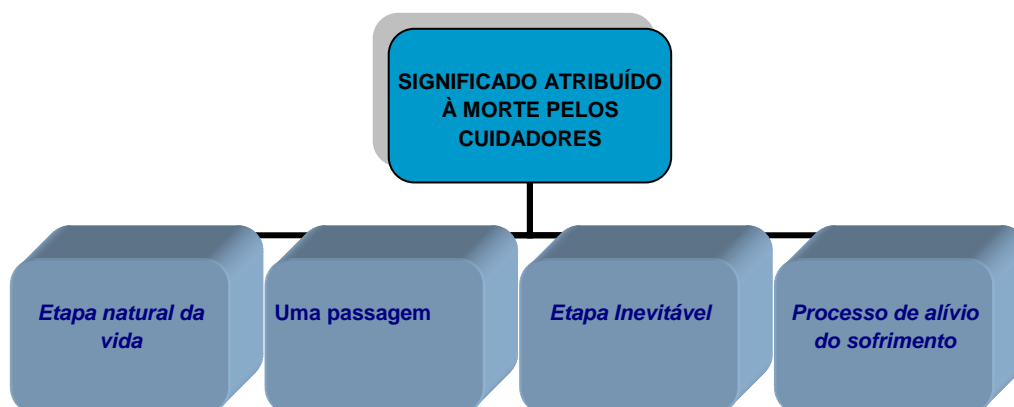
7. Estratégias adotadas pelo cuidador formal após a morte do idoso em processo de fim de vida	1. Apelo à fé	
	2. Adoção de mecanismos de proteção	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distanciamento</li> <li>▪ Evitamento</li> <li>▪ Aceitação</li> </ul>
8. Fatores potenciadores de uma boa morte na perspectiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar tranquilidade</li> <li>2. Proporcionar uma preparação para a morte</li> <li>3. Respeito pelas últimas vontades</li> <li>4. Ausência de sofrimento</li> <li>5. Preservar a rede de relações</li> </ol>	
9. Fatores inibidores de uma boa morte na perspectiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presença de solidão</li> <li>2. Sentir-se abandonado</li> <li>3. Sintomas descontrolados</li> <li>4. Não ser perdoado</li> </ol>	

### 2.1. Significado atribuído à Morte pelo Cuidador Formal do Idoso em Processo de Fim de Vida

A morte faz parte da vida, os seres humanos são os únicos que tem consciência da morte, mas ainda não tem preparação suficiente para a encarar como algo natural. Os cuidadores formais enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da incerteza, desespero, angústia, porque se sentem responsáveis pela manutenção da vida dos idosos em processo de fim de vida.

Por isso achamos pertinente também compreender qual o significado que os cuidadores formais atribuem à morte, ou seja, qual a sua perspectiva sobre a morte daqueles aos quais prestam cuidados, sendo que se identificaram quatro categorias: **Etapa natural da vida; Uma passagem; Etapa inevitável e Processo de alívio do sofrimento** (diagrama nº 10).

Diagrama 10 - Significado atribuído à morte pelo cuidador formal do idoso em processo de fim de vida



Quatro dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida consideram que a morte se enquadra na categoria **etapa natural da vida**, e referem-se a ela como um acontecimento integrante da vida, afirmando:

*“A morte é uma fase da vida (...) muito difícil de ser ultrapassada” (C1).*

*“A vida tem um princípio, tem um viver normal e tem um fim que é a morte” (C8).*

*“ (...) todos nós quando nascemos sabemos que temos um fim (...) é uma coisa que vai acontecer” (C9).*

*“ (...) a morte é vista como um fenómeno normal, tudo que nasce, morre. Todos os seres vivos que nascem morrem, portanto é uma fase que deve ser encarada naturalmente (...) para mim a morte é um segundo nascimento” (C10).*

Encontra-se ainda uma categoria que se refere à morte como **uma passagem** para outro mundo em que três cuidadores se referem a ela como:

*“ (...)é uma passagem que nós temos (...) ” (C2).*

*” Eu acho que a morte no fundo regula tudo o que fazemos no dia-a-dia” (C4).*

*“A morte (...) é uma passagem deste mundo para o outro e os doentes não devem estar sozinhos” (C8).*

Os cuidadores foram unânimes, sete consideraram que a morte é uma **etapa inevitável**, isto é não pode ser evitado, afirmando:

*“A morte é o que temos de mais certo na vida” (C2).*

*“Mas além de tudo sabemos que é o nosso fim (...) Já que é inevitável morrermos (...)” (C3).*

*“ (...) quando nos aproximamos duma fase mais final, regula ainda mais a vida (...) toda a gente sabe que há um fim” (C4).*

*“ A morte é inevitável, faz parte da vida (...)” (C5).*

*“ A morte é o fim da vida (...) ” (C6).*

*“ A morte é uma inevitabilidade, todos nós quando nascemos sabemos que temos um fim, não vamos ficar cá sempre” (C9).*

*“ Para mim a morte é vista de facto como uma fase final da vida (...) considero a morte como o fim da minha carreira (...) Para mim a morte é um segundo nascimento” (C10).*

*“É a última etapa da vida (...) faz parte do percurso desenvolvimental que termina com a morte” (C11).*

Sabendo que o sofrimento é uma experiência aversiva e negativa, três dos cuidadores formais dos idosos em processo de fim de vida, referem-se à categoria de **processo de alívio do sofrimento**, como uma sensação agradável que o idoso pode ter quando o sofrimento se oprime, referindo:

*“Pode ser um aliviar de sofrimento (...) é um partir que nunca mais vemos ninguém (...) sabemos que é o nosso fim (...)” (C3).*

*“(...) depende de quem morre e de quem fica (...) para quem morre numa situação de doença pode ser um alívio e mesmo para os cuidadores (...) também pode ser um alívio (...) o impacto é negativo, é de tristeza, é de perda, é de saudade, é de injustiça” (C5).*

*“A morte (...) acaba com o sofrimento dessa pessoa que está em fase terminal, nestes casos a morte é bem-vinda” (C6).*

Quadro 16 - Significado atribuído à morte pelo cuidador formal do idoso em processo de fim de vida

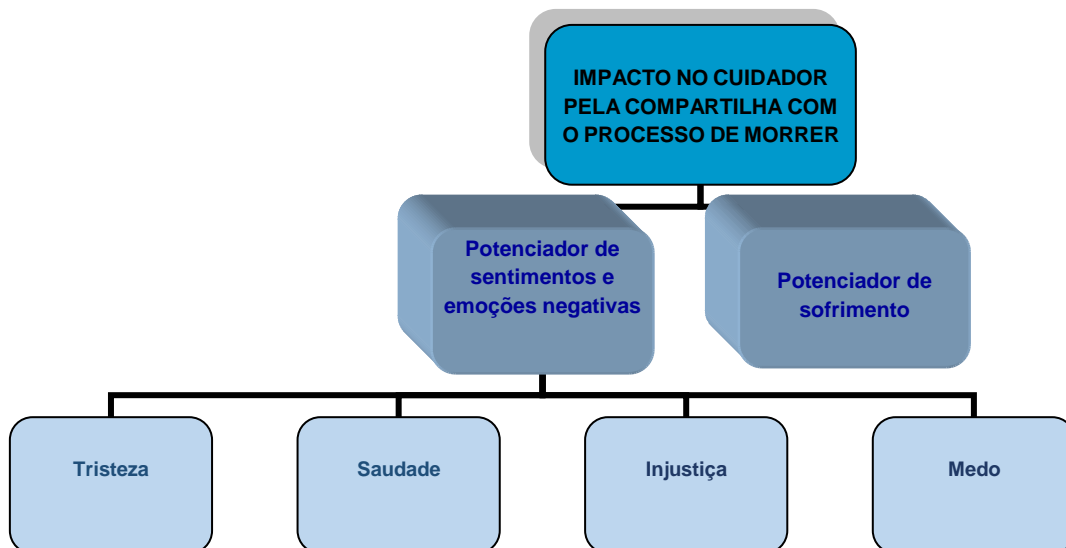
ENTREVISTADOS	Etapa natural da vida	Uma passagem	Etapa inevitável	Processo de alívio do sofrimento
C 1	X			
C 2		X	X	
C 3			X	X
C 4		X	X	
C 5			X	X
C 6			X	X
C 7				
C 8	X	X		
C 9	X		X	
C 10	X		X	
C 11			X	

A morte é um tema controverso que suscita nos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida significados, sentimentos diversos, é um assunto polémico, por vezes evitado e por muitos não compreendidos, gerando medo e ansiedade. Os cuidadores apesar de realçarem ser um período natural da vida, apoiam-se também na fé, para tentar enfrentar a morte, já que é inevitável, tal como corrobora Albuquerque (2004), que é da opinião que a morte mesmo sendo considerada uma etapa natural pela qual todo e qualquer ser vivo passa, no entanto não é encarada como evento natural entre os seres humanos.

## 2.2. Impacto no Cuidador Formal na partilha do Processo de Morrer no Idoso em Processo de Fim de Vida

O processo de morrer no idoso em processo de fim de vida pode durar dias, meses ou anos, por isso existe uma relação de grande proximidade com os cuidadores formais, o que pode conduzir a implicações emocionais por parte do cuidador formal. Sendo a morte inevitável e frequente nas estruturas residenciais, nem todos os cuidadores formais compreendem, acolhem e reagem a ela da mesma forma. Por isso na área temática do impacto no cuidador formal na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida encontraram-se duas categorias, **potenciador de sentimentos e emoções negativas** e **potenciador de sofrimento**. Na primeira categoria encontraram-se ainda quatro subcategorias, sendo elas: **tristeza, saudade, injustiça** e **medo** (diagrama nº 11)

Diagrama 11 - Impacto no cuidador formal na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida



No que diz respeito à categoria **potenciador de sentimentos e emoções negativas**, a subcategoria **tristeza** é aquela que é mais referida pelos cuidadores, revelando angústia e inquietação, sendo mencionada por três cuidadores formais de idosos em processo de fim de vida:

*“ (...) realmente é muito difícil (...) é um processo muito complicado de ser vivido” (C1).*

*“ (...) torna-se triste, muito dolorosa, (...) e dói (...) é muito complicado” (C3).*

*“ (...) maioritariamente o impacto é negativo (...) é de tristeza” (C5).*

Considerando saudade como uma lembrança de um idoso ausente e injustiça como a falta de bondade para com o mesmo, sendo referida por um cuidador formal do idoso em processo de fim de vida formando subcategorias **saudade** e **injustiça** que refere:

*“ (...) maioritariamente o impacto é negativo (...) é perda, é de saudade, é injustiça” (C5).*

Por fim, na subcategoria **medo** é mencionada por dois cuidadores formais em processo de fim de vida, como o estado emocional resultante da consciência da morte eminente, ressaltando aspetos como:

“A morte é mais vista como o medo de morrer (...) e há medida que a idade aumenta, o medo de morrer aumenta também ” (C4).

“ (...) quando penso na morte (...) assusta-me um bocadinho” (C7).

Na categoria **potenciador de sofrimento**, encontram-se dois cuidadores que fazem menção a este aspeto do impacto na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida como qualquer experiência aversiva e sua emoção negativa, afirmando:

“ (...) para mim a morte não me assusta, o que me assusta é sofrer, ou seja o sofrimento até à morte” (C7).

“ (...) nunca se está preparado para morrer, é sempre muito difícil (...)” (C9).

Quadro 17 - Impacto no cuidador formal na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Potenciador de sentimentos e emoções negativas				Potenciador de sofrimento
	Tristeza	Saudade	Injustiça	Medo	
C 1	X				
C 2					
C 3	X				
C 4				X	
C 5	X	X	X		
C 6					
C 7				X	X
C 8					
C 9					X
C 10					
C 11					

Como podemos verificar os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida por sentirem a responsabilidade de cuidar e afirmar a vida destes idosos, na partilha com o processo de morrer gera sentimentos e emoções negativas assim como potencia o sofrimento. Costa e Lima (2005) confirma que acompanhar o processo de morte e morrer provoca sentimentos negativos, frustração, desapontamento, derrota e tristeza.

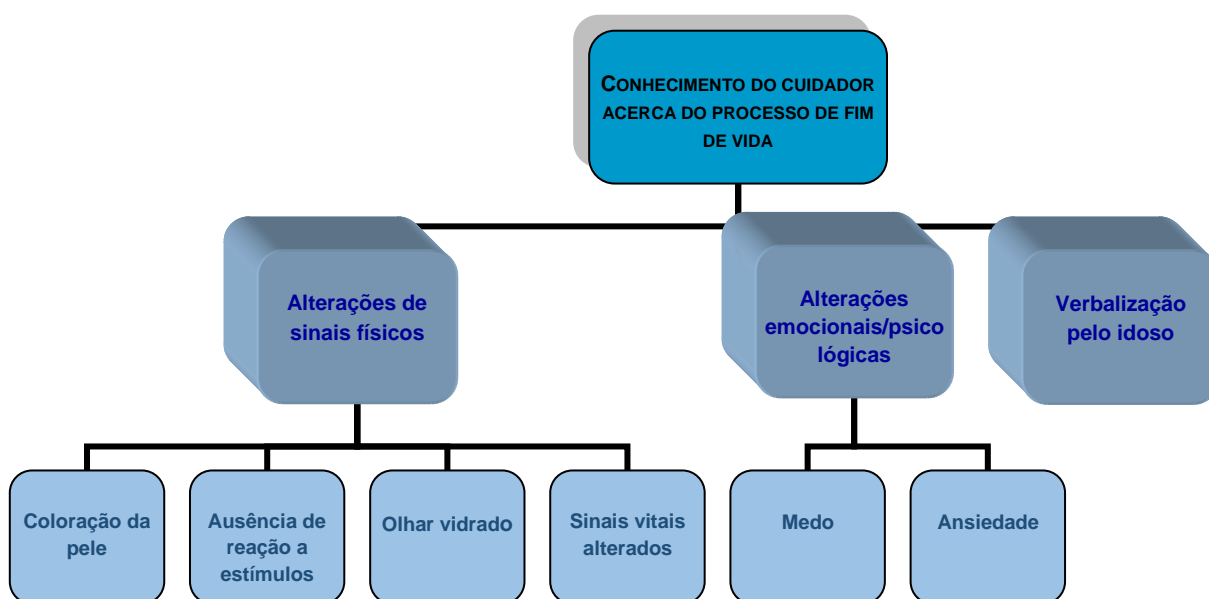


### 2.3. Conhecimento do Cuidador Formal acerca do Processo de Fim de Vida do Idoso

Morrer cientificamente, é deixar de viver, é a cessação dos fenómenos vitais. Os cuidadores ao serem questionados em relação ao processo de fim de vida dos idosos imergiram três categorias: **alterações de sinais físicos, alterações emocionais e verbalização pelo idoso.**

Na categoria **alterações de sinais físicos** foram identificadas quatro subcategorias: **coloração da pele, ausência de reação a estímulos; olhar vidrado e sinais vitais alterados.** Na categoria **alterações emocionais/psicológicas** foram identificadas duas subcategorias: **medo e ansiedade** (diagrama nº 12).

Diagrama 12 - Conhecimento do cuidador formal acerca do processo de fim de vida do idoso



Na primeira subcategoria, **coloração da pele** que pertence à categoria **alterações de sinais físicos**, encontram-se verbalizações de três cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida que referem alterações como:

“ (...) alterações nos olhos, nos dedos (...)” (C2).

“ (...) o tom de pele (...)” (C7).

“ Os doentes ficam (...) com um tipo de cor diferente (...)” (C8).

A **ausência de reação a estímulos** também se apresenta como uma das subcategorias, mencionada por quatro dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida como uma degradação do estado geral, afirmando:

“ (...) também se começa a notar uma degradação de um dia para o outro (...)” (C2).

“*Pela sua debilitação física (...)*” (C3).

“*Não reage, está em sofrimento, através da respiração, sem força no corpo, nota-se o sofrimento, nota-se também que o corpo da pessoa não está bem*” (C6).

“ (...) o aspecto do idoso (...)” (C7).

O **olhar vidrado** parece ser a subcategoria que mais se apresenta como revelador do conhecimento do cuidador formal acerca do processo de fim de vida do idoso, sendo referido por dois cuidadores como um olhar embaciado ou sem brilho, salientando aspetos como:

“ (...) alterações nos olhos (...)” (C2).

“O aspecto do idoso (...) o olhar (...)” (C7).

“Os doentes ficam (...) com olhos vidrados” (C8).

Por fim, deparamo-nos ainda com a subcategoria **sinais vitais alterados** referida por quatro cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida:

“*Existe um processo partilhado com o médico (...) Também sabemos que a pessoa está a morrer através da avaliação do estado em geral, físico e sinais vitais*” (C1).

“O aspecto do idoso (...) frequência cardíaca (...) a respiração (...)” (C7).

“Os doentes ficam com problemas de respiração, com pulsações mais brandas (...)” (C8).

“*Todos os sinais vitais em decadência, com problemas de respiração (...) e prostração intensa*” (C10).

As **alterações emocionais/ psicológicas** também se apresenta como uma das categorias encontradas, na qual se destacaram duas subcategorias: o **medo** como uma alteração emocional provocada pela partilha com o processo de morrer com o idoso em processo de fim de vida e **ansiedade** como sofrimento de quem espera o que é certo vir, ou seja a morte. Contudo, esta categoria não se apresenta como muito relevante, dado que apenas um cuidador formal para a primeira subcategoria, e dois cuidadores formais, para a segunda subcategoria, fazem referência a estes aspetos, com afirmações como:

*“ (...) vê-se a aflição do utente e o medo de morrer (...)” (C1).*

*“ (...) simplesmente olhando para o utente sabe-se que ele está a morrer, que está a partir (...)” (C1).*

*“ (...) choque, dor, ansiedade, tristeza, solidão (...)” (C4).*

Por fim, pode-se dizer que a categoria que mais relevante se apresenta é a **verbalização pelo idoso** sobre o seu próprio processo de morte, em que cinco cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida fazem referência, encontrando-se presente esta informação em afirmações como:

*“(...) vê-se a aflição do utente e o medo de morrer. Simplesmente olhando para o utente sabe-se que ele está a morrer, que está a partir (...)” (C1).*

*“Às vezes eles é que nos dizem (...) eles parecem que persentem e começam a ficar muito caidinhos, prostrados, não dizem coisa com coisa (...)” (C2).*

*“Para além do seu estado físico ou condição física (...) tipo de fala, o olhar (...) nos parecem mais tristes, sem vontade, mais cansados do processo que aí se desenvolveu (...)” (C5).*

*“A intuição e a experiência clinica diz-nos que pode faltar pouco (...) tem que ser a intuição dos profissionais de saúde (...)” (C9).*

*“ (...) no discurso do doente se verifica a sensação de desespero, de desistir de viver, de desistir de lutar, já não vale a pena conversar comigo (...) o desânimo e a desistência de si mesmo” (C11).*

Quadro 18 - Conhecimento do cuidador formal acerca do processo de fim de vida do idoso

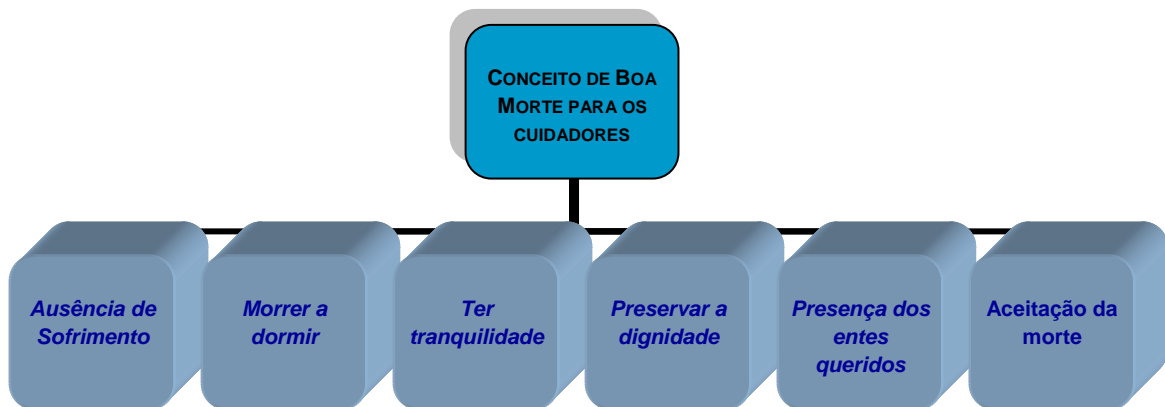
ENTREVISTADOS	Alterações de sinais físicos				Alterações emocionais/psicológicas		Verbalização pelo idoso
	Coloração da pele	Ausência de reações a estímulos	Olhar vidrado	Sinais vitais alterados	Medo	Ansiedade	
C 1				X	X	X	X
C 2	X	X	X				X
C 3		X					
C 4						X	
C 5							X
C 6		X					
C 7	X	X	X	X			
C 8	X		X	X			
C 9							X
C 10				X			
C 11							X

Conforme podemos verificar os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida concentram mais a sua atenção nos aspetos físicos, emocionais, no entanto salientam que por vezes não são esses sinais em si mesmos que indicam que o idoso se encontra em fim de vida, mas sim a percepção que estes têm sobre o idoso em processo de fim de vida e as suas próprias verbalizações.

#### 2.4. O conceito de Boa Morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida

Os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida lidam com a morte regularmente, é importante que se envolvam ativamente no processo de morrer, mas no fundo é comum sentirem em algum desconforto em lidar com o idoso em processo de fim de vida. O conceito de boa morte é útil, para compreender o modelo de prestação de cuidados adequados a prestar na fase final da vida. Por tudo isto quisemos conhecer o significado de boa morte para os cuidadores formais de idosos em processo de fim de vida de uma estrutura residencial, sendo que se identificaram seis categorias: **ausência de sofrimento, morrer a dormir, ter tranquilidade, preservar a dignidade, presença dos entes queridos e aceitação da morte (diagrama nº 13)**

Diagrama 13 - O conceito de Boa Morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida



Analisando de forma mais concreta as categorias identificadas, verifica-se que quatro cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida enquadram as suas respostas na ausência de emoções negativas como a dor e infelicidade, formando a categoria **ausência de sofrimento** verbalizando aspetos como:

*“Uma boa morte é uma morte em que o utente não sofreu (...) não teve um processo de morrer prolongado (...) é aquela em que o doente não sofre” (C1).*

*“Para uma boa morte também não se deve ter dor, agora também existe medicação para tirar a dor e o sofrimento. (...) se morrer de repente teve uma morte bonita, porque não sofreu” (C2).*

*“Boa morte para mim seria sem dor, (...) sem sofrimento (...) dar cuidados de conforto, executar todos os pedidos da pessoa para que possa ter uma boa morte” (C7).*

*“Morte sem sofrimento é o mais importante de tudo” (C9).*

**Morrer a dormir** assume-se por si só como uma categoria, pelo fato de ser uma morte não sentida e não sofrida, dois dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida faz referência a este aspeto:

*“Boa morte é morrer a dormir, que é para não sentir, não pressentir, porque provavelmente há quem pressinta que está no final (...) A morte é inevitável (...)” (C5).*

*“Dormir e não acordar. Porque não há sofrimento, e não deixa os outros ver o sofrimento, morre em paz (...)” (C6).*

A categoria **ter tranquilidade** é referida por quatro cuidadores, dando a sensação de que Boa Morte significa morrer em paz e serenidade, afirmando:

*“Acho que uma boa morte é viver em paz (...)” (C5).*

*“Ter um fim de vida com o melhor que possa ter, morrer em paz (...) morrer com tranquilidade (...)” (C8).*

*“Para haver uma boa morte tem de ser num momento de paz, serenidade, tranquilidade, de envolvimento (...)” (C10) .*

*“Tranquilidade, serenidade (...)” (C11).*

Os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida conscientes da importância de adotar procedimentos que atraíam o respeito pelo outro no momento da morte formam a categoria **preservar a dignidade** sendo referida por dois cuidadores:

*Uma boa morte é no fundo tentar ir com dignidade. Já que é inevitável morrermos que seja com dignidade” (C4).*

*“ (...) sinta dignidade na morte, isto é, que sinta que à sua volta tem companhia, carinho, ternura, tudo isso ajuda à boa morte (...)” (C10).*

A **presença dos entes queridos** pode ser considerada aquela categoria que mais se destaca no conceito de Boa Morte por parte dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida, dado que na sua grande maioria, cinco destes cuidadores, faz referência à presença destes no momento da morte do idoso, mesmo que esses entes queridos não sejam familiares, afirmando:

*“Acho que para uma boa morte deve-se morrer acompanhado, dar um carinho, um olhar, às vezes um olhar diz mais do que muitas palavras” (C2).*

*“Eu acho que uma boa morte é viver em paz e ter sempre alguém por perto (...)” (C3).*

*“ (...) com proximidade familiar, na minha maneira de ver não há melhor que a proximidade familiar. Á falta disso existem os cuidadores (...)” (C4).*

*“ Eu acho que uma boa morte (...) é ter sempre alguém por perto, porque eu acho que quem tem alguém por perto, não tem medo à morte” (C5).*

*“Para haver uma boa morte tem de ser um momento de (...) envolvimento familiar (...) aqui na estrutura residencial temos a presença de todos os colaboradores, nós cuidadores somos sumamente importantes (...)” (C10).*

Por fim, os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida também evidenciaram a categoria **aceitação da morte** como relevante no conceito de Boa Morte, mais associada à ideia de resolução, de despreendimento de coisas terrenas e poder partir sem problemas. Nesta categoria enquadram-se três cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida, com as afirmações seguintes:

*“(...) a morte é boa se tiver uma preparação, um equilíbrio emocional, e uma consciência muito grande do que realmente se passa (...)” (C5).*

*“(...) boa morte é possível quando a pessoa está de bem consigo, de bem com os outros, de bem com a vida, quando a pessoa tem as suas coisas organizadas e falo até de bens materiais (...)” (C10).*

*“(...) ter a sensação de missão cumprida, ter tudo resolvido na vida” (C11).*

Quadro 19 - O conceito de Boa Morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Ausência de sofrimento	Morrer a dormir	Ter tranquilidade	Preservar a dignidade	Presença dos entes queridos	Aceitação da morte
C 1	X					
C 2	X				X	
C 3					X	
C 4				X	X	
C 5		X	X		X	X
C 6		X				
C 7	X					
C 8			X			
C 9	X					
C10			X	X	X	X
C 11			X			X

A ideologia de Boa Morte para estes cuidadores assenta em duas vertentes, o controlo dos sintomas físicos, de forma que os idosos em processo de fim de vida se encontrem tranquilos e sem sofrimento, mas também vai de encontro ao conforto emocional, passando por valorizar a aceitação da morte por parte do idoso. A este propósito McNamara et al (1994) salientam que, a morte pode ser definida como boa se existir conhecimento, preparação e aceitação por parte de todos os atores envolvidos no processo de morrer.

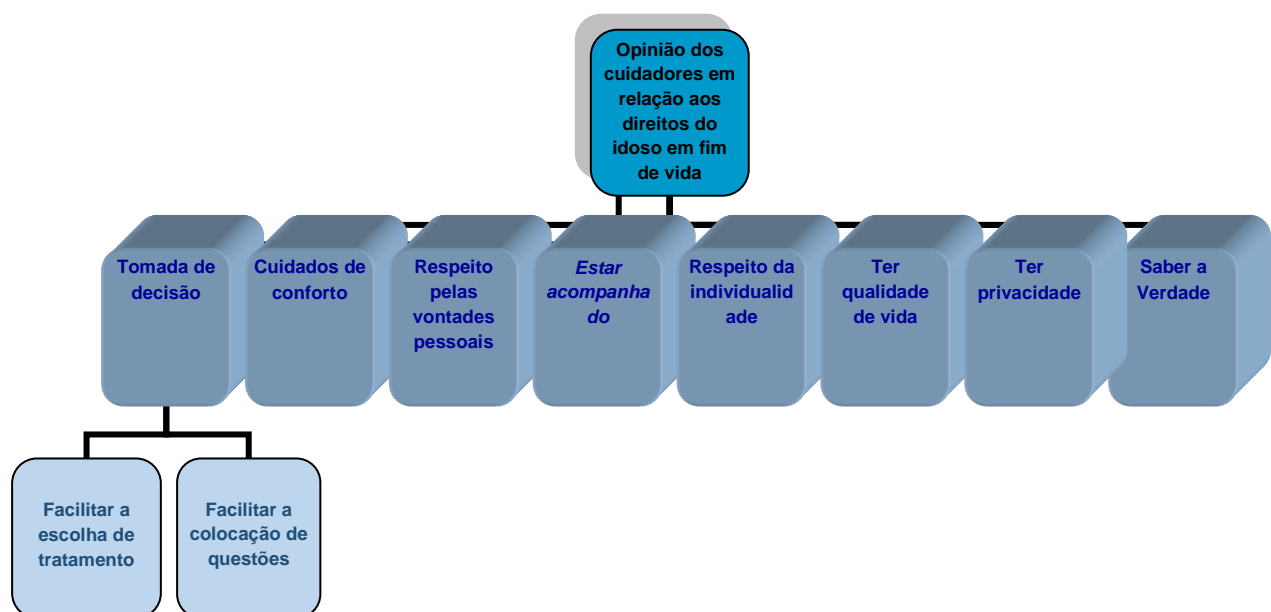
## 2.5. Opinião do cuidador formal em relação aos direitos do Idoso em Processo de Fim de Vida

O morrer surge como consequência natural do viver de todos nós, seres finitos e mortais. A morte súbita parece ser na atualidade a mais comumente esperada e até a mais desejada. Mas nem sempre se verifica, no caso da pessoa idosa principalmente tem um conhecimento antecipado da proximidade da morte.

Nestes casos os idosos em processo de fim de vida vivem um período particularmente difícil da sua existência, contando com os seus cuidadores formais. Estes cuidadores formais devem reconhecer os direitos destes idosos em processo de fim de vida possibilitando, assim o máximo de bem-estar e plenitude durante o tempo que lhe resta viver.

Nesta área temática dos direitos do idoso em processo de fim de vida, os cuidadores formais fizeram sobressair nove categorias: **tomada de decisão, cuidados de conforto, respeito pelas vontades pessoais; estar acompanhado; respeito da individualidade; ter qualidade de vida; ter privacidade e saber a verdade.** Na categoria **tomada de decisão**, as respostas dos cuidadores permitiram identificar duas subcategorias: **Facilitar a escolha de tratamento e Facilitar colocação de questões** (diagrama nº 14)

Diagrama 14 - Opinião do cuidador formal em relação aos direitos do idoso em processo de fim de vida





Para a primeira categoria, **tomada de decisão** demonstram que os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida dão importância quer à opinião do idoso na **escolha do tratamento**, quer na **colocação de questões** aferindo duas subcategorias, referindo-se respetivamente para cada uma delas o seguinte:

*“ (...) até têm o direito de decidir como querem ir no momento da morte (...)” (C2).*

*“ (...) o direito de escolha (...) a escolha se quer ter sonda, se quer ir para o hospital outra vez, se quer cateteres ou oxigénio, todas estas escolhas ficam aquém, ficando este direito comprometido. Mas os profissionais pensam que estão a fazer valer o principal direito, que é o direito á vida” (C5).*

*“Ter o direito de continuar a fazer perguntas, tirar as suas dúvidas, continuar a sentir-se útil e poder tomar as suas decisões” (C11).*

Os **cuidados de conforto** também se apresentam como uma das categorias valorizadas pelos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida como imprescindíveis no processo de morrer de modo a proporcionar bem-estar, consolação e aconchego sendo referido por quatro cuidadores formais, que salientam:

*“Acho que as pessoas em fim de vida têm direitos (...) Deve ter carinho, ser massajado, posicionado, cuidar da higiene, falar com ela, ter alguém por perto, dar uma palavrinha amiga (...)” (C3).*

*“ Devem ter carinho, ser massajado, ser posicionado, cuidar da higiene (...) molhar a boca, tudo isto faz parte do fim da vida” (C5).*

*“ (...) um fim de vida digno, devem ter tudo ao seu dispor para ter um fim de vida com qualidade (...)” (C8).*

*“deve ser corretamente acompanhado medicamente e pessoalmente por uma estrutura que consiga ampará-lo e, essencialmente que não tenha dores (...)” (C9).*

Referem ainda o **respeito pelas vontades pessoais** como um direito essencial nesta etapa da vida do idoso em processo de fim de vida, fazendo parte destas vontades, os desejos, as necessidades, os gostos, os pedidos, entre outros, sendo esta categoria aquela que apresenta o maior número de opiniões:

*“ (...) ir de encontro às necessidades e desejos dos utentes em fase final (...) E sempre que possível deve ser satisfeita a sua vontade (...) muitas das vezes é difícil disponibilizar o tempo que eles precisam (...)” (C1).*

*“ (...) às vezes não vejo o cumprimento de certos gostos devido à maneira como explicam à diretora já faz diferença e não é satisfeito o desejo (...) Muitas vezes alguns direitos não são atendidos devido à falta de sensibilidade de alguns profissionais (...)” (C2).*

*“ (...) o idoso em final de vida tem direitos, como aqueles pedidos especiais que normalmente fazem (...)” (C4).*

*“ (...) todos os direitos inerentes à vida humana. O direito de ser respeitado (...)” (C5).*

*“ (...) tento aceder a todos os pedidos do idoso” (C7).*

Fazem ainda referência ao direito de **estar acompanhado** no momento da morte, sendo mais uma vez esta uma das categorias que mais relevância adquire na temática dos direitos dos idosos em processo de fim de vida, mencionada por seis cuidadores formais:

*“Em relação ao direito de ter um familiar sim. Sempre que possível (...) sempre que possível estar junto a ele (...) o doente terminal deve estar acompanhado e confortável ” (C1).*

*“ (...) não o deixar muito tempo sozinho, mostrar que estamos atentos ao sofrimento dele, dar o mais carinho possível” (C6).*

*“Tem o direito de estar acompanhados” (C7).*

*“ (...) estar sempre ao pé deles...O facto de ter alguém por perto ajuda a que fiquem mais tranquilos, vêm que não estão sós” (C8).*

*“ (...) deve ser corretamente acompanhado medicamente e pessoalmente por uma estrutura que consiga acompanhá-lo (...)” (C9).*

*“ (...) o idoso em fim de vida tem direitos (...) a não morrer só (...) morrer com toda a dignidade (...) a ser envolvido num ambiente de paz, serenidade e tranquilidade” (C10).*

O **respeito da individualidade**, isto é cuidar do idoso em processo de fim de vida como um ser único e singular. Este direito é referenciado por três cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida, formando a categoria respeito da individualidade, constatando-se com as seguintes afirmações:

*“ Acho que as pessoas em fim de vida tem direitos. Tem o direito de ser tratado como tal, para além de estar em fase terminal deve ser tratado como um outro ser” (C3).*

*“Tem todos os direitos inerentes à vida. O direito de ser respeitado (...)” (C5).*

*“ (...) o direito de continuar a ser respeitado, ser cuidado mesmo sabendo que já não há nada a fazer por ele, e mesmo assim tem de se continuar a cuidar dele com dignidade” (C11).*

O direito do idoso em processo de fim de vida **ter qualidade de vida** abarca o bem físico, mental, psicológico, emocional, das relações sociais e religiosas, é mencionado por quatro cuidadores formais destes idosos, afirmando:

*“ (...) tem o direito ao seu bem-estar, tanto psicológico como físico (...) ” (C2).*

*“Ter qualidade de vida, esse é o direito fundamental do idoso em fim de vida” (C6).*

*“ (...) um fim de vida digno, devem ter tudo ao seu dispor para ter um fim de vida com qualidade (...)” (C8).*

*“ (...) dar a todos os idosos o máximo de qualidade de vida a todos os níveis até à morte (...)” (C10).*

O direito da **privacidade** é realçado por dois cuidadores formais que realçam a importância da intimidade pessoal do idoso em processo de fim de vida ao afirmarem:

*“ (...) direito à privacidade (...)” (C1).*

*“ (...) Os idosos em fim de vida tem todos os direitos. Como por exemplo o direito à privacidade (...)” (C2).*

**Saber a verdade** em relação à sua situação atual é revelada por dois cuidadores formais, como um direito do idoso em processo de fim de vida, ajudando-o a vivenciar melhor o processo de morrer, afirmando:

*“ Também acho que o doente tem direito de saber a verdade (...)” (C3).*

*“Saber a verdade em parte também é um direito” (C6).*

Quadro 20 - Opinião do cuidador formal em relação aos direitos do idoso em processo de fim de vida

Entrevistados	Tomada de decisões		Cuidados de conforto	Respeito pelas vontades pessoais	Estar acompanhado	Respeito da individualidade	Ter qualidade de vida	Ter privacidade	Saber a verdade
	Facilitar a escolha de tratamento	Facilitar a colocação de questões							
C 1				X	X			X	
C 2	X			X			X	X	
C 3			X			X			X
C 4				X					
C 5	X		X	X	X	X			
C 6							X		X
C 7				X	X				
C 8			X		X		X		
C 9			X		X				
C 10					X		X		
C 11		X				X			

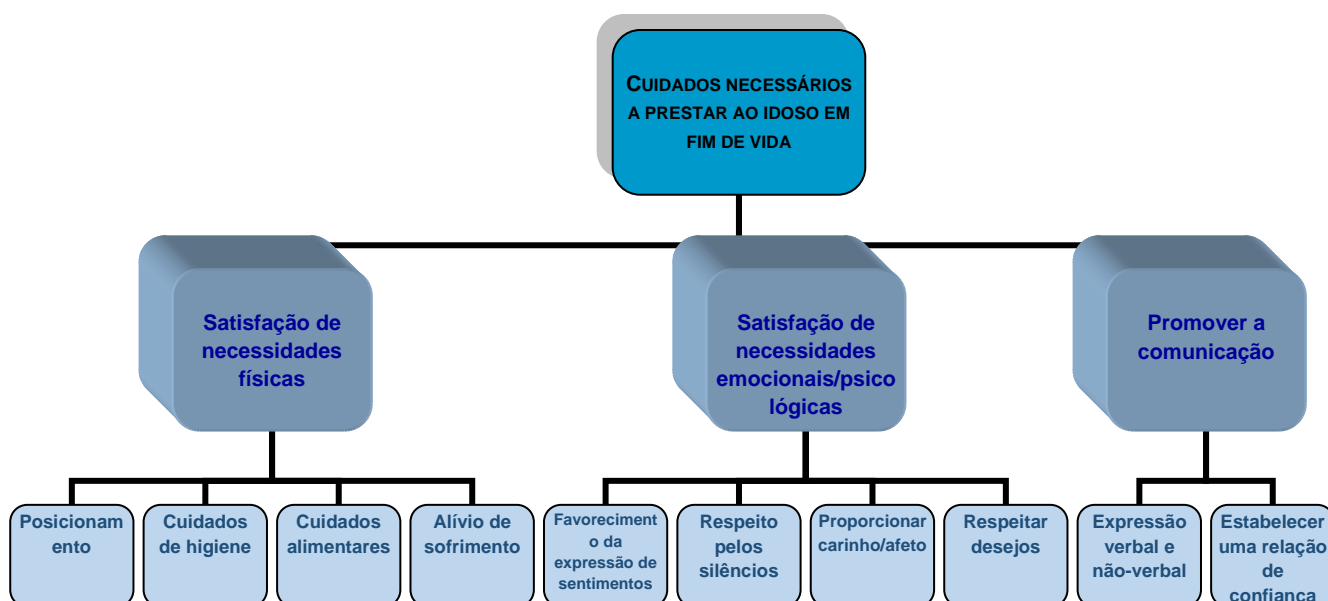
A partir da análise do discurso dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida os direitos que mais sobressaem são o respeito pelas vontades do idoso em processo de fim de vida e o direito de estar acompanhado. Estes cuidadores apoiam-se na experiência profissional e em necessidades particulares sentidas pelos idosos em processo de fim de vida de quem cuidam diariamente, demonstram ainda que estas necessidades e/ou vontades devem ser adequadamente cuidadas e satisfeitas.

## **2.6. Perceção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida**

Todos os cuidadores formais assumem um papel muito importante junto do idoso em fim de vida, apoiar numa fase tão difícil como é o término da vida. Os cuidados devem ser mantidos até ao fim de vida, a comunicação, diálogo, apoio e solidariedade são fundamentais na prestação de cuidados ao idoso em processo de fim de vida. Muitos cuidadores formais não estão preparados para cuidar destes idosos, cuja cura não é possível e por isso assumem muitas vezes comportamentos de fuga e limitam-se a prestar cuidados apressados e despersonalizados. Diante do exposto achamos pertinente conhecer na opinião dos cuidadores, os cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida.

Nesta área temática foram identificadas três categorias, sendo elas: **satisfação das necessidades físicas, satisfação das necessidades emocionais/ psicológicas e promover a comunicação**. Foram identificadas ainda subcategorias para todas as categorias. Na categoria satisfação das necessidades físicas encontraram-se as seguintes subcategorias: **posicionamento, cuidados de higiene, cuidados alimentares e alívio de sintomas**. Na segunda categoria, referente à satisfação das necessidades emocionais/ psicológicas identificaram-se as seguintes subcategorias: **favorecimento da expressão dos sentimentos, respeito pelos silêncios; proporcionar carinho/ afeto e respeitar os desejos**. Por fim, na categoria promover a comunicação encontraram-se as subcategorias **expressão verbal e não-verbal e estabelecer uma relação de confiança** (diagrama nº 15).

Diagrama 15 - Percepção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida



Analisando de forma detalhada a primeira categoria, **satisfação das necessidades físicas**, os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida fazem referência à necessidade dos posicionamentos, na subcategoria **posicionamento**, com as afirmações seguintes:

“ O próprio posicionamento (...)” (C2).

“ Bom posicionamento (...)” (C7).

“ Apoio nos autocuidados (...)” (C9).

Na subcategoria **cuidados de higiene** temos respostas de quatro cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida como:

“ (...) numa fase terminal um banhinho já é um alívio, relaxa. A falta de higiene dá muito mau estar” (C2).

“ (...) cuidados físicos (...)” (C4).

“ (...) cuidados de higiene (...)” (C7).

“ Apoio nos autocuidados (...)” (C9).

Fazem ainda referência à subcategoria **cuidados alimentares** como importante para o idoso em processo de fim de vida, os seguintes cuidadores formais:

“ (...) numa fase terminal (...) a alimentação também é muito importante” (C2).

*“Alimentação também é um cuidado importante, acho que os doentes devem ser alimentados até ao fim” (C8).*

*“Apoio nos autocuidados (...)” (C9).*

E por fim a subcategoria **alívio de sintomas**, como a dor, sendo a esta a que atribuem mais relevância, com sete cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida a fazer referência a esta necessidade:

*“ (...) controlar a dor e o sofrimento (...)” (C4).*

*“O conforto físico, sendo que este engloba não só, os posicionamentos, estar num cadeirão, as roupas. Poderem escolher o que querem comer e a que horas (...)” (C5).*

*“Não mexer muito com eles, não os massacrar muito, deixar em sossego (...) devemos falar com eles (...)” (C6).*

*“Posicionar a pessoa de forma que se sinta confortável, proporcionar tranquilidade (...) existe medicação (...)” (C8).*

*“ (...) conseguir perceber o seu grau de sofrimento (...)” (C9).*

*“Tecnicamente, acho que devem ser prestados todos os cuidados para aliviar toda a sintomatologia que provoque dor e mau estar (...)” (C10).*

*“ (...) controlar os sintomas físicos (...)” (C11).*

Na categoria satisfação das necessidades emocionais/ psicológicas encontram-se, primariamente mencionadas por três cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida, surgindo a subcategoria o **favorecimento da expressão de sentimentos**:

*“ (...) aleitamento emocional, de fazer com que se sinta cuidada, e que a vida não foi em vão, pouco mais do que isso se pode fazer (...)” (C4).*

*“Deve também ser evitadas conversas cruzadas, toda a nossa atenção se deve dirigir para aquele doente em fim de vida (...)” (C10).*

*“Do ponto de vista relacional (...) o apoio emocional, dar abertura para o doente se expressar em relação a medos e receios (...) conversar com eles” (C11).*

A subcategoria **respeito pelos silêncios** do idoso em processo de fim de vida é mencionada apenas por um cuidador formal, com a afirmação seguinte:

*“ (...) que deve ser envolvido em silêncio exterior, para que de facto ele tenha tranquilidade” (C10).*

Encontram-se ainda respostas em igual proporção na satisfação das necessidades emocionais /psicológicas na subcategoria **promover o carinho/ afeto**, com as seguintes respostas:

*“ (...) eu dou mais valor é ao afeto (...) mas não é só mesmo na hora da morte é em tudo...mas o afeto é muito importante, ter atenção com aquela pessoa... tenho a necessidade de estabelecer uma relação de afeto e carinho e de marcar a minha presença perante o idoso” (C2).*

*“ Acho que nesta fase o tipo de relação que estabelecemos com o doente é mais o carinho, a ternura (...)” (C10).*

Na subcategoria **respeitar os desejos** dos idosos em processo de fim de vida, as afirmações dos cuidadores dos cuidadores encontram-se mencionadas a seguir:

*“ (...) ir de encontro às necessidades e desejos dos utentes em fase final...sempre que possível deve ser satisfeita a sua vontade (...)” (C1).*

*“ (...) sempre que me pedem alguma coisa tento arranjar (...) mas sempre com o cuidado se era bom para o doente e não o ia prejudicar” (C2).*

*“ (...) para se atender à vontade ou necessidades do doente. A vontade social e emocional (...)” (C5).*

Na categoria **promover a comunicação**, evidenciaram-se duas subcategorias, sendo que os cuidadores formais dão mais relevância à subcategoria **expressão verbal e não-verbal**, referindo aspetos como:

*“Devemos sempre falar com o doente terminal, mesmo que ele não fale, porque certamente que ouve, pode não responder, responde com gestos (olhar, tocar)” (C1).*

*“ (...) basta a presença, ou um falar (...) os doentes dão muito valor a isso” (C2).*

*“ Devemos falar com eles, muitos deles não falam mas ouvem” (C6).*

*“Antes da morte se é um idoso que está mesmo por minutos, tento ficar ao pé dele, nem que seja só para lhe dar a mão (...)” (C7).*

*“ Acho que nesta fase o tipo de relação que estabelecemos com o doente é mais o (...) toque, acho que é de extrema importância” (C10).*

*“Ou apenas conversar com eles (...)” (C11).*



Por fim, não se pode ignorar a subcategoria **estabelecer uma relação de confiança**, fundamental no processo de morrer do idoso em processo de fim de vida, nesta subcategoria os cuidadores formais referem:

*“ (...) tentar conversar e nada de falar na partida (...)” (C3).*

*“Ajudar a pessoa a aceitar o momento final da vida” (C6).*

Quadro 21 - Percepção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Satisfação de necessidades físicas				Satisfação de necessidades emocionais/psicológicas				Promover a comunicação	
	Posicionamento	Cuidados de higiene	Cuidados alimentares	Alívio de sintomas	Favorecimento da expressão De sentimentos	Respeito pelos silêncios	Proporcionar carinho/afeto	Respeitar desejos	Expressão verbal e não-verbal	Estabelecer uma relação de confiança
C 1								X	X	
C 2	X	X	X				X	X	X	
C 3										X
C 4		X		X	X					
C 5				X				X		
C 6				X					X	X
C 7	X	X							X	
C 8			X	X						
C 9	X	X	X	X						
C10					X	X	X		X	
C 11					X				X	

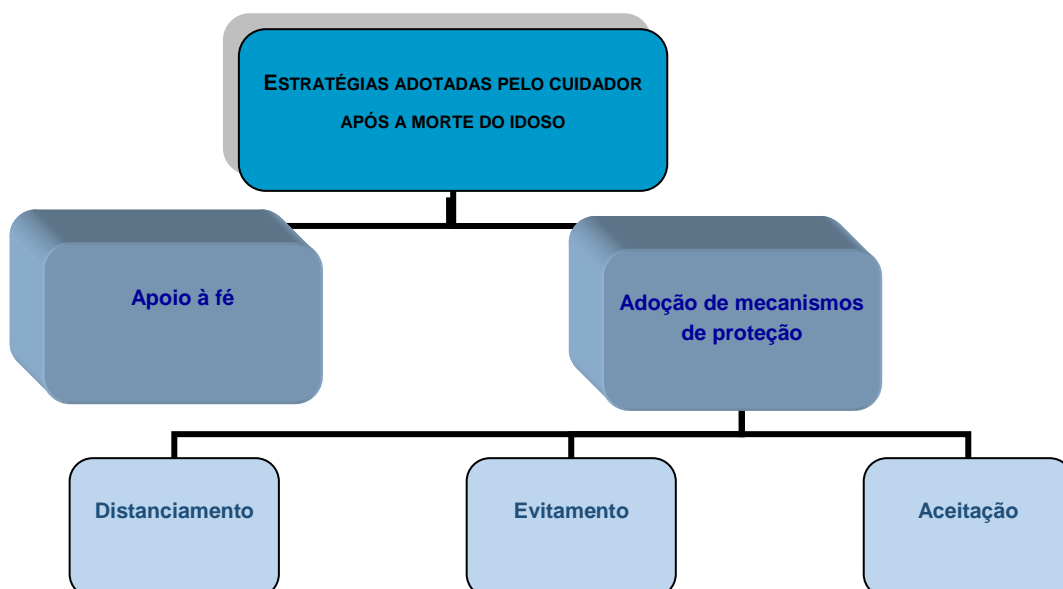
Na perspectiva dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida a satisfação das necessidades físicas, emocionais e psicológicas, assim como a comunicação são fundamentais no processo em fim de vida de um idoso. Estes cuidadores apoiam-se nos cuidados paliativos, oferecendo cuidados com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico. Conforme corrobora Twycross (2001) ao afirmar que os cuidados paliativos dão resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, concentram-se no doente e não na doença.

## **2.7. Estratégias adotadas pelo Cuidador Formal após a Morte do Idoso em Processo de Fim de Vida**

Como já referido anteriormente os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida sentem dificuldades em encarar a morte como natural. Na sua maioria estes cuidadores encaram a morte do idoso em processo de fim de vida como sentimento de angústia, desespero e incerteza, pois não sabem se estão a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente, de modo a proporcionar qualidade de vida e evitar o sofrimento, por isso os cuidadores formais protegem-se destes sentimentos negativos adotando estratégias de adaptação.

Uma das áreas temáticas que se apresentou como relevante no processo de estudo foi quais as estratégias que os cuidadores formais estabeleciam após a morte do idoso em processo de fim de vida para que fosse mais fácil, lidar com este processo. Foram encontradas duas categorias: **apelo à fé** e **adoção de mecanismos de proteção**. Nesta segunda categoria identificaram-se três subcategorias: **distanciamento, evitamento e aceitação** (diagrama nº 16).

Diagrama 16 - Percepção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida



Neste ponto em concreto procurou-se aceder às estratégias que os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida recorrem no momento e pós a morte ou se sentem a necessidade de recorrer às mesmas neste momento. A primeira categoria que se identificou foi **apelo à fé**, apoiando-se na religião para conforto pessoal e psíquico no momento da despedida e da saudade do idoso em processo de fim de vida que cuidaram, em que cinco cuidadores formais referem aspetos como:

*“Após a morte peço sempre pela alma da doente, e na hora da morte vem tudo à cabeça, os momentos que passamos com elas, as brincadeiras, e marca (...)” (C2).*

*“A única coisa que faço depois de um doente morrer, como católica penso: recebe bem este doente, toma bem conta dele (...) passar aquela doente para alguém, para o divino, já que eu não posso fazer mais nada por ela” (C5).*

*“ (...) após a morte rezo sempre, não temos pressa em arranjar a pessoa, deve-se deixar repousar o cadáver para fazer a passagem” (C8).*

*“ (...) a opinião que temos da pessoa mantém-se em vida e depois de morta, o que nós não podemos ter é contacto físico, mas podemos pensar nela e devemos pensar nela, ou até conversar. A pessoa está noutra dimensão, mas o espírito pode estar connosco” (C9).*

*“ (...) nós católicos entendemos esses momentos (...) No momento exato em que a pessoa partiu, procuro ficar em silêncio e continuo a acarinhar é uma preocupação minha (...) também rezo para que o Senhor lhe dê o eterno descanso (...) Penso que deve estar cerca de meia hora a sós com Deus, que possivelmente deve estar a encontrar-se com Deus, nesse tempo aquele corpo merece todo o respeito, toda a dignidade (...) De seguida procuramos lidar com o corpo humano com a máxima dignidade (...)” (C10).*

No entanto, fora da perspetiva religiosa, também se encontrou nos cuidadores formais uma categoria **adoção de mecanismo de proteção** mais associada a mecanismos de defesa, aos quais parece que alguns cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida recorrem neste momento. Destes mecanismos, verifica-se que um dos mecanismos poderá ser o **distanciamento**, ou seja, pouco envolvimento emocional e/ou afetivo, demonstrado nas seguintes afirmações: *“Claro que será sempre necessário manter o distanciamento necessário entre o profissional e o doente (...) como profissionais temos que saber controlar os nossos sentimentos (...) Devemos estar mentalmente e emocionalmente bem para cuidar de outras pessoas e as suas famílias no nosso dia-a-dia” (C1).*

No entanto, aquele que mais cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida referem é o **evitamento** e a **aceitação**.

Na subcategoria **evitamento**, fazendo o possível para não estabelecer nenhuma relação após a morte do idoso em processo de fim de vida, encontram-se respostas como:

*“ (...) não apresento qualquer perspetiva sobre a morte, mas opinião pessoal sobre a morte” (C4).*

*“ (...) não apresento qualquer perspetiva sobre a relação que estabeleço com a morte” (C6).*

*“Após a morte nunca tive necessidade de estabelecer uma relação” (C11).*

Por seu turno, na subcategoria **aceitação** encontram-se referidos aspetos por parte dos cuidadores formais, que revelam admitir a realidade da morte do idoso em processo de fim de vida, afirmando:

*“Depois do doente falecer gosto muito de não mexer logo a seguir à morte, gosto de continuar a conversar, porque acho que a pessoa continua a precisar de mim e da minha conversa, mesmo depois da morte (...)” (C3).*

*“Após a morte devemos respeitar, durante uns minutos deixar o corpo repousar e então depois serem feitos todos os cuidados para que aquele corpo vá minimamente íntegro para depois familiares darem o seguimento pretendido (cremação ou enterro)” (C7).*

Quadro 22 - Estratégias adotadas pelo cuidador formal após a morte do idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Adoção De mecanismos de defesa			
	Apelo à fé	Distanciamento	Evitamento	Aceitação
C 1		X		
C 2	X			
C 3				X
C 4			X	
C 5	X			
C 6			X	
C 7				X
C 8	X			
C 9	X			
C 10	X			
C 11			X	

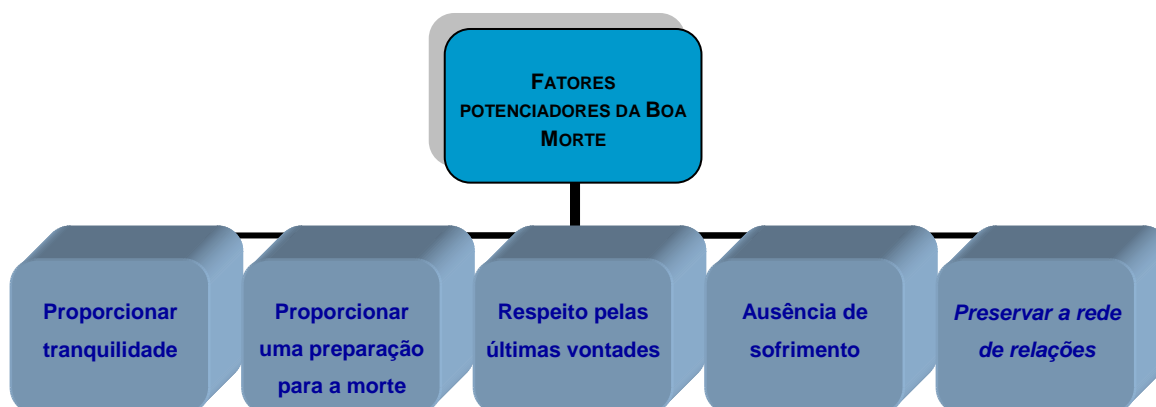
Conforme podemos verificar os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida apoiam-se na fé e em algumas estratégias que funcionam como mecanismo de defesa para lidar com a morte do idoso em processo de fim de vida.

## 2.8. Fatores Potenciadores de uma Boa Morte na perspectiva do Cuidador Formal do Idoso em Processo de Fim de Vida

A boa morte depende de inúmeros fatores, como sociais, culturais e a própria evolução da doença entre outros.

Os cuidadores formais devem conhecer o verdadeiro significado de boa morte para os idosos em processo de fim de vida e estarem despertos para todos os fatores envolvidos na ideologia de bem morrer. Mediante o referido quisemos perceber quais os fatores considerados pelos cuidadores como potenciadores de uma boa morte. Na área temática foram identificadas cinco categorias: **proporcionar tranquilidade; proporcionar uma preparação para a morte; respeito pelas últimas vontades; ausência de sofrimento e preservar a rede de relações** (diagrama nº 17).

Diagrama 17 - Fatores potenciadores de uma Boa Morte na perspectiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida



A categoria **proporcionar tranquilidade**, isto é, proporcionar um estado em que o idoso em processo de fim de vida permanece em quietação e serenidade, esta categoria apresenta-se como relevante para os cuidadores no que concerne a potenciar uma Boa Morte, sendo mencionada por cinco destes cuidadores formais, que salientam aspetos como:

*“ (...) morte sossegada, descansada (...)” (C1).*

*“ (...) estar de bem com toda a gente, estar em paz com toda a gente (...)” (C2).*

*“ Ter uma morte em paz” (C3).*

*“Morrer a dormir, por ser tranquilo e um processo de morrer rápido, controlo de sintomas físicos e emocionais. Sem perceção da morte (...)” (C5).*

*“Ter uma morte calma” (C6).*

*“Ter paz interior, estar de bem com a vida e com todos, ter os sintomas controlados e a pessoa ter tudo resolvido na vida” (C10).*

A categoria que mais relevância tem para os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida é o **proporcionar uma preparação para a morte**, permitindo assim uma aceitação da morte, ajudando a vivenciar o momento final da melhor forma possível, sendo que é referida por sete dos cuidadores formais, com afirmações como:

*“ (...) existir uma preparação prévia do doente para a morte com a ajuda dos profissionais de saúde (...)” (C1).*

*“É importante que haja uma preparação para a morte (...)” (C2).*

*“Com dignidade (...) existir uma terapia no final da vida” (C4).*

*“Estar preparado para morrer é muito importante (...)” (C5).*

*“O facto de cuidadores e familiares aceitarem o momento da morte do doente (...)” (C9).*

*“ (...) o próprio conceito que o idoso tem da morte (...) a forma como encara a morte, a aceitação da morte (...)” (C11).*

O **respeito pelas últimas vontades** é uma das categorias que os cuidadores formais mencionam como fator potenciador de Boa Morte proporcionando, importância e atenção ao idoso em processo de fim de vida, ao referirem:

*“ (...) respeitar a vontade do doente em relação ao local da morte (...) Respeitar igualmente quando o doente diz que quer ver os filhos, ou o marido ou outro familiar (...)” (C1).*

*“Devem-se satisfazer o máximo de desejos dessa pessoa” (C2).*

Também é importante ter em conta a categoria **ausência de sofrimento**, que embora não seja mencionado por mais que três cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida, faz referência de que a ausência de sofrimento funciona como um fator potenciador de uma Boa Morte sendo referida nas seguintes afirmações:

*“Sem dores (...)” (C2).*

*“Controlar os sintomas através da medicação (...)” (C6).*

*“Viver até ao fim sem sofrimento, sem dores, sem aflição, sem falta de ar. Poder despedir-se das pessoas pode provocar alívio” (C8).*

Segue-se a categoria **preservar a rede de relações**, mencionada por cinco cuidadores formais, ajudando assim a que o idoso em processo de fim de vida se sinta acarinhado e não esquecido potenciando assim uma Boa Morte:

*“ (...) realmente a família e nós cuidadores tentarmos ser o mais próximos possível (...)” (C3).*

*“ (...) ter a presença de um familiar (...)” (C4).*

*“Estar acompanhado (...)” (C6).*

*“Morrer acompanhado (...) ter visitas de familiares diárias ou semanais, ser acarinhado pela instituição e pelos cuidadores (...)” (C7).*

*“ (...) a família (...) tipo de relação de ajuda estabelecida entre o cuidador e o doente (...)” (C11).*



Quadro 23 – Fatores potenciadores de uma Boa Morte na perspectiva dos cuidadores do idoso em processo de fim de vida

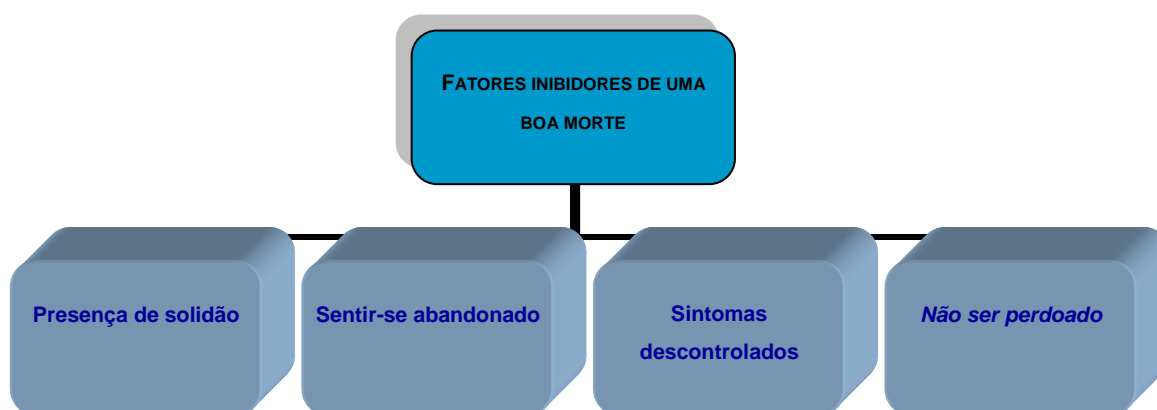
ENTREVISTADOS	Proporcionar tranquilidade	Proporcionar uma preparação para a morte	Respeito pelas últimas vontades	Ausência de sofrimento	Preservar a rede de relações
C 1	X	X	X		
C 2	X	X	X	X	
C 3	X				X
C 4		X			X
C 5	X	X			
C 6	X			X	X
C 7					X
C 8				X	
C 9		X			
C 10	X				
C 11		X			X

Conforme podemos constatar os fatores potenciadores de uma boa morte são diversos na perspectiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida, mas o fator mais relevante é a existência de uma preparação para a morte, possibilitando ao idoso em processo fim de vida uma melhor aceitação desta fase da vida, podendo despedir-se da vida da melhor forma possível.

## 2.9. Fatores Inibidores de uma Boa Morte na perspectiva do Idoso em Processo de Fim de Vida

Como já foi referido a boa morte depende de alguns fatores, sendo difícil obter um controlo eficaz da dor e dos desconfortos físicos associados á progressão da doença, também houve a preocupação em descobrirmos quais os fatores que podem inibir uma Boa Morte, na perspectiva dos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida. Neste sentido, foram identificadas quatro categorias: **presença de solidão; sentir-se abandonado; sintomas descontrolados e não ser perdoado** (diagrama nº 18).

Diagrama 18 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspectiva do idoso em processo de fim de vida



Sendo a solidão um sentimento no qual a pessoa sente uma profunda sensação de vazio e isolamento, os cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida salientaram a **presença de solidão**, como querer ter companhia, esta foi salientada por três destes cuidadores ao referirem aspetos como:

*“ (...) morrer sozinho (...) morrer sem que os fatores positivos tivessem sido proporcionados (...)” (C1).*

*“Falta de pessoas à volta (...) falta de um confidente (...)” (C4).*

*“ Morrer sozinho (...)” (C7).*

Os seguintes cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida salientam fatores que se enquadram na categoria **sentir-se abandonado**, em que o idoso em processo de fim de vida sente-se desprezado, muitas vezes negligenciado pela família, como podemos verificar nos seguintes discursos:

*“ (...) morrer consciente que não foi acarinhado (...) Morrer consciente que foi abandonado pela família seria um fator inibidor de boa morte” (C7).*

*“Abandono, falta de carinho, falta de apoio (...)” (C9).*

A categoria **sintomas descontrolados** é aquela que mais se evidencia nesta área temática, dado que na sua maioria os cuidadores formais evidenciaram que a presença de sintomas descontrolados se apresenta como um fator negativo de uma Boa Morte para os idosos em processo de fim de vida, revelando aspetos como:

*“Ter dores descontroladas, o mau trato psicológico, frieza das pessoas que o cuidam (...)” (C2).*

*“Ter uma morte desassossegada, faltar uma palavra amiga (...)” (C3).*

*“ (...) falta de cuidados específicos (...)” (C4).*

*“Morte com um prelúdio caracterizado por agudização de sintomas (...) o choque da percepção ou surpresa da evidência (...)” (C5).*

*“Ter muitas horas de sofrimento (...)” (C6).*

*“Deve ser muito agonizante ter consciente que vai morrer” (C8).*

Por fim, na categoria **não ser perdoado**, apenas um dos cuidadores formais fez referência a este pormenor, esta categoria está relacionada com o aspeto religioso e a necessidade de obter perdão dos pecados e da família por erros ao longo da vida, constatado na seguinte afirmação:

*“A pessoa não ter a vida resolvida (...) Quando estão de mal com outra (...) porque as pessoas não estão reconciliadas com Deus” (C10).*

Quadro 24 - Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do cuidador do idoso em processo de fim de vida

ENTREVISTADOS	Presença de solidão	Sentir-se abandonado	Sintomas descontrolados	Não ser perdoado
C 1	X			
C 2			X	
C 3			X	
C 4	X		X	
C 5			X	
C 6			X	
C 7	X	X		
C 8			X	
C 9		X		
C10				X
C 11				

Conforme podemos verificar os fatores inibidores apontados pelos cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida prendem-se sobretudo com o não controlo de certo tipo de sintomas, assim como para aspetos associados à solidão e ao abandono, provocando assim sentimentos de repulsa, originando a um final de vida atormentado e desassossegado.



### **Capítulo III**

#### **Da Discussão dos Resultados às Conclusões e Implicações do Estudo**



## 1. DISCUSSÃO E SÍNTESE DOS RESULTADOS

Tendo presente o quadro teórico, bem como os objetivos traçados para o presente estudo, propusemo-nos responder às questões de investigação sugeridas pela nossa pergunta de partida: Qual o significado de “Boa Morte” na perspetiva do idoso e cuidador formal numa Estrutura Residencial?

Assim, neste capítulo, é nossa intenção apresentar a discussão dos resultados, realçando os aspetos que se julgam mais pertinentes para a construção de uma boa morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida e do cuidador formal. De fato o acesso à opinião dos idosos em processo de fim de vida e dos cuidadores formais permitiu que estes revelassem perspetivas, perceções, medos, sentimentos e necessidades em relação ao processo de fim de vida do idoso, de modo a perceber e refletir todo este processo, de forma a contribuir para da qualidade de vida e da morte.

A informação colhida das entrevistas realizadas permitiu não só perceber que ainda existe algum desconforto em falar e pensar no momento da morte, mas por outro lado existe o anseio por parte dos cuidadores de que todo o processo de morrer seja na perspetiva do bem morrer.

Uma vez feita a análise e a descrição dos resultados, foi possível obter os seguintes resultados que respondem às questões que estiveram na origem deste estudo, assim como aos objetivos, e que vão de encontro ao referencial teórico, e a estudos ou trabalhos que de algum modo, se relacionassem com as questões em discussão. Por isso tentar-se-á realçar os aspetos mais significativos, de modo a perceber de que forma os objetivos e as questões equacionadas foram atingidos. A discussão foi organizada a partir de temas emergidos dos objetivos do estudo, e comparados os resultados das populações em estudo.

### **Significado de processo de morrer**

Da análise efetuada ao conteúdo das entrevistas e do que já se explanou na contextualização teórica, o significado atribuído à morte foi-se transformando o longo dos tempos. Mas ainda existe uma certa negação em falar da morte, *“pois tecnicamente admite-se que podemos morrer e tomar providências em vida, verdadeiramente porém, no fundo de nós mesmos, não nos sentimos mortais”* (Ariés 2003, p.66). Também se verificou neste estudo, que a morte é definida pelos cuidadores, e pelos idosos em processo de fim de vida como um acontecimento inevitável que não pode ser evitada,

como um acontecimento integrante da vida, fazendo parte de um percurso normal do desenvolvimento de uma pessoa que começa pelo nascimento e que inevitavelmente deverá morrer. A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade (Kovács, 2002).

Contudo, aqui não deixa de ser relevante salientar o aspeto de ser o fim da vida terrena, ou seja, existe a ideia de vida após a morte, ideia esta que é apresentada tanto pelos cuidadores, como pelos idosos, embora esteja mais presente nas verbalizações destes últimos.

A morte é o término da vida, o último momento do ser humano nesta existência, e pode acontecer com qualquer um, é um acontecimento singular, mas o idoso em processo de fim de vida admite a morte como uma certeza. Embora faça parte do ciclo natural da vida, a morte é, ainda, nos dias de hoje, um assunto por vezes evitado e por muitos não compreendidos. Os cuidadores formais enfrentam o fenómeno da morte do idoso diversas vezes e independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um sentimento de tristeza, angustia e sofrimento.

No entanto se para os idosos em processo de fim de vida a morte significa sofrimento, no entender dos cuidadores formais é definida como um processo de alívio do sofrimento. Este sofrimento referido por ambas as populações segue a linha de Cassel (1991) que aponta como principais causas de sofrimento: a perda de autonomia e a crescente dependência dos outros, a presença de sintomas descontrolados e intensos, a alteração da imagem corporal, e as perdas sucessivas, de papéis sociais e de estatuto, de regalias económicas, das relações interpessoais, da expectativa e planos de futuro, da perda da dignidade e de sentido na vida, particularmente se estiver presente o abandono.

É a pensar e com consciência que este sofrimento pode surgir que o idoso nos revela o medo sentido no que respeita a morte, para além do sofrimento, o medo da decadência também é explícito no discurso dos idosos em processo de fim de vida. Murphy in Kovács, 2002) relaciona o medo da morte com atitudes das pessoas diante dela. O medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama, o medo do desconhecido, o medo da interrupção de planos e sonhos, o medo do que pode acontecer aos que ficam, e, numa visão espiritual, o medo do julgamento de seus atos em vida. Porém o medo da morte não é linear, quando um idoso tem satisfação na vida quotidiana pode se desprender para desenvolver uma busca espiritual e mais tranquilamente enfrentar a morte (Kovács, 2002).

Por outro lado a partilha do cuidador formal com o processo de morrer do idoso, também é gerador de sofrimento e emoções negativas, sendo a tristeza e o medo a mais referida



pelos cuidadores formais. Estes cuidadores formais são seres sociais e culturais, estão sujeitos à influência da sociedade, aos valores que foram adquirindo ao longo das suas vidas, reagindo como pessoas humanas que são, com emoções e sentimentos negativos e de rejeição face à morte (Lloyd, 2008).

O idoso em processo de fim de vida pensa constantemente na morte, mas é o processo de doença que o faz pensar mais na morte e não tanto o fato de ser velho. A maioria dos idosos em processo de fim de vida percebem a inevitabilidade do processo de morte, e os seus pensamentos são congruentes que a morte é uma certeza. Por sua vez não só sinais físicos, emocionais e psicológicos que desperta a atenção dos cuidadores formais como indícios do processo de fim de vida do idoso, mas também as verbalizações pelo próprio idoso.

Por fim, é importante ainda referir a relação que os cuidadores estabelecem com o idoso após a morte, que podemos aqui interpretar como a própria perspetiva do cuidador sobre a morte. No caso dos idosos, verificou-se que estes apresentavam uma relação com a morte de carácter religioso, ou seja, a necessidade de obter a extrema-unção, de estarem livres de pecados, deixarem os problemas terrenos resolvidos para poderem ser recebidos na outra vida e não ficarem no purgatório. As crenças religiosas também se encontram presentes nas perspetivas dos cuidadores sobre a morte, não tanto na atribuição do significado, no qual são mais científicos, definindo-a como algo normal do ciclo vital da vida de uma pessoa, o mesmo não se verifica na relação que se estabelecem com o idoso no momento da morte.

De facto, verifica-se mesmo que quase todos os cuidadores fazem referência à sua necessidade ou do próprio idoso, de um tempo de reflexão pós morte para que este possa repousar antes de ser sujeito aos rituais para o serviço fúnebre.

### **Significado de Boa Morte**

A morte no idoso é mais bem aceite, quer pelo próprio idoso, quer por todos que o rodeiam, mas não deixa de provocar sentimentos e emoções negativas, assim como angústia do sofrimento que o final da vida possa causar. Costello (2001) refere que as perceções acerca de uma boa morte ou má morte centram-se no processo de morrer e nas expectativas dos doentes e seus familiares e não no evento da morte em si mesma. Por isso a pertinência de no nosso estudo percebermos o significado de todo o processo de morrer tanto para o idoso em processo de fim de vida, como para o seu cuidador.

Quando se fala em boa morte a opinião parece ser unânime quer para os cuidadores formais, quer para os idosos em processo de fim de vida, referem a necessidade de não

haver sofrimento. O desenvolvimento dos cuidados paliativos está associado a uma importante contribuição para o que é considerado a boa morte (Clark e Seymour, 1999).

Ao serem questionados que imagem ou ideia ocorre ao pensar na expressão boa morte, os idosos foram unânimes na resposta “morrer a dormir”. Esta ideia prevalece nos discursos dos entrevistados, o idoso em processo de fim de vida de “morte santa” definindo-a como o morrer a dormir, sem sentir nada do que lhe está a acontecer e de que está a partir para outro mundo. Quando não falam nesta ideia de morrer a dormir, salientam a ideia de estar acompanhados no momento da morte, pelas pessoas que lhe estão mais próximas.

Os cuidadores formais falam de boa morte, mais no sentido de providenciar todas as formas de aliviar o sofrimento do idoso em processo de fim de vida. Como forma de aliviar o sofrimento ao idoso em processo de fim de vida, estes cuidadores salientam a necessidade de ter em consideração os pedidos do idoso.

É neste contexto de boa morte que os cuidadores fazem referência à necessidade de respeitar o idoso em fim de vida, mesmo que este já não esteja tão consciente como outrora, continua a carecer dos mesmos cuidados, considerando assim como um direito universal que deve ser mantido. Os idosos também fazem referência a este cuidado de serem respeitados, ou seja, que mesmo em final de vida, os cuidadores deverão ser responsáveis por eles e prestarem-lhes todo o tipo de cuidados que outrora faziam.

Para perceber melhor o significado de boa morte para o idoso em processo de fim de vida e o cuidador formal numa estrutura residencial, colocamos a seguinte questão: “Quais os direitos do idoso em processo de fim de vida?”

Para os cuidadores os idosos tem todos os direitos, mas para o idoso em processo de fim de vida, esses direitos transformam-se em necessidades. O final da vida promove necessidades na voz dos idosos em processo de fim de vida, que realçaram sobretudo ter a oportunidade de escolher o local para morrer, bem como estar acompanhado. As pessoas que não foram sujeitas a hospitalizações nos últimos dias de vida usufruíram maior qualidade de vida, foi uma das conclusões do estudo realizado por Holy Prigerson (2012).

Com muita frequência, nos hospitais, a pessoa morre sozinha, não tem ninguém com quem partilhar o medo, a angústia, a alegria ou o que é importante para ela (Frias, 2003). Poderem estar no seu ambiente natural, e com profissionais que os conhecem, que sabem os seus gostos e preferências e conhecem a sua história de vida, é sem dúvida o ambiente de eleição destes idosos em processo de fim de vida.

Naturalmente na perspetiva de Oliveira (1999), os lares e as casas de repouso substituem, por vezes o hospital, mas mantêm com ele muitas semelhanças. No entanto se falarmos de um idoso que se encontra numa estrutura residencial, cujo seu processo de adaptação foi positivo, e que muitas vezes é esquecido pela família conforme e referenciado por eles, a estrutura residencial é unânime para idosos e cuidadores, o local escolhido para morrer, como se possa considerar casa ou domicílio. Através do estudo realizado pela Fundação Calouste Gulbenkian, Gomes (2010) sobre as preferências e locais de morte em Portugal, os participantes consideraram prioritário morrer no sítio onde se quer, mais do que receber informação e escolher quem toma decisões sobre os cuidados a prestar, esta preferência aumenta com a idade, o local de eleição para a morte é o domicílio que inclui locais privados, seja casa própria, casa de familiar ou amigo próximo e lares de idosos ou residenciais.

Não existe dúvida que a solidão é cada vez maior no mundo de hoje e do ser humano, esta é uma característica muitas vezes sentida pelos idosos institucionalizados e presenciada pelos seus cuidadores, talvez por isso foi fortemente salientado por ambas as populações, a presença de outras pessoas no momento da morte, seja de familiares, seja dos próprios cuidadores.

Os idosos em processo de fim de vida vivem um período particularmente difícil e contam com os seus cuidadores formais, para lhe proporcionar um fim de vida digno, com todos os direitos que ele possui. Os cuidadores formais ao serem questionados em relação aos direitos do idoso em processo de fim de vida reconhecem desde logo que estes têm todos os direitos, fazendo sobressair o respeito pelas vontades pessoais e o estar acompanhados, o que vai de encontro com as necessidades referidas pelo idoso no processo de morrer.

A comunicação com o idoso em processo de fim de vida é fundamental neste momento de fragilidade, com vista a reduzir a sua incerteza, a tornar mais vigorosa a relação com o cuidador formal e aclarar a direção que o idoso deve seguir. A mensagem que ele pretende ouvir é de aceitação e afirmação e grande parte desta mensagem é também transmitida através de meios não-verbais (Twycross, 2001).

Os cuidadores formais ao serem questionados em relação aos cuidados fundamentais a receber ou a prestar no momento final da vida destes idosos, promovem a comunicação como fundamental na relação cuidador formal-idoso, para além do carinho e afeto, com o fim de estabelecer com ele de confiança por forma a ajudar na aceitação e preparação para a morte dos idosos de quem cuidam.

Os cuidados físicos, controlar a dor e o sofrimento, parecem ser os mais valorizados, ao mesmo nível dos cuidados físicos, encontram-se cuidados que satisfaçam as necessidades emocionais e psicológicas, favorecendo a expressão de sentimentos, respeitando os silêncios do idoso, com vista a promover a tranquilidade e serenidade do idoso em processo de fim de vida.

Deste modo são consideradas duas vertentes do cuidar, a competência técnica e a sensibilidade afetiva, que não podem, existir separadamente. Para Watson (2002), o cuidar é também desenvolver atitudes de conforto e encorajamento, mesmo quando a cura já não é possível, neste caso é ajudar a pessoa a viver melhor até ao momento da sua morte.

### **Fatores potenciadores de uma Boa morte**

Como fatores potenciadores de boa morte, mais uma vez verifica-se que quer o grupo de cuidadores formais, quer o grupo de idosos em processo de fim de vida apresentam perspetivas similares sobre os mesmos, em relação à presença de tranquilidade e existir uma preparação para a morte.

Mas a existência de uma preparação para a morte revela-se o fator mais destacado, pela sua elevada presença nas respostas dos cuidadores. Segundo eles deverá existir uma preparação prévia do idoso com a ajuda dos profissionais, de forma a possibilitar uma morte em paz, funcionando até como uma terapia no final da vida. No entanto é destacado que estes próprios cuidadores formais também carecem de se preparar para lidar com a morte do idoso.

Assim como nascemos, crescemos e aprendemos a andar, a escrever, entre outras aprendizagens, bem como a enfrentar as dificuldades, a consciencializarmo-nos das nossas capacidades, também aprendizagem sobre como lidar com a morte, deveria estar circunscrita na vida (Frias, 2003).

Esta preparação e consciencialização da morte e a necessidade de a transmitir ao idoso em processo de fim de vida é uma preocupação destes cuidadores formais, afirmando ser um direito em fim de vida, podendo ajudar na aceitação desse momento tão pouco ansiado pelo idoso, que é momento final da vida.

Na perspetiva dos idosos em processo de fim de vida, uma boa morte não implica tanto a preparação para a morte, mas sim a ideia de ter tranquilidade, isto é, não estar em sofrimento, sendo que este sofrimento engloba não apenas o sofrimento físico, mas também o sofrimento emocional e espiritual, dado que grande parte dos idosos

consideram relevante estar em paz consigo mesmo e com os outros, serem perdoados os pecados, é de extrema importância receberem a extrema-unção e poderem rezar para poder estar com a figura divina, Deus.

Payne et al. (1995), boa morte ou má morte encontram-se relacionados com o desenvolvimento de certas interações entre os desejos dos doentes, a capacidade de atingir as expectativas dos idosos e o controlo que é exercido sobre o processo de morrer.

Os cuidadores revelaram o mesmo nas entrevistas a importância de ouvir os idosos, os seus pedidos procurar satisfazê-los antes da hora da morte, para que estes sintam que foram compreendidos, ouvidos e cuidados da melhor forma possível, dando-lhe a importância que merece.

### **Fatores Inibidores de uma boa morte**

No que diz respeito aos fatores inibidores de uma boa morte, também aqui se verifica as opiniões dos cuidadores e idosos são unânimes face ao tema em causa. Para os idosos, o fator que parece influenciar uma boa morte pela negativa é mesmo a ausência de familiares no momento da morte, é no fundo sentir-se esquecido e não poder despedir-se dos seus entes queridos.

Os cuidadores são concordantes com os idosos no que concerne ao fato de morrerem sozinhos ou sem a presença de familiares, como fator inibidor pelo fato de terem consciência de que muitos idosos são abandonados pelas famílias nas estruturas residenciais.

Outros estudos revelam que a boa morte para os que cuidam é exposta como tranquila, acompanhada pelos seus familiares e livres de dores (Hilário, 2010).

Provavelmente devido ao desempenho da sua função como cuidadores formais do idoso em processo de fim de vida referem ainda como fatores inibidores de uma boa morte o mau estar físico e psicológico que os idosos podem sentir, como seria o caso de dores descontroladas, mau trato psicológico e frieza por parte de quem cuida.



## **CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**

O progressivo envelhecimento da população e o aparecimento cada vez mais de doenças crónicas, degenerativas e incuráveis gerou uma reivindicação crescente dos idosos ao direito a uma boa morte, à humanização deste período difícil da vida, conduzindo a uma procura da satisfação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

A realização deste estudo permite então concluir que, ambas as populações entrevistadas, os idosos em processo de fim de vida e cuidadores numa estrutura residencial, demonstraram opiniões semelhantes sobre o tema em causa, a boa morte.

O idoso em processo de fim de vida defronta-se com a iminência da morte. Apesar de encarar a morte como um processo natural e de perceber a morte como uma certeza, também o medo do sofrimento e da decadência estão presentes neste momento da vida e fazem com que estes queiram adiar ou até ignorar a morte.

Como forma de ultrapassar, aceitar e de se preparar para a morte contam com os cuidadores formais na estrutura residencial que para além de partilharem a ideia que a morte é uma etapa natural da vida também potencia sentimentos e emoções negativas e de sofrimento nos cuidadores formais ao cuidar do idoso em processo de fim de vida, no entanto estes adotam mecanismos de proteção, também apoiados na religiosidade por forma a aceitar a morte de quem cuidam.

Boa morte é considerada pelos idosos e cuidadores, um momento sem sofrimento, preferencialmente a dormir e com tudo resolvido na vida consigo mesmo e com os outros, de modo que a perspetiva religiosa dos idosos seja atendida.

Neste sentido a satisfação das necessidades dos idosos ou dos últimos pedidos apresentam-se como essenciais neste processo de boa morte, salientando-se mesmo a necessidade de estabelecer contato com familiares ou mesmo as vontades que estes expressam momentos antes de morrer, para que sintam que vão em paz e que não deixam assuntos por resolver.

Por outro lado idosos em processo de fim de vida e cuidadores formais partilham da ideia, o que poderia inibir a boa morte seria o mau controlo sintomático, e a solidão, principalmente o fato de ser esquecido ou abandonado pela família.

Por tudo isto, a construção de uma boa morte abarca áreas como: controlo de sintomas; alívio do sofrimento; satisfação das necessidades físicas, psicológicas, emocionais e espirituais; comunicação; relação de ajuda; respeito pelas preferências e desejos do idoso; sentimento de não abandono e preparação para a morte (diagrama nº 19).

Diagrama 19 - Ideologia de uma boa morte



A preparação para a morte facilita a promoção de sentimentos de estar em paz, ajuda a alcançar um estado de reconciliação consigo próprio, com os outros e com Deus. Para que esta boa morte possa ser vivenciada pelos idosos em processo de fim de vida,



família e seus cuidadores formais, os cuidados paliativos são a resposta a este desafio, tendo como filosofia de cuidar, equilibrando em simultâneo a promoção da vida e de uma boa morte no doente que vivencia um final de vida precoce ou não.

Bem sabemos que nas estruturas residenciais para idosos em Portugal ainda não se desenvolvem cuidados paliativos, mas no entanto o acesso aos cuidados paliativos é um direito humano. Este trabalho abre a perspectiva da importância da implementação de cuidados paliativos nas estruturas residenciais, uma vez que aloja pessoas idosas com carências de cuidados terminais, no propósito de desmistificar a ideia, *“já tem muita idade, não há nada a fazer”*, existe muito ainda a fazer por eles, o que um dia vamos querer que façam por nós, é urgente acabar com o sofrimento, abandono e a solidão sentida pelos idosos em processo de fim de vida.

No presente estudo deparamo-nos com uma limitação, no que se refere à entrevista, por vezes, os conteúdos das questões eram confundidos, por exemplos entre cuidados e direitos, o que levou a respostas repetitivas, chegando mesmo a encontrar momentos em que as respostas não iam ao encontro do que era solicitado, muitas vezes os cuidadores relembavam e entravam nas suas próprias experiências pessoais. No entanto a informação obtida pode ter sido pouca em quantidade, e não em qualidade.

Estas limitações não inviabilizam o potencial de incentivo para pesquisas no futuro, nomeadamente na área da preparação para a morte no caso dos idosos e no que respeita aos cuidadores na área da formação e preparação em lidar com a morte do idoso. De modo a formar os cuidadores nas estruturas residenciais para idosos, na tentativa de que possuam competências fundamentais à prática ajustada e eficaz dos cuidados em fim de vida, para poder proporcionar a morte no local de eleição dos idosos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, Maurice. ***Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar.*** 2ª Ed. Loures : Lusociência, Edições técnicas e científicas, 2001. ISBN: 972-8383-25-8.

ARIÉS, Philippe. ***História da Morte no Ocidente desde a Idade Média.*** 2ª ed Lisboa : Editora Edouro, 2003.

ARIÉS, Philippe. ***O Homem Perante a Morte I.*** Lisboa : Europa América, 2000.

ARIÉS, Philippe. ***O Homem Perante a Morte II.*** 2ª ed Mem Martins : Europa América, 1991.

BARDIN, L. ***Análise de Conteúdo.*** 3ª ed Lisboa : Edições 70, 2004.

BARBOSA, Antonio e NETO, Isabel. ***Manual de Cuidados Paliativos.*** Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISB: 978-972-9349-21-8.

BIBLIA SAGRADA, nova edição Papal. São Paulo, S.P: Stampley Publicações Ltda.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. K. ***Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria a aos métodos.*** Porto : Porto Editora, 2004.

CABRAL, Roque. ***Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça*** in Archer, L. [et. al]. Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN 972-22-1719-4.

CARDÃO, Sandra. ***O Idoso Institucionalizado.*** Lisboa: Coisas de Ler, 2009. ISBN:9789898218100

CARDOSO, A. Lopes. ***Direito e ética*** in Archer, L. [et al.] Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN:972-22-1719-4

CASSEL, EJ. ***The nature of suffering and goals of medicine.*** New York : Oxford University Press, 1991.

CLARK, D e SEYMOUR, J. ***Reflections on Palliative Care.*** Buckingham: Open University Press, 1999.

CÓDIGO DEONTOLOGICO PARA ENFERMEIROS. Decreto-lei nº 104/98. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

COLLIÈRE, M. Françoise. **Cuidar... A Primeira Arte da Vida** . 2ª ed. Loures : Lusociência, 2003. ISBN: 972- 8383-53-3 .

CONSELHO ECONOMICO SOCIAL. **Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes envelhecimento da população**. Portugal : CEPCEP, 2013.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA DE 2 Abril de 1976, **Lei do Tribunal Constitucional**, 1997, 4ª ed. Coimbra: Coimbra Editora. ISBN: 972-32-04923.

COSTA, J.C e LIMA, R. A. G. **Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer**.[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000200004&script=sci\\_arttextac](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000200004&script=sci_arttextac) essado . [Online] 2005. [Citação: 25 de 02 de 2014.]

COSTELLO, J. **Nursing older dying patients:findings from an ethnographic study of death an dying in erderly care wards**. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, Vol. 35.

DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA. Porto : Porto Editora, 2012.

FONSECA, A. **O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica**. Coimbra: Universidade Católica Editora, Campus do saber nº8, 2004.

FORTIN, M. **O Processo de Investigação - da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN:972-8383-10-X

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRIAS, F. C. Cidália. **A Aprendizagem do Cuidar e a Morte**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-50-9.

GARROS, Daniel. **Uma "Boa" morte em UTI Pediátrica: é isso possível?** *Repositório Científico de Aceso Aberto de Portugal*. [Online] 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000800014> .

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo : Atlas, 1999.

GOETZ, J. P. e LE COMPTE, M. D. **Etnografia y diseño cualitativo en investigación educativa**. Madrid : Ed Morata, 1988.

GOMES, Bárbara et al. **Preferências e Locais de Morte**. Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.

GOMES, B. HIGGINSON, I.J. **Where people die (1974 - 2030): past trends, future projections and implications for care**. *Palliative Medicine*, 2008.

HASON, 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.

HENNEZEL, M. **Diálogo com a Morte.** Lisboa : Editorial Noticias, 1997. ISBN:2-221-07830-6.

HENNEZEL, M. **La mort intime.** Paris : Editions Robert laffont, 1995.

HILÁRIO, Ana P. **O Discurso da Boa Morte nas Vozes de quem Cuida.** Repositório científico de acesso aberto de Portugal. [online], 2010. <http://hdl.handle.net/10400.21//766>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. **Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos.** Lisboa : INE, 2012.

KANT, Emanuel. **Fundamentação da metafisica dos costumes.** Porto : Porto Editora, 1995.

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano.** 3ª ed São Paulo : Casa do Psicólogo, 2002.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo : Martins Fontes, 2005.

LEONE, S. **A Doença Terminal como Problema Bioético.** Hospitalidade. Telhal. Nº 239.1997.

LEUNG, K. K., Chiu, T.Y. e Chen C. Y. **The influence of Awareness of terminal condition on spritual well-being in terminal cancer patient.** Journal of Pain and Symptom Management, 2006, Vol. 31.

LIMA, M. **Posso Participar – Atividades de Desenvolvimento Pessoal.** Porto: Editora Âmbar, 2004.

LLOYD, Williams M. **Psychosocial issues in palliative care.** Oxford University press, 2008.

MACEDO, João. **Educar para a Morte, Uma abordagem a partir de Elizabeth Kubler-Ross.** Coimbra : Edições Almedina, 2011. ISBN: 978-972-40-4524-5.

MAETERLINK, Maurício. **A Morte.** Alpiarça: Artes gráficas, 1997.

MCNAMARA B., WADDEL C., COLVIN M. **The Institutionalisation of gooth death.** Social Scien anf Medicine, 1994.

MORIN, Edgar. **O Homem Perante a Morte.** Lisboa : Europa-América, 1976.

- NOVO, R. ***Para Além da Eudaímonia – o Bem-estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada***. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2003.
- OLIVEIRA, J. B. ***Filosofia da Educação e Pedagogia da Morte***. Universidade do Porto. [Online] 1999.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. ***CIPE - Classificação para a Prática de Enfermagem***. Lisboa : Versão 1.0, 2006.
- OSSWALD, Walter. ***A Morte Anunciada. Cadernos de bioética, Nº12***. Coimbra : Centros de Estudos de Bioética, 1996.
- PACHECO, Susana. ***Cuidar a Pessoa em Fase Terminal***. Loures : Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-30-4.
- PAYNE S., LANGLEY-EVANS A. e HILLIER R. ***Perceptions of good death: a comparative study of the views of hospice staff and patients***. Palliative Medicine. 1996.
- PICKARD, L. COMAS - HERRERA, A. COSTA - FONT, J. GORI, C. di maio, A. PATXOT. C. POZZI, A. ROTHGANG, H. WILTENBERG, R. ***Modelling an entitlement to longterm care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050***. Journal of European Social Policy, 2007.
- PIMENTEL, L. ***O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias***. Coimbra: Quarteto Editora, Coleção Teses, nº 11, 2001.
- PIRES, A. M. L. ***Cuidar em fim de vida: aspetos éticos***. Cadernos de Bioética nº 25 : Coimbra, 2001.
- PIRES, Mégre. ***Cuidar da pessoa em coma. Como preservam as enfermeiras a sua humanidade e humanidade da pessoa em coma***. Lisboa,1995.
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. 1995. ***Fundamentos de pesquisa em enfermagem***. . Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- PORTARIA nº 52/2012. ***DR 1ª Série***. 172 ( 2012/09/05) 5119-5124.
- PORTARIA nº67/2012. ***DR 1ª Série***. 58 (2012/03/21) 1324-1329.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. ***Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Circular normativa nº14***. Direção Geral da Saúde. 2004.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. ***Programa nacional para a saúde das pessoas idosas***. Lisboa:, 2004.

PRIGERSON, Holy. **Pacientes terminais definem fatores que garantem uma "boa morte"**. *Saúde.net*. [Online] 2012. <http://isaude.net/TUUY>.

QUEIRÓS, A. Albuquerque. **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Edição Quarteto, 2001. ISBN: 972-8717-07-5.

QUIVY, R., e L. CAMPENHOUDT. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa : Gradiva, 1998.

RUFFIÉ, J. **O Sexo e a Morte**. Lisboa : Publicações Dom Quixote, 1987.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos Dependentes**. Porto : Quarteto, 2007.

SEYMOUR, J. **Revisitig medicalisation and natural death**. *Social Scien anf Medicine*, 1999.

SIMÕES, A. **A Nova Velhice: um novo público a educar**. Porto: Âmbar, 2006.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (Secpal). **Cuidados paliativos en el anciano**. [http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guia&id\\_guia=3](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=3). [Online].

TWYGCROSS, Robert. **Cuidados Paliativos**. Lisboa : Climpsi, 2001. ISBN 972-796-001-4.

VILA-CHÃ, Augusto. **Ao Serviço da Vida, Para uma Assitência mais Humana do Doente**. Braga : APPACDM, 2007.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed Porto Alegre : Bookman, 2005.

**ANEXOS**





## **ANEXO I**

### Cronograma de Atividades



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ano		2013			2014		
Mês		Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Atividade							
Revisão sistemática da literatura							
Colheita de dados							
Tratamento e Análise dos dados							
Discussão dos resultados							
Entrega dos resultados							



## **ANEXO II**

Pedido de Autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Estrutura  
Residencial



**Exmo. Senhor**  
**Presidente do Lar Conde de Agrolongo**

**Assunto:** Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado em Cuidados Paliativos

**Dados do Investigador Principal:**

Nome – Carla Manuela Dias da Silva

Habilitações - licenciatura em enfermagem

Mestranda do II Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

**Título do projeto de investigação:** Construção de uma Boa Morte numa Estrutura Residencial

**Objetivos do projeto de investigação:**

Objetivo Geral: Compreender o significado de "Boa Morte", para o idoso e cuidador formal, numa estrutura residencial.

Objetivos específicos:

- Perceber o significado do processo de morrer para o idoso e o cuidador formal, numa estrutura residencial;
- Perceber o significado de boa morte para o idoso e o cuidador formal, numa estrutura residencial;
- Identificar os fatores potenciadores à boa morte, na perspetiva do idoso e o cuidador formal, numa estrutura residencial;
- Identificar os fatores inibidores à boa morte, na perspetiva do idoso e o cuidador formal, numa estrutura residencial.

Subscrovo este pedido solicitando a V. Exa. na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação em epígrafe, a realizar numa Estrutura Residencial.

A referida colheita incidirá sobre o cuidador formal e o doente terminal.

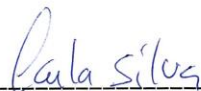
O instrumento de recolha de dados a utilizar será a entrevista semi-estruturada.

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em anexo a síntese do projeto de investigação supracitado para ser submetido ao Conselho de Administração da instituição.

Com os melhores cumprimentos,

**A Investigadora Principal**



(Carla Manuela Dias da Silva)

Viana do Castelo, 2 Setembro de 2013.



### **ANEXO III**

Autorização da realização do estudo na Estrutura Residencial





1592 - MOSTEIRO DO SALVADOR  
1833 - COVENTO DO SALVADOR  
1884 - ASSOCIAÇÃO BENEFICÊNCIA DISTRITO DE BRAGA  
1915 - ASILO MENDICIDADE CONDE DE AGROLONGO  
1981 - LAR CONDE DE AGROLONGO

Telef. 253 215 215/6 - Fax 253 613 099  
E-mail: larcondeagrolongo@sapo.pt  
Contribuinte N.º 500 032 017



Lar Conde de Agrolongo — Praça Conde de Agrolongo - 4704 - 524 BRAGA

Ex.ma Senhora  
Enf<sup>a</sup> Carla Manuela Dias da Silva  
Travessa da Presa, n.º 21  
4700-731 PALMEIRA BRG

S/ referência

N/ referência

480

Data 12 09 2013

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectivação do  
Projecto de Investigação de  
Mestrado em Cuidados Paliativos

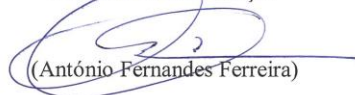
Em resposta ao seu pedido, informamos que na reunião de Direcção do passado dia 9, foi dada autorização para efectivação do Projecto de Investigação de Mestrado em Cuidados Paliativos.

Aproveitamos para informar que relativamente ao estabelecimento da figura de “elo de ligação”, ficou deliberado nomear a Directora Técnica desta Instituição, Senhora Dr<sup>a</sup> D. Maria Emilia Meireles Carneiro.

Aproveitamos ainda para a felicitar e desejar o maior êxito no projecto.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente da Direcção

  
(António Fernandes Ferreira)

Pede-se o favor de  
na resposta, fazer  
referência às in-  
dicações acima



## **ANEXO IV**

Escala de Coma de Glasgow



## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8





**ANEXO V**

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido





## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Carla Manuela Dias da Silva, Enfermeira, atualmente a frequentar o Mestrado em Cuidados Paliativos, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, estamos a elaborar uma dissertação sobre: “CONSTRUÇÃO DE UMA BOA MORTE NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL”.

O objetivo deste estudo é compreender o significado de “Boa Morte”, para o idoso em processo de fim de vida e cuidador formal, numa estrutura residencial.

No âmbito deste estudo estamos a proceder a uma entrevista, para a qual solicitamos a sua colaboração. Todas as informações fornecidas por si serão confidenciais e os dados recolhidos serão usados exclusivamente para esta investigação. Com o intuito de facilitar o registo dos dados da entrevista gostaria de obter uma autorização para gravar a entrevista.

Tem o direito de parar a entrevista a qualquer momento e de não responder a questões que não queira. Não existem respostas corretas ou incorretas, apenas as suas opiniões e relatos sobre a sua experiência.

Li o presente termo de consentimento e voluntariamente aceito participar no estudo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_



## **APÊNDICES**



## **Apêndice I**

Guião da entrevista





## GUIÃO DA ENTREVISTA

Cuidador Formal

Tema: **Construção de uma Boa Morte numa Estrutura Residencial**

I Parte – Acolhimento	
✓ Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do Investigador;</li><li>• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;</li><li>• Garantir a confidencialidade e anonimato;</li><li>• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.</li></ul>
II Parte – Caracterização do entrevistado	
✓ Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade <input type="checkbox"/></li><li>• Género<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Feminino</li><li><input type="checkbox"/> Masculino</li></ul></li><li>• Formação académica_____</li><li>• Função<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Idoso numa Estrutura Residencial</li><li><input type="checkbox"/> Enfermeiro</li><li><input type="checkbox"/> Auxiliar de Geriatria</li><li><input type="checkbox"/> Outros_____</li></ul></li></ul>
III Parte – Objetivos/Questões orientadoras	

Objetivos Específicos	Questões orientadoras
<p>✓ Perceber o significado do processo de morrer para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida, numa estrutura residencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que significado (importância ou sentido) atribui à morte?</li> <li>• Como é que sabe que o idoso em processo de fim de vida de quem cuida está a morrer?</li> </ul>
<p>✓ Perceber o significado de boa morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida, numa estrutura residencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao pensar na expressão “Boa Morte”, que imagem ou ideia lhe ocorre?</li> <li>• Acha que o seu trabalho tem em conta os direitos (necessidades, preocupações, sentimentos) do Idoso em fim de vida? De que forma? E que direitos?</li> <li>• Quais os cuidados a prestar ao idoso em fim de vida (quer técnica, quer relacional), que considera fundamentais? Que relação estabelece antes e após a morte?</li> </ul>
<p>✓ Identificar os fatores potenciadores à boa morte, na perspectiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida, numa estrutura residencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os fatores potenciadores da Boa Morte?</li> </ul>
<p>✓ Identificar os fatores inibidores à boa morte, na perspectiva do cuidador formal do idoso em</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os fatores inibidores da Boa Morte?</li> </ul>

processo de fim de vida, duma estrutura residencial.	
IV – Fecho da Entrevista	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;</li><li>• Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;</li><li>• Dar oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.</li></ul>	

## GUIÃO DA ENTREVISTA

Idoso em processo de fim de vida

Tema: **Construção de uma Boa Morte numa Estrutura Residencial**

I Parte – Acolhimento	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do Investigador;</li><li>• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;</li><li>• Garantir a confidencialidade e anonimato;</li><li>• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.</li></ul>
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade <input type="checkbox"/></li><li>• Género<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Feminino</li><li><input type="checkbox"/> Masculino</li></ul></li><li>• Formação académica _____</li><li>• Função<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Idoso numa Estrutura Residencial</li><li><input type="checkbox"/> Enfermeiro</li><li><input type="checkbox"/> Auxiliar de Geriatria</li><li><input type="checkbox"/> Outros</li></ul></li></ul>

III Parte – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos Específicos	Questões orientadoras
<p>✓ Perceber o significado do processo de morrer para o idoso em processo de fim de vida, numa estrutura residencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que significado (importância ou sentido) atribui à morte?</li> <li>• Pensa no momento da morte no seu quotidiano?</li> <li>• Ou em algum momento pensou no momento da morte?</li> </ul>
<p>✓ Perceber o significado de boa morte para o idoso em processo de fim de vida, numa estrutura residencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao pensar na expressão “Boa Morte”, que imagem ou ideia lhe ocorre?</li> <li>• Na sua perspetiva quais são os direitos (necessidades, preocupações, sentimentos) do idoso em fim de vida?</li> <li>• Quais os cuidados que considera fundamentais (idealiza, gostaria) receber no momento da morte?</li> </ul>
<p>✓ Identificar os fatores potenciadores à boa morte, na perspetiva do idoso em processo de fim de vida, numa estrutura residencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os fatores potenciadores da Boa Morte?</li> </ul>
<p>✓ Identificar os fatores inibidores à boa morte, na perspetiva do idoso em processo de fim de vida, numa estrutura residencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os fatores inibidores da Boa Morte?</li> </ul>

#### IV – Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

## **Apêndice II**

Exemplar de uma Entrevista





Entrevista para Dissertação de Mestrado: **“Construção de uma Boa Morte numa Estrutura Residencial”**

**Investigadora:** Carla Silva

**Entrevistado:** Cuidador 10

**I Parte**

A entrevista foi iniciada com a identificação da Investigadora, informado o entrevistado acerca do tema, da pertinência e dos objetivos de estudo. Solicitada a autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

**II Parte**

**Idade:** 65nos

**Género:** feminino

**Formação académica:** licenciatura em enfermagem

**Função:** Enfermeira

**Tempo de exercício profissional:** 45 anos

**Estado civil:** solteira

**III Parte**

**Que significado (Importância ou sentido) atribui à morte?**

Para mim a morte é vista de fato como uma fase final da vida. Vejo a morte como um fenómeno normal, tudo que nasce também morre. Todos os seres vivos que nascem morrem, portanto é uma fase que deve ser encarada naturalmente. Eu pessoalmente e numa perspetiva cristã, considero a morte como o fim da minha carreira na terra e desejo alcançar a meta final, que é pátria eterna, ou seja o Céu. Por isso a morte a mim não me assusta nada porque encaro-a assim, como sendo a fase final da minha vida e da minha peregrinação terrena.

A morte não se celebra, celebra-se a vida que acabou e com a morte vai iniciar um nascimento novo. Portanto a morte nunca deveria ser fonte de tristeza, saudade sim sem dúvida.

Para mim a morte é um segundo nascimento.

**Como é que sabe que o idoso em fim de vida de quem cuida está a morrer?**

Apresenta-se com todos os sinais vitais em decadência, com problemas de respiração, cianose das extremidades, sudorese intensa, palidez de rosto e prostração intensa.

**Ao pensar na expressão “Boa Morte”, que imagem ou ideia lhe ocorre?**

Para mim a boa morte é possível quando a pessoa está de bem consigo, de bem com os outros, de bem com Deus, de bem com a vida, quando a pessoa tem as suas coisas organizadas e fala até de bens materiais, ter toda a sua vida organizada. Também é importante que a pessoa sinta dignidade na morte isto é, que sinta que à sua volta tem companhia, carinho e ternura, tudo isso ajuda à boa morte. Eu sou católica mas também acho que não é só rezar, é importante que a pessoa em fim de vida sinta uma presença humana, um aperto de mão ou um beijo, uma palavra, ou até umas palavras já do anúncio da eternidade, eu procuro fazer isso porque acho que isso ajuda à boa morte, e também sabemos que o último sentido a perder é o ouvir. É verdade que não sabemos o que se passa no além, mas vai-nos sendo explicado e ficamos envolvidos neste mistério, mas nós acreditamos profundamente, que para além disto a pessoa tem uma eternidade, a nossa pátria é o Céu, é o que está escrito na sagrada escritura e pela minha experiência acho que ajuda muita na boa morte dizer, eu procuro sempre dizer à pessoa: “desprenda-se e não tenha medo, porque vai para a sua pátria e lá, vai encontrar aqueles que ama, a começar pela nossa divindade e todos os seus, no além é tudo felicidade e paz”. Claro que a boa morte será para todos, independentemente da igreja católica.

Considero que, para haver uma boa morte tem de ser num momento de paz serenidade, tranquilidade, de envolvimento, e se possível envolvimento da família, aqui na estrutura residencial temos a presença de todos os colaboradores mas, também acho realmente importante a presença da família. Tive a experiência da minha mãe que faleceu aqui, nesta estrutura residencial, também estava os meus irmãos e cunhadas. Nós cuidadores somos sumamente importantes porque tendo estes princípios, também ajudamos a pessoa a viver aquele momento com paz, com serenidade e tranquilidade.

**Acha que o seu trabalho tem em conta os direitos (necessidades, preocupações, sentimentos) do idoso em fim de vida? De que forma? E que direitos?**

Acho que sim, que o idoso em fim de vida tem direitos, nomeadamente: a não morrer só, se for possível, excetuam – se as mortes repentinas; morrer com toda dignidade; tem direito a ser envolvido num ambiente de paz, serenidade e tranquilidade.

Acho que sim, que o trabalho tem sido de acordo com estes direitos, porque eu na qualidade de diretora técnica desta estrutura residencial, a minha preocupação junto dos meus colaboradores é exatamente aquilo que disse, ou seja que procurem dar a todos os idosos o máximo de qualidade de vida a todos os níveis até à morte e também toda a dignidade de forma a proporcionar a boa morte. Os cuidadores estão motivados para tudo isto e eu visualizo isso, nomeadamente se existe alguma pessoa que está mal, que está em fim de vida sempre que eu

posso estou junto dela, mas se sou solicitada para outro assunto, há sempre uma funcionária que me substitui, tem essa preocupação.

**Quais os cuidados a prestar ao idoso em fim de vida (quer técnica, quer relacional), que considera fundamentais? Que relação estabelece antes e após a morte?**

Tecnicamente acho que devem ser prestados todos os cuidados para aliviar toda a sintomatologia que provoque dor e mau estar, mas nunca para prolongar a vida porque acho que isso não é ético. O doente deve ser aliviado da dor ou do mau-estar com medicação, tanto quanto possível. Posicionar o doente e verificar qual a posição que lhe dá mais conforto.

Acho que nesta fase o tipo de relação que estabelecemos com o doente é mais o carinho, a ternura, o toque acho que é de extrema importância e eu isso procuro também incutir nas nossas colaboradoras.

Quando um idoso aqui institucionalizado recorre a uma estrutura hospitalar, já vi filhos, que estão junto da sua mãe ou pai e já os vi a querer fazer companhia à mãe ou ao pai mas no fundo deixam-no morrer só, porque não sabem que lhes pode tocar, não sabem o que fazer, estão no fundo da cama agarrados às grades da cama a olhar. Eu procuro dizer para falar com ele, diga o nome, toque, beije, nesta fase é importantíssimo. Deve também ser evitadas conversas cruzadas, toda a nossa atenção se deve dirigir para aquele doente em fim de vida, que deve ser envolvido no silêncio exterior, para que de fato ele tenha tranquilidade, deve-se falar sim, até porque eles conhecem a nossa voz e sabem que não estão sozinhos. A mim interessa-me sempre que os idosos venham morrer aqui na nossa casa, no nosso lar. Claro que, se tivermos os meios técnicos de forma a poder proporcionar qualidade de vida. É importante que venham morrer ao lar, porque as vozes do lar são familiares e conhecidas, ele sente que aquela voz é conhecida e aquela voz ama-o e ele gosta daquela pessoa, portanto há um impacto muito maior na relação e isso ajuda a tranquilizar. A parte humana neste momento é de extrema importância.

É muito importante a relação com eles, neste momento final da vida em que vão partir para a sua pátria, e que as forças malignas são muito atenuantes. Eu posso dizer que há pessoas muito boas, pessoas pacíficas, tranquilas, pois ela tem todos os motivos para morrer bem mas, no entanto às vezes tem momentos de aflição incrível e enorme, são momentos terríveis, em que a pessoa está numa luta e, nós católicos entendemos esses momentos. A minha mãe era muito católica e no momento da morte, atirava o cruxifixo, e uma residente que a acompanhava naquele momento, rezou muito, eu não concebo isso na minha mãe de forma alguma, concebo sim que foram as forças do mal que tentam conquistar essa pessoa. E para o caso de acontecer, não entrar em pânico e tentar afugentar as forças mal.

No momento exato em que a pessoa partiu, procuro ficar em silêncio e continuo a acarinhar é uma preocupação minha, até aproveito esses carinhos, e fecho os olhos e ao mesmo tempo fecho a boca, também rezo para que o Senhor lhe dê o eterno descanso. E acho que nunca se deve falar, nem chorar nesse momento, pode perturbá-la porque nesse momento pode estar a prestar contas a Deus e nós devemos ajudá-la nessa hora, por isso deve estar em paz. Penso que deve estar cerca de meia hora a sós com Deus, que possivelmente deve estar a encontrar-se com Deus, nesse tempo aquele corpo merece todo o respeito, toda a dignidade, nunca tocaria numa pessoa que acabou de falecer antes de meia hora. De seguida procuramos lidar com o corpo humano com a máxima dignidade, com todo o respeito como se a pessoa estivesse viva, lavando-a, arranjando-a, penteando-a e até colocar maquilhagem ligeiramente se necessário de modo a ficar bonita e composta, com toda a dignidade que o ser humano merece.

### **Quais os fatores inibidores da Boa Morte?**

A pessoa não ter a sua vida resolvida, acho que isso é importante, tive um caso que foi de um cordão de ouro que pertencia a uma pessoa em fim de vida e isso estava a provocar uma aflição terrível à doente, e eu com a minha experiência, porque já faleceram comigo mais de 500 pessoas, em relação aquela senhora apercebi-me que era qualquer coisa que estava a provocar aquela inquietação, preocupação, notava-se que ela queria dizer alguma coisa e felizmente que consegui perceber que era o cordão e, questionei se queria que o cordão ficasse para os filhos e continuou aflita, fiz ainda outras questões e continuou aflita, até que lhe perguntei o seu cordão vou vende-lo e celebrar missas, então ela acalmou e acabou por falecer passado meia hora. Isso comprovou que se a pessoa não tiver a sua vida resolvida tem todas as possibilidades de ter uma má morte, porque a pessoa está preocupada não com a sua passagem, mas com o que vai deixar ficar.

Quando estão de mal com outras, por exemplo tenho aqui uma pessoa que não fala com a irmã e eu tenho feito o máximo para que fale, porque sei que isso na hora da morte vai preocupar, e pode-lhe dar uma má morte.

Quando a pessoa não está de bem consigo, não está de bem com a vida, isso não vai proporcionar tranquilidade, porque as pessoas não estão reconciliadas com Deus.

A morte no hospital seria banalizada.

### **Quais os fatores potenciadores da Boa Morte?**

Ter paz interior, estar de bem com a vida e com todos, ter os sintomas controlados e a pessoa ter tudo resolvido na sua vida.

No caso da minha mãe, ela queria fazer as partilhas dos bens já há muitos anos e os filhos sempre lhe disseram que não, porque ela poderia precisar do dinheiro e dos bens para a sua qualidade de vida até à morte, assim como o meu pai precisou. E a minha mãe falava muito nesse assunto e eu disse-lhe: “Não me toque mais nesse assunto, porque é ponto assente que não”.

Na fase final a minha mãe disse-me: “quando eu falecer junta os teus irmãos e diz-lhes que eu tive muita felicidade com os filhos que tive, foram muito meus amigos, só me deram alegrias, deixaram-me partir só com um desgosto, que é o de não me darem a alegria de fazerem as partilhas”, porque a minha mãe queria partir e saber que não houve zangas com as partilhas, ficou tudo em bem e todos unidos como irmãos. Claro que fizemos logo as partilhas para proporcionar tranquilidade há minha mãe, para satisfazer o pedido dela, que até poderia ser outro pedido qualquer.

Estarem preparados para a morte, isto é quando eles nos dizem: “fui um bom marido, criei os meus filhos, a minha missão está cumprida”.

#### **IV Parte**

A morte é uma fase final da vida, é um fenómeno normal e deve ser encarado naturalmente.

Todos os seres vivos que nascem sabem e tem a certeza que vão morrer. A morte a si não a assusta até porque catolicamente falando vai alcançar o Céu.

**Acrescentou:** “Para mim a morte é um segundo nascimento”. A vida tem três fases, nascemos para este mundo, depois vivemos, e depois temos um outro nascimento. A morte não se celebra, celebra-se a vida que acabou e com a morte vai iniciar um nascimento novo. Portanto a morte nunca deveria ser fonte de tristeza, saudade sim, sem dúvida.

O idoso em fim de vida apresenta sinais vitais em decadência, com problemas de respiração, cianose das extremidades, sudorese intensa, palidez facial, prostração intensa.

Para uma boa morte a pessoa tem de estar de bem consigo e com os outros, bem com a vida, tudo organizado, ser uma morte digna, com companhia, com ternura, com paz, serenidade e se possível uma presença familiar e dos seus. Uma morte no hospital seria mais banalizada, com menos dignidade no sentido de que não é a voz das pessoas que o doente conhece, são pessoas estranhas. Por isso o local da morte deveria ser o local onde a pessoa passou a sua vida.

Os idosos em fim de vida tem direitos nomeadamente direito de morrer acompanhado, com dignidade, de ser envolvido num momento de paz e tranquilidade. O trabalho desenvolvido no lar tem em consideração estes direitos porque como diretora técnica tenta proporcionar qualidade de vida e tenta incutir isso aos seus colaboradores, nomeadamente que o idoso nunca deve estar sozinho numa fase final de vida, para não provocar inquietação no idoso.

Os cuidados fundamentais a prestar ao idoso em fim de vida seriam todos os cuidados inerentes, controlar os sintomas nomeadamente, a dor ou outros sintomas que possam provocar mal-estar, mas nunca no sentido de prolongar a vida. Posicionar o doente e adotar uma posição de conforto para o doente. Cuidados relacionais também são fundamentais, isto é a ternura, carinho, o toque e o falar.

Após a morte continua a dar carinho, ajuda com o toque a fechar os olhos e boca, continua também a rezar, normalmente deixa repousar o corpo durante meia hora e só depois se procedem à realização dos cuidados pós-morte.

Fatores inibidores da boa morte: uma aflição enorme provocada por forças malignas, quando a pessoa não está de bem com Deus e precisa de se reconciliar com Deus. Estar acompanhada, ter a sua vida resolvida, estar de mal com os outros e com a família.

Fatores potenciadores da boa morte: paz interior, estar de bem com todos e com a família, ter sintomas controlados, ter tudo resolvido segundo a sua vontade e satisfazer todos os seus pedidos. Estarem preparados para a morte, isto é quando eles nos dizem: “fui um bom marido, criei os meus filhos, a minha missão está cumprida”.

Entrevista ao idoso em fim de vida, para Dissertação de Mestrado: **“Construção de uma Boa Morte numa Estrutura Residencial”**

**Investigadora:** Carla Silva

**Entrevistado:** Idoso 7

### **I Parte**

A entrevista foi iniciada com a identificação da Investigadora, informado o entrevistado acerca do tema, da pertinência e dos objetivos de estudo. Solicitada a autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **II Parte**

**Idade:** 74 anos

**Género:** feminino

**Formação académica:** sem escolaridade

**Função:** idoso em processo de fim de vida

Estado civil: separada

### **III Parte**

#### **Que significado (Importância ou sentido) atribui à morte?**

A morte não é difícil por mim é por quem cá deixo, pelas minhas netinhas.

A morte é horror e sofrimento. Quando a gente está a sofrer até deseja a morte, mas a morte não se vê. Eu queria morrer e vir cá uns dias depois ver as pessoas, como é que reagiram há minha morte. Porque eu sei que tenho filhos e que uns reagem de uma maneira e outros de outra. Porque houve um problema e agora alguns não querem saber de mim (conta a maneira como veio para o lar e uns problemas de dinheiro).Eu já disse o meu dinheiro é para a minha neta mais velha e mais nova, e escusam de estar com coisas, que até me levanto do caixão.

#### **Pensa no momento da morte no seu quotidiano?**

Penso muito na morte, sempre pensei desde pequena. Pensava que a gente morre e depois vem outra no nosso nome, pensei toda a vida. Tenho muito medo de morrer. Eu fazia todos os exames precisos e não precisos só com o medo de morrer. Eu estou bem com a vida, estou pronta a morrer, eu tenho um pressentimento que vou morrer do coração. A minha mãe e a minha irmã morreram do coração.

Uma vez fui para me meter de baixo do comboio, mas depois vi o comboio a passar, porque eu passei muito com o meu homem, mas não consegui porque no fundo eu tenho medo de morrer. (conta a história com o ex-marido, que a maltratava e a enganava)

A morte assusta-me porque nunca mais vemos nada, dizem que é outro mundo mas nunca cá veio dizer. A gente morreu e acabou. Aqui há um tempo deu uma novela em que os que morriam pareciam que estavam no paraíso, mas será assim, ninguém diz, a pessoa vai para debaixo da terra e põem flores, eu quando morrer não quero flores no cemitério. Morreu acabou, vai para debaixo da terra, desfaz-se tudo, os ossos aparecem e desaparece tudo, temos é uma alma para dar a Deus.

Eu preparo-me para morte por Deus, olho para os meus filhos, é a separação do mundo e é muito custoso.

#### **Ao pensar na expressão “Boa Morte”, que imagem ou ideia lhe ocorre?**

Em graça de Deus, sem pecados, que Deus não puxasse nada a contas as minhas faltas, porque eu tive muitas faltas.

#### **Na sua perspetiva quais são os direitos (necessidades, preocupações, sentimentos) do idoso em fim de vida?**

Sim tem direitos, tem o direito de tomar as suas decisões, ter o direito de estar acompanhada, tenho muito medo de morrer sozinha, gostava de estar acompanhada pelos meus filhos, pelo menos por dois. O local é igual, não importa. Também acho que se deve saber a verdade, sobre as doenças, não queria andar enganada para me poder preparar. (Falou novamente do ex-marido) E acabou por dizer que sonha muito com o ex-marido, e que toda a situação da separação a inquieta muito, disse: “é um aperto que sinto no coração” e por isso era importante resolver isso antes de morrer. Eu gostava de morrer em paz com ele.

Os meus filhos tiraram-me as fotografias do meu ex-marido, e isso incomoda-me entrar na minha privacidade.

#### **Quais são os cuidados que considera fundamentais (idealiza, gostaria) receber no momento da morte?**

Os cuidados necessários nomeadamente animar as pessoas, falar connosco para encararmos melhor a morte, dar esperança, eu também gostava de desabafar.

Receber assistência isto é vestir-me, lavar-me, dar-me de comer, pentear-me, dar medicação para as dores, para não morrer tão depressa. Gostava de morrer de uma forma lenta e bem.

Eu estou a dar muito trabalho, sinto-me um fardo pesado.



### **Quais os fatores potenciadores da Boa Morte?**

Estar acompanhada, receber amor e carinho, gostava que satisfizessem os meus pedidos, não quero flores e quero ir para a igreja de S. Vivente. Antes de morrer gostava de juntar os meus filhos todos e fazer um jantar de família, mas não tenho dinheiro. Na hora da morte eu queria dizer a verdade toda aos meus filhos em relação ao que o meu pai me fez, e o meu ex-marido.

### **Quais os fatores inibidores da Boa Morte?**

Morrer debaixo de um carro, que fosse inesperada, não se preparar, não se conseguir despedir das pessoas, também o fato de estar sozinha e os meus filhos não tivessem comigo.

### **IV Parte**

A morte é horror, é sofrimento, falar da morte é muito difícil, tem medo da morte por causa de todo o sofrimento que passou durante a vida. Pensa muitas vezes na morte, e eu estou tranquila comigo apesar da minha história de vida. Pensei muitas no momento da morte, também muitas vezes tentou-se matar devido às suas inquietações da vida e dos seus sofrimentos.

Boa morte é morrer na graça de Deus, sem pecados, e que Deus não viesse buscar as suas faltas.

Em relação aos direitos dos doentes em fim de vida, disse que tem direito a tomar decisões, poder estar acompanhada, ter privacidade, saber toda a verdade do seu estado de saúde, ver satisfeitos todos os desejos e pedidos.

Os cuidados fundamentais receber em fim de vida referiu que seria satisfazer os seus desejos, satisfazer os seus cuidados de higiene, dar-lhes de comer, todos os cuidados inerentes às AVDS, controlar a dor, os vômitos e se necessário ir para o hospital, gostava que cumprissem os desejos em relação aos rituais após a morte.

Fatores potenciadores de uma boa morte: poder estar com os filhos, chama-los a todos e vê-los ali a beira e contar-lhes toda a verdade em relação às adversidades da sua vida.

Fatores inibidores de uma boa morte: ser inesperada como por exemplo debaixo de um carro, de repente em que não pudesse despedir-se e se preparar.

Acrescentou: A preparação para a morte é muito importante.



### **Apêndice III**

Grelha da análise de conteúdo



## Grelha da análise de conteúdo – Idoso em processo de fim de vida

### 1- Significado atribuído à morte pelo idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
1.1. Desintegração do corpo		<p><i>“A morte é a separação do nosso corpo para a eternidade e para onde o nosso Senhor nos levar.” I5</i></p> <p><i>“ (...) agora atribuo o significado à morte de me encontrar com aqueles que já partiram, os meus entes queridos, de quem tenho muitas saudades (...)” I6.</i></p>
1.2. Sofrimento		<p><i>“A morte é o horror e sofrimento.” I7</i></p>
1.3. Fascínio		<p><i>“ Gosto muito deste mundo mas espero ir para outro mundo melhor.” I4</i></p> <p><i>“ (...) agora atribuo o significado à morte de me encontrar com aqueles que já partiram, os meus entes queridos, de quem tenho muitas saudades (...) para lá é uma vida diferente (...)” I6</i></p>

1.4. Acontecimento indeterminável		<p><i>“(...) eu ouço muito o padre dizer: “ Estai atentos que não sabereis, a hora, nem o dia (...)” I1</i></p> <p><i>“(...) uma dia vou morrer, é quando nós menos pensamos.” I5</i></p>
1.5. Acontecimento Inevitável		<p><i>“(...) como é do conhecimento, sabe-se que vai morrer (...)” I1.</i></p> <p><i>“(...) toda a vida quem nasceu morreu (...) o mais certo é morrer.” I2</i></p> <p><i>“É a única coisa que temos decerto na vida é a morte (...) temos que a encarar como natural (...)” I3</i></p>
1.6. Acontecimento integrante da vida		<p><i>“(...) a morte é uma coisa natural na nossa vida (...)” I4</i></p>

## 2. Medos verbalizados pelo idoso em processo de fim de vida acerca da morte

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
2.1. Do sofrimento		<i>“(...) sofrer muito, isso é que eu tenho medo.” I3</i>
2.2. Do desconhecido		<i>“A morte é uma coisa que nos repugna um bocadinho, mas temos que a encarar.” I4</i>
2.3. Da decadência		<i>“(...) o que me assusta e faz impressão não é morte é a decadência, ficar muito dependente (...)” I3</i> <i>“(...) não queria dar muito trabalho, não queria sentir-me um fardo” I6.</i>
2.4. Da extinção		<i>“ O meu pavor era a eternidade e ser definitivo (...) Tudo o que seja definitivo faz-me impressão.” I3</i> <i>“A morte assusta-me porque nunca mais vemos nada (...)” I7</i>

### 3. Perceção do idoso em processo de fim de vida acerca dos pensamentos sobre a Morte

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
3.1. Ignorar a morte		<p><i>“Não penso muito nessa situação (morte), nem gosto de pensar nisso. Porque se estiver a pensar na morte, começo a não fazer caso do dia-a-dia (...)” I1</i></p> <p><i>“Não, por acaso não penso muito na morte (...) Agora nesta fase não penso, não sou pessoa de pensar na morte (...)” I3</i></p>
3.2. Adiar a morte		<p><i>“(...) mas penso sempre que não vai ser hoje, vai ser mais além. Ao fim de 10 anos, pede-se para durar outros 10, pede-se para durar até aos 100 anos.” I1</i></p>
3.3. Perceber a morte como uma certeza		<p><i>“Já pensei, por vezes já pensei muito na morte (...)” I1</i></p> <p><i>“Penso nisso muitas vezes (...) digo muitas vezes eu morro, eu morro. Quando tenho dores lembro-me sempre da morte.” I2</i></p> <p><i>“Penso muitas vezes na morte (...) penso que estou quase no fim, que vou deixar este Mundo (...) eu tenho fé (...) que a morte é que não sei se será muito difícil (...) se vai para um sitio melhor que este e eu tenho fé que sim, que vou.” I4</i></p>



		<p><i>“Sim Já tenho pensado (...) um dia vou morrer (...) penso na minha morte (...) quando sinto mais sofrimento é quando penso na morte. Penso que o nosso Senhor me vai levar.”15</i></p> <p><i>“Penso muitas vezes, penso que já estou cá há mais de 94 anos (...) Quando Deus quiser que me leve que estou preparada (...) ”16</i></p> <p><i>“Penso muito na morte, sempre pensei desde pequena (...) tenho muito medo de morrer (...) estou pronta para morrer (...) a morte assusta-me porque nunca mais vemos nada, dizem que é outro mundo mas nunca ninguém cá veio dizer: A gente morreu e acabou.” 17.</i></p>
--	--	--

#### 4. Situações que levam o idoso em processo de fim de vida a pensar na morte

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
4.1. Processo de doença		<p><i>“ (...) por vezes já pensei muito na morte, no meu caso quando fui operado e hospitalizado, estava sempre ansioso, pensei que podia ficar lá (...).”I1</i></p> <p><i>“ (...) Quando tenho dores lembro-me sempre da morte.”I2</i></p> <p><i>“ (...) não penso muito na morte. A não ser quando fui operada há 2 anos, eu até dizia, que se me dessem a escolher antes queria morrer devido ao mau estar (...).”I3</i></p> <p><i>“ (...) agora penso mais, por causa da minha doença (...).”I4</i></p> <p><i>“ (...) penso na minha morte, porque às vezes estou mais atacada às dores, quando sinto mais sofrimento é quando penso na morte. ” I5</i></p>
4.2. Ser velho		<p><i>“ Quando se é novo nem se pensa nisso, lógico que agora quando se começa a ter problemas, pensa-se que um dia vai ter de acontecer.” I1</i></p> <p><i>“ (...) agora que já estou com mais idade (...) penso mais nela, penso que já são os últimos dias (...) a idade também conta.” I4</i></p>

## 5. Conceito de Boa Morte para o idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
5.1. Morrer a dormir		<p><i>“Gostaria de morrer de noite (...) a dormir achava que era uma boa morte (...) no sentido de não sentir a morte (...) Para mim era uma morte boa, era morrer sossegado (...)” I1</i></p> <p><i>“ Gostava que (...) me desse uma morte como deu ao meu pai, foi para a cama (...) e daí a pouco tempo estava morto.” I2</i></p> <p><i>“ (...) seria se eu me deitasse e morresse assim.” I3</i></p> <p><i>“Deitar-me e no dia seguinte abanar-me e já não acordar. Queria que fosse durante o sono porque não queria dar muito trabalho (...) seria durante um sono tranquilo (...)” I6</i></p>
5.2. Morrer com serenidade	Ausência de sofrimento	<p><i>“Uma boa morte seria sem sofrimento”. I1</i></p> <p><i>“Boa morte seria sem sofrimento (...)”.I6</i></p>
	Ausência de dor	<p><i>“ (...) gostava de não ter dores (...) mas o senhor que me leve quando ele quiser (...) gostava de morrer e ir para o céu.” I2</i></p>

		<p><i>“Evidentemente que os médicos e os enfermeiros tem de fazer de tudo para que as pessoas não tenham dor, nem vômitos, nem outras coisas” I3.</i></p> <p><i>“Gostava de morrer sem dores, mas não gostava que fosse de repente (...) gostava de ter tempo para me preparar melhor. Pensar melhor que vou morrer e que vou para o Senhor.” I5</i></p>
	<p>Presença de tranquilidade</p>	<p><i>“ Para mim uma morte boa, era morrer sossegado.” I1</i></p> <p><i>“ (...) é estar sossegada comigo e ter os meus (...) ter uma morte serena (...) I3</i></p>
<p>5.3. Reencontro com Deus</p>		<p><i>“ (...) o Senhor que me leve quando ele quiser (...) gostava de morrer e ir para o céu.” I2</i></p> <p><i>“ (...) é claro que também queria uma morte santa.” I3</i></p> <p><i>“Ter uma morte santa (...) para mim é estar preparada para a morte (...) Esta preparação para a morte é a graça de Deus, ou seja, é ter a vida em dia (...) temos de sofrer um bocadinho na hora da morte (...) para nos arrependermos dos pecados.” I4</i></p> <p><i>“Pensar melhor que vou morrer, é que vou para o Senhor.” I5</i></p> <p><i>“Em graça de Deus (...).” I7</i></p>

<p>5.4. Reconciliação consigo mesmo</p>		<p>“Morrer em paz, quer dizer não ter problema nenhum com determinada pessoa (...).” I1</p> <p><i>“Que Deus me perdoe as minhas faltas (...).” I2</i></p> <p><i>“Uma boa morte seria ir para o purgatório, (...) que é para acabar de descontar os nossos pecados, e das nossas faltas.” I5</i></p> <p><i>“( ... ) também gostava de me confessar no momento da morte.” I6</i></p> <p><i>“( ... ) sem pecados, que Deus não puxasse nada a contas, as minhas faltas, porque eu tive muitas faltas.” I7</i></p>
---	--	--

## 6. Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca das necessidades no confronto com o processo de morrer

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
6.1. Estar acompanhado		<p><i>“Sozinha não, gostava de estar com a minha família.” I2</i></p> <p><i>“ Gostava de estar recatada só com os meus (...).” I3</i></p> <p><i>“Gostava de estar acompanhada por alguém daqui da casa, faz-me muita pena saber que alguém morreu sozinho” I4</i></p> <p><i>“ (...) tem o direito a estar acompanhado, não sem ninguém, acompanhado é melhor (...).” I5</i></p> <p><i>“ (...) é muito triste morrer só, por isso deve-se ter direito a estar acompanhado.” I6</i></p> <p><i>“ (...) ter o direito de estar acompanhada, tenho muito medo de morrer sozinha, gostava de estar acompanhada dos meus filhos.” I7</i></p>
6.2. Privacidade	Ter	<p><i>“ (...) ter privacidade.” I6</i></p>

<p>6.3. Ter Oportunidade de escolha relativo ao local para morrer</p>		<p><i>“O local da morte (...), em casa ou no hospital, desde o momento que estivesse à vontade (...).” I1</i></p> <p><i>“Gostava de morrer no meu quarto, este quarto é a minha casa.” I3</i></p> <p><i>“O local também é importante, eu gostava de morrer aqui, porque às vezes vejo casos de pessoas que morrem no hospital sozinhas e se fosse aqui pelo menos tinha mais pessoas.” I4</i></p> <p><i>“ (...) escolher o local, eu gostava de morrer aqui, sempre tinha as pessoas á minha beira, as pessoas que eu conheço, mais chegadas.” I5</i></p> <p><i>“ (...) poder escolher o local (...) eu gostava de morrer aqui no meu quarto.” I6</i></p> <p><i>“O local é igual, não importa.” I7</i></p>
<p>6.4. Saber a verdade</p>		<p><i>“Também acho que se deve saber a verdade, sobre as doenças, não queria andar enganada (...).” I7</i></p>
<p>6.5. Tomar decisões</p>		<p><i>“ (...) poder tomar decisões até ao fim.” I3</i></p> <p><i>“ Sim tem direitos, tem o direito de tomar decisões” I7</i></p>

## 7. Perspetiva do idoso em processo de fim de vida acerca dos cuidados que gostaria de ter no processo de morrer

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
7.1. Promotores da dignidade		<p><i>“ (...) quando estiver a morrer ter uma boa assistência, quem está a sofrer tem de ser bem atendido (...)” I1</i></p> <p><i>“ (...) ser bem assistida.” I2</i></p> <p><i>“ (...) tem de ser responsáveis para tratar das pessoas e fazer os cuidados prescritos pelo médico...prestar esses cuidados a tempo e horas (...)! I3</i></p> <p><i>“Gostava de receber os cuidados necessários...teriam que ser prestados todos os cuidados.” I4</i></p> <p><i>“Ter os cuidados de assistência (...) ver o que a pessoa precisa e não precisa.” I5</i></p> <p><i>“ Receber assistência isto é vestir-me, lavar-me, dar-me de comer, pentear-me, dar medicação para as dores, para não morrer tão depressa. Gostava de morrer de uma forma lenta e bem...receber assistência.” I7</i></p>



<p>7.2. Promotores do alívio do sofrimento</p>		<p><i>“ (...) proporcionar com que me sentisse à vontade, fazendo com que morresse satisfeito e que não fosse aborrecido (...) aliviar o sofrimento” I1.</i></p> <p><i>“(...) os profissionais devem procurar que as pessoas não estejam em sofrimento, que esteja lavadinha, muita arranjadinha, com muito conforto e tudo que puder ser para minorar o seu sofrimento (...)” I3.</i></p> <p><i>“Aliviar a dor, para não ter desespero” I5.</i></p>
<p>7.3. Promotores do acompanhamento</p>	<p>Equipa de saúde</p>	<p><i>“Gostava de ser acompanhada por alguém aqui da casa (...) gostava de morrer aqui (...) se fosse aqui pelo menos tinha mais pessoas (...)” I4</i></p> <p><i>“Companhia (...) permitir ao doente em fim de vida que fosse acompanhado por um ente querido (...) é muito importante acompanhar-nos no momento da morte.” I6</i></p> <p><i>“ (...) ter o direito de estar acompanhada, tenho muito medo de morrer sozinha (...)” I7.</i></p>
	<p>Família</p>	<p><i>“Sozinha não, gostava de estar com a minha família.” I2</i></p> <p><i>“Não gosto de muita gente, (...) gostava de estar recatada só com os meus (...)” I3</i></p>

7.4. Facilitadores da prática religiosa	Receber a Extrema-unção	<p><i>“ (...) como católico gostava de receber um padre que me desse a bênção (...) receber o sacramento da extrema-unção antes de morrer (...) ajudaria a sentir-me bem”. I1</i></p> <p><i>“ (...).gostava de me confessar no momento da morte e receber a extrema unção.” I6</i></p>
	Poder rezar	<p><i>“ (...) gostava que rezassem por mim para sentir que Deus está ali (...)” I4</i></p> <p><i>“ Uma pessoa que está a morrer (...) quer é que rezem com o doente (...) é muito importante rezar no momento da morte.” I6</i></p>

## 8. Fatores potenciadores de uma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
8.1. Ter companhia		<i>“Estar acompanhada, receber amor e carinho, gostava que satisfizessem os meus pedidos (...)” I7</i>
8.2. Ter tranquilidade		<p><i>“Estivesse à vontade, sem sofrimento (...) morrer em paz.” I1</i></p> <p><i>“Estar com o espírito em paz (...)” I3</i></p> <p><i>“Serena, pensar em Deus.” I4</i></p> <p><i>“Estar em paz, ter paciência, não desesperar.” I5</i></p> <p><i>“(…) que o nosso Senhor me leve em Paz. Ter uma morte tranquila (...)”. I6</i></p>

8.3. Morrer só		<i>“ (...) gostava de estar sozinho em paz e sossego (...) aliviado de tudo ter tudo resolvido na minha vida. I1</i>
8.4. Processo de morrer rápido		<p><i>“ Processo de morrer rápido, inesperado, quando menos se espera (...).” I2</i></p> <p><i>“Gostava de morrer de repente (...)” (I3).</i></p> <p><i>“Boa Morte seria (...) rápido” (I6).</i></p>
8.5. Preparação para a morte		<p><i>“Acho que devia existir uma preparação para a morte (...)” (I3).</i></p> <p><i>“Tem o direito de se preparar para morrer, confissão e santa unção”. I4</i></p> <p><i>“ Quando Deus quiser que me leve que estou preparada. Fiz esta preparação no dia-a-dia (...) tenho andado a ler livros que me elucidam bastante sobre a morte” (I6).</i></p> <p><i>“ (...) para me poder preparar” (I7).</i></p>
8.6. Estar em paz		<i>“ (...) não ter problema nenhum com determinada pessoa, aliviado de tudo, ter tudo resolvido na minha vida.” I1</i>

<p>consigo</p>		<p><i>“(...) tudo resolvido na vida.” I2</i></p> <p><i>“Estar com o espírito em paz, eu graças a Deus estou.” I3</i></p> <p><i>“Ter tudo resolvido (...).” I6</i></p> <p><i>“Na hora da morte eu queria dizer a verdade toda aos meus filhos em relação ao que o meu pai me fez, e o meu ex-marido.” I7</i></p>
<p>8.7. Ter as Vontades cumpridas</p>		<p><i>“(...) ter as vontades cumpridas, com consciência tranquila.” I6</i></p> <p><i>“(...) gostava que satisfizessem os meus pedidos, não quero flores e quero ir para a igreja de S. vicente. Antes de morrer gostava de juntar os meus filhos todos e fazer um jantar de família, mas não tenho dinheiro.” I7</i></p>

## 9. Tema: Fatores inibidores de uma Boa Morte na perspetiva do idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ENTREVISTADOS
9.1. Sintomas descontrolados	Dores	<i>Muitas dores (...) o sofrer é muito custoso, idas para o hospital (...)</i> 12
	Sufrimento	<i>" (...) o sofrer é muito custoso, idas para o hospital (...)"</i> 12
	Desespero	<i>" (...) desespero da pessoa que está a morrer (...)"</i> 11  <i>" (...) o demónio que está ali atrás da pessoa a tentá-la e a desesperá-la (...)"</i> 15
9.2. Sentir-se esquecido		<i>" (...) não fazerem caso de mim, e fazerem disparates comigo (...)." 13</i>  <i>" (...) Uma pessoa no hospital não é cuidada com carinho ao pé do doente á espera que ele morra, (...) infelizmente não estão, e aqui no lar estão." 16</i>  <i>" (...) o facto de estar sozinha e os meus filhos não estivessem comigo (...)" 17</i>

<p>9.3. Não despedir-se dos entes queridos</p>		<p><i>“(...) morte inesperada.” I1</i></p> <p><i>“A minha filha e o meu marido morreram no hospital e não se despediram.” I2</i></p> <p><i>“(...) ser de repente porque não se apercebia da morte e não teve tempo de se preparar para ela.” I4</i></p> <p><i>“Morrer de acidente, uma morte inesperada (...) I6”</i></p> <p><i>“(...) que fosse inesperada, não se preparar, não se conseguir despedir das pessoas (...)” I7</i></p>
--	--	---

## Grelha da análise de conteúdo – Cuidador formal

### 1. Significado atribuído à morte pelo cuidador formal do idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
1.1. Etapa natural da vida		<p><i>” A morte é uma fase da vida (...) muito difícil de ser ultrapassada “. C1</i></p> <p><i>“A vida tem um princípio, tem um viver normal e tem um fim que é a morte” C8.</i></p> <p><i>“ (...) todos nós quando nascemos sabemos que temos um fim (...) é uma coisa que vai acontecer.” C9</i></p> <p><i>“ (...) a morte é vista como um fenómeno normal, tudo que nasce, morre. Todos os seres vivos que nascem morrem, portanto é uma fase que deve ser encarada naturalmente (...) para mim a morte é um segundo nascimento”. C10</i></p>
1.2. Uma Passagem		<p><i>“ (...) é uma passagem que nós temos (...)”. C2</i></p> <p><i>” Eu acho que a morte no fundo regula tudo o que fazemos no dia-a-dia”. C4</i></p> <p><i>“A morte (...) é uma passagem deste mundo para o outro e os doentes não devem estar sozinhos.” C8</i></p>



<p>1.3. Etapa inevitável</p>		<p><i>“(...) A morte é o que temos de mais certo na vida” C2</i></p> <p><i>“Mas além de tudo sabemos que é o nosso fim (...) Já que é inevitável morrermos (...)” C3.</i></p> <p><i>”(...) quando nos aproximamos duma fase mais final, regula ainda mais a vida (...) toda a gente sabe que há um fim.” C4</i></p> <p><i>“ A morte é inevitável, faz parte da vida (...).”C5</i></p> <p><i>“ A morte é o fim da vida (...) ”. C6</i></p> <p><i>“ A morte é uma inevitabilidade, todos nós quando nascemos sabemos que temos um fim, não vamos ficar cá sempre.”C9</i></p> <p><i>“ Para mim a morte é vista de facto como uma fase final da vida (...) considero a morte como o fim da minha carreira (...) Para mim a morte é um segundo nascimento.” C10</i></p> <p><i>“É a última etapa da vida (...) faz parte do percurso desenvolvimental que termina com a morte.” C11</i></p>
<p>1.4. Processo de alívio do sofrimento</p>		<p><i>“Pode ser um alívio de sofrimento (...) é um partir que nunca mais vemos ninguém (...) sabemos que é o nosso fim (...)” C3</i></p> <p><i>“ (...) depende de quem morre e de quem fica (...) para quem morre numa situação de doença pode ser um alívio e mesmo para os cuidadores...também pode ser um alívio (...)o impacto é negativo, é de tristeza, é de perda, é de saudade, é de injustiça.” C5</i></p>

		<p><i>“A morte (...) acaba com o sofrimento dessa pessoa que está em fase terminal, nestes casos a morte é bem-vinda.” C6</i></p>
--	--	---

## 2. Impacto no cuidador formal na partilha do processo de morrer no idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
2.1. Potenciador de sentimentos e emoções negativos	Tristeza	<p><i>“(...) realmente é muito difícil (...) é um processo muito complicado de ser vivido”. C1</i></p> <p><i>“(...) torna-se triste, muito dolorosa, (...) e dói (...) é muito complicado”. C3</i></p> <p><i>“(...) maioritariamente o impacto é negativo (...) é de tristeza (...)” C5</i></p>
	Saudade	<i>“(...) maioritariamente o impacto é negativo (...) é perda, é de saudade” C5</i>
	Injustiça	<i>“(...) maioritariamente o impacto é negativo (...) é injustiça.” C5</i>
	Medo	<p><i>“A morte é mais vista como o medo de morrer (...) e há medida que a idade aumenta, o medo de morrer aumenta também.” C4</i></p> <p><i>“(...) quando penso na morte (...) assusta-me um bocadinho” C7.</i></p>

2.2. Potenciador de sofrimento		<p><i>“ (...) para mim a morte não me assusta, o que me assusta é sofrer, ou seja o sofrimento até à morte” C7.</i></p> <p><i>“(...) nunca se está preparado para morrer, é sempre muito difícil (...)”C9.</i></p>
--------------------------------	--	--

### 3. Conhecimento do cuidador formal acerca do processo de fim de vida do idoso

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
3.1. Alterações de sinais físicos	Coloração da pele	<p>“(…) alterações nos olhos, nos dedos (…)”. C2</p> <p>“(…) o tom de pele (…)” C7.</p> <p>“Os doentes ficam (..) com um tipo de cor diferente (..)” C8.</p>
	Ausência de reação a estímulos	<p>“(…) também se começa a notar uma degradação de um dia para o outro (…)” C2.</p> <p>“Pela sua debilitação física (..)” C3.</p> <p>“Não reage, está em sofrimento, através da respiração, sem força no corpo, nota-se o sofrimento, nota-se também que o corpo da pessoa não está bem” C6.</p> <p>“(…) o aspeto do idoso (..)” C7.</p>
	Olhar vidrado	<p>“(…) alterações nos olhos (..)” C2.</p> <p>“O aspeto do idoso (..) o olhar (..)” C7.</p> <p>“Os doentes ficam (..) com olhos vidrados” C8.</p>

	Sinais Vitais alterados	<p><i>“Existe um processo partilhado com o médico (...) Também sabemos que a pessoa está a morrer através da avaliação do estado em geral, físico e sinais vitais.” C1</i></p> <p><i>“O aspeto do idoso (...) frequência cardíaca, (...) a respiração (...).” C7</i></p> <p><i>”Os doentes ficam com problemas de respiração, com pulsações mais brandas (...).” C8</i></p> <p><i>“Todos os sinais vitais em decadência, com problemas de respiração (...) e prostração intensa.” C10</i></p>
3.2.Alterações emocionais/ psicológicos	Medo	<i>“...vê-se a aflição do utente e o medo de morrer (...).”C1</i>
	Ansiedade	<p><i>“ (...) Simplesmente olhando para o utente sabe-se que ele está a morrer, que está a partir (...).” C1.</i></p> <p><i>“(...) choque, dor, ansiedade, tristeza, solidão.” C4</i></p>

<p>3.3. Verbalização pelo idoso</p>		<p><i>“ (...) vê-se a aflição do utente e o medo de morrer. Simplesmente olhando para o utente sabe-se que ele está a morrer, que está a partir (...) ” C1</i></p> <p><i>“Às vezes eles é que nos dizem...eles parecem que persentem e começam a ficar muito caidinhos, prostrados, não dizem coisa com coisa (...)” C2.</i></p> <p><i>“Para além do seu estado físico ou condição física (...) tipo de fala, o olhar...nos parecem mais tristes, sem vontade, mais cansados do processo que aí se desenvolveu (...)” C5</i></p> <p><i>“A intuição e a experiência clinica diz-nos que pode faltar pouco (...) tem que ser a intuição dos profissionais de saúde (...)” C9</i></p> <p><i>“ (...) no discurso do doente se verifica a sensação de desespero, de desistir de viver, de desistir de lutar, já não vale a pena conversar comigo (...) o desânimo e a desistência de si mesmo. ” C11</i></p>
-------------------------------------	--	---

#### 4. Conceito de Boa Morte para o cuidador formal do idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
4.1. Ausência de sofrimento		<p><i>“Uma boa morte é uma morte em que o utente não sofreu (...) não teve um processo de morrer prolongado (...) é aquela em que o doente não sofre”.C1</i></p> <p><i>Para uma boa morte também não se deve ter dor, agora também existe medicação para tirar a dor e o sofrimento (...) se morrer de repente teve uma morte bonita, porque não sofreu”. C2</i></p> <p><i>“Boa morte para mim seria sem dor, (...) sem sofrimento (...) dar cuidados de conforto, executar todos os pedidos da pessoa para que possa ter uma boa morte.” C7</i></p> <p><i>“Morte sem sofrimento é o mais importante de tudo.” C9</i></p>
4.2. Morrer a dormir		<p><i>“Boa morte é morrer a dormir, que é para não sentir, não pressentir, porque provavelmente há quem pressinta que está no final (...) A morte é inevitável (...)” C5.</i></p> <p><i>“Dormir e não acordar. Porque não há sofrimento, e não deixa os outros ver o sofrimento, morre em paz (...)” C6</i></p>



4.3. Ter tranquilidade		<p><i>“Acho que uma boa morte é viver em paz (...).”C5</i></p> <p><i>“Ter um fim de vida com o melhor que possa ter, morrer em paz (...) morrer com tranquilidade (...). ”C8</i></p> <p><i>“Para haver uma boa morte tem de ser num momento de paz, serenidade, tranquilidade, de envolvimento (...).”C10</i></p> <p><i>“Tranquilidade, serenidade (...) “ C11</i></p>
4.4. Preservar a dignidade		<p><i>“Uma boa morte é no fundo tentar ir com dignidade. Já que é inevitável morremos que seja com dignidade.” C4</i></p> <p><i>“ (...) sinta dignidade na morte, isto é, que sinta que à sua volta tem companhia, carinho, ternura, tudo isso ajuda à boa morte (...).” C10</i></p>
4.5. Presença dos entes queridos		<p><i>“Acho que para uma boa morte deve-se morrer acompanhado, dar um carinho, um olhar, às vezes um olhar diz mais do que muitas palavras.” C2</i></p> <p><i>“Eu acho que uma boa morte é viver em paz e ter sempre alguém por perto (...).” C3</i></p>

		<p><i>“(...) com proximidade familiar, na minha maneira de ver não há melhor que a proximidade familiar. Á falta disso existem os cuidadores (...).” C4</i></p> <p><i>“ Eu acho que uma boa morte (...) é ter sempre alguém por perto, porque eu acho que quem tem alguém por perto, não tem medo à morte. ” C5</i></p> <p><i>“Para haver uma boa morte tem de ser um momento de (...) envolvimento familiar (...) aqui na estrutura residencial temos a presença de todos os colaboradores, nós cuidadores somos sumamente importantes (...).”C10.</i></p>
4.6. Aceitação da morte		<p><i>“(...) a morte é boa se tiver uma preparação, um equilíbrio emocional, e uma consciência muito grande do que realmente se passa (...).” C5</i></p> <p><i>“(...) boa morte é possível quando a pessoa está de bem consigo, de bem com os outros, de bem com a vida, quando a pessoa tem as suas coisas organizadas e falo até de bens materiais (...).” C10</i></p> <p><i>“(...) ter a sensação de missão cumprida, ter tudo resolvido na vida.” C11</i></p>

## 5. Opinião do cuidador formal em relação aos Direitos do idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
5.1. Tomada de decisão	Facilitar a escolha de tratamento	<p><i>“ (...) até têm o direito de decidir como querem ir no momento da morte (...)” C2</i></p> <p><i>“ (...) o direito de escolha (...) a escolha se quer ter sonda, se quer ir para o hospital outra vez, se quer cateteres ou oxigênio, todas estas escolhas ficam aquém, ficando este direito comprometido. Mas os profissionais pensam que estão a fazer valer o principal direito, que é o direito á vida” C5.</i></p>
	Facilitar a colocação de questões	<p><i>“Ter o direito de continuar a fazer perguntas, tirar as suas dúvidas, continuar a sentir-se útil e poder tomar as suas decisões” C11.</i></p>
5.2. Cuidados de conforto		<p><i>“Acho que as pessoas em fim de vida têm direitos (...) Deve ter carinho, ser massajado, posicionado, cuidar da higiene, falar com ela, ter alguém por perto, dar uma palavrinha amiga (...)”. C3</i></p> <p><i>“ Devem ter carinho, ser massajado, ser posicionado, cuidar da higiene (...) molhar a boca, tudo isto faz parte do fim da vida.” C5</i></p>

		<p><i>“ (...) um fim de vida digno, devem ter tudo ao seu dispor para ter um fim de vida com qualidade (...).” C8</i></p> <p><i>“ (...) deve ser corretamente acompanhado medicamente e pessoalmente por uma estrutura que consiga ampará-lo e, essencialmente que não tenha dores (...).”C9</i></p>
<p>5.3. Respeito pelas vontades pessoais</p>		<p><i>“ (...) ir de encontro às necessidades e desejos dos utentes em fase final (...) E sempre que possível deve ser satisfeita a sua vontade (...) muitas das vezes é difícil disponibilizar o tempo que eles precisam (...).” C1</i></p> <p><i>“ (...) às vezes não vejo o cumprimento de certos gostos devido à maneira como explicam à diretora já faz diferença e não é satisfeito o desejo (...) Muitas vezes alguns direitos não são atendidos devido à falta de sensibilidade de alguns profissionais (...).” C2</i></p> <p><i>“ (...) o idoso em final de vida tem direitos, como aqueles pedidos especiais que normalmente fazem (...).” C4.</i></p> <p><i>“ (...) todos os direitos inerentes à vida humana. O direito de ser respeitado (...).” C5</i></p>

		<p><i>“ (...) tento aceder a todos os pedidos do idoso.” C7</i></p>
<p>5.4. Estar acompanhado</p>		<p><i>“Em relação ao direito de ter um familiar sim. Sempre que possível. (...) Sempre que possível estar junto a ele (...) o doente terminal deve estar acompanhado e confortável (...).” C1</i></p> <p><i>“ (...) não o deixar muito tempo sozinho, mostrar que estamos atentos ao sofrimento dele, dar o mais carinho possível.” C6</i></p> <p><i>“Tem o direito de estar acompanhados.” C7</i></p> <p><i>“ (...) estar sempre ao pé deles (...) O facto de ter alguém por perto ajuda a que fiquem mais tranquilos, vêm que não estão sós.” C8</i></p> <p><i>“ (...) deve ser corretamente acompanhado medicamente e pessoalmente por uma estrutura que consiga acompanhá-lo (...).” C9</i></p> <p><i>(...) o idoso em fim de vida tem direitos (...) a não morrer só (...) morrer com toda a dignidade (...) a ser envolvido num ambiente de paz, serenidade e tranquilidade.” C10</i></p>

<p>5.5. Respeito da individualidade</p>		<p><i>“ Acho que as pessoas em fim de vida tem direitos. Tem o direito de ser tratado como tal, para além de estar em fase terminal deve ser tratado como um outro ser.” C3</i></p> <p><i>“Tem todos os direitos inerentes à vida. O direito de ser respeitado (...)”C5</i></p> <p><i>“ (...) o direito de continuar a ser respeitado, ser cuidado mesmo sabendo que já não há nada a fazer por ele, e mesmo assim tem de se continuar a cuidar dele com dignidade.” C11</i></p>
<p>5.6. Ter qualidade de vida</p>		<p><i>“ (...) tem o direito ao seu bem-estar, tanto psicológico como físico (...) ” C2</i></p> <p><i>“Ter qualidade de vida, esse é o direito fundamental do idoso em fim de vida.” C6</i></p> <p><i>“ (...) um fim de vida digno, devem ter tudo ao seu dispor para ter um fim de vida com qualidade (...)” C8</i></p> <p><i>“ (...) dar a todos os idosos o máximo de qualidade de vida a todos os níveis até á morte (...).”C10</i></p>

5.7. Ter privacidade		<p><i>“ (...) Os idosos em fim de vida tem todos os direitos. Como por exemplo o direito à privacidade (...).” C2</i></p> <p><i>“ (...) direito à privacidade (...).” C1</i></p>
5.8. Saber a verdade		<p><i>“ Também acho que o doente tem direito de saber a verdade (...). ” C3</i></p> <p><i>“Saber a verdade em parte também é um direito.” C6</i></p>

## 6. Perceção do cuidador formal relativo aos cuidados necessários a prestar ao idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
6.1. Satisfação de necessidades físicas	Posicionamento	<p><i>“ O próprio posicionamento (...)” C2.</i></p> <p><i>“Bom posicionamento (...)”C7.</i></p> <p><i>“Apoio os autocuidados (...)” C9.</i></p>
	Cuidados de higiene	<p><i>(...) numa fase terminal um banhinho já é um alívio, relaxa. A falta de higiene dá muito mau estar (...) “C2.</i></p> <p><i>“(...) cuidados físicos (...)” C4.</i></p> <p><i>“ (...) cuidados de higiene (...)” C7.</i></p> <p><i>“Apoio os autocuidados (...)” C9.</i></p>
	Cuidados alimentares	<p><i>“(...) numa fase terminal (...) a alimentação é muito importante” C2.</i></p> <p><i>“ Alimentação também é um cuidado importante, acho que os doentes devem ser alimentados até ao fim” C8.</i></p>



		<p><i>“ Apoio nos autocuidados (...)” C9</i></p>
	Alívio de sintomas	<p><i>“ (...) controlar a dor e o sofrimento (...)” C4.</i></p> <p><i>“O conforto físico, sendo que este engloba não só, os posicionamentos, estar num cadeirão, as roupas. Poderem escolher o que querem comer e a que horas (...)”C5.</i></p> <p><i>“Não mexer muito com eles, não os massacrar muito, deixar em sossego (...) devemos falar com eles (...)” C6.</i></p> <p><i>“Posicionar a pessoa de forma que se sinta confortável, proporcionar tranquilidade...existe medicação (...)” C8.</i></p> <p><i>“ (...) conseguir perceber o seu grau de sofrimento (...)” C9.</i></p> <p><i>“Tecnicamente, acho que devem ser prestados todos os cuidados para aliviar toda a sintomatologia que provoque dor e mau estar (...)” C10.</i></p> <p><i>“ (...) controlar os sintomas físicos (...)” C11.</i></p>
6.2.Satisfação de necessidades psicológicas	de Favorecimento da expressão de sentimentos /	<p><i>“ (...) aleitamento emocional, de fazer com que se sinta cuidada, e que a vida não foi em vão, pouco mais do que isso se pode fazer...” C4.</i></p> <p><i>“Deve também ser evitadas conversas cruzadas, toda a nossa atenção se deve dirigir para aquele doente em fim de vida (...)” C10.</i></p>

		<i>“Do ponto de vista relacional (...) o apoio emocional, dar abertura para o doente se expressar em relação a medos e receios (...) conversar com eles.”C11</i>
	Respeito pelos silêncios	<i>“ (...) que deve ser envolvido em silêncio exterior, para que de facto ele tenha tranquilidade” C10.</i>
	Proporcionar o Carinho/ afeto	<i>“ (...) eu dou mais valor é ao afeto (...) mas não é só mesmo na hora da morte é em tudo...mas o afeto é muito importante, ter atenção com aquela pessoa... tenho a necessidade de estabelecer uma relação de afeto e carinho e de marcar a minha presença perante o idoso” C2.</i>  <i>“ Acho que nesta fase o tipo de relação que estabelecemos com o doente é mais o carinho, a ternura (...)” C10.</i>
	Respeitar os desejos	<i>“ (...) ir de encontro às necessidades e desejos dos utentes em fase final...sempre que possível deve ser satisfeita a sua vontade (...) Devemos sempre falar com o doente terminal (...) Sempre que possível estar junto dele ... deve estar acompanhado, confortável</i>

		<p>(...)” C1.</p> <p>“ (...) sempre que me pedem alguma coisa tento arranjar (...) mas sempre com o cuidado se era bom para o doente e não o ia prejudicar” C2.</p> <p>“ (...) para se atender à vontade ou necessidades do doente. A vontade social e emocional (...)” C5.</p>
<p>6.3. Promover a Comunicação</p>	<p>Expressão verbal e não verbal</p>	<p>“Devemos sempre falar com o doente terminal, mesmo que ele não fale, porque certamente que ouve, pode não responder, responde com gestos (olhar, tocar).” C1.</p> <p>“ (...) basta a presença, ou um falar (...) os doentes dão muito valor a isso.” C2.</p> <p>“ Devemos falar com eles, muitos deles não falam mas ouvem.” C6.</p> <p>“Antes da morte se é um idoso que está mesmo por minutos, tento ficar ao pé dele, nem que seja só para lhe dar a mão (...).”C7.</p> <p>“ Acho que nesta fase o tipo de relação que estabelecemos com o doente é mais o (...) toque, acho que é de extrema importância” (C10).</p> <p>“Ou apenas conversar com eles.” C11.</p>

	Estabelecer uma relação de confiança	<i>“Tentar conversar e nada de falar na partida (...)” C3.</i> <i>“Ajudar a pessoa a aceitar o momento final da vida.” C6.</i>
--	--	---

## 7. Estratégias adotadas pelo cuidador formal após a morte do idoso do idoso em processo de fim e vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
7.1. Apelo à fé		<p><i>“Após a morte peço sempre pela alma da doente, e na hora da morte vem tudo à cabeça, os momentos que passamos com elas, as brincadeiras, e marca...” C2.</i></p> <p><i>“A única coisa que faço depois de um doente morrer, como católica penso: recebe bem este doente, toma bem conta dele (...) passar aquela doente para alguém, para o divino, já que eu não posso fazer mais nada por ela.” C5.</i></p> <p><i>“ (...) após a morte rezo sempre, não temos pressa em arranjar a pessoa, deve-se deixar repousar o cadáver para fazer a passagem.” C8.</i></p> <p><i>“ (...) a opinião que temos da pessoa mantem-se em vida e depois de morta, o que nós não podemos ter é contacto físico, mas podemos pensar nela e devemos pensar nela, ou até conversar. A pessoa está noutra dimensão, mas o espírito pode estar connosco.” C9.</i></p> <p><i>“ (...) nós católicos entendemos esses momentos (...) No momento exato em que a pessoa partiu, procuro ficar em silêncio e continuo a acarinhar é uma preocupação minha... também rezo para que o Senhor lhe dê o eterno descanso (...) Penso que deve estar cerca de meia hora a sós com Deus, que possivelmente deve estar a encontrar-se</i></p>

		<i>com Deus, nesse tempo aquele corpo merece todo o respeito, toda a dignidade (...) De seguida procuramos lidar com o corpo humano com a máxima dignidade (...)" C10</i>
7.2. Adoção de mecanismos de proteção	Distanciamento	<i>"Claro que será sempre necessário manter o distanciamento necessário entre o profissional e o doente (...) como profissionais temos que saber controlar os nossos sentimentos (...) Devemos estar mentalmente e emocionalmente bem para cuidar de outras pessoas e as suas famílias no nosso dia-a-dia." C1.</i>
	Evitamento	<i>" (...) não apresento qualquer perspetiva sobre a morte, mas opinião pessoal sobre a morte" C4.</i>  <i>" (...) não apresenta qualquer perspetiva sobre a relação que estabelece com a morte" C6.</i>  <i>"Após a morte nunca tive necessidade de estabelecer uma relação" C11.</i>
	Aceitação	<i>"Depois do doente falecer gosto muito de não mexer logo a seguir à morte, gosto é de continuar a conversar, porque acho que a pessoa continua a precisar de mim e da minha conversa, mesmo depois da morte (...)" C3.</i>  <i>"Após a morte devemos respeitar, durante uns minutos deixar o corpo repousar e então depois serem feitos todos os cuidados para que aquele corpo vá minimamente íntegro para depois familiares darem o seguimento pretendido (cremação ou enterro)." C7.</i>

## 8. Fatores potenciadores de uma boa morte na perspetiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
8.1. Proporcionar tranquilidade		<p><i>“Morte sossegada, descansada...” C1.</i></p> <p><i>“Estar de bem com toda a gente, estar em paz com toda a gente...” C2.</i></p> <p><i>“ Ter uma morte em paz” C3.</i></p> <p><i>“Morrer a dormir, por ser tranquilo e um processo de morrer rápido, controlo de sintomas físicos e emocionais. Sem perceção da morte (...)” C5.</i></p> <p><i>“Ter uma morte calma.” C6.</i></p> <p><i>“Ter paz interior, estar de bem com a vida e com todos, ter os sintomas controlados e a pessoa ter tudo resolvido na vida.” C10.</i></p>

<p>8.2. Proporcionar uma Preparação para a morte</p>		<p><i>“Existir uma preparação prévia do doente para a morte com a ajuda dos profissionais de saúde (...)” C1.</i></p> <p><i>“É importante que haja uma preparação para a morte (...) ” C2.</i></p> <p><i>“Com dignidade (...) existir uma terapia no final da vida (...) ” C4.</i></p> <p><i>“Estar preparado para morrer é muito importante (...)” C5.</i></p> <p><i>“O facto de cuidadores e familiares aceitarem o momento da morte do doente (...)” C9.</i></p> <p><i>“O próprio conceito que o idoso tem da morte (...) a forma como encara a morte, a aceitação da morte (...) ” C11.</i></p>
<p>8.3. Respeito pelas últimas vontades</p>		<p><i>“Respeitar a vontade do doente em relação ao local da morte (...) Respeitar igualmente quando o doente diz que quer vez os filhos, ou o marido ou outro familiar (...)” C1.</i></p> <p><i>“Devem-se satisfazer o máximo de desejos dessa pessoa.” C2.</i></p>



<p>8.4. Ausência de Sofrimento</p>		<p><i>“Sem dores (...).” C2.</i></p> <p><i>“Controlar os sintomas através da medicação (...).” C6.</i></p> <p><i>“Viver até ao fim sem sofrimento, sem dores, sem aflição, sem falta de ar. Poder despedir-se das pessoas pode provocar alívio” C8.</i></p>
<p>8.5. Preservar a Rede de relações</p>		<p><i>“Realmente a família e nós cuidadores tentarmos ser os mais próximos possível (...).” C3.</i></p> <p><i>“Ter a presença de um familiar (...).” C4</i></p> <p><i>“Estar acompanhado (...).” C6.</i></p> <p><i>“Morrer acompanhado...ter visitas de familiares diárias ou semanais, ser acarinhado pela instituição e pelos cuidadores (...).” C7.</i></p> <p><i>“A família...tipo de relação de ajuda estabelecida entre o cuidador e o doente (...).” C11.</i></p>

## 9. Fatores Inibidores de uma boa Morte na perspectiva do cuidador formal do idoso em processo de fim de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
9.1. Presença de Solidão		<p><i>“ (...) morrer sozinho (...) morrer sem que os fatores positivos tivessem sido proporcionados (...)” C1.</i></p> <p><i>“Falta de pessoas à volta. (...) falta de um confidente (...)” C4.</i></p> <p><i>“Morrer sozinho (...)” C7</i></p>
9.2. Sentir-se abandonado		<p><i>“(...) morrer consciente que não foi acarinhado (...) Morrer consciente que foi abandonado pela família seria um fator inibidor de boa morte” C7.</i></p> <p><i>“Abandono, falta de carinho, falta de apoio (...)” C9.</i></p>
9.3. Sintomas		<p><i>“Ter dores descontroladas, o mau trato psicológico, frieza das pessoas que o cuidam (...)”</i></p>

descontrolados		<p>C2.</p> <p><i>“Ter uma morte desassossegada, faltar uma palavra amiga (...)” C3.</i></p> <p><i>“Falta de cuidados específicos (...)” C4.</i></p> <p><i>“Morte com um prelúdio caracterizado por agudização de sintomas (...) o choque da percepção ou surpresa da evidência (...)” C5.</i></p> <p><i>“Ter muitas horas de sofrimento (...)” C6.</i></p> <p><i>“Deve ser muito agonizante ter consciente que vai morrer.” C8.</i></p>
9.4. Não ser perdoado		<p><i>“A pessoa não ter a vida resolvida (...) Quando estão de mal com outras...porque as pessoas não estão reconciliadas com Deus.” C10.</i></p>