

Envelhecimento, finitude e morte: narrativas de idosos de uma unidade básica de saúde.

Envejecimiento, finitud y muerte: narrativas de ancianos de una unidad básica de salud.

Aging, finitude and death: narratives of the elderly of a basic health unit.

Pedro Igor Daldegan de Oliveira^{1*} , Maria Inez Padula Anderson¹ 

¹ Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Resumo

O presente estudo, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, teve como objeto central estudar, através das suas narrativas, a percepção de idosos ativos, com idade de sessenta anos ou mais, sobre aspectos relacionados ao envelhecimento, à finitude e à morte. O objetivo principal foi explorar como estas temáticas poderiam ser abordadas por médicos de família e comunidade e outros profissionais de saúde na Atenção Primária (AP), e desta forma contribuir para um cuidado mais adequado às pessoas e às famílias, em relação à vivência destas últimas etapas da vida. Foram realizadas e gravadas 10 entrevistas com uma amostra de idosos acompanhados em uma Clínica da Família do Rio de Janeiro. A seguir, foram transcritas para estudo por análise de conteúdo segundo Bardin, tendo por base categorias previamente definidas conforme estruturação do questionário aplicado nas entrevistas. Percebeu-se uma necessidade de os idosos conversarem sobre esses temas, mas há carência de espaços para reflexões sobre morte e, principalmente, sobre envelhecimento. Em relação a este, foram obtidos relatos interessantes sobre a diferenciação entre envelhecer e ficar velho. Avalia-se que este estudo trouxe reflexões relevantes sobre a temática além de contribuições para a formação de profissionais e o desenvolvimento de atividades no âmbito da AP e dos Cuidados Paliativos em assuntos relacionados à abordagem de pessoas e famílias passando por situações de envelhecimento, finitude, proximidade da morte e da própria morte, em si.

Palavras-chave: Envelhecimento; Morte; Finitude; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família

Abstract

The purpose of this qualitative, descriptive and exploratory work was to study, through the narrative of people with sixty years or older, how the active elderly perceive aging, finitude and death. The main goal was to explore how these issues could be dealt by family doctors, and other professionals in Primary Health Care (PHC). Therefore, it is expected that this work should contribute for a better health care of people and families in those subjects related with the last stages of life already mentioned. In this context, it was explored the knowledge of the Vital Testament and Early Directives as well, both still not well established in Brazil. Interviews were conducted and recorded with a sample of accompanied elderly people at a Family Clinic in Rio de Janeiro. They were then transcribed for study, using the content analysis. It was observed an elderly people necessity to talk on these issues. But there is a lack of room for reflections about death and, mainly, on aging. In this sense, interesting accounts have been obtained on the differentiation between the aging and be elder. This study has brought relevant thoughts on the subject, beyond the contribution to the professionals' formation. Also, about the activity's development in the scope for the Primary Health Care and Palliative Care, concerning the treatment of people and families experiencing aging, finitude, period of decline and death itself.

Keywords: Aging; death; finitude; primary health care; family health strategy.

Como citar: Oliveira PID, Anderson MIP. Envelhecimento, finitude e morte: narrativas de idosos de uma unidade básica de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2195. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2195](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2195)

Autor correspondente:

Pedro Igor Daldegan de Oliveira.
E-mail: daldeganmfc@gmail.com

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:

Comité de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o número 2.270.511

Procedência:
não encomendado.

Revisão por pares:

Externa.
Recebido em: 15/09/2019.
Aprovado em: 04/05/2020.



Resumen

El presente estudio, de carácter cualitativo, descriptivo y exploratorio, tuvo como objetivo central estudiar, a través de sus narrativas, la percepción de ancianos activos, de sesenta años o más, sobre aspectos relacionados con el envejecimiento, con la finitud y con la muerte. El objetivo principal fue explorar cómo estas temáticas podrían ser abordadas por médicos de familia y comunidad y otros profesionales de la salud en la Atención Primaria (AP), y de esta forma contribuir a un cuidado más adecuado de las personas y las familias, con relación a las vivencias en estas últimas etapas de la vida. Se realizaron y registraron 10 entrevistas en una muestra de ancianos acompañados, en una Clínica de Familia de Rio de Janeiro. A continuación, fueron transcritas para el estudio por análisis de contenido, basado en las preguntas como categorías preliminares del análisis. Se percibió una necesidad de los ancianos a conversar sobre estos temas, pero existe una carencia de espacios para reflexiones sobre la muerte y, principalmente, sobre el envejecimiento. En relación con éste, fueron obtenidos interesantes relatos sobre la diferencia ente envejecer y estar viejo. Se valora que este estudio trajo reflexiones relevantes sobre la temática, asimismo sobre la formación de profesionales; también para el desarrollo de actividades en el ámbito de la AP y de los Cuidados Paliativos en asuntos relacionados con el abordaje de personas y familias pasando por situaciones de envejecimiento, finitud, proximidad de la muerte y de la propia muerte en sí.

Palabras clave: Envejecimiento; Muerte; Finitud; Atención primaria a la salud; Estrategia salud de la familia

INTRODUÇÃO

Envelhecer e morrer, apesar de constituírem fenômenos naturais e esperados, têm sido percebidos de forma diversa desde tempos remotos. Diferentes formas de viver e diferentes valores sociais levaram a morte a ter diferentes representações nas sociedades ao longo dos tempos. Na atualidade, a morte geralmente é vista como algo ruim, que deve ser evitada a todo custo e da qual as pessoas costumam se afastar. Entretanto, nem sempre foi assim ¹. Até as últimas décadas do século XVIII e início do XIX, a morte era considerada um fenômeno natural e vivenciada no domicílio, com a presença de familiares e amigos. A partir dessa época, com o aparecimento das epidemias e dos cultos religiosos e, mais recentemente, com o desenvolvimento do capitalismo e de várias tecnologias do complexo médico-industrial, a morte passou a representar um desafio a ser superado e foi progressivamente sendo transferida para o ambiente hospitalar, distanciando-se das pessoas e do seu seio familiar. Uma característica que também se percebe é que a morte passou de um evento coletivo para individual e, muitas, senão na maioria das vezes, um evento solitário. Através desta perspectiva, temos uma questão emblemática a ser compreendida, uma vez que a morte não poderia se concretizar como evento individual já que, em sua essência, é um evento coletivo. É na morte que todo ser se torna igual aos demais, independente de quem foi, do que tem ou do que fez ².

Concomitantemente, houve uma mudança também na percepção sobre a morte: passar de um acontecimento que faz parte da natureza humana, para um evento medonho, que deve ser evitado. Isto ocorreria, principalmente, pelo distanciamento que se coloca esse evento do cotidiano da vida em sociedade ¹. Esse distanciamento afeta também os profissionais da saúde, mesmo quando convivem com a morte de forma quase diária. A morte passa a ser uma inimiga a ser combatida e que, quando chega, traz consigo marcas de fracasso e impotência. Todo esse contexto tem causado sofrimentos em especial para os que estão mais perto da morte, em situação de maior fragilidade.

Neste contexto, dois tipos de abordagens médicas têm buscado estabelecer caminhos alternativos, visando ajudar ao desenvolvimento de uma atuação profissional e social mais adequada frente ao processo de morrer: (a) a medicina de família e comunidade que usa o método clínico centrado na pessoa para entender a experiência de estar doente e, assim, busca fornecer o apoio necessário nesses momentos ³; (b) os cuidados paliativos que, em uma lógica semelhante, têm buscado fornecer alívio aos sintomas físicos e psíquicos, buscando também ressignificar o processo de adoecimento e morte, assim como a própria vida que chega ao fim ⁴.

O presente estudo busca trazer contribuições para que médicos de família e comunidade e demais os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) possam refletir sobre o tema da morte e da finitude, a partir da percepção de idosos sobre estes temas. Desta forma, espera-se que se possa debater mais sobre o assunto e explorar estratégias adequadas e oportunas de abordar as últimas etapas do ciclo de vida, no cotidiano das ações da APS, especialmente os tópicos relacionados ao envelhecimento, à morte e ao processo de morrer. Avalia-se que estes períodos e processos provocam significativas mudanças na vida dos indivíduos e, geralmente, são causadores de grande angústia. Ao se pesquisar a literatura atual, poucos foram os trabalhos acadêmicos encontrados que explorassem a temática. Sendo assim, foram utilizados também de escritos literários para enriquecimento desse estudo.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo, exploratório e abordagem qualitativa, que teve como público-alvo idosos ativos de 60 anos e mais atendidos por equipes de Saúde da Família em uma Unidade de Saúde de um bairro tradicional e de classe média do Rio de Janeiro, apesar de também ter comunidades carentes no seu entorno, como se ocorrer na cidade do Rio de Janeiro. A unidade de saúde pode ser caracterizada como uma unidade mista, disposta de uma estrutura de Centro Municipal de Saúde comportando à época 4 equipes de Saúde da Família, todas elas constituindo centro de treinamento para residentes de Medicina de Família e Comunidade.

Foram realizadas entrevistas com os idosos abordando temas sobre envelhecimento, finitude e morte. Optou-se pela abordagem qualitativa porque, nesta o pesquisador procura entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada, buscando visualizar o contexto e ter uma visão empática com o processo que implique melhor compreensão do fenômeno⁵.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o número 2.270.511.

Os idosos foram selecionados inicialmente de forma aleatória através de listas de pacientes de 60 anos e mais, cadastrados na unidade. Houve um controle para que houvesse um número semelhante de homens e mulheres, classes sociais diferentes e variação de idade, desde que a idade mínima estivesse observada. Optou-se por chamar os quinze primeiros idosos da lista, considerando que este seria um número satisfatório, uma vez se tratar de um estudo de caráter qualitativo. Os idosos foram contatados via telefônica, sendo então convidados a participar das entrevistas, após serem informados sobre o tema, a forma e o local de realização. Dentre estes idosos contatados, três se recusaram a participar do estudo. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (a) Ter idade maior ou igual a sessenta anos; (b) Ter avaliação do Mini Exame do Estado Mental igual ou maior a 24 para pessoas com mais de 4 anos de estudo e maior ou igual a 17 para aqueles com menos de 4 anos de estudo; (c) Não ter critério para depressão na Escala de Depressão Geriátrica de 5 itens (GDS-5 - Geriatric Depression Scale)⁶; (d) Não estar acamado/a; (e) Não ter diagnóstico de câncer em atividade; (f) Não ter necessidade de um cuidador para as atividades da vida diária.

As entrevistas foram realizadas na residência dos idosos, ou no espaço da unidade de atenção primária à saúde, de acordo com a preferência de cada um, após explanação sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes da realização das entrevistas foi verificado se os idosos cumpriam os critérios de inclusão. Entre os idosos pré-selecionados, dois não obtiveram a pontuação necessária no Mini Exame do Estado Mental e foram excluídos da pesquisa. Nenhum participante apresentou pontuação para depressão através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de 5 itens. Optou-se por entrevistar idosos mais saudáveis por ser um estudo exploratório, cuja temática é mais sensível e ainda pouco estudada no âmbito da APS, mesmo em nível nacional.

O roteiro de entrevista foi desenvolvido pelos autores do projeto, após leitura de referências bibliográficas e literárias sobre o tema e, também, a partir da experiência clínica dos mesmos no contato com pessoas idosas. O roteiro da entrevista contava com perguntas para caracterização do sexo, idade, situação e atividade profissional atual, anos de estudo e se o idoso/a morava sozinho/a ou acompanhado/a. Além disso, continha mais oito questões abordando o envelhecimento, a morte, incluindo o local preferido de morrer e as intervenções médicas e o conhecimento sobre o testamento vital. Durante as entrevistas, os idosos tiveram liberdade de responder de forma livre e somente foram interrompidos após longos períodos de falas não referentes às perguntas.

Ao final foram realizadas tantas entrevistas quantas necessárias para que houvesse saturação do conteúdo, ou seja, quando não se obtivesse dados novos a partir das respostas, em relação às perguntas disparadoras. A partir desse momento não foram inseridos novos participantes. As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio formato digital (MP3) e logo após transcritas de forma literal. Para esse estudo, utilizou-se do método de análise conteúdo descrito por Bardin⁴ onde inicialmente foi realizada uma pré-análise com leitura das transcrições dos áudios. A seguir, utilizando o roteiro do questionário como base, houve a definição das informações para referenciação, formulação das hipóteses e elaboração de categorias de análise, conforme o estudo do tema, correlacionando com os objetivos da pesquisa.

RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Foram entrevistados um total de dez idosos de 63 a 85 anos, com média de 71.3 anos. Todos eles referiram ter alguma religião; entre elas: Católica Apostólica Romana, Espírita, Evangélica e Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. (QUADRO I). As respostas dos idosos foram identificadas com as siglas E1, E2, E3, etc

QUADRO 1 – Relação dos idosos e idosas entrevistados com algumas características sócio demográficas.

Entrevistado 1	AM, masculino, 85 anos, mórmon, mora com a esposa
Entrevistada 2	AMSD, feminino, 65 anos, católica, mora com esposo e um neto
Entrevistada 3	AMX, feminino, 64 anos, evangélica, mora com esposo
Entrevistado 4	EBVF, masculino, 74 anos, evangélico, mora sozinho
Entrevistado 5	JLS, masculino, 80 anos, católico, mora com a esposa e uma filha
Entrevistada 6	MFC, feminino, 63 anos, evangélica, mora sozinha
Entrevistada 7	MIPA, feminino, 70 anos, espírita, mora com esposo
Entrevistada 8	OMOT, feminino, 77 anos, católica, mora sozinha
Entrevistado 9	OMA, masculino, 67 anos, católico/espírita, mora com esposa e duas filhas
Entrevistado 10	RA, 70 masculino, 70 anos, espírita, mora com esposa

Baseado nas perguntas feitas aos participantes identificou-se 4 grandes categorias de análise que são apresentadas à continuação.

DIFERENÇAS ENTRE A FASE DA VIDA ADULTA E O ENVELHECIMENTO

Através das entrevistas ficou evidente que, na percepção dos idosos entrevistados, a velhice tem muitas diferenças quando comparadas à vida adulta. O idoso vive dramas que nunca havia vivido e, em geral tem mais problemas de saúde, maiores dificuldades financeiras, perde familiares e amigos com maior frequência, entre outras formas de luto. Ou seja, não se trata apenas de alterações em sua biologia, mas também do seu contexto social, financeiro, psicológico, emocional e cultural ². Por isso, ao refletir o assunto em seu livro “A Velhice”, Beauvoir ⁶ diz que a velhice não é um fenômeno fácil de ser circunscrito.

O que pensavam os idosos entrevistados sobre discutir o envelhecimento na Unidade de Saúde? Dos dez entrevistados, apenas um declarou não ter interesse em conversar sobre esse tema na clínica da família. Os outros se mostraram interessados e até mesmo declararam ser muito importante e até necessário, a exemplo destes relatos:

“Todas pessoas de idade gostariam de saber desse processo todo” E9

“Não só gostariam como precisam” E10

Referiram também a preferência de que o tema fosse abordado por profissional médico ou psicólogo, por considerarem estes mais preparados e por acreditar que os mesmos poderiam utilizar as informações obtidas de alguma forma no tratamento delas.

Apesar do envelhecimento ser um evento comum nos dias de hoje, este ainda pode ser considerado um fenômeno recente, considerando-se toda a história da humanidade. Até o início do século XX, o tempo médio de vida ficava em torno de 40 anos de vida. Foi na França, no final do século XVIII, que o envelhecimento se tornou mais evidente, quando a dita terceira idade passou a representar 10% da população da época ⁷. Parece então adequado e importante que o tema do envelhecimento seja abordado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, em todas as faixas etárias, especialmente junto aos idosos e seus familiares.

ENVELHECER OU FICAR VELHO?

Para além da diferença entre velhice e vida adulta, algo bastante interessante emergiu nas entrevistas: a diferenciação clara que os idosos fizeram entre envelhecer e ficar velho/a. Inclusive, nenhum deles se declarou velho, como está expresso nos fragmentos a seguir:

“Eu não me considero velho” E1

“Eu não me considero velha com 63 anos.” E6

“Ainda não sei o que é ficar velha, pois não me sinto velha ainda. Tenho 70 anos e parece que fiz 40 ontem.” E7

“Acho que para eu ficar velha vai ser difícil porque eu cuido demais...” E8

Os idosos associaram **ficar velho/a** à inutilidade, à falta de atividades ou falta de vontade/disposição para atividades cotidianas ou de trabalho e à dependência de outras pessoas para atividades de vida diária.

Já o envelhecimento foi associado com dificuldades ou limitações para atividades do dia a dia, com menos recursos para lidar com adversidades, com desgaste do corpo e a finalização esperada do ciclo da vida. Como citado em Moreira & Oliveira (p. 158)⁸:

O verdadeiro velho é o outro – neste sentido, os sujeitos enfatizam o estágio final da velhice como fase de dependência total. Assim, há sempre um “outro” mais velho que ele. Parece importante salientar, que, ao destacar aspectos negativos da velhice que de certo modo ameaçam a identidade do sujeito, alguns mecanismos de defesa são acionados. Assim, há sempre um outro mais velho que concretizaria as características negativas da velhice.

Por outro lado, o sentimento de inutilidade também pode ser originado de uma sociedade que valoriza o consumo, a objetificação da vida e a busca da produtividade acima de tudo, inclusive da saúde das pessoas ⁹.

Dos idosos participantes, dois declararam trabalhar regularmente e dois têm interesse de voltar a desenvolver alguma atividade. Outros dois ainda referiram cuidar de netos e realizar atividades junto a algum familiar no trabalho. Neste contexto, vale também chamar atenção para a conjuntura econômica da maioria dos idosos brasileiros que recebem aposentadorias com valores baixos, às vezes não sendo suficiente nem mesmo para uma alimentação adequada. Assim, o idoso tem se mantido no mercado de trabalho cada dia mais, o que, por si só, não poderia ser analisado como um fato positivo ou negativo. Dependeria do tipo de trabalho (se adequado ou não à capacidade física e mental do idoso); se o idoso em questão tem prazer com a atividade laboral, ou se, por outro lado, é a única opção para manter a sobrevivência ou a atividade social ⁹.

PERCEPÇÃO DA MORTE E FALAR SOBRE MORRER

Nenhum idoso demonstrou temor em relação à morte, tendo seis deles explicitado em suas palavras que não tinham medo da morte e metade deles referiu ter interesse em falar sobre a morte, tendo respostas mais extensas e mais elaboradas do que quando perguntados sobre o envelhecimento. Em geral, não é isso o que se percebe na sociedade atual, tendo a maioria das pessoas medo da morte e apresentado um comportamento de distanciamento de temas relacionados, como se isso pudesse afastá-la ou adiá-la ¹⁰.

Neste contexto, uma diferenciação que importa ser feita é a que se evidencia entre *o medo da morte e o morrer (processo)*. Os idosos temem mais o processo do que o fato em si ¹¹. As entrevistas não englobaram especificamente essa diferenciação, mas alguns dos entrevistados a fizeram espontaneamente, destacando principalmente a questão da dor, como a seguir:

“Não tenho medo da morte, mas tenho de sofrer para morrer. Da morte não porque eu sei que vou partir”. E6
“Não gosto de sentir dor, alguma coisa que inclusive me desestrutura emocionalmente é dor. Então a única coisa que eu gostaria de morrer é com recursos afim de não sentir dor, não sofrer. Eu quero morrer tranquilo”. E10

“Eu só não queria morrer com sofrimento, com dores... não sentir dor é mais fácil, até de passar [morrer]. A pior coisa na pessoa que está passando [morrendo] é a dor.” E3
 “Se pudesse ter alguma coisa que evitasse as dores”. E9

Como se sugere nos fragmentos acima, a dor e o sofrimento são aspectos que pairam sobre os pensamentos dos idosos, como destacado por Rao ¹². O que se pode perceber são expectativas de que o sofrimento seja aliviado e não que a morte chegue quanto antes devido a ele. Ana Cláudia Quintana Arantes, em seu livro *“A morte é um dia que vale a pena viver”* (pág. 178)⁴, relata uma experiência interessante sobre isso: *“Até hoje, poucas pessoas me pediram para abreviar o sofrimento. E, na maioria dos casos, quando o sofrimento foi aliviado, não persistiram no pedido de abreviar a vida.”*

Interessante também foi a presença de narrativas onde se percebe o médico como ser soberano, não questionável, que de tudo sabe e tem a capacidade de tomar as decisões corretas de maneira independente. De acordo com o filósofo alemão Habermas¹³, os sistemas sociais têm se tornado impessoais, de forma que as decisões tem sido tomadas por especialistas, fazendo com que o indivíduo perca a capacidade de discutir e participar de condições que influenciam a sua própria vida. Essa realidade ficou bem caracterizada na fala de uma participante, como a seguir:

“Os médicos têm poder, a sabedoria, a medicina deles...os médicos façam o que tenha que ser feito... entreguei nas mãos de Deus e agora fica a decreto de vocês (médicos). Eu jamais iria contra a decisão de algum médico.” E6

E, o que disseram os idosos que não gostariam de conversar sobre o tema da morte? Para metade dos idosos entrevistados, diferentemente do tema do envelhecimento, o tema morte não foi tão bem recebido, tendo eles respondido que não gostariam de conversar sobre o assunto em unidades de atenção primária à saúde. O principal motivo alegado para esta recusa foi o sentimento de estarem atendidos nessa questão por parte de suas respectivas religiões. Corrêa ¹⁴ percebeu as religiões como fonte de crenças que auxiliam a lidar com a morte, seja a própria ou a de entes queridos. Em estudo semelhante, Cicirelli ¹⁵ mostrou relação entre religião e menor medo da morte. Neste sentido, é importante reforçar que os profissionais da área da saúde desenvolvam competências para abordar temas relacionados à espiritualidade, religião e religiosidade, como tem sido preconizado em diferentes estudos.

Além da religiosidade, um outro motivo alegado para não abordar o assunto da morte, era o sentimento de acharem o tema triste. Um dos entrevistados pontuou que algumas pessoas podem sofrer ao conversar sobre morte:

“...como se estivesse vivendo previamente o sofrimento que se pressupõe do momento da morte.” E10

Uma percepção que vai ao encontro desta foi evidenciada em um estudo sobre a representação da morte realizado com 21 homens de 61 a 90 anos ¹⁶. Neste estudo, todos os idosos referiram saber que iriam morrer, mas que preferiam não pensar no assunto, pois achavam que, assim, a morte chegaria mais rápido.

Parece que o que está sendo evidenciado é o medo de falar sobre um tema que causa tristeza e, de fato, morrer representa um luto, e, faz parte do luto envolver uma tristeza pelo que se perdeu. E, seria justamente por isso, a importância de se poder verbalizar estes sentimentos, pois é uma forma de se ter uma oportunidade para um suporte emocional, evitando, inclusive problemas de saúde, especialmente os da saúde mental.

Vale chamar a atenção para os outros lutos, para além daquele advindos pela morte, e para os quais, muitos idosos sofrem antecipadamente. São aqueles existentes e provocados pelos valores sociais da atualidade. Neste aspecto e, contraditoriamente, o fato de as pessoas poderem alcançar a terceira idade com boas condições de saúde, ativas tanto no mercado de trabalho, no meio social, quanto na vida sexual pode tornar a morte um evento distante das expectativas dos indivíduos, embora seja o fato para o qual não há alternativa, exceto de que irá ocorrer. Em um estudo de Andrade ² o autor comenta que

“Em uma sociedade capitalista que cultua o jovem e o belo, o idoso tende a cada vez se distanciar da morte, e a tê-la como referencial para viver cada vez mais e, sobretudo, de forma melhor.”

Assim, é difícil vincular a relação idoso-morte, considerando ainda o envelhecimento da população mundial, em um contexto de transição do perfil de mortalidade, passando das doenças infectocontagiosas para as crônico-degenerativas ⁹. De fato, podemos passar pela infância, adolescência e vida adulta sem morrer e, da forma mais natural, restará a velhice para ocorrência da morte, como exemplificado no seguinte fragmento de entrevista:

“Aquele que não parte cedo, de velho não escapa.” E6

ESCOLHA DO LOCAL DE MORTE

Durante a realização das entrevistas, para que fosse introduzido o tema local da morte e as intervenções médicas, foi lido um parágrafo de contextualização do assunto para os entrevistados. Dos dez idosos, cinco comentaram mais especificamente a questão do local de morte, fazendo ponderações entre a morte no hospital e na própria casa. Destes, dois foram muito firmes ao afirmar desejar morrer em casa e discorreram sobre experiências anteriores ruins em hospitais, como nas transcrições a seguir:

“...eu gostaria de morrer em casa, não gostaria de estar em hospital... Eu vi meu pai morrer. Ele indo para o hospital conversando comigo. Quando chegou lá foi intubado e não saiu de lá mais... daí a pouco estava com infecção disso, daquilo, urinária, daqui a pouco estava com pneumonia e terminou que [faleceu]... A minha ex-sogra do mesmo jeito.” E9

“Eu quero morrer igual minha mãe em casa... Meu marido estava aí sentado dando gargalhada. No dia seguinte foi para o hospital tomar sangue porque tinha leucemia e não saiu mais. Foi para o hospital ficar 14 dias, pegar mais infecção e morrer, porque a pessoa só vai para o hospital para morrer. Pra mim ele morria em casa, pra que foi morrer no hospital?” E8

Outros três entrevistados optaram pelo hospital como local de morte devido principalmente à preocupação de a morte em casa ser algo traumático para os filhos e familiares. Somente um alegou que no hospital poderá ter mais recursos.

“...acredito que o hospital é um lugar mais propício, tem mais recursos... sempre junto da minha família pois eu acho que quando a gente está do lado de alguém que está partindo, quem fica, fica mais tranquilo sabendo como foi e como partiu.” E6

“...eu queria ir para um hospital pelo que fica na cabeça dos filhos: entrar aqui em casa e ter aquele quadro da gente na cama, morrendo” E7

“Não sei se seria interessante morrer em casa. Morrer em casa você tem aconchego e carinho, mas acredito que possa ser traumático para meus familiares morrer em casa.” E10

Um estudo inglês¹⁷ sugere que a escolha do local de morte deva ser muito bem discutida com a pessoa e que possa haver mudanças de opção ao longo do tempo de acordo com as condições clínicas. Inclusive, é comum que a resposta a essa pergunta seja ambivalente (como na fala transcrita acima do entrevistado 10). Há muitos aspectos a se discutir para essa decisão e alguns são difíceis de serem tornados em informações concretas, por exemplo sobre o tempo de sobrevivência. Para pessoas com câncer, a evolução geralmente é mais rápida e previsível, podendo ser muito diferente na evolução de doenças incapacitantes como falência cardíaca terminal e doença pulmonar obstrutiva crônica avançada. Este mesmo trabalho aponta o médico de família, *general practitioner* na Inglaterra, como o profissional mais indicado para trabalhar o tema, já que costuma ter relação de confiança já construída com a pessoa e os familiares. Podemos lembrar aqui ainda a abordagem centrada na pessoa, ressaltada por Vieira³, que busca entender quais são os entendimentos da pessoa sobre a doença, seus medos e suas expectativas, utilizando essas informações na construção de um plano conjunto. O registro de onde a pessoa deseja falecer é tão importante para o sistema de saúde inglês, que a informação é usada como critério de qualidade da assistência para os gestores.

CONHECIMENTO SOBRE TESTAMENTO VITAL / DIRETIVAS ANTECIPADAS.

Em relação ao Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas todos os entrevistados demonstraram não conhecer os documentos - que garantem as vontades em caso de doença incurável, que cause sofrimento ou torne a pessoa incapaz para uma vida racional e autônoma. Três dos entrevistados chegaram a responder que sabiam ou já tinham ouvido falar sobre o assunto, mas aparentemente houve certa confusão de Testamento Vital com testamento puramente. Ao final das entrevistas foi feita uma pequena explanação do que se tratam esses termos. Mesmo assim, nenhum entrevistado declarou ter conhecimento de algo semelhante, apesar de alguns terem referido ser importante.

Como se pode sugerir a partir destas entrevistas, abordar o tema da morte e o local e modo de morrer ainda enfrenta dificuldades e barreiras de ordem cultural. Uma das dificuldades que se pode apontar para realizar esta abordagem é, em geral, o despreparo dos profissionais. Os cursos de graduação na área da saúde costumam preparar os profissionais para lidar com doenças e não com a morte¹⁸. Desenvolve-se a habilidade de lidar com a enfermidade e pouco a de lidar com o enfermo. Com isso, tanto doente como profissional saem perdendo, assim como seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, teve como objeto central estudar, através de seus relatos, a percepção de idosos ativos, com idade de sessenta anos ou mais, sobre aspectos relacionados ao envelhecimento, à finitude e à morte. O objetivo principal foi conhecer as percepções dos idosos sobre estas matérias visando, em um segundo momento, que os profissionais de saúde tivessem mais informações sobre o tema para explorar as melhores estratégias de abordar estas temáticas na Atenção Primária à Saúde contribuindo, desta forma, para um cuidado mais adequado às pessoas e às famílias em relação à vivência destas últimas etapas da vida.

Avalia-se, que este estudo traz contribuições relevantes ao tema, mas tem as limitações características das abordagens qualitativas, com reduzido número de participantes. Também inseriu apenas idosos saudáveis, e não houve inserção de participantes de outras faixas etárias. Além disso, deve ser destacado que o tema é influenciado pela cultura local, embora acredita-se que, apesar disto, tem possibilidade de ser considerada a generalização dos achados para idosos das mesmas faixas etárias e condições sociais do Município do Rio de Janeiro.

Pela análise das entrevistas realizadas e pela revisão da bibliografia, podemos evidenciar a importância de os profissionais da APS em incluir a abordagem de temas sobre envelhecimento, morte e finitude na sua prática cotidiana. O objetivo será o de viabilizar este tipo de abordagem na perspectiva da educação em saúde, buscando tornar mais natural falar de assuntos que são da natureza humana, mas que têm sido alijados da vida em sociedade. Além disso, também poderá servir para orientar o desenvolvimento de competências profissionais visando prestar o melhor cuidado às pessoas que estão mais próximas da morte e seus familiares. Também, será importante como fonte de suporte para os próprios profissionais envolvidos no cuidado em saúde.

Cabe destacar que os idosos participantes deste estudo, manifestaram o interesse de que estes temas fossem trabalhados em grupos, de forma que o compartilhamento de experiências pudesse enriquecer a discussão. Neste sentido, então, também, será importante que os profissionais da APS desenvolvam cada dia mais suas habilidades para o desenvolvimento de grupos na saúde.

Pela percepção dos idosos participantes, envelhecer está relacionado à completude das fases da vida, ao desgaste do corpo e às dificuldades ou limitações para atividades do dia a dia. Já ficar velho foi apontado como ficar inútil, sem atividades cotidianas e dependente de outras pessoas.

Apesar da importância da temática, há poucos trabalhos na literatura abrangendo esta matéria na AP, de forma que é necessário desenvolver mais estudos nesta área, sabendo-se que há desafios relacionados aos aspectos culturais e, até mesmo, de cunho metodológico para o desenvolvimento de pesquisas que envolvam estas temáticas. Entretanto, o acelerado ritmo de envelhecimento populacional reforça a importância deste e de novos estudos com estes temas e temáticas.

REFERENCIAS

1. Ariès P. História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias / Philippe Ariès; tradução Priscila Viana Siqueira - [Ed. especial] - Rio de Janeiro: Nova Fronteira (Coleção Clássicos para Todos), 2017.
2. Andrade MAR . Representação da morte: concepções a partir de experiências de vida de idosas usuárias do PSF. Revista Temática Kairós Gerontologia,15(4), "Finitude/Morte & Velhice", 2012 Ago pp. 309-324.

3. Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-7.
4. Arantes ACQ . A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
5. Neves, José Luis. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, nº 3, p.1-5, 1996.
6. Almeida MSC - Efetividade da escala de depressão geriátrica de cinco itens em população idosa da comunidade (Tese de Doutorado). Porto Alegre: PUCRS, 2010.
7. Beauvoir S. A velhice, tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
8. Moreira ASP; Oliveira C . Estudos Interdisciplinares de Representação Social. (2ª ed.). Goiânia (GO): AB. (2000)
9. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em saúde coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
10. Elias N . A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (2001).
11. Cicirelli VG. Fear of death in older adults: predictions from terror management. *Theory Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2002;57B(4), P358–P366 doi:10.1093/geronb/57.4.P358
12. Rao R, Dening T, Brayne C, Huppert FA. Attitudes toward death: a community study of octogenarians and nonagenarians. *International Psychogeriatrics*. 1997; 9: 213-21.
13. Riviera FJU. Teoria social de Habermas: evolução social, sociedade e poder in *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p. ISBN: 85-85676-16-7
14. Corrêa SR. Concepção, percepção e entendimento do processo da morte e do morrer em idosos institucionalizados comparados com idosos da comunidade (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde. 2012
15. Cicirelli VG. Personality and demographic factors in older adult's fear of death. *The Gerontologist*. 1999; 39:569-79.
16. Oliveira SCF; Araújo LF. A finitude na perspectiva do homem idoso: um estudo das Representações Sociais. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(4), "Finitude/Morte & Velhice", 2012 Ago, pp.66-83. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP
17. Munday DJ, Murray S. Choice and place of death: individual preferences, uncertainty, and the availability of care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2007;100(5):211-215.
18. Combinatto DS; de Souza QM. Morte: uma visão psicossocial - *Estudos de Psicologia*, vol. 11, núm. 2, maio-agosto, 2006, pp. 209-216. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil