UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ma. Guadalupe Ojeda Vargas

***Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo
hospitalizado - a perspectiva fenomenológica.***

RIBEIRÃO PRETO – SP

2007

MA. GUADALUPE OJEDA VARGAS

***Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo
hospitalizado - a perspectiva fenomenológica.***

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem Psiquiátrica.*

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Saúde Mental.

***Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Ranier Martins do
Valle***

RIBEIRÃO PRETO – SP

2007

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ojeda, Vargas Ma. Guadalupe

Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo hospitalizado - a perspectiva fenomenológica.

Ribeirão Preto, SP. 2007.

190 p.: 30 cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP- Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof^{fa}. Dr^a. Elizabeth Ranier Martins do Valle

1. Vivência de enfermeiros 2. Fenomenologia. 3. Idoso moribundo hospitalizado.

Esta tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo é resultado do convênio estabelecido entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Brasil) e a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, da Universidade de Guanajuato (México).

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ma. Guadalupe Ojeda Vargas

**Título: *Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo hospitalizado-
a perspectiva fenomenológica.***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Psiquiátrica.

*Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Linha de Pesquisa: Saúde Mental.*

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

***A ti, meu grande Senhor, por amarrar minhas sandálias
e levar-me onde tú dispões,
Continue fazendo, que minha razão, liberdade e vontade te pertençam,
conforme tua graça.***

***A ti, minha mãe, Maria de Guadalupe
Porque estiveste sempre com eles e comigo.***

***A você José Manuel que, com seu amor
e apoio, tornou possível atingir esta meta profissional,
Te amo.***

***A vocês José Manuel, Erick,
Omar, Víctor e Manuel
Que, à sua “mamãe”, fortaleceram este caminhar,
quando me faltaram forças,
Os amo.***

***À ti mamãe
Porque, na sua simplicidade,
soube semear em meu ser
amor ao conhecimento
e a superação***

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Professora Elizabeth Ranier Martins do Valle**, por compartilhar sua sabedoria, experiência, amor à fenomenologia e à docência, durante esta etapa da minha formação, enquanto investigadora. Meu respeito e carinho.

Aos membros de minha banca examinadora, por contribuir para minha formação como investigadora e enriquecer este estudo com suas considerações: Profa. Dra. Elizabeth Ranier Martins do Valle; Profa. Dra. Magali R. Boemer, Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz; Prof. Dr. Manoel dos Santos e Prof. Dr. Adalberto Rosa Silva.

À **Universidade de Guanajuato**, à **Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya** e, de maneira especial, à Mtra. Rosalina Díaz Guerrero, por seu apoio.

Ao **PROMEP**, pelo apoio econômico outorgado.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, por abrir suas portas a esta experiência e, a cada um dos professores e membros, pelo apoio oferecido.

Às **Coordenadoras do Programa**: no Brasil, Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida; e no México, Profa. Dra. Maria Elena Espino Villafuerte e a Profa. Dra. Leticia Casique Casique.

A meu **papai e irmãos, sobrinhos, sobrinhas, cunhados e cunhados**, por serem parte importante da minha vida e daquilo que sou.

À minha **sogra, minhas cunhadas e cunhados** pelo apoio que manifestaram ao meu esposo e filhos, durante minha ausência.

À minha **neta Andrea e minha nora Claudia**, por ser parte desta aventura. Viver!

Às **enfermeiras** que colaboraram com este estudo, por abrirem seus corações, por meio de suas palavras e por compartilharem comigo o mundo que habitam. Meu amor e reconhecimento.

Aos **idosos** que viviam o grande encontro, durante esta investigação.

Aos meus **alunos** de ontem e de amanhã, porque, por eles, quero aprender cada dia mais.

Aos meus **companheiros do grupo** porque, cada um, contribuiu com algo para esta experiência.

Às minhas novas **amigas** fiéis, na distância: Lupita, Lulú e Julia.

E a, alguém muito especial, que plantou a primeira semente da fenomenologia em meu ser e que contribuiu para que este trabalho chegasse ao final desta primeira etapa. À Professora Magali Roseira Boemer, minha admiração e reconhecimento.

Resumo

OJEDA-VARGAS M.G., **Vivência de enfermeiros no cuidado ao idoso moribundo hospitalizado - uma perspectiva fenomenológica**. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

As inquietações por estudar esta temática apreendendo quais significados atribuem os enfermeiros ao cuidar do paciente idoso, hospitalizado, em fase terminal, surgiu a partir de experiências pessoais. Minha inquietação aumentou com a prática profissional, notando que, o pessoal que atendia aos idosos, em fase terminal, em sua maioria, era auxiliar de enfermagem, sem nenhuma formação específica para este cuidado. Assim, ao surgir a oportunidade de ingressar no doutorado em enfermagem, emergiu, novamente, a inquietação que há muitos anos vinha se instalando: *O quê significa para a enfermeira o cuidado do idoso, em seu encontro com a morte, no mundo hospitalar?* Desta forma, a proposta foi possibilitar que suas experiências, manifestadas por meio do discurso verbal e não verbal, pudessem aproximar-me do mundo que elas habitam nos hospitais e saber quais significados atribuem a esta experiência para propor um novo pensar sobre este cuidado. Tratou-se de um estudo conduzido segundo uma abordagem qualitativa, pertinente às questões muito particulares de um objeto cuja natureza não pode ser quantificada. A investigação foi desenvolvida com enfermeiros que trabalham nos hospitais públicos, na cidade de Celaya, Guanajuato, pelo fato de atenderem à maioria da população idosa. A coleta de dados foi realizada por meio de 12 entrevistas, conduzidas segundo a abordagem fenomenológica, a partir de uma questão norteadora proposta aos enfermeiros. Durante a investigação, pude apreender que, para eles, a vivência do cuidado do paciente, enquanto profissionais de enfermagem, envolve vários aspectos como as especificidades da pessoa da qual se cuida, como suas características físicas, emocionais, sociais e espirituais. Foi descrito ainda como sendo o ato de ajudar o paciente a morrer. No entanto, muitas vezes, procuram realizá-lo de forma a protelar a morte, como um impulso para conservar a vida daquele que está morrendo. Esse cuidado é proporcionado em um mundo concreto – geralmente, o hospital – e é um desafio manifestado pelos enfermeiros de forma a permitir o respeito às decisões do paciente e de sua família. Da mesma forma, as políticas das instituições de saúde pública necessitam serem revistas para que o familiar possa permanecer próximo do idoso em fase terminal, pois é seu direito morrer em companhia dos seus, de forma a ter uma morte digna. Reconhece-se, cada vez mais, que este cuidado é uma especialidade de enfermagem que requer conhecimentos e capacidades profissionais específicos e uma determinada estrutura de carreira profissional.

Descritores: Vivência de enfermeiros, Fenomenologia, Idoso moribundo hospitalizado

Abstract

OJEDA-VARGAS M.G., **The experience of nurses caring for hospitalized elderly dying patients – a phenomenological perspective**, Doctoral Dissertation- University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, 2007.

The restlessness for studying this theme, and learn about the meanings that nurses assign to caring for dying older patients, aroused from personal experiences. My restlessness increased with professional practice, and I noticed that the majority of the staff who cared for older, terminal patients were auxiliary nurses, with no specific training for this particular health care practice. Hence, when I ran across the opportunity to enter the nursing doctorate program, this restlessness, which had been present for many years, emerged once again: *What does it mean, for nurses, to care for older individuals, as they face death, in the hospital environment?* Therefore, the purpose was to permit that their experiences, reported both verbally and non-verbally, could bring me closer to the world they inhabit in the hospitals, and learn about the meanings that they assign to this experience. That way, I would be able to propose a new thought concerning this care. This study used a qualitative approach, pertinent to the very specific issues of an object whose nature cannot be quantified. The research was developed with nurses working in public hospitals in the city of Celaya, Guanajuato, because they care for the majority of the elderly population. Data collection occurred through 12 interviews, conducted according to the phenomenological approach, based on a guiding question directed to nurses. During the research, I learned that, for the nurses, the experience of caring for the patients involves various aspects like the specificities of the person being cared for, as well as his or her physical, emotional, social, and spiritual characteristics. Nurses also reported that their work was the act of helping the patient to die. However, nurses often seek to, through their work, postpone death, as an impulse to preserve the life of who is dying. This care is provided in a concrete world – usually the hospital – and nurses state that it is a challenge to respect patients' and their family's decisions. Similarly, public health institution policies should be reviewed so as to permit relatives to stay close to terminal patients, since it is their right to die in the company of their loved ones, as a way of having a dignified death. It has been more and more recognized that his care is a nursing specialty that requires specific professional knowledge and skills, besides a particular professional career structure.

Key words: Experience of nurses, Phenomenology, hospitalized elderly dying patients

Resumen

OJEDA-VARGAS M.G., **Vivencia de los enfermeros en el cuidado del adulto mayor moribundo hospitalizado-una perspectiva fenomenológica**. Tesis (Doctorado)- Escuela de Enfermería Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2007.

La inquietud por estudiar este tema, de comprender cuales son los significados que atribuyen los enfermeros al cuidar al adulto mayor terminal hospitalizado, surgió a partir de experiencias personales. Esta inquietación aumento con la práctica profesional, cuando observe que el personal que atendía a los adultos mayores moribundos en su mayoría era auxiliar de enfermería, sin ninguna formación específica para este cuidado. Así, al surgir la oportunidad de ingresar al doctorado en enfermería, emergió nuevamente, la inquietud, que hacia años se venia instalando: ¿Qué significa para enfermería el cuidado al adulto mayor terminal en su encuentro con la muerte en el mundo hospitalar? De esta forma, la propuesta fue posibilitar que sus experiencias, manifestadas por medio de sus discursos verbales y no verbales, pudiesen aproximarme al mundo en que ellas habitan, en los hospitales y saber cuales significados, atribuyen a esta experiencia para proponer un nuevo modo de pensar sobre este cuidado. Se trata de un estudio cualitativo, pertinente para las cuestiones particulares de un objeto cuya naturaleza no puede ser cuantificada. La investigación fue desarrollada con enfermeros que trabajan en hospitales públicos en la ciudad de Celaya Guanajuato, por el hecho de que atienden a la mayoría de la población adulta mayor que requiere ser hospitalizada, la recolección de datos fue realizada por medio de 12 entrevistas, conducidas por un abordaje fenomenológico, a partir de una pregunta norteadora propuesta a los enfermeros. Durante la investigación, pude comprender que, para ellos, la vivencia del cuidado del paciente como profesionales de enfermería, implica varios aspectos como las particularidades de la persona a la cual se cuida, sus características físicas, emocionales, sociales y espirituales. Fue descrito que aún en el momento de ayudar al paciente a morir, en muchas ocasiones se busca realizarlo de forma de retrasar la muerte, como un impulso para conservar la vida de aquel que está muriendo. Ese cuidado es proporcionado en un mundo concreto – generalmente el hospital – y es un desafío manifestado por los enfermeros, favorecer el respeto a las decisiones del paciente y de su familia. También las políticas de las instituciones de salud pública necesitan ser revisadas para que el familiar pueda permanecer cercano al adulto mayor moribundo, pues es su derecho morir en compañía de los suyos, y esto forma parte de tener una muerte digna. Se reconoce cada vez más, que este cuidado es una especialidad de enfermería que requiere de conocimientos y capacidades profesionales específicas y de una determinada estructura profesional en las instituciones de salud.

Descriptores: Vivencia de enfermeros, Fenomenologia, Adulto Mayor moribundo hospitalizado

Abreviaturas

CELADE	Centro Latinoamericano e Caribenho de Demografia
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
COESPO	Conselho Estatal de População
INEGI	Instituto Nacional de Estatística Geografia e Informática
IMSS	Instituto Mexicano de Seguro Social
ISSEG	Instituto de Seguridad Social Estado de Guanajuato
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para Fuerzas Armadas Mexicanas.
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
LDPAM	Lei dos Direitos dos Idosos
MARINA	Exército, Marinha de Guerra e Força Aérea Nacionais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PAAE	Programa de Ação para Atenção ao Envelhecimento
PEG	Programa Estatal Gerontológico
PEMEX	Sistema de Seguridad Social para los Trabajadores de Petróleos Mexicanos
PRODIA	Programa de Desenvolvimento Integral do Idosos
SABE	Inventário Multicêntrico de Saúde e Bem-estar Envelhecimento
SECPAL	Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos
SSA	Secretaria de Salubridade e Assistência
SSG	Secretaria de Saúde do Estado de Guanajuato

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

Abreviaturas

1. MEU PRÉ-REFLEXIVO	15
1.1 Gênese da inquietação no investigador	16
2. APROXIMAÇÃO AO CONHECIMENTO DO TEMA	18
2.1 O tema do envelhecimento.....	19
2.2. Abordagem das políticas para a atenção ao Idoso	27
2.3. Uma aproximação à morte do homem.....	31
2.4 Aproximação à terminalidade no idoso	41
2.5 Aproximações ao cuidado de enfermagem ao idoso terminal	43
3. APROXIMAÇÃO À FENOMENOLOGIA.....	47
3.1 Investigação Fenomenológica.....	48
3.2 Entrevista Fenomenológica	50
3.3 Filosofia de Martin Heidegger em sua obra Ser e Tempo	51
4. CAMINHO METODOLÓGICO	59
4.1 A inquietação e a interrogação.....	60
4.2 O cenário do estudo	62

4.3 Acessando os participantes da investigação.....	62
4.4 Observação da dimensão bioética	63
4.5 Acesso aos sujeitos participantes	66
5. ANÁLISE DOS DADOS	69
5.1 Aproximação às vivências das enfermeiras-unidades de significados	70
5.2 Visão compreensiva dos discursos dos enfermeiros – síntese descritiva	100
5.3 A tematização dos significados	106
6. COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO IDOSO, EM FASE TERMINAL	110
6.1 Compreendendo a vivência dos enfermeiros sob a perspectiva do cuidado.....	115
6.2 Vivência dos enfermeiros no cuidado ao idoso hospitalizado, em fase terminal, sob a perspectiva de ser- um- ser -para-a-morte	128
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
8. REFERÊNCIAS.....	147
ANEXOS.....	155
APÊNDICES	160

1 Meu Pré-reflexivo

1.1 Gênese da inquietação no investigador.

Para conhecer a origem da inquietação deste projeto de investigação, apresentarei algumas vivências que, pouco a pouco, configuraram a inquietação sobre “quais significados atribuem as enfermeiras ao cuidar do paciente idoso hospitalizado, em estado terminal”. Quando tinha 10 anos, houve um acidente no qual sofri queimaduras em mais de 60% da área corporal, conforme referiram os médicos que me atenderam. Recordo que, ao chegar ao hospital, me levaram ao banho e, nesse momento, perdi a consciência. Não me lembro quanto tempo passou até que ouvi o médico dizer “rápido, senhorita. Traga-me uma seringa que a paciente está indo”. Percebi que a enfermeira correu e voltou; como havia pedido o médico, mas tornou a sair da sala. Então, minha mãe disse “eu lhe ajudo, doutor”.

Mais de três meses se passaram para minha recuperação e alta e, nos momentos de gravidade, sempre lembro de um médico, mas muito pouco das enfermeiras. Desde então, me pergunto “porque não esteve comigo uma enfermeira, nos momentos de proximidade com a morte?”.

Na década de 70, minha avó materna, teve um acidente vascular cerebral, ficando em estado de coma. Já estudava enfermagem e estive, durante quase 48 horas, cuidando dela de maneira contínua, considerando que tinha muita pouca reação aos estímulos, o prognóstico era delicado e recordo que os médicos, constantemente, passavam para examiná-la. Por outro lado, as enfermeiras, na mudança de plantão, diziam “entrego-a viva”. No momento de sua morte, o médico estava presente, já que a enfermeira tivera que sair para realizar alguma outra tarefa.

Será que havia algo mais importante do que acompanhar um paciente que está morrendo?

Na década de 80, quando tive a oportunidade de participar do planejamento do projeto de criação da clínica Gerontológica Sagrada Família, na qual era atendidas idosas sadias e enfermas, em um ambiente integral para seu cuidado, o projeto arquitetônico e físico não apresentou nenhum obstáculo, pois desenvolveu-se da melhor maneira. Sem dúvida, nos encontrávamos em uma situação particular de enfermagem, o pessoal que as atendia, em sua maioria, era auxiliar de enfermagem sem nenhuma formação específica para o cuidado de idosos e sem formação para assisti-los em seu encontro com a morte.

Nesse local, tive a oportunidade de acompanhar o morrer de três pessoas em uma noite; morriam em meus braços, de forma tranqüila, serena, com paz e um sorriso nos lábios. Porém, coincidentemente, as enfermeiras sempre tinham algo a fazer e só estavam presentes quando restava dar os cuidados ao corpo. Quando as interrogava sobre o fato de não terem estado presentes, elas respondiam “já sabe que não me agrada que as minhas pacientes morram”.

Na década de 90, reiniciei meu trabalho como titular da disciplina de enfermagem geriátrica, observando, com curiosidade, que, ao chegar aos temas de cuidado ao paciente terminal, os alunos manifestavam desconforto e expressavam o desejo de não presenciar muitas mortes, quando estivessem na prática profissional. Diziam ainda que seu trabalho “era manter a saúde e preservar a vida”.

Simultaneamente, ministrava a disciplina de ética, na qual os conceitos filosóficos e éticos explicitavam o dever ser holístico da enfermeira, no qual o centro do trabalho era o ser humano na sua totalidade. No entanto, os alunos elegiam como temas de aprofundamento aqueles conflitos relacionados ao avanço genômico e tecnológico, porém, poucas vezes, interessavam-se por conflitos éticos relacionados à morte, apesar deste conteúdo fazer parte do programa.

Nos últimos três anos, durante minhas atribuições de docente na colaboração de cursos dirigidos às enfermeiras profissionais nas disciplinas de ética e bioética, nas quais são abordados temas como direitos do idoso, do paciente terminal e pessoas enfermas, observei que os profissionais tinham pouco conhecimento sobre idosos, apesar de nossa população estar em um processo de envelhecimento. Para alguns alunos, a abordagem do tema da morte parecia ser muito dolorosa, levando-os a atitudes evasivas diante da morte e do cuidado do idoso, em processo de doença terminal.

Assim, ao surgir à oportunidade de ingressar no doutorado em enfermagem, emergiu, novamente, a inquietação que há muitos anos vinha se instalando: *O quê significa para a enfermeira o cuidado do idoso, em seu encontro com a morte, no mundo hospitalar?*.

Desta forma, a proposta é possibilitar que suas experiências, manifestadas por meio do discurso verbal e não verbal, possam aproximar-me do mundo que elas habitam nos hospitais, saber quais significados atribuem a esta experiência, de forma a compreender este mundo em que elas vivem e poder propor um novo pensar sobre este cuidado.

As mudanças são tão aceleradas que, algumas vezes, torna-se complexo poder suspender, para o pesquisador, os fenômenos que ocorrem em torno do objeto escolhido para estudo, considerando que neles estão presente elementos significativos que podem ter passado despercebidos ao contextualizar as situações. Nesse sentido, denominaremos este capítulo como uma aproximação ao contexto, sem a pretensão de esgotar o tema, mas situá-lo, atualmente, segundo a perspectiva da enfermeira que cuida do idoso, cujo processo de morte ocorre nas instituições de saúde pública, no município de Celaya.

2.1 O tema do envelhecimento.

O envelhecimento como processo coletivo na América Latina encontra-se em evolução e com características particulares em cada país.

A Organização Panamericana da Saúde (OPS) descreve que a América Latina passa por uma etapa intermediária de transição demográfica, na qual o número de idosos varia, de acordo com a extensão da região. No ano 2000, somente uma de cada 12 pessoas na região tinha mais de 60 anos. Para 2025, estima-se que a proporção irá subir para uma em cada 7, o que significa que a população de idosos, nas Américas, crescerá 138%, passando de 42 para 100 milhões.

“Dentro de 20 anos, em cada país, pelo menos 10% das pessoas com mais de 60 anos, estarão incluídas no grupo que superará os 80 anos; para 2050, em cinco países, esta faixa representará 8% da população. Os centenários se transformarão em um setor marginal, mas representativo, na pirâmide populacional.” (OPS, 2004).

Considera-se que uma população envelhecida, em países industrializados, é aquela cujas pessoas maiores de 65 anos representam mais de 5% e, para os países em desenvolvimento, quando a população, com mais de 60 anos, representa mais de 10% (OPS, 2004).

No Brasil, o índice de envelhecimento aumentará de 24 %, em 1995, a 58%, em 2020 e a 74%, em 2025; No Chile, passará de 32%, em 1995, para 67%, em 2020 e chegará a 110%, em 2025. Em Cuba, irá de 54%, em 1995, a 107%, em 2020 e, para 159%, em 2025. Em quase todos os países, o índice de envelhecimento duplicará nos próximos dois decênios, o que representa uma mudança populacional sem precedentes (OPS, 2005).

Com o envelhecimento da população, a morte converte-se, cada vez mais, em um fenômeno próprio da velhice. Na Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Trinidad e Tobago e Uruguai, mais de 55% do total de mortes ocorrem entre pessoas com 65 anos ou mais. Em 1996, quase 25% do total de mortes nos Estados Unidos corresponderam a mulheres maiores de 80 anos. Esses dados refletem as tendências observadas em quase toda a região para os próximos 20 anos (OPS, 2005).

O envelhecimento da população implica em mudanças nos tipos de enfermidades predominantes. As moléstias isquêmicas do coração e as enfermidades cerebrovasculares são as principais causas de morte neste grupo de pessoas, seguidas pelas neoplasias e enfermidades respiratórias, principalmente a pneumonia em idosos. À medida que aumenta a proporção de idosos, aumenta também a porcentagem da população que padece de enfermidades crônicas e incapacidades, requerendo, assim, mais recursos sanitários para a atenção dos mesmos ainda que os custos para assistência aos casos agudos ou de natureza curativa permaneçam em um nível bastante constante (OPS, 2005).

Assim, os países da América Latina e do Caribe envelheceram e, por ser pobre, este processo acentuará as diferenças entre as pessoas e também as desigualdades sócio-econômicas e de gênero presentes na região (OPS, 2005).

A transição demográfica e epidemiológica foi descrita por Omram¹ (1996) apud Gómez (2001, p. 57-74) nas seguintes etapas:

- › *A etapa de doença e fome: caracteriza-se pela mortalidade elevada, ocasionada por grandes flutuações, aumento na fecundidade, esperança de vida baixa e flutuante e crescimento populacional determinado mais pela diminuição da mortalidade do que pelo aumento da fecundidade. Esta etapa observa-se nas populações em que a fome é constante e a desnutrição severa; as epidemias são freqüentes e elevam-se os níveis endêmicos de enfermidades parasitárias carências. A mortalidade infantil aumenta por causa de diarreias e doenças como pneumonia, assim como a das mulheres jovens, por tuberculose e febre puerperal*

---

¹ * OMRAM, A. R. The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. **World Health Statistics Quarterly**, v. 1, n. 55, p.99-119, 1998.

- › *A etapa de decréscimo e desaparecimento das pandemias: nesta etapa, a desnutrição diminui, as enfermidades transmissíveis desaparecem e predominam os níveis endêmicos de enfermidades parasitárias e carências. As mais afetadas são as crianças e as mulheres jovens, devido às patologias típicas do período materno-infantil, de tipos infecciosos. A redução da frequência de enfermidades infecciosas acarreta o aumento daquelas não infecciosas, caracterizando-se pela diminuição da mortalidade e pela redução das epidemias. A esperança de vida aumenta e há crescimento populacional, advindo da redução da mortalidade e aumento da fecundidade.*
- › *A etapa de enfermidades degenerativas e produzidas pelo homem: as enfermidades cardiovasculares e o câncer predominam sobre as infecciosas. A morbidade aumenta, bem como a prevalência de enfermidades mentais, vícios e problemas de contaminação. Caracteriza-se pela queda da mortalidade, que se estabiliza em baixos níveis; a esperança de vida, ao nascer, aumenta e supera os 50 anos; o crescimento populacional torna-se mais dependente da fecundidade que da mortalidade.*
- › *A etapa de declínio da mortalidade cardiovascular: o envelhecimento, a modificação dos estilos de vida e as enfermidades emergentes são decorrentes das mudanças produzidas no estilo de vida, diminuição do tabagismo, dieta baixa em gorduras e exercícios aeróbicos, desenvolvimento da tecnologia médica para tratamento das enfermidades cardiovasculares e tratamento dos fatores biológicos de risco para estas moléstias.*
- › *A etapa de qualidade de vida esperada para meados do século XXI: planejamento futurista, que se caracterizará pelo paradoxo da longevidade com a persistência da iniquidade.*

No México, a transição demográfica tem aumentado a esperança de vida ao nascer de 44 anos, na década de 40, para 75 anos, em 2000, o que tem propiciado um gradativo processo de envelhecimento da população, o qual se acentuará nos próximos anos. Espera-se que, para o ano de 2050, um de cada 4 mexicanos seja maior de 60 anos (MÉXICO, 2001).

Os idosos apresentarão, nos próximos anos, no México, o crescimento demográfico mais dinâmico da história, ao multiplicarem-se sete vezes, aumentando de 4.8 a 32.4 milhões; neste momento, em relação ao envelhecimento acelerado, o México ocupa o sétimo lugar entre os países em desenvolvimento, o que levará os

idosos a viverem, de maneira simultânea, os problemas dos jovens, a pobreza e as conseqüências do envelhecimento (INEGI, 2003).

O estado de saúde dos idosos envolve uma rede complexa de fatores, incluindo as condições de saúde na infância (perinatal), crescimento e desenvolvimento, durante os primeiros cinco anos. Além disso, é preciso considerar os riscos de condutas decorrentes do uso de tabaco, álcool, dieta, atividade física, além do uso e acesso aos serviços de saúde. As dez principais causas de morbididade geral no idoso são infecções respiratórias agudas, infecções intestinais, infecções de vias urinárias, hipertensão arterial, úlceras, gastrites, duodenites, diabetes mellitus, intoxicação por picada de escorpião, amebíase intestinal, pneumonia e bronco pneumonia, asma e estado asmático (INEGI, 2003).

O Centro de Economia e Saúde, em 1996, classificou as necessidades dos idosos em três categorias: a primeira, denominada de alta incapacidade, inclui quedas, demências, artrites, artrite reumatóide e osteoartritis; a segunda inclui perdas entre mortes prematuras e incapacidades, como enfermidades cerebrovasculares, nefrite, nefrose e cardiopatia hipertensiva; a terceira envolve perdas geradas por morte prematura, cardiopatia isquêmica, diabetes mellitus, câncer e pneumonia. Essa classificação revelou que as demências representam um grave problema no que diz respeito às incapacidades. Como conseqüência da morbididade, atualmente dois milhões de mexicanos idosos encontram-se em estado de dependência funcional (GUTIÉRREZ, 2001).

As dez principais causas de mortalidade geral em idosos são: diabetes mellitus, enfermidades do coração (enfermidades isquêmicas), enfermidades cerebrovasculares, desnutrição e outras deficiências nutricionais, enfermidades pulmonares obstrutivas crônicas, influenza e pneumonia, bronquite crônica e a não especificada, enfisema e asma, insuficiência renal e acidentes (INEGI, 2003).

Há de se reconhecer que, apesar dos esforços que têm sido empenhados nos serviços de atenção a este grupo de pessoas, os êxitos, em geral, são escassos, sendo que os programas e atividades para atendê-las necessitam de maior apoio. É fundamental aprofundar questões quanto às diversas técnicas e métodos para o estudo do envelhecimento, assim como identificar os temas de investigação, sob forma multidisciplinar (MÉXICO, 2001).

Segundo o levantamento SABE, aproximadamente 10% dos idosos vivem sós e, a cada dia, têm menos recursos próprios para a sobrevivência. O alto grau de

deterioração funcional que caracteriza uma porcentagem desta população a leva ao isolamento. Dada à complexidade dos processos de envelhecimento, as soluções devem também ser multidisciplinares e interinstitucionais, devendo delas participar o governo e a sociedade (OPS, 2005).

Em Guanajuato, a esperança de vida vem aumentando intensamente nos últimos 50 anos e continua crescendo devido aos avanços da medicina e a melhora das condições de vida da população. Uma pessoa de 60 anos pode esperar viver, pelo menos, mais vinte anos em um país desenvolvido e, pelo menos dez, em um país em desenvolvimento. É importante e necessário avaliar o impacto destas tendências sobre a saúde da população e custos dos serviços sociais, em particular no caso dos idosos (MEXICO, 2003).

Guanajuato conta com 5.1 milhões de habitantes. É o sexto estado do país no que se refere à população, com uma taxa anual de crescimento de 1.7, ao lado de 46 municípios, dos quais só 12 têm mais de 100 mil habitantes e, apenas León, tem mais de um milhão de habitantes (MEXICO, 2003).

Um percentual de 7.1 % da população tem 60 anos ou mais e, segundo as expectativas, essa porcentagem terá um crescimento acelerado a cada ano. É importante assinalar que as mulheres ocupam o percentual mais alto da população, assim como os idosos de 60 anos ou mais. Assim, diz-se que a velhice em Guanajuato tem “rosto de mulher” (MEXICO, 2003).

Guanajuato encontra-se com uma cota dupla de enfermidades. Por um lado, persistem enfermidades transmissíveis próprias de zonas menos favorecidas em matéria de saúde, localizadas em certas regiões do estado. Suas incidências estão associadas às situações de pobreza, mas também a hábitos inadequados de higiene e à falta de um plano de saúde integral. Por outro lado, começam a emergir as enfermidades crônicas não transmissíveis, próprias de estilos de vida inadequados, sugerindo a necessidade de programas de intervenção preventivos para postergar o aparecimento destas enfermidades que, devido à longa duração, geram deterioração da qualidade de vida, assim como dependência familiar, incapacidade ou morte (MEXICO, 2005).

Para 2004, segundo o levantamento estatal para pessoas idosas, a porcentagem de idosos segurados com 50 anos ou mais (que contam com serviço de saúde como IMSS, ISSSTE, ISSEG, PEMEX, MARINA, ISSFAM, seguro de gastos médicos maiores ou seguro popular), no estado de Guanajuato, representava

29.4% (em 2000 segundo o XII Censo Geral de População e Habitação representava 36.5%), os quais, pelas características de atenção em saúde que recebem, são candidatos a morrer em um hospital público (MEXICO, 2005).

A taxa de mortalidade em idosos de 65 anos é de 48.6% por ano, de 12,169 mortes, 1,182 são de idosos, não existindo dados especificas sobre o local onde elas ocorrem (SSG, 2003).

A maioria dos idosos, seja em área rural ou urbana, encontra-se em união com seu companheiro. Entretanto, chegando aos 75 anos, os índices mudam drasticamente, sendo que a maioria das mulheres passa a ser viúva. No que se refere à tipologia de locais, predominam os nucleares e ampliados, situação que caracteriza a presença de uma família que acompanha um idoso, ao final de sua vida (MEXICO, 2003).

Os maiores de 60 anos e alguns, maiores de 75 anos, constituem a maior proporção de analfabetos. Na área rural, tanto a proporção de homens como a de mulheres analfabetas é maior. Entre elas, tanto na área rural quanto urbana, observa-se maior proporção de analfabetismo em relação aos homens; em geral, os idosos têm pouca educação escolar, o que os torna um grupo vulnerável (MEXICO, 2003).

Atualmente existem 13 idosos para cada 100 crianças. Estima-se que em 2030, haverá 58 idosos para cada 100 crianças e a esperança de vida dos homens será de 77.5 anos e, das mulheres, 82 anos (MEXICO, 2003).

Há muitos aspectos sobre envelhecimento individual que ainda não estão esclarecidos, em especial os relativos às causas que levam o homem a envelhecer. Nesse sentido, teorias têm sido elaboradas pretendendo explicar a etiologia deste fenômeno; algumas muito simples, como a teoria do desgaste e, outras, de maior complexidade, como a teoria nervosa ou a mutacional, também chamada clonal. Entretanto, a que parece melhor satisfazer os requisitos do pensamento científico atual é a teoria termodinâmica, na qual o organismo é considerado como um sistema em constante atividade, requerendo um consumo de energia, obtida de uma fonte, cujo conteúdo energético é maior que seu equivalente em trabalho produzido (LANGARICA, 1987).

Como bem lembrou Simone de Beauvoir (1983) “a situação humana pode ser considerada como exterioridade – tal como se apresenta aos demais – e como

interioridade – que diz respeito à maneira como o homem interioriza sua relação com seu corpo, com os seus semelhantes, com o tempo....”

O envelhecimento é um processo universal, em termos gerais, segundo a forma como se apresenta, pode referir-se a um fenômeno fisiológico, de comportamento social ou ainda cronológico, isto é, de idade. É um processo em que ocorrem mudanças nas células, nos tecidos e no funcionamento dos diversos órgãos. O homem, em desenvolvimento durante o ciclo da vida, é um ser biopsicossocial, podendo sofrer influência e influenciar o ambiente em que vive, em um processo de adaptação. Em suas relações com o mundo, o ambiente físico, político e cultural no qual está situado podem facilitar ou dificultar o processo de adaptação, acelerando ou adiando o envelhecimento (RODRÍGUEZ, 2004).

A velhice é o coração das etapas da vida. Nela se colhem os frutos do aprendizado e do experienciado, as conquistas realizadas, do sofrido e do suportado. Assim como na parte final de uma sinfonia, se unem os grandes temas da vida em um poderoso acorde e esta harmonia confere sabedoria, bondade, paciência, compreensão, amor. Eles são muito valiosos e indispensáveis (PABLO II, 2005, P. 5).

Babb (1998) menciona que o processo de envelhecimento é altamente complexo e variado, envolvendo mudanças nas células, nos tecidos e no organismo como um todo. Tal processo inicia-se por mecanismos internos, tais como uma programação genética e é afetado por fatores externos; há ainda fatores estressores do meio ambiente como estilo de vida, capacidade de adaptação, presença ou ausência de apoios sociais, e sensação de utilidades e bem-estar consigo mesmo.

Martínez (2006), na Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia: Órgão Oficial de Difusão da Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia, apresenta um artigo, no qual realiza uma revisão das teorias do envelhecimento e descreve-as:

Oferecem explicações sobre as causas e efeitos desse processo que é semelhante nos distintos níveis de organização biológica (tecidos, celular e molecular), tanto no homem como em qualquer outro ser multicelular. Considerando a grande complexidade das mudanças que ocorrem no envelhecimento, não nos surpreende que inúmeras teorias tenham sido propostas de forma a explicar onde, como e por que. Entre essas mudanças, destacam-se: decréscimo progressivo dos valores máximos de rendimento fisiológico, diminuição do número de células

que se encontram nos epitélios germinativos e mudanças atróficas das células diferenciadas acompanhadas, no âmbito subcelular, por um decréscimo do número de ribossomos e mitocôndrias e uma acumulação do pigmento do envelhecimento, a lipofuscina. Algumas, dentre as mais de 300 teorias do envelhecimento, mencionadas por Medvedev, em sua revisão de 1990, foram abandonadas, por não ser possível ratificar os dados obtidos nas investigações em sujeitos humanos e animais de laboratório, enquanto que outras teorias encontram apoio experimental. Entre elas, destaca-se a teoria de Pearl, que associa o processo de envelhecimento ao “desgaste” ou desorganização (que seria um “efeito secundário” do metabolismo), assim como o conceito de Minot, que define tal processo como o “preço que pagam os metazoários pela diferenciação celular”.

Ao contrário, a teoria do erro catastrófico na síntese de proteínas de Orgel, que teve grande aceitação, não pode ser confirmada pela investigação experimental e questiona se há relevância da teoria popular do limite mitótico de Hayflick (baseada no esgotamento da capacidade da divisão celular in vitro) para explicar o envelhecimento dos organismos multicelulares. Atualmente, é aceito que o envelhecimento, em geral, está ligado à desorganização celular pelo estresse oxidativo, causado pelos radicais livres e outras espécies reativas de oxigênio (ROS), de acordo com as teorias publicadas por Harman e Gerschman, “assim como o papel chave do genoma das mitocôndrias das células diferenciadas como principal centro das ROS, segundo a teoria do estresse oxidativo/lesão mitocondrial”, proposta pelo autor dessa revisão MARTINEZ (2006, P. 55).

Sobre este processo de envelhecimento, descrito por diversas correntes, pode-se dizer que são abordados quatro pontos de vista: cronológico, físico-biológico, psicoafetivo e social. Assim como têm assinalado diversos autores, tal processo será manifestado em mudanças que dependerão das características que a pessoa adotou ao longo de sua vida, os valores, as crenças, o âmbito social e até mesmo seu status sócio econômico.

2.2 Abordagem das Políticas para a atenção ao idoso.

Nas últimas décadas, o processo de envelhecimento mundial tem levado os países, de maneira internacional, regional e nacional, a definirem políticas, leis, direitos e regulamentos que possam assegurar a atenção, proteção e cuidado do idoso. Assim, considero necessário destacá-los, mencionando, sinteticamente, suas propostas para o idoso.

O Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento (ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, 1982) recomenda medidas em setores tais como o emprego, segurança econômica, saúde e nutrição, habitação, educação e bem-estar social. Considera ainda as pessoas “de idade” como um grupo da população diverso e ativo com atitudes variadas e necessidades especiais, em alguns casos.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 1991) manifestou os princípios de independência, participação, cuidado, auto-realização e dignidade como sendo considerados básicos para o cuidado ao idoso, sendo que todos os governos foram orientados, sempre que possível, a incorporá-los aos seus programas.

A Proclamação sobre o envelhecimento foi aprovada em 1992, na Conferência Internacional sobre o Envelhecimento, realizada durante o décimo aniversário da Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. Estabeleceu-se orientação geral para prosseguir aplicando o Plano de Ação, tendo proclamado o ano de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas de Idade. Esta data tinha como tema unificador "Em direção a uma sociedade para todas as idades". Sendo assim o tema foi considerado em quatro dimensões:

- ~ A situação das pessoas de idade;
- ~ O desenvolvimento individual ao longo da vida;
- ~ As relações entre gerações;
- ~ A relação entre desenvolvimento e envelhecimento da população

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem alertando, sistematicamente, para a importância de se adotar, no que se refere ao envelhecimento, um enfoque holístico que englobe a totalidade do ciclo vital e no qual sejam considerados os determinantes da saúde e investido em um processo contínuo de serviços de atenção sanitária e social que permitam, aos idosos, manterem-se sadios e produtivos em suas famílias e comunidades.

A Organização Panamericana de Saúde (1998) fundamenta-se na premissa de que um bom envelhecimento depende, em grande parte, da prevenção das enfermidades e incapacidade, da manutenção de uma atividade física, das funções cognitivas e da participação regular em atividades sociais e produtivas. Com base nessas recomendações e segundo as perspectivas adotadas pelo Programa Mundial da OMS sobre o Envelhecimento, o plano de ação da OPS significa um método holístico em relação à saúde e bem-estar das pessoas idosas, incorporando as seguintes perspectivas: ciclo total da vida, promoção da saúde, gênero, caráter internacional e ético.

O Plano de Ação Internacional de Envelhecimento (MADRID, 2002), na avaliação das conquistas desde Viena, ratificou que o Plano de Ação deve constituir-se em um recurso para aqueles que planejam a política sobre o envelhecimento em seus respectivos países. Ainda deverá constituir-se em um marco para melhorar e manter a qualidade de vida das pessoas “de idade”, especialmente nos países em desenvolvimento e naqueles com economia em transição, onde a necessidade de melhoria é urgente. Ainda que o Plano não possa criar um processo de organização eficaz em cada país, pode favorecer o alcance e o conteúdo do processo, ajudando àqueles a quem cabe formular a política em termos de discernir novas pautas, impugnar teses antigas e sintetizar novas combinações de idéias para os próximos decênios.

A Conferência Regional Inter Governamental sobre Envelhecimento (CHILE, 2003), declara como elementos fundamentais: proteção dos direitos humanos dos idosos e criação de condições de segurança econômica, de participação social e de educação que promovam a satisfação das necessidades básicas dos idosos e a plena inclusão dos mesmos na sociedade. Considera ainda o desenvolvimento fazendo com que os governos incluam, em seus programas, operações para ações envolvendo os idosos.

A igreja católica, por meio da Carta dos Agentes Sanitários (2005, s.d.) ressalta que o enfermo terminal é uma pessoa que necessita de acompanhamento humano e cristão; os médicos e enfermeiras são chamados a atender esta necessidade de forma qualificada. Ajudar uma pessoa a morrer significa ajudá-la a viver intensamente a última experiência de sua vida. Quando for factível e a pessoa desejar, que lhe seja concedida a possibilidade de terminar a sua existência, em família, com adequada assistência sanitária. “Morrer com dignidade implica no

direito a morrer com serenidade, dignidade humana e cristã".

Sob uma reflexão de marco internacional, pode-se identificar que os pilares de política propostos para os planos e programas para idosos são: transversalidade institucional, multidimensionalidade do processo de envelhecimento, manifestação dos direitos, como eixo legal de ordenamento das ações em termo de envelhecimento, heterogeneidades do grupo de idosos. Ainda há necessidade de reforço da solidariedade entre as gerações, incorporação do envelhecimento sob a perspectiva do desenvolvimento, enfoque do ciclo da vida e visão prospectiva, compreendendo o envelhecimento como um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida.

No México, em novembro de 1999, surge a Norma Oficial Mexicana para a prestação de serviços de assistência social para menores e idosos; nela estão explicitados os mecanismos básicos que facilitam e estimulam a implementação de ações em favor dos menores e idosos, sujeitos da assistência social, considerando as condições específicas de cada entidade federativa.

Em 1999, a Secretaria de Saúde criou o Comitê Nacional de Atenção ao Envelhecimento, com o objetivo de contribuir para a prevenção e controle das enfermidades de maior prevalência na população com mais de 60 anos, assim como o desenvolvimento de estratégias para sua oportuna prevenção.

Em 2001, surge o Programa de Ação para Atenção ao Envelhecimento, o qual se propõe a ser um guia e uma diretriz de trabalho nas instituições dos setores público, social e privado de forma a contemplar, de maneira integral, os problemas que afetam a população idosa e alcançar, assim, uma cultura em benefício do envelhecimento (MEXICO, 2001).

No ano de 2002, foi promulgada a Lei dos Direitos dos Idosos, com o objetivo de assegurar o exercício de seus direitos, assim como estabelecer as bases e disposições para seu cumprimento, mediante uma política pública nacional de fiscalização. A lei destaca os princípios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que a administração pública federal, entidades federativas e municípios deverão observar no planejamento e na aplicação da política pública; estes elementos devem ser observados também pelas famílias dos idosos, cidadãos e a cidade civil organizada, como um todo (MEXICO, 2002).

Esta lei foi reformulada em 2006 e nela estão artigos direcionados principalmente à integração dos idosos nas esferas laborais, políticas, sociais e

educativas, assim como os aspectos tidos como urgentes de infra-estrutura para seu melhor e mais cômodo deslocamento.

Os Direitos do Paciente Terminal propõe: que ele seja tratado como um ser humano vivo, receba atenção médica de boa qualidade, sem que isto implique em aumento de seu sofrimento inutilmente, se possível, sem dor e consciente. Conhecer a verdade (diagnóstico, procedimentos), um diálogo honesto, participar das decisões relacionadas a si próprio e não ser julgado por elas, poder expressar seus sentimentos e ter esperança. Deve ainda receber apoio para realizar seus últimos desejos, ser escutado e respeitado em seu silêncio, permanecer na companhia de seus entes queridos, respeito às suas crenças religiosas, não morrer sozinho, morrer em paz e com dignidade (MÉXICO, 2002).

O Decálogo do idoso à morte enfatiza: Ser tratado como pessoa até o final de sua vida, receber uma assistência personalizada, participar das decisões que afetam os cuidados que necessitam que lhe seja aplicado os recursos necessários para alívio da dor, receber resposta adequada e honesta às suas questões, proporcionando-lhe toda a informação que possa processar. Além disso, deve lhe ser permitido manter sua hierarquia de valores, o direito de ter e expressar sua fé, ser tratado por profissionais competentes, receber o consolo da família e morrer em paz e com dignidade.

Enquanto estratégia para atender os idosos em Guanajuato, apresenta-se, como iniciativa governamental, o Programa Especial Gerontológico (PEG) por meio de três áreas prioritárias: segurança econômica na velhice, saúde e bem estar na velhice, e ambientes propícios e favoráveis aos idosos. Tal programa pretende ser um instrumento para coordenar as ações de instituições governamentais e da sociedade civil, articulando, sob uma perspectiva gerontológica, estratégias com um sentido social mais amplo e humano. Seus principais objetivos são proporcionar a segurança econômica, melhorar as condições de saúde e fortalecer os ambientes sociais, comunitários e familiares, considerando o enfoque de curso de vida e de visão prospectiva de longo prazo (MEXICO, 2005).

É interessante ressaltar que este programa, bem como as políticas nacionais e internacionais não inclui ações, objetivos ou metas para atenção ao final da vida do idoso, uma vez que se encontra focado na prevenção das enfermidades e aumento da expectativa de vida ao nascer.

2.3. Uma aproximação à morte do homem.

Para Abbagnano, a morte é: “óbito, ou seja, como um fato que ocorre na ordem natural das coisas, em sua relação com a existência humana” (ABBAGNANO, 2004, P.733).

Babb (1998), autora que vivenciava uma etapa terminal, promovia muitas ações entre as enfermeiras voltadas para o cuidado do idoso, sendo que, muito do que fazia, era produto de sua própria experiência. Afirmava sempre que morrer é um processo altamente individual. Ninguém morre igual; cada pessoa traz consigo valores, crenças, experiências e sentimentos muito distintos. Assim, a morte de uma pessoa será sempre diferente da de outra.

Morrer é deslocar-se para uma casa mais bonita, tratando-se sensivelmente de abandonar o corpo físico como a mariposa abandona seu casulo (KÜBLER-ROSS, 2000).

Morrer é parte do drama de viver, “Todos sabemos que temos que morrer um dia, porém, ninguém crêde fato, nisso. A morte é inevitável e universal. Na dimensão do temporal, tudo o que existe está predestinado a morrer e a desaparecer. Porém, aceitar a idéia de uma aniquilação é algo muito difícil” (BEHAR, 2003, p. viii).

Viver traz uma certeza – a morte. Sem dúvida que a sociedade moderna evita a reflexão em torno deste tema. O que acontece ao homem quando morre? Quais são os pensamentos, medos e dúvidas da pessoa sobre a morte? A morte, tema central da vida do homem, tem sido sempre motivo de preocupação para quem se reconhece como finito, buscando explicar este fenômeno e ao tentar fazê-lo, constrói um pensamento mágico, mítico, religioso, científico (ORTIZ, 2006).

Os sentidos atribuídos ao processo de morrer sofrem variações segundo o momento histórico e os contextos sócio-culturais. Não é somente um ato biológico; é um processo social construído que não se diferencia de outras dimensões do universo das relações sociais (MENEZES, 2004).

Morrer não é algo que se deva temer; pode ser a experiência mais maravilhosa da vida. Tudo depende de como temos vivido (KÜBLER-ROSS, 2003).

A morte é a consequência inevitável da vida e, nesse sentido, não precisa de aceitação, vontade, nem sequer de compreensão (LAVIN, 2002).

A morte é uma dimensão de finalizar o *ser- aí*. O Dasein chega à compreensão de sua totalidade e do significado de si mesmo, que é inseparável da integridade,

quando o *ser-ai* se encontra com a possibilidade de não ser mais aí. A morte não é um ponto final da existência, mas sim um elemento constitutivo dela (HEIDEGGER, 1981).

Kübler-Ross (2004, p. 59-60), discorrendo sobre a morte e os moribundos, menciona que a morte converte-se em algo solitário e impessoal porque, com frequência, o paciente é retirado de sua família e levado a uma sala de urgência. Menciona também que isto é um terrível acontecimento e que o medo da morte é universal, ainda que acreditemos que o temos dominado em muitos níveis; é o apreço pela vida, depende da qualidade de vida. É preciso aceitar a morte para viver a vida; é deixar tudo acabado; não é algo simples; é um processo constituído de etapas. Essa autora as classificou em fases:

Primeira fase. Negação e isolamento. *Consiste em uma negação inicial comum nos pacientes aos quais é revelada uma enfermidade fatal; funciona como um amortizador, após a notícia inesperada. Com o tempo, mobiliza defesas mas, nesta fase, diz: “Não sou eu”, não é comigo, o médico equivocou-se nos exames. É uma defesa passageira e logo será substituída por uma aceitação parcial.*

A negação é uma necessidade que surge em todos pacientes, em algum momento, seja no início de uma enfermidade grave ou ao final da vida. É um processo que pode ir e vir. Esta primeira fase é uma reação normal, que pode caracterizar um estado temporário de comoção do paciente do qual ele se recupera gradualmente. O apoio que recebe nesta fase pode contribuir para o seu bem ou mal estar.

Segunda fase. Ira. *Ao final da primeira fase, a pessoa começa a ter uma reação de compreensão, que a leva a não poder continuar na primeira fase; ela passa a ter sentimentos de ira, raiva, rancor e ressentimento e, então, pergunta-se “Por que eu?”. Esta fase é a mais difícil de ser contornada, pois a ira dirige-se a todos os lados e projeta-se em todos os que a rodeiam. Tudo é motivo de queixa. A forma terapêutica de lidar com esta fase é a tolerância e evitar personalizar esta raiva.*

Terceira fase. De barganha. *Esta fase dura pequenos períodos de tempo e caracteriza-se pelo uso da negação, com a intenção de adiar os fatos, como se a pessoa pudesse barganhar um prêmio por uma boa conduta. A maioria destes pactos é feito com Deus e se mantém em segredo.*

Quarta fase. *De depressão. Acompanha perdas tais como agravamento do quadro, dor e emagrecimento e outras que se percebem como iminentes. Kübler-Ross considera que não deve se estimular o paciente a ver o lado alegre das coisas, pois isto significa impedi-lo de pensar em sua morte. É preferível permitir que expresse sua dor.*

Quinta fase. *Aceitação. Implica em haver superado as fases anteriores. A pessoa não mais se deprimirá, nem se irritará. Pode expressar seus sentimentos anteriores e, na maioria das vezes, estará cansada e debilitada, necessitando dormir freqüentemente, em períodos breves. Esta é uma necessidade cada vez maior que não significa abandono, mas sim que o paciente se distancia do mundo exterior, como se estivesse descansando ao final de uma longa viagem.*

Morrer em um hospital perdeu seu caráter de cerimônia ritual presidida pelo enfermo cercado por parentes e amigos, como tem sido mencionado por vários autores. A morte passou a ser um fenômeno técnico, advindo da interrupção das assistências, ou seja, de uma forma explícita ou não por uma decisão do médico e da equipe clínica.

O moribundo, na maioria dos casos, fica muito tempo sonolento. A morte tem ocorrido de forma fragmentada em uma série de pequenas etapas e, ao final, já não sabemos qual é a morte de verdade – a que deixa a pessoa sem consciência ou a que a deixa sem conforto. Todas estas pequenas mortes têm substituído e rompido com a grande ação dramática da morte. Ninguém se sente com força ou paciência para esperar, durante semanas, a vinda de um momento que perdeu parte de seu significado (ÀRIES, 1982).

Talvez, se pudesse seguir em busca de conceitos, atualmente propostos por alguns autores, que envolvem o falar de nossa própria morte, quisera fazê-lo, recordando aquele acidente, quando tinha 10 anos e perdi a consciência. Ainda posso sentir presente em mim, o momento em que comecei a caminhar por um percurso que me parecia longo, cujo final era uma luz intensa e, ao ir me aproximando dela, percebia uma imensa paz e um grande silêncio; a sensação de não poder pensar, mas somente de caminhar e *ser-aí*. Hoje, 38 anos depois desta vivência, poderia dizer, como alguns autores, que a morte é só um passar de hoje a outro lugar diferente, pleno de paz, tranquilidade, bem-estar e plenitude do *ser- aí* (Dasein).

Considero importante e enriquecedor aproximar-me das descrições de morte no contexto do Brasil, com uma realidade geograficamente distinta do México, mas unida pelo fato de falar de um elemento comum – o ser humano que é **um**, em qualquer lugar, aqui ou no México.

Cassorla, em 1991, em um livro sobre a morte apresenta doze estudos que pretendem mostrar como esse fenômeno é abordado no Brasil. No prefácio deste livro, encontramos “Não, não, a morte não é algo que nos espera ao final. É companheira silenciosa, que fala com voz suave, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convida à sabedoria de viver” (ALVES, 1991).

Esse autor ainda menciona, “E agora a gente não sabe, a morte fala com a voz de poeta. Porque é nela que a vida e a morte se encontram reconciliadas, conversam uma com a outra e, desta conversação, surge à beleza. Agora, o que a beleza não suporta são as palavras em desordem... ela nos convida a contemplar nossa própria verdade. E o que ela nos diz é simplesmente isto: **Carpe diem**². Não há tempo a perder. É necessário viver agora! Não se pode deixar o amor para depois.” Esta foi a primeira lição de um professor de literatura no filme “Sociedade dos poetas mortos” (1989). Carpe diem! O efeito desta revelação poética, nascida da reconciliação da vida com a morte, é uma explosão absoluta de liberdade. Somente isto nos dá coragem para levantar o manto em que os desejos dos outros nos envolvem, mumificando- nos. A morte, que poderia ser considerada sábia, transforma-se em inimiga que nos devora. Penso que, para resgatar parte da sabedoria de viver, seria necessário que nos tornássemos aprendizes e não inimigos da morte e, para tanto, deveríamos abrir espaços em nossas vidas para ouvir sua voz. Seria preciso ainda que voltássemos a ler os poetas (ALVES, 1991).

Nada sabemos sobre o lado de lá... nem se existe. A ciência não tem alcance sobre o outro lado, apesar do surgimento e desaparecimento, a todo o momento, de teorias chamadas “científicas” sobre o outro lado... Talvez, um dia, se comprove algo, mas, neste momento, o que percebo é uma necessidade intensa dos seres humanos em compreender, cientificamente, o motivo de sua finitude e o que ocorre após a morte (CASSORLA, 1991).

---

² “aproveite o momento”

Esse autor ainda menciona “penso que a morte é temida quando não se pode viver a vida”. “Uma vida digna de ser vivida. E, então, a morte também é digna, pois é parte da vida”.

klafke (1991) menciona que “enfrentar a morte de uma pessoa é enfrentar-se com a realidade da própria morte, pois cada ser humano que morre, morre-se também um pouco com ele. Na medida em que nego a morte de uma pessoa, estarei alimentando minha própria imortalidade. A negação da morte é característica do homem ocidental deste século, provocada pelas diferentes experiências sócio-culturais, neste mesmo ocidente, que precisam ser consideradas”.

Kovács (1991), psicóloga brasileira que tem se dedicado a estudar a morte e ministrado cursos para preparar o pessoal da área de saúde sobre este tema, considera a morte uma preocupação universal do homem e, assim, um campo fértil de estudo para psicologia enquanto reflexão ciência e prática. Essa autora escreveu, em 1989, um artigo original sobre representações da morte, produto de seu árduo trabalho como pesquisadora do tema e as descreve:

› **Morte como perda.** Foi a mais freqüente entre os relatos analisados; é a “morte do outro”, internalizada. É parte da vida e dificilmente não será vivida pelas pessoas. Há uma subdivisão entre a morte “concreta”, aquela na qual ocorre, efetivamente, a morte de uma pessoa com a qual se mantém um vínculo e a “simbólica”, que se refere às perdas não resultantes de morte, como separação, perdas de emprego. A morte como perda é sentida como algo irreversível, brusco, evoca fortes sentimentos e é vivenciada conscientemente, diferenciando a vivência da própria morte. Por isso, é mais temida. A morte como perda pressupõe uma pessoa, um sentimento, um tempo.

› **Morte como fim ou transição:** tomadas as representações em conjunto, aparece com a mesma freqüência da morte como perda. É o tema da morte futura, que algum dia irá ocorrer e, portanto, é a distância no tempo. A polaridade eu-outro se refere a morte de “eu”... é uma representação de crenças e convicções do ser humano, falando-se da morte em geral e da morte futura, a desconhecida.

› **A morte como parte da vida:** a morte “despersonalizada”: nesta representação, a morte é consequência e parte da vida; não se trata da morte de pessoas específicas (eu-tu). É do ser humano em geral e, nesse sentido, é

entendida como a morte despersonalizada. A conexão, vida e morte surge na inclusão da morte na vida cotidiana, por meio de imagens e ações diárias, que aparecem como analogias da morte.

› **A morte como medo:** *a morte desconhecida; é uma das emoções mais associadas à morte, igual a ela mesma, respeitando a perda do outro em intensidade e formas de expressão distintas.*

› **A morte como fascinação:** *Usualmente é feita uma associação entre a morte e emoções como dor, tristeza, raiva e medo, mas, para alguns, ela desperta um encanto por suas características misteriosas e desconhecidas. Para outros, indica a possibilidade de entrar em contato com o sagrado, com o desconhecido que vem depois da vida e também com a possibilidade de evolução.*

› **A morte e a morte do outro.** *Este tema introduz a dificuldade de pensar a própria morte e de poder desejar, inconscientemente, a imortalidade. Por não pensar na própria morte, com justificativas, como a separação temporal ou maior medo devido à perda de familiares. Também surgiu a idéia de que pensar na própria morte pode paralisar a vida.*

› **A morte como sono ou descanso.** *Essa representação reflete o desejo do ser humano de morrer dormindo, sem consciência do próprio sofrimento, associada também à idéia de tranquilidade.*

Para Boemer (1991), a morte não é o fim da vida humana no sentido de ser o fim de um caminho alcançado ao término de um trajeto. Esta autora, referindo-se ao pensamento de Heidegger, diz que “quando chego ao fim da jornada ainda existo e, como existente, encontro-me no estado de ter acabado algo, porém, quando vem a morte, já não existo e, assim, não há uma jornada propriamente dita que possa dizer ter acabado. E, ainda mais, quando estou na metade da jornada, só posso chegar ao final atravessando a outra metade que resta.”

Valle (1991) menciona que se a angústia da morte, em geral, não é assumida pelo ser humano e, principalmente na sociedade ocidental, é necessário retomar os conceitos de vida-morte para olhar de frente a finitude do ser. Esta tarefa é árdua e penosa, mas necessita ser vista como um direito e um dever dos profissionais da área da saúde, sobretudo nos hospitais. É benéfico trabalhar com os próprios sentimentos sobre esta questão. Considerar a possibilidade de *não-ser-mais-aí* precisa ser assumida pelos profissionais de saúde. É importante buscar a

compreensão ontológica da finitude do ser, a consciência da finitude da própria existência e o caminho para verdade. Somente quando os profissionais compreenderem a morte como parte da existência e não como um marco final e quando compreenderem que o ser do homem é um *ser-para-a-morte* é que eles poderão assumir sua própria humanidade e se relacionarem, de forma autêntica, com os outros seres que, pela facticidade do mundo, estão vivenciando uma situação de morte iminente de si mesmos ou de alguém a quem muito amam.

Neto (1998), em seu estudo sobre luto e dor mental, entre os índios carajás, do Brasil central, menciona, entre outras conclusões, que “para falar a respeito das relações com a morte, sob o ponto de vista psico-analítico, tudo quanto dispomos para examinar um conceito tão abstrato é a presença, na consciência, de um estado de medo, cujo estudo nos reporta, mais uma vez, às relações entre o ego e o superego. Sua presença foi ressaltada pela psicanálise, desde o nascimento, segundo uma forma de angústia básica, uma espécie de relação primária com a angústia, como forma de dor mental. No melancólico, existe a suposição do ego sentir-se abandonado em si mesmo, aborrecido por estar sendo odiado pelo superego; para o ego, viver equivale ao ato de ser amado pelo superego (FREUD*, 1974 apud NETO, 1998).

A angústia diante da morte é como sentir a angústia de castração. Nesse caso, é possível entender a automutilação das pessoas enlutadas enquanto uma forma de realização simbólica que, ao mesmo tempo, protege a pessoa contra a morte por meio de um processo de identificação e reconciliação.

O terceiro Congresso Brasileiro de Tanatología e Bioética, realizado em São Paulo, em 2005, abordou diversos temas, entre eles o da morte, resultando em conclusões como “a morte como parte da vida” e “a morte como expressão do amor à vida (HEBMULLER, 2005).

No México, o doutor Alfonso Reyes Zubiría, é considerado o precursor da Tanatología e, no livro “Aproximações tanatológicas ao doente terminal e sua família”, apresenta uma descrição do significado da morte para o mexicano, levando-nos por um retrospecto histórico e mencionando também seus próprios conceitos:

A cultura maia, o centro cerimonial Kaminal juyú, da área meridional reflete a época do pós-clássico, no qual os governantes, ao morrerem, eram

---

* NETO, D.A. O luto e a dor mental entre os índios Carajá (Brasil Central). In: CASSORLA, R.M.S.; et al. **Da Morte – Estudos brasileiros**. 2ª. Edição. Campinas (SP): Papirus, 1998. p. 207-30.

honrados, enterrando-os sentados sobre um sarcófago de madeira, sendo que ricas oferendas de cerâmica e outros bens os acompanhavam ao outro mundo; entre uma a três pessoas eram sacrificadas em sua homenagem, escolhidas entre adolescentes e crianças. O morto era cercado por belos vasos funerários, com alimentos e bebidas, junto com metais e outros utensílios para o preparo dos mesmos. O cadáver ainda era adornado com pedras semipreciosas, pedaços de ouro e ricos tecidos, além de pares de garras de tigre e incensários, alguns com inscrição da efígie do deus da morte”.

*Os Toltecas, em Chichen- itzá - a eles se devem os sacrifícios humanos – aparecem os **chacmool**, figuras reclinadas que recebem, em seu ventre, os corações dos sacrificados. Para eles, morrer era algo misterioso, sério, talvez temível, mas tão sagrado que muitos mortos eram dignos de templos e altares, ritos e sacerdotes; sabiam perfeitamente que a morte não era o fim, mas que havia continuidade da vida e, sem dúvida, para eles, a morte tinha sua própria divindade, incluindo a decorrente de suicídio.*

Para os astecas, vida e morte estão sempre presente, sendo a última considerada sempre sagrada, não apenas porque significa um encontro com os deuses, mas também porque, da forma como morrem, dependerá o futuro da alma. As crianças que morriam eram consideradas jóias e eram alimentadas pelo “chichihuacuauilco”, lembrando as mulheres que amamentam crianças que não eram delas (árbol nodriza). A representação dual de vida-morte existiu também ao final do período clássico.

Os mexicanos eram considerados como o povo da morte; sua filosofia deixava claro, em um vasto número de poemas, que contemplam a vida como um momento passageiro e, a morte, como um despertar para transportar-se para o mundo dos mortos e dos deuses.

Nossas etnias atuais celebram o dia dos mortos no período de 31 de outubro a 2 de novembro, dependendo da região, com diferentes rituais e maneiras que refletem a certeza de que, a cada ano, regressam os que morreram e compartilham a festa e os alimentos com os familiares ainda vivos. Isto faz com que a morte tenha outra face. A festa dos mortos estreita os laços entre vivos e mortos, promovendo também a vida social da comunidade.

Zubiría (1991) propõe, com base em sua experiência no Departamento Hospitalar de Tanatología, o primeiro no México, no Hospital Regional Adolfo López Mateos, de ISSSTE, no Distrito Federal, que o mexicano e, talvez algumas outras culturas latinoamericanas, vivam um processo de morrer marcado por um jogo de **emoções mescladas**, que estarão sempre presentes, tanto no enfermo como na família; emoções às quais o tanatólogo deverá dedicar atenção especial, se desejar, de fato, ajudar seus pacientes. Estas emoções são definidas como:

Primeira emoção - angústia: definida como “medo do futuro”; este medo, esta dor, estará presente no enfermo terminal até o final, desde que conheça sua enfermidade. O mesmo ocorre com seus familiares.

Segunda emoção - frustração: significa um sofrimento maior, surgindo cada vez que se torna consciente da presença da morte, experienciando a impotência; esta frustração manifesta-se em raiva e tristeza, entendendo a raiva como algo irracional e incontrolável, mas, sobretudo, como uma grande e profunda tristeza (dor mental, não física).

Terceira emoção - culpabilidade: esta emoção é mais dolorosa e persistente que as anteriores, devendo ser impedida sob risco de se converter em uma companheira fiel da morte. Não importa que seja persecutória ou depressiva, nem sua fonte. Devemos amenizar as culpas dos pacientes, todo sentimento de culpa é baseado em um absurdo e, por isso, não podemos administrar a culpa; temos que evitá-la.

Quarta emoção - depressão: emoção ainda dolorosa, fruto do processo de morrer e não de uma patologia. Há três tipos de depressão: a reativa que é a resposta à perda sofrida, sendo a mais penosa de todas as depressões; a antecipatória, normalmente silenciosa, tratando-se de um sofrimento sobre o qual não é preciso falar; é um sentimento que pode ser aliviado mais facilmente tocando a mão, acariciando o cabelo, sentando-se na cama, em silêncio, ao lado do paciente, cuja maior preocupação é por aquilo que o espera e não por aquilo que deixa para trás. Nesses momentos, as visitas não são bem-vindas. A terceira depressão é a ansiosa, intensamente vivida pelos mexicanos, quando todo o “meu ser” quer morrer e, ao mesmo tempo, quer viver. Quando todo o “meu ser” quer que meu ente querido morra de forma a não sofrer mais, mas, ao mesmo tempo, quer que ele prossiga vivendo.

Implica em um conflito interior, como se a pessoa sofresse a presença de dois “Eus” contraditórios – um que deseja morrer (depressão), outro que anseia viver (Ansiedade).

Quinta emoção - aceitação: *o enfermo é capaz de dizer **SIM** à vontade de Deus; são os casos em que o doente morre com autêntica serenidade, traduzida numa sensação de paz. A aceitação é ativa e, se estamos de acordo que a morte é o ato mais transcendente na vida do ser humano, então, se deve chegar a ela com o compromisso ativo da aceitação.*

Os conceitos anteriores levam a uma reflexão sobre a morte, visualizando-a como uma grande desconhecida que permanece ao nosso lado, desde o momento de nossa concepção, sendo a eterna companheira do ser humano. Sabemos que chegará, mas não sabemos quando, nem como; apenas que é uma certeza. Trata-se de um processo individual, vivido de maneira pessoal, durante o qual muitas pessoas podem nos acompanhar, mas não podem viver estes momentos. Onde há AMOR, pode-se viver uma relação a dois, na qual as palavras e os outros estão, mas não estão, pois só existe um para o outro, em paz e harmonia, na alegria de uma eterna entrega.

Esta reflexão aproxima-me da inquietação sobre a necessidade de poder desvelar a interrogação **que significados têm a morte para as enfermeiras?** Qual é essa realidade, em seu mundo cotidiano de cuidar dos idosos em seu encontro com a morte?

2. 4. Aproximação à terminalidade no idoso.

Nesta aproximação, devemos esclarecer que o paciente terminal pode estar em qualquer idade da vida, mas a inquietação que move este estudo são os idosos, considerando que muito tem sido estudado no que se refere aos processos de qualidade de vida, da necessidade de manterem-se saudáveis, ativos, vivendo em plenitude; porém, atualmente, temos ao nosso redor, idosos que chegaram à terminalidade não apenas devido às enfermidades, como ocorre em outras etapas da vida, mas porque estão no término da existência, podendo deparar-se com a morte sadios ou enfermos. Isto é uma contradição para a saúde pública, considerando que os esforços, na prevenção, são encaminhados à preservação da

vida. Porém, para o idoso, este princípio não é aplicável, uma vez que poderá chegar ao término de sua existência de forma natural.

O paciente terminal é aquele que padece de uma enfermidade avançada, progressiva e incurável, sem resposta a tratamento específico, com múltiplos sintomas, intensos e alternados, com grande impacto emocional no enfermo, na família e com um prognóstico de vida limitado, inferior a seis meses (OMS, 1990).

Idoso terminal é aquele que padece de um processo agudo o crônico que o leva a uma situação crítica, conduzindo-o à morte em um prazo de 3 a 6 meses. Este período se caracteriza por uma incapacidade progressiva para recuperar a saúde e responder à terapêutica e reabilitação. A situação concreta de incurável nem sempre é dada pela natureza da causa da enfermidade, mas pelo tipo, grau e curso das alterações concomitantes. Importante dizer também que, dependendo da postura que o paciente adota diante da doença, podem ainda decorrer complicações inesperadas da terapêutica (ASTUDILLO, 2001).

Terminalidade para Kübler-Ross (2004), é um processo para chegar à morte, importante para vida, e forma parte do ser humano; é a sensação de perfeição, é como ter controle de tudo, é uma fase que limita as condições físicas e gera necessidades, inclusive de natureza espiritual.

O idoso terminal é aquele que, embora não tenha uma patologia anterior conhecida, apresenta uma queda funcional progressiva que o faz pensar na proximidade da morte.

Para Zubiría (1991) o idoso que morre, por enfermidade ou velhice, enfrenta, como todo o último evento importante de sua existência – agonia e morte. Tem todo o direito de ser ajudado para que este último e transcendental momento de sua vida, o mais transcendental, sem dúvida, possa ser vivido com plena aceitação, dignidade e repleto de paz interior. Afirma ainda que o idoso que morre por velhice e não por enfermidade passará por todas as fases ou emoções interligadas ao processo de morrer e começará a sofrer a dor da angústia muito antes de morrer, muito antes de ser realmente um velho, desde o momento em que se tornou consciente de ter iniciado um lento processo de perdas e de projetos. Durante longo tempo, anos e anos, sofreu e sofrerá por suas frustrações, raivas e tristezas, buscando, ansiosamente, uma esperança que seja real e dê sentido à sua vida.

O mesmo autor ressalta que cremos que a morte, para o idoso, sempre é uma espécie de amiga bem vinda. Para a maioria, isto não é verdade e, para alguns, é

uma verdade parcial. Ser idoso não é sinônimo de ser feliz por morrer. Há idosos que sempre falam que desejam morrer porque não têm mais nada a fazer. Não devemos nos enganar! Quantos, ao dizer isto, não estão vivendo uma aceitação, mas expressam uma dolorosa resignação. Quem se resigna diante da morte, é porque é privado de oportunidades, de sentir-se útil para os demais. Se um idoso expressa seu desejo de morrer, porém não se vê que sua morte seja iminente, então há de se descobrir aquilo que o faz sentir que sua vida seja tão “miserável”. E deve-se gratificar essas necessidades do idoso, verdadeiras e justas, todas as vezes que for humanamente possível.

Quando as condições de saúde pioram, de forma irreversível e letal, o homem entra na fase terminal da sua existência. Para ele, o viver torna-se particular e progressivamente precário e penoso. Além do sofrimento físico, surge o drama psicológico e espiritual do que resta, o que envolve e comporta o morrer (MÉXICO, 2005).

O idoso terminal é aquela pessoa que, por enfermidade ou degeneração natural, está chegando ao final de seus dias, necessitando rever sua existência e preparar-se para a partida (PRODIA, 2004).

O que sucede é que a morte e a velhice têm sido enfocadas como um tabu, como algo proibido desde os tempos antigos. Estes preconceitos são produtos da ignorância e não do conhecimento (PRODIA, 2006).

Os idosos, em seu processo de enfrentamento, podem sentirem-se desconfortáveis; na terceira fase, (completa-se o trabalho de enfrentamento levando a um novo estado no qual se procede a uma redimensão), prolongando, de forma desproporcional, uma sensação de tristeza infinita. A dificuldade principal nestas pessoas reside na conexão com novos projetos ou seus equivalentes, que substituam o objeto perdido, pois, para muitos idosos, tais objetos não estão disponíveis (KRASSOIEVITCH, 2005).

De acordo com as diferentes posturas teóricas, o idoso é alguém que tem um tempo vivido, o que significa que teve perdas de várias naturezas (sociais, morais, emocionais, econômicas), mas, também, está implícito alguém que obteve vitórias, experiências que o tornam um ser valioso. Algumas vezes fala e, em outras, não quer conversar sobre a morte. É olhando para este ser humano especial que devemos considerar os princípios declarados pela ONU, em 1982, para seu cuidado – independência, participação, auto-realização, cuidado e dignidade.

Estes princípios podem contemplar o idoso com um cuidado cujas características levem a enfermagem a considerar que ele, quando em fase terminal, requer um cuidado distinto para que o seu encontro com a morte seja como ele desejar e muitas vezes, até planeje o cenário de seu encontro com a morte.

2.5 Aproximações ao cuidado de enfermagem ao idoso terminal.

É importante que a enfermeira tenha um claro entendimento de conceitos como morte e velhice, se desejar participar da assistência integral e efetiva à pessoa idosa. Tal atenção é entendida como cuidado em todas as esferas desta pessoa biológica, psicológica, social, cultural, espiritual, que a torna um ser único, entre todos os demais.

Também é importante reconhecer que, na velhice, com muita frequência, as necessidades psicológicas são maiores do que as físicas. Esta realidade específica requer que a enfermeira desenvolva habilidades e capacidades que lhe permitam intervir, de forma oportuna, na satisfação de tais necessidades. Tudo isto implica em uma mudança na postura tradicional da enfermeira, enfatizando, não apenas a quantidade de atividades a serem desenvolvidas, observadas e concluídas, mas, sobretudo, a qualidade do cuidado oferecido (BABB, 1998).

Para este cuidado, os objetivos de enfermagem, em relação ao paciente terminal, serão no sentido de obter um maior nível de bem-estar e conforto, com a participação do paciente em seu cuidado, enfrentando a situação e valorizando o “estar com” ele, mais do que fazer por ele (BABB, 1998).

Considerando as características dos idosos, no México, nota-se que a maioria vive e morre em família. Nesse sentido, a enfermeira deverá elaborar também as propostas deste cuidado com a participação dos familiares e amigos de forma que tais cuidados os apoiem para que expressem os sentimentos que os angustiam. Enfrentamento eficaz da perda, participação no cuidado, estar com a família e os amigos.

García et al. (2002), na Espanha, em seu livro “Enfermagem do Idoso” mencionam que, quando o idoso desenvolve uma enfermidade aguda da qual provavelmente não se recuperará ou quando não responde a um tratamento curativo específico, os cuidados paliativos tornam-se necessários. Quando se fala em cuidados paliativos, surge, como primeira indicação, a proposta que eles sejam

direcionados, fundamentalmente, para controle dos sintomas, já que uma enfermidade terminal pode ocasionar muitos deles. Controlar estes inúmeros sintomas constitui-se em um dos propósitos prioritários dos cuidados paliativos, assim como possibilitar conforto e apoio emocional aos pacientes e família. Nos idosos, esses cuidados necessitam seguir a mesma diretriz e têm o mesmo desenho planejado para outras populações. Nesse sentido, a proposta de cuidado, com base no modelo de Enfermagem de Henderson, estabelece as intervenções fundamentais nas implicações que a enfermidade terminal pode provocar nas necessidades básicas do ser humano (GARCIA; et al. 2002).

- ~ Respirar normalmente;
- ~ Comer e beber adequadamente;
- ~ Eliminar por todas as vias corporais;
- ~ Movimentar-se e manter posturas adequadas;
- ~ Dormir e descansar;
- ~ Usar roupas adequadas, vestir-se e divertir-se;
- ~ Manter temperatura corporal nos limites normais;
- ~ Higiene corporal e integridade da pele;
- ~ Evitar os perigos ambientais y lesar outras pessoas;
- ~ Comunicar-se com os demais expressar sua sexualidade e suas emoções;
- ~ Viver segundo suas próprias crenças e valores;
- ~ Trabalhar de forma a sentir-se realizado;
- ~ Manter-se ocupado e participar de atividades recreativas;
- ~ Aprender, descobrir e satisfazer a curiosidade

No México, em 2006, a Secretaria de Saúde, avançando para atingir a qualidade nos serviços, apresentou o livro “Qualidade de Assistência ao Final da Vida – Manual para o médico e enfermeira”, cujo conteúdo pretende proporcionar informações e formação sobre o tema da morte, do processo de morrer, de suas implicações psico-emocionais, para o enfermo, família e também para o pessoa de saúde. Propõe sete habilidades básicas que devem ser dominadas pelo médico e a enfermeira, de forma a oferecer atenção de qualidade ao final da existência. Estas habilidades, divididas em dois capítulos, são:

- ~ Identificar e conhecer as quatro ³ fases do enfrentamento experimentadas pelo ser humano diante da morte;
- ~ Reconhecer as 7 emoções que se experimentam na morte;
- ~ Reconhecer os medos dos seres humanos diante da finitude;
- ~ Aprender a reconhecer o “contágio emocional” e a “desapegar-se” das dolorosas emoções;
- ~ Comunicar aos familiares as más notícias de forma adequada;
- ~ Acompanhar e respeitar a dignidade dos enfermos e familiares no momento da morte;
- ~ Despedir-se com respeito do paciente e seus familiares.

As habilidades técnicas são:

- ~ Acompanhe e respeite a dignidade dos enfermos e seus familiares no momento da morte;
- ~ A despedir-se com respeito do paciente sem vida;
- ~ Comunicar as más notícias de forma adequada;
- ~ Aprender a reconhecer o “contágio emocional” e a “soltar” as emoções dolorosas e negativas (PALENCIA, 2006).

No Brasil, Menezes (2004), em seu livro “Em busca da boa morte”, elabora uma proposta para a assistência paliativa, definindo-a como a criação de uma garantia de melhor qualidade de vida para a família e para o enfermo, fora de possibilidades terapêuticas (FPT). Os cuidados paliativos postulam a qualidade do viver, em contraposição à quantidade, à custa de sofrimento. A fase terminal da enfermidade e da vida passa a constituir uma entidade, uma categoria específica, surgindo, assim, o espaço de intervenção para profissionais com conhecimentos específicos, direcionados ao controle da dor e dos sintomas e também para um trabalho social e psicológico.

Segundo o conceito de um bom final de vida, o enfermo passa a ter voz e vontade, demandas específicas e converte-se em sujeito central de seu processo de morte. Esta nova proposta compreende uma ampla rede de profissionais, uma equipe multipluri, inter, profissional, voltada a algo que se trata mais do que apenas

---

³ “ Conforme a experiência obtida pela Associação de Tanatologia do Estado de Morelos, é possível resumi-las em quatro fases: negação, renegação (turbulência emocional), perda e aceitação” PALENCIA (2006;44)

um problema médico: é uma questão de competência e um saber técnico, vinculados às especificidades da pessoa em fase terminal (MENEZES, 2004).

Outro caminho para o cuidado de enfermagem ao idoso em fase terminal é a tanatología, considerada como o estudo da vida por meio da morte; é apreender, com os enfermos, a melhor forma de encontrarmos-nos conosco mesmo. É também a ciência que ajuda os enfermos a morrerem em paz, com dignidade, oferecendo suporte também às suas famílias. É necessária ainda ajuda para superar todos os tipos de perdas emocionais, desde a vida de uma pessoa querida até a mudança de residência, escola, trabalho, divórcio, o “ninho vazio”, uma aposentadoria; diante disso, devemos ajudar no enfrentamento, não somente quando uma pessoa morre, mas também quando sofre uma perda.

O objetivo principal da Tanatología é ajudar o homem naquilo que tem como direito primário e fundamental: morrer com dignidade, aceitação plena, paz, conseguindo resolver e concluir as questões ainda não resolvidas do paciente, assim como amenizar seu sofrimento.

A enfermeira e a Tanatología, na prática, devem ter capacidade para colocar-se no lugar do outro, com respeito, confiabilidade, cordialidade, com poucas palavras ditas com qualidade humana, de forma a oferecer, ao paciente e à família, o apoio que necessitam.

A enfermeira, antes de tudo, é uma pessoa que necessita aceitar-se, conhecer-se e amar-se, vivendo em equilíbrio intelectual, espiritual e social. É importante que tenha conhecimentos sobre tanatología, de forma que passe da visão de cura à de alívio e saiba cuidar do idoso, possibilitando-lhe morrer cercado por seus familiares e amigos; deve ter sempre presente que seu papel é curar algumas vezes, aliviar com frequência e consolar sempre. Cada caso e cada pessoa são diferentes; a vida, assim como a morte, é inevitável e parte de seu cotidiano de trabalho.

3. Aproximação à fenomenologia

3.1 Investigação fenomenológica.

A epoché fenomenológica distingue, com precisão, a filosofia de todas as outras ciências que se interessam pela existência do mundo e dos objetos nele compreendidos, tornando, portanto, o filosofar uma atitude contemplativa, que pode revelar-se a essência mesma das coisas (ABAGGNANO, 2004).

O termo fenomenologia expressa um pensar que pode ser assim formulado: - à volta às coisas mesmas, frente a todas as construções, às descobertas causais, à adoção de conceitos supostamente rigorosos, às questões aparentes que se estendem, com frequência, por meio de generalizações de problemas. Portanto, o que a fenomenologia nos mostra é aquilo que, imediata e regularmente, se mostra; aquilo que está oculto e que, ao mesmo tempo, pertence à essência, mostrando-se de tal modo que constitui seu sentido e fundamento (ABAGGNANO, 2004).

Sendo o fenômeno o objeto da investigação fenomenológica, para clarificá-lo, recorreremos à sua etimologia “(...) do grego “*phainomenon*”, significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra a um sujeito que experiência uma situação. Do verbo *phanesthai*, como mostrar-se, aclarar o fenômeno e, assim, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga (MARTINS, 1984).

Dessa forma, a partir da fenomenologia, a filosofia acaba por situar-se em uma dimensão diferente em relação ao conhecimento natural do fato. Tal dimensão corresponde a um método radicalmente novo, que se contrapõe ao método natural da ciência (GILES, 1975).

A relação da consciência-objeto mostra-se com um campo de análise da fenomenologia; refere-se à relação noesis-noema, na qual noesis significa o ato intencional da consciência, ou seja, a sua direção para ver um objeto e, noema, significa aquilo que é visto. Para Martins (1989), a análise fenomenológica mais importante pertence ao lado “noético”. Trata-se da consciência do sujeito que atribui significados a algo que focaliza. A partir deste movimento, ocorre uma modificação que pode gerar uma nova contribuição do significado (experiência significativa).

Ao dirigir-se a um fenômeno para interrogá-lo, a consciência e sua intencionalidade buscam pela essência deste fenômeno, chegando à compreensão de seu significado e ao seu des-velamento. Para que esta essência seja alcançada, simplificada, reduzindo o fenômeno a tudo o que não seja essencial, o pesquisador

busca uma técnica de “variação eidética”, que dá ao pensamento a certeza de que terá apreendido o fenômeno em sua essência. Imaginam-se todas as variações que o fenômeno poderia ter, chegando ao que não poderia ser suprimido, sem a destruição do próprio fenômeno e que, provavelmente, pertence à essência. (CAPALBO, 1994).

Assim, aproximando-nos, em busca da essência do fenômeno, temos a “epoché”, que significa colocar entre parênteses as crenças, pressupostos e teorias a respeito do fenômeno que está sendo interrogado. O fenômeno é, então, colocado em suspensão, sendo buscado por aquilo que se mostra. Não é preciso insistir que se veja com os próprios olhos, mas, sim, que se deixe ver uma interpretação que os preconceitos impõem ao sujeito (MARTINS, 1984).

Na busca pelo desocultamento do fenômeno interrogado, o pesquisador não parte de teorias ou explicações à priori. Parte do mundo dos sujeitos que vivenciam o fenômeno interrogado. Em outras palavras, realizando a “epoché”, o investigador procura estabelecer um contato com o fenômeno colocado diante de seus olhos. (MARTINS, 1984).

Para a enfermagem, ressaltam Carvalho e Valle (2002), a descrição das experiências por quem vivencia o fenômeno é um caminho para a compreensão e, a linguagem, uma das formas que se apresentam para esta compreensão. A linguagem não tem apenas a função de comunicação, mas, também, de revelação de uma parte do Ser que existe em si e para os outros como singular e idêntico. A linguagem é, portanto, não somente uma forma de expressão, mas nela se manifesta a essência daquilo que somos. Toda compreensão se consoma em uma linguagem. A totalidade significativa da compreensibilidade vem por meio da palavra.

Existe, assim, interrelação e interdependência entre o enfermeiro e o ser humano que é cuidado e investigado, sendo possível afirmar que um e outro são sempre sujeito e objeto que se integram e se relacionam para uma consciência. Nesse sentido, a fenomenologia se mostra como um caminho metodológico importante para a investigação e, conseqüentemente, para a prática de enfermagem considerando que é chamada à reflexão, à compreensão, algo inerente ao ser humano.

Essas características básicas da fenomenologia apresentam-se como o caminho que me possibilita desvelar o fenômeno, respondendo a algumas de minhas inquietações.

3.2 Entrevista fenomenológica.

A descrição reveste-se de importância significativa para o desenvolvimento da investigação fenomenológica; ela não requer um estilo literário, normas, regras, listas de palavras ou palavras específicas que devam ser utilizadas (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Carvalho (1987), em seu livro “Metodologia da Entrevista - uma abordagem fenomenológica” aborda, sob a ótica do serviço social, no Brasil, que a fenomenologia surgiu pela necessidade de ter, ante os fenômenos, uma postura compreensiva e não explicativa.

Assinala também que o interesse pela linha compreensiva está interligado ao fato de que a intenção da entrevista clássica vem sendo sempre a busca por um conhecimento universal e verdadeiro sobre a pessoa, ao situar o serviço social no pensamento impessoal da ciência. Tal pensamento está situado ao nível da terceira pessoa pronominal, freqüentemente paralisando a ação do participante social, dificultando chegar a maiores objetivos, como o respeito verdadeiro à autodeterminação, à dignidade humana; valores estes que são colocados ao nível de um conhecimento na primeira pessoa pronominal (CARVALHO, 1987).

Para Carvalho (1987), a perspectiva compreensiva da entrevista fenomenológica é o ato de compreensão e de apreensão do psíquico que não pode ser objeto de explicações, captado por meio de suas exteriorizações. O método compreensivo, mais que um método psicológico, é hermenêutico e, nesse sentido, dirige-se à interpretação da vida psíquica em suas estruturas objetivas. Compreender e apreender os objetos da vida do espírito para alcançar uma vivência original em forma de gestos, linguagem ou cultura, onde há esta vivência; esta exteriorização é que imprime as formas culturais, humanas e históricas. Trata-se de uma compreensão que se faz como uma totalidade de nossa alma, uma compreensão que transcende ao sujeito, mas que não é uma razão.

Os princípios básicos da entrevista, conforme menciona Carvalho (1987), baseiam-se em características de análises como espaço-tempo-liberdade, lembrando que “o ser humano não é um ser que “repousa em si”, “mas é um ser, cuja essência, é a de “fazer ver”. O homem, enquanto consciência define-se, essencialmente, por um movimento centrífugo, que lança para fora um “modo de existir”.

Carvalho (1987) define três características da entrevista fenomenológica que devem ser observadas: - ver e observar, sem fechar-se em uma perspectiva causal, de forma a deixar emergir a visão sob uma perspectiva fenomenológica; interpretar, compreensivamente, a linguagem do cliente e a percepção dessa linguagem como veículo de significados; procurar mostrar a perspectiva fenomenológica que não dicotomiza sujeito e objeto, significado e significantes. Deve-se, ainda, perceber o gesto do cliente, em seu movimento e nos ocuparmos, especificamente, em manter uma linha que possa mostrar que a ação na entrevista não é uma forma de intervenção ou de tratamento.

Simões e Souza (1997), em seu artigo “Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica” identificam que a entrevista fenomenológica supõe quatro momentos - o primeiro implica em encontrar o ambiente físico apropriado para favorecer a ocorrência de uma relação empática; o segundo momento é o caminho seguido para aproximar-se para a entrevista, o que implica na exposição da questão norteadora e na sua compreensão pelos participantes do estudo. O terceiro, consiste em analisar a informação obtida e clarificar a questão norteadora, valorizando o uso de gravador para chegar às palavras de forma que os significados originais fluam por meio das palavras dos sujeitos; reavaliar o local. Por fim, o quarto momento é o encontro do sujeito, pesquisador e do sujeito investigado. Recomenda também, após a entrevista, procurar saber mais do cliente e não sobre o cliente, o que implica em aprofundar o conhecimento da pessoa, sentimentos, motivações, conferindo, desta forma, uma essência a esse ser.

3. 3 Filosofia de Martín Heidegger em sua obra *Ser e Tempo*.

Os estudiosos desse filósofo dividem o caminhar filosófico de Heidegger em dois momentos: - "O primeiro Heidegger", de *Ser e Tempo*, que estudava o Ser no horizonte humano e aprofundava a reflexão sobre o homem enquanto ente capaz de

questionar o seu Ser. O segundo, que nas obras posteriores seguirá questionando o Ser, mas de uma forma mais direta, abordando também outras temáticas, como a Poesia e a Técnica.

Cotrim, em sua obra Fundamentos da Filosofia (1989) menciona que um dos objetivos básicos da obra de Heidegger em Ser e Tempo (1927), é investigar **o sentido do Ser**. Para isso, considera correto iniciar investigando o ser que nós mesmos somos. Heidegger (1927) cria uma terminologia própria, a qual ele denomina **o modo de ser do homem**, nossa existência, com a palavra Dasein, cujo sentido é **ser-aí**. Analisando a existência humana, descreve três características básicas que marcam uma existência inautêntica. O homem é “lançado” no mundo, sem saber o motivo. Ao despertarmos para a consciência da vida, já está-aí sem que tenhamos pedido. **No desenvolvimento da existência: o ser humano estabelece relações com o mundo** (ambiente natural e social historicamente construídos).

Para existir, o homem projeta sua vida e busca atuar no campo de suas possibilidades. Assim, move-se em busca permanente para realizar aquilo que ainda não é. **A destruição do eu**: em busca de realizar seu projeto, o homem sofre a interferência de uma série de fatores adversos que o desviam de seu caminho existencial. Trata-se de um enfrentamento entre **o eu** com os **outros**. Um enfrentamento, no qual o homem comum é, geralmente, derrotado, ou seja, seu eu é destruído, anulado, dissolvendo-se na massa humana. No lugar de tornar-se **si mesmo**, o homem volta-se para o que os outros desejam. O sentimento profundo que possibilita ao homem despertar da existência inautêntica é a angústia, pois ela revela nossa impessoalidade no cotidiano, o abandono de nosso próprio eu diante da opressão do mundo como um todo. “O mundo surge diante do homem, aniquilando todas as coisas particulares que o rodeiam e, assim, aponta para o nada. O homem sente-se como um ser-para-a-morte. A partir desse estado de angústia, abre-se para o homem, segundo Heidegger, a alternativa de retornar à sua dimensão profunda, isto é, o Ser retornar ao cotidiano; ou superar a própria angústia, manifestando seu poder de transcendência sobre o mundo e sobre si mesmo. Surge, então, um dos temas-chaves de Heidegger: - o homem pode transcender-se, o que significa dizer que ele tem a possibilidade de atribuir sentidos ao seu Ser (COTRIM, 1989).

Para Teles (1979), Martín Heidegger foi o principal criador do existencialismo, bastante influenciado por Husserl, no momento em que os existencialistas discutiam uma filosofia que não estivesse alienada do humano. Uma filosofia, finalmente, na primeira pessoa, já que, até então, mencionavam “Somente adquire-se o conhecimento vivendo a realidade”. Essa vivência é possível, sobretudo, pela angústia, mediante a qual o homem toma consciência de que é um ser frágil, em um mundo cruel e absurdo, onde seu destino é a morte. Mas, apesar de sua fragilidade, ele é livre e pode fazer escolhas. Essa afirmação de liberdade, comum a todos os existencialistas, manifesta-se no fato que é impossível não fazer escolha; sou responsável não somente por mim, mas por todos os outros homens, pois, sua liberdade depende da minha. Tal concepção leva à necessidade de estar atento porque as ameaças surgem do próprio homem e da própria sociedade. Nisso reside seu perigo.

Na sua obra **Ser e tempo (1927)**, busca investigar a natureza da existência. Afirma que todo filósofo tem um só grande pensamento. De fato, o pensamento de Heidegger pode ser reduzido a uma concepção muito simples: a busca do significado do Ser. *Porque existem as coisas, o homem, o universo?* (TELES, 1979)

Para Oliveira (1982), o humanismo de Heidegger afirma que é a existência que dá significado à essência. Por isso, para ele, “a essência do Ser reside em sua existência” e a tarefa primordial da filosofia é determinar a essência do ser-no-mundo, do ser humano. Assim, seu humanismo existencialista propõe-se a identificar o ser-no-mundo, com a temporalidade, o que significa afirmar que o homem é um-ser-para-a-morte. Existir, em toda sua plenitude, quer dizer tomar consciência de tal fato, passando, assim, de uma existência inautêntica à autêntica.

É na autenticidade que o homem se perde a si mesmo e é levado a preocupar-se com a realidade da morte, o que gera angústia e ansiedade. É na experiência do nada que o homem se coloca diante da totalidade de sua existência. Existir é, então, um ato voluntário de nulificação do Ser, de onde se origina o conceito de angústia que faz com que o homem, comum e inautêntico, venha a preocupar-se com a morte e a temê-la. Mas, por outro lado, leva o homem autêntico a aceitar essa condição que é própria de seu destino. O humanismo de Heidegger é, portanto, completamente fundamentado na experiência, embora apresente algumas contradições e conduza a um desespero e angústia (OLIVEIRA, 1981).

Mendoza (2004) ressalta: com Heidegger, surge novamente, radiante, a existência, mas não acentuando a vida para negar o Ser e, sim, explicando o Ser por meio da vida. Meu “eu” e meu mundo são uma mesma coisa; somente mediante minha existência posso chegar a realizar o Ser. Heidegger. Pela primeira vez, não deprecia a vida para acentuar o Ser, nem despreza o Ser para afirmar a vida. Ele toma como unidade a existência que vai levar ao Ser.

A obra de Heidegger vai mais além; reconhece o valor da vida, mas também o valor do Ser. Aceita o medo (*Furcht*) ante a existência perdida no mundo (*uneigentliche existenz*) mas, busca o princípio metafísico da angústia, que nos entrega “à existência que se encontra a si mesma” (*eigentliche Existenz*) (MENDOZA, 2004, p.247).

Esta filosofia de Heidegger é uma visão real da natureza humana, é o adentrar-se na existência raquítica, temerosa do homem. O medo e a angústia dominam as fases superficiais ou profundas da essência. Na existência banal, o homem preocupa-se diante do mundo, mas também ante os homens. Ele teme por sua existência perdida no universo (*zuhandes*), mas também se mantém precavido (*fürsorgend*) diante dos demais homens. Como fundamento da sua preocupação está o tempo, que é seu sentido, sua base ontológica. Se aprofundarmos na natureza da existência, encontraremos que ela está angustiada ante o Ser, ante o Todo, mas, também, ante o nada. A existência humana está angustiada porque é finita, imperfeita; porque é transitória.

Necessita refugiar-se no Ser das coisas para sustentar sua possibilidade mesma. Não pode expressar-se que é o Ser, sem antes haver visto o que é a existência humana. O ser das coisas nasce na existência e nela está como uma condição essencial, sempre se refugiando em seu modo de Ser, nesse poder espiritual chamado angústia. A filosofia antiga denominava Ser o que não era em si; a filosofia atual indica que o ser das coisas não existe por si e para si, mas na relação com uma vida humana limitada e angustiada que, por sua possibilidade e imperfeição, necessita conhecer, buscar e constituir o Ser. Somente pela angústia, essencial na existência, o homem pode criar o Ser. Trata-se de fundamentar o abstrato no concreto, o ser na existência concreta e harmonizar, admiravelmente, o pensamento e a vida. Assim, estão reunidos todos os elementos que a filosofia não havia podido elaborar de forma a criar uma doutrina essencialmente humana. Não

com o relativismo dos céticos ou dos solipsistas, mas com a profunda visão da existência (MENDOZA, 2004).

O mundo está presente na vida e para ela, mas não no sentido de algo que é simplesmente citado e observado. Esta modalidade de existência do mundo ativa-se somente quando a vida fáctica suspende a atividade de seu trato cuidadoso. Se deseja ser estritamente fenomenológico, na análise da vida humana, o que imediatamente surge na vida e para a vida é o “cuidado”, entendido tal como a vida humana que cuida, a todo o momento, de si mesma. A observação é um modo derivado do cuidado (DE LA CRUZ, 2005, p.5).

Na interpretação do pensamento de Heidegger, Espinoza (2005) assim descreve sobre ele: “Devo responder e dar satisfação às determinadas expectativas, não importa se procedem de mim, de meu eu. É imperativo existir. Planejar minha vida, trabalhar, submeter-me, realizar-me. Ser-no-mundo não está em minhas mãos, mas sustentar-me nele depende quase integralmente delas. No mundo, o que efetivamente é importante é em cada fato e em cada momento, colocar-se à mão. Este colocar-se à mão é, em princípio, o cuidado. Manter a atenção fixar-se no que está a preocupar com uma área além do mundo. Andar com cautela, permanecer atento. Não perder detalhes, nem descuidar-se, permanecendo em alerta. A cura não significa estar constantemente, mas manter-se sempre pronto. O cuidado é estar disposto e disponível. Atento, comedido, circunspecto. Um apêndice que se imagina origem, origem essa sempre iniciada, sempre já sido. O cuidado torna-se disponível e adaptável” (ESPINOZA, 2005).

Até então, os filósofos nos têm ajudado a aproximarmos-nos de Heidegger, mas, agora, iremos adentrar um pouco mais, dirigindo-nos diretamente à sua obra *Ser e Tempo*, traduzida para o espanhol por José Gaos, em sua duodécima reimpressão, no México em 2005. Procurarei situar conceitos básicos para ir à concepção da fenomenologia, sem a expectativa de esgotar o tema, mas somente buscando ter maior entendimento dessa obra.

Para Heidegger, fenômeno é o que se mostra, o desocultando, por seu lado é uma forma trazer à, ou seja, aquilo em que algo pode tornar-se visível em si mesmo: o que se mostra em si mesmo. Os entes podem mostrar-se em si mesmos de distintos modos, segundo a forma de acesso a eles. Há possibilidade de que um ente se mostre como o que não é em si mesmo. Nesse mostrar-se, o ente tem o “aspecto de”. Tal mostrar-se denominamos “parece ser”. O que tem “aspecto de”, o

que “parece ser”, quer dizer, algo que tem “aspecto de”, mas que, na realidade, não é (HEIDEGGER, 2005).

Logos, em seu significado fundamental para Heidegger é “fala” λόγος (do grego), que se “traduz”, se interpreta, como razão de ser, juízo, conceito, definição ou fundamento, proposição.

Mas, como poderá modificar-se a fala para que λόγος signifique todo o exposto e implique em uma linguagem científica?

Logos, no sentido de fala, quer dizer o mesmo que tornar visível aquilo sobre o que se fala. Pode significar também aquilo que se diz enquanto se encontra visível em sua relação a algo, tomando, em seu relato, explicitação do significado de relação e proporção. Basta essa exégese de fala “fala apofântica” para clarificar o significado primário de λόγος (HEIDEGGER, 2005).

Hermenêutica, de acordo com o significado original da palavra, designa o processo de interpretação; é o sentido de um desenvolvimento das condições de possibilidade de toda investigação ontológica. Na hermenêutica, desenvolve-se, ontologicamente, a historicidade do ser-aí, como a condição ontica da possibilidade de historiografia; tem suas raízes no que se pode chamar hermenêutica: a metodologia das ciências historiográficas do espírito (HEIDEGGER, 2005).

Ontologia é o perguntar, de forma explícita, pelo sentido dos entes; a que se designa este “ser ontológico” do ser-aí como pré-ontológico. Isto significa um modo de compreender o ser. O termo é usado em um sentido formalmente lato para designar a investigação do ser, do compreender o ser-no-mundo. Assim, recai na esfera do compreensível. O ser-aí se compreende sempre a si mesmo, partindo de sua existência, de uma possibilidade de ser ele mesmo ou não (HEIDEGGER, 2005).

No método de investigação, o ser-aí pode dispor de ricas possibilidades de interpretação: psicológica, filosófica, antropológica, ética, política, poética, biográfica e historiográfica. Percorre distintos caminhos e, de diferentes formas, na busca pela interpretação dos modos de conduzir opções, forças, possibilidades e facticidades do ser-aí. As formas de acesso e de interpretação têm que ser bem selecionadas de modo que esse ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo. Assim, a inquietação deve mostrar-se ao ente, tal como é “imediate e regularmente”, em sua cotidianidade. Não devem ser consideradas as estruturas acidentais e arbitrárias, mas apenas àquelas essenciais que se confirmam enquanto determinantes em toda

a forma de ser do ser-aí factico. A observação é a constituição fundamental da cotidianidade do ser-aí, emergindo, pela via preparatória, o ser deste ente (HEIDEGGER, 2005).

Com a caracterização prévia do objeto temático da investigação (ser dos entes ou sentido do ser, em geral), a fenomenologia parece estar trazendo também seu método. Destacar o ser dos entes e compreendê-lo é tema da ontologia, é a necessidade de determinadas questões, da forma de tratá-las. Fenomenologia significa, fundamentalmente, o conceito de um método. Expressando uma máxima que pode ser assim formulada: **ir às coisas mesmas!**. É a expressão do princípio de todo o conhecimento científico, tratando-se de algo compreensível de si mesmo; vamos nos aproximar de onde está o interesse para ilustrar o procedimento desses pressupostos. Isto equivale à Ciência dos Fenômenos (HEIDEGGER, 2005).

A palavra, em sua origem grega, *ποφάινεσθαι* significa, então, permitir ver o que se mostra, tal como se mostra por si mesmo. Este é o sentido básico do movimento filosófico ao qual se denomina fenomenologia. Não designa o objeto de suas investigações, nem é um termo que caracteriza o conteúdo deste objeto. A palavra limita-se a indicar como mostrar e tratar o proposto por essa ciência. Ciência dos fenômenos quer dizer tal forma de apreender seus objetos; que tudo o que está em discussão sobre eles necessita ser tratado, mostrado (HEIDEGGER, 2005).

O significado dos termos “fenômeno, fenomenológico, fenomênico” se chama ao que se dá e é explanável na forma peculiar de fazer frente ao fenômeno, o qual, no sentido fenomenológico é aquilo que é, mas ser é sempre o ser de um ente (HEIDEGGER, 2005, p.47).

Segundo seus pressupostos filosóficos, a fenomenologia é a ciência do ser dos entes ontológicos. Para a elucidação dos problemas da ontologia surgiu a necessidade de uma ontologia fundamental que tivesse, por tema, o ente ôntica-ontologicamente assinalado; o ser-aí de tal forma que acabe por si mesmo, ante o problema cardinal, a pergunta que interroga pelo sentido do Ser, em geral. Da investigação mesma resultará o sentido metódico da descrição denominológica: é uma interpretação. O *λόγος* da fenomenologia do “ser aí” tem o sentido de *ἐρμενεύειν*, mediante o qual se dá a conhecer a compreensão do ser inerente ao ser-aí-mesmo, o sentido próprio das estruturas fundamentais do seu ser peculiar (HEIDEGGER, 2005, p.48).

Ontologia e fenomenologia não são duas vertentes distintas, comuns a outras filosofias. Essas duas palavras caracterizam a filosofia mesma por seu objeto e por seu método. A filosofia é a ontologia universal e fenomenológica que parte da hermenêutica do “ser-aí” que, por sua vez, é como a analítica da existência, ligando o fio condutor de toda questão filosófica; lugar onde toda a questão filosófica surge e ressurgue (HEIDEGGER, 2005, p.49).

Situados assim, no que venha a ser uma aproximação inicial ao pensamento de Heidegger, desejo resgatar seu pensamento para esta investigação. “Maior que a realidade, está à possibilidade. A compreensão da fenomenologia reside, unicamente, em torná-la uma possibilidade” (HEIDEGGER, 2005, p.49).

4. 1 A inquietação e a interrogação.

A interrogação que se apresenta ao fenômeno a ser desvelado é *“Como os profissionais de enfermagem vivenciam o cuidar do idoso terminal, no mundo hospital?”*

Trata-se de um estudo inserido na linha de investigação de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, na Linha do Cuidado ao Idoso da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, da Universidade de Guanajuato, México.

O estudo foi conduzido segundo uma abordagem qualitativa, pertinente às questões muito particulares com um objeto cuja natureza não pode ser quantificada, considerando que envolve significados, motivos, aspirações, crenças, valores e posturas, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Será aprofundado, no mundo dos significados, das ações e das relações humanas, um lado perceptível e captável - embora não expresso em equações, medidas ou estatísticas – sob a perspectiva fenomenológica, por ser considerada a ciência da experiência da vida (MINAYO, 2004).

Como menciona Capalbo (1996), a fenomenologia tem como preocupação mostrar e não demonstrar as estruturas em que a experiência ocorre, em deixar transparecer a descrição da experiência em suas estruturas essenciais.

Husserl (1998, p.41) descrevia que a fenomenologia é “voltar às coisas mesmas”, um “filosofar sem pressupostos”, um “abster-se de pré-julgamentos”.

Heidegger (2005) ressalta que fenomenologia é “permitir ver o que se mostra, tal como se mostra por si mesmo, efetivamente por si mesmo.

Para Martins (1984), há, inicialmente, duas possibilidades para o pesquisador desenvolva investigação qualitativa: interrogar o mundo ao seu redor; interrogar o mundo diretamente, perguntando “o que é isto que vejo?”. Esse modo é chamado como perspectiva de primeira ordem. Pode também interrogar as idéias que as pessoas têm sobre o mundo. Nesse caso pergunta-se o que ela pensa a respeito do fenômeno; esse modo é chamado perspectiva de segunda ordem.

Assim, o presente estudo se apresenta como:

-Compreensivo, considerando a afirmação de Scheler (1933) que “a existência das experiências internas, dos sentimentos íntimos dos outros, nos são revelados

pelos fenômenos de expressão, ou seja, adquirimos o conhecimento de forma imediata, mediante uma percepção lógica, originária e primitiva, não resultante de uma lógica racional”.

-Observacional, porque, segundo Husserl (1965) a consciência define-se, essencialmente, em termos de intenção direta para um objeto; perceber não significa receber sensações da mente. Não é possível separar fenômeno de objeto. O fenômeno é conhecido diretamente, sem intermediários; é objeto de uma intuição originariamente dada.

-Descritivo - segundo Capalbo (1996), a fenomenologia busca pela descrição e não pela dedução dos fenômenos; ela irá preocupar-se com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas; sua preocupação será com os fenômenos vividos da consciência, os atos e o relacionado a essa consciência.

Diante de todo o exposto, minha proposta foi *Compreender como os profissionais de enfermagem vivem o cuidado ao idoso terminal, no mundo hospitalar, nas instituições de saúde pública de Celaya; conhecer, por essas pessoas, por meio de suas palavras qual é essa situação, em seu mundo cotidiano, no cuidado aos idosos em seus encontros com a morte.*

Para Husserl (1998), a consciência que julga, atribui valor e aspira não é um mero e vazio ter consciência dos respectivos juízos, valores, metas e meios. Eles constituem-se em uma intencionalidade fluente, com uma tipologia essencial fixa que lhes correspondem.

Y, a partir de allí avanzar hacia un conocimiento descriptivo de las vivencias en su integridad, del tipo total de una vida del alma” (HUSSERL, 1998, p.40).

Isso significa que “A vida anímica não somente nos é acessível por meio da experiência de si mesmo, mas, também, mediante a experiência do outro. Esta nova forma de experiência não oferece apenas algo homólogo ao que propõe a experiência de si mesmo, mas cria algo novo que funde, para todos nós, conscientemente e, como experiência, a diferença entre o próprio e o alheio, assim como as peculiaridades da vida comunitária. É exatamente deste pensamento que se destaca a tarefa de tornar compreensível, fenomenologicamente, também a vida comunitária, segundo todas as intencionalidades que lhe pertencem” (HUSSERL, 1998)

“A epoché universal acerca do mundo que chega a ser consciente (colocada em suspensão) desconecta, do campo fenomenológico, o mundo que, para o sujeito em questão, pura e simplesmente existe. Em seu lugar se apresenta o mundo, de forma consciente (percebido, lembrado, julgado, pensado, valorizado) como tal, “mundo entre parênteses” (HUSSERL, 1998, 43).

Assim, ao colocarmo-nos diante do objeto deste estudo: - vivências das enfermeiras no cuidado ao adulto terminal no mundo hospitalar público – estamos nos aproximando do encontro com uma realidade em suspensão.

A fenomenologia procura examinar a experiência humana de forma rigorosa, por meio de uma ciência da experiência que se refere à evidência que deve ser intuível e passível de ser experienciado nos limites em que o humano vive (MARTINS, et al. 1984).

4.2 O cenário do estudo

A investigação foi desenvolvida com enfermeiras que trabalham nos hospitais públicos, na cidade de Celaya, Guanajuato, integrados pelo Hospital Geral de Celaya da Secretária de Saúde, Clínica Hospitalar de ISSSTE⁴ e Hospital Geral de zona # 4 do IMSS⁵, pelo fato de atenderem à maioria da população idosa, nos Serviços de Unidades de Terapia Intensiva, Urgência, Cirurgia, Medicina Interna e Hospitalização. Importante mencionar que não existe um setor específico de assistência para os idosos, em fase terminal.

4. 3 Acessando os participantes da investigação.

Realizamos um pedido formal a duas destas Instituições de Saúde e, de maneira verbal, à terceira. Somente uma delas respondeu por escrito estar de acordo com a investigação (**Anexos A**).

Diante dessa situação, aproximei-me das enfermeiras que trabalham nos três turnos, nas três instituições que atendem aos idosos, em seu encontro com a morte, em diferentes serviços. Foi feito um convite durante a passagem de plantão, em

---

⁴ Instituto de Seguro Social do Serviço dos Trabalhadores do Estado.

⁵ Instituto Mexicano do Seguro Social.

cada um dos serviços mencionados. Não houve registro no total de convites já que foi realizado um convite geral e, àquelas que mostraram interesse, forneceram seus dados pessoais, possibilitando manter a comunicação.

Para cada uma foi explicado, de forma pessoal, os objetivos do estudo. Elas escolheram o lugar e à hora onde desejavam que fosse realizada a entrevista; algumas optaram que fosse ao mesmo local de trabalho; outras solicitaram que ocorresse na Escola de Enfermagem.

No total, quinze pessoas aceitaram participar do estudo, sendo treze do sexo feminino e dois, do masculino. No entanto, ao final, foram entrevistadas treze pessoas, considerando que uma delas disse que faria contato para agendar a melhor data, mas não o fez; outra pessoa não compareceu ao local indicado por duas vezes, tendo sido procurada em seu serviço, sem sucesso. Uma outra entrevista não pôde ser recuperada devido às falhas na gravação. Assim, totalizamos doze entrevistas.

4.4 Observação da dimensão bioética

A CIOMS/OMS, com a Proposta de Pautas Éticas Internacionais para a Investigação Biomédica em Seres Humanos, no novo texto do ano 2002, a qual substitui a de 1993, menciona que toda investigação em seres humanos deverá ser realizada de acordo com três princípios éticos básicos: *respeito pelas pessoas, beneficência e justiça*. De forma geral, concorda-se que esses princípios – que, na teoria, têm a mesma força moral – direcionam o preparo responsável de protocolos de investigação.

De acordo com as circunstâncias, os princípios podem ser expressos de maneira diferente, com distintos pesos morais. Suas aplicações podem conduzir à decisões ou cursos de ação variados.

Os requisitos previstos pela Legislação Mexicana, em termos de investigação em seres humanos, foram observados: a Lei Geral de Saúde, de 2006, em seu artigo 100, refere que a investigação, nestes casos, será desenvolvida de acordo com as seguintes bases:

- ~ Deverá adaptar-se aos princípios científicos e éticos que justifiquem a investigação médica, especialmente no que se refere à sua possível contribuição

para a solução de problemas de saúde e ao desenvolvimento de novos campos de ciências médicas.

- ~ Somente poderão realizar-se quando o conhecimento que se pretende produzir não possa ser obtido por outro método idôneo.
- ~ Somente poderá ser realizada quando existir uma segurança razoável no que se refere a riscos e danos desnecessários aos sujeitos do experimento.
- ~ Deverá ser obtido o consentimento, por escrito, dos sujeitos participantes da investigação ou de seus representantes legais, em caso de incapacidade, desde que esteja ciente dos objetivos do experimento e das possíveis conseqüências, positivas ou negativas, para a sua saúde.
- ~ Somente poderá ser realizada por profissionais da saúde, em instituições médicas que atuem sob a vigilância de autoridades sanitárias competentes. O profissional responsável deve suspender a investigação, a qualquer momento, quando surgirem riscos de lesões graves, invalidez ou morte do sujeito participante da investigação.

O Regulamento da Lei Geral de Saúde em Matéria de Investigação para a Saúde (2007), no artigo treze, menciona que, em toda investigação em que o ser humano seja participante do estudo, deverão prevalecer os critérios de respeito à sua dignidade e à proteção de seus direitos e bem-estar. O artigo quatorze determina as bases para a realização da investigação científica em seres humanos, buscando pelas probabilidades esperadas de riscos para os participantes, contando com o consentimento informado, por escrito do sujeito da investigação ou de seu representante legal. É preciso ainda ter a aprovação favorável das Comissões de Investigação Ética, de forma que a pesquisa só seja iniciada quando houver a autorização do responsável pela Instituição de Saúde.

O artigo dezesseis enfatiza que, nas investigações em seres humanos, a privacidade do sujeito da investigação será assegurada, identificando-o somente quando os resultados o requeiram e mediante sua autorização.

O artigo dezessete apresenta a classificação da investigação em categorias, segundo as técnicas e métodos utilizados. Este estudo é considerado como uma investigação sem risco. São estudos que empregam técnicas e métodos de investigação, documentação instrumental retrospectiva e àqueles nos quais não é realizada nenhuma intervenção ou modificação nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos participantes do estudo. Entre esses métodos estão os

questionários, entrevistas, revisões de prontuários clínicos e outros, nos os aspectos subjetivos de suas condutas não abordados e identificados.

O artigo vinte define o consentimento informado como o acordo, por escrito, mediante o qual o sujeito da investigação ou seu representante legal autorizam a participação na investigação, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos aos quais será submetido, com a possibilidade de livre escolha e sem coerção.

Já o artigo vinte e um menciona que, para que o consentimento informado, seja considerado válido o sujeito de investigação ou seu representante legal, devendo, em ambos os casos, receberem explicações claras e completas, de tal forma que possam compreendê-las nos seguintes aspectos:

- ~ A justificativa e os objetivos da investigação.
- ~ Os procedimentos que vão ser utilizados e seus propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.
- ~ Os benefícios que podem advir.
- ~ A garantia de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento de dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros temas relacionados à investigação e ao tratamento do sujeito.
- ~ A liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando, assim, de participar do estudo.
- ~ A segurança de que não será identificado mantendo-se a confidencialidade da informação relativa à sua privacidade.
- ~ O compromisso de proporcionar informação atualizada, obtida durante o estudo, mesmo que isso venha a afetar sua vontade para continuar participando.

O artigo vinte dois preconiza que o consentimento informado deverá ser formulado por escrito, reunindo os seguintes requisitos:

- ~ Deverá ser elaborado pelo pesquisador principal, indicando a informação exposta no artigo anterior, de acordo com a norma técnica emitida pela Secretaria,
- ~ Deverá ser revisado e aprovado pela Comissão de Ética da Instituição de Atenção à Saúde.

O artigo cento e dezenove menciona que, ao término da investigação, o pesquisador principal tem a responsabilidade de apresentar à Comissão de Investigação da Instituição de Atenção à Saúde, um informe técnico incluindo os elementos que indiquem a norma técnica a respeito, emitida pela Secretaria.

O artigo cento e vinte refere que o pesquisador principal poderá publicar informes parciais e finais dos estudos e divulgar seus resultados por outros meios, assegurando que seja respeitada a confidencialidade a que têm direito os sujeitos da investigação, assim como aquilo que foi acordado com os patrocinadores do estudo.

Deve ainda mencionar os pesquisadores associados e o pessoal técnico que, eventualmente, tenham participado da investigação. Uma cópia dessas publicações deverá ser entregue à direção da Instituição.

No que se refere ao exposto, o protocolo deste estudo foi submetido ao Comitê de Bioética da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya e ao Comitê de Investigação do Hospital Geral de Celaya SSG. , tendo sido aprovado em ambos. **(Anexo B)**

O termo de consentimento informado foi redigido em linguagem clara, de forma que os sujeitos do estudo obtivessem a informação necessária que lhes permitisse tomar a decisão de participar, de forma livre e informada **(Anexo C)**.

Houve ainda o cuidado de observar princípios éticos, referentes ao acesso ao mundo das enfermeiras e durante o processo de vivência compartilhada, por meio de suas palavras, respeitando a individualidade, confidencialidade, liberdade e autonomia.

As entrevistas foram realizadas em espaços confortáveis e privativos. Os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios, não sendo mencionada a Instituição na qual trabalhavam.

4.5 Acesso aos sujeitos participantes

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, conduzida segundo a abordagem fenomenológica, a partir de uma questão norteadora proposta às enfermeiras:

O que significa para você cuidar do idoso em fase terminal? Gostaria que me falasse o que é isto, para você, cuidar dos idosos em seu processo de morte?

Os sujeitos da investigação foram

Azucena, enfermeira especialista, com formação em tanatología, atua em serviço de terapia intensiva; tem 32 anos de exercício profissional (APÊNDICE A).

Beatriz, graduada em enfermagem, com 30 anos de trabalho, com formação em bioética. Atua no serviço de hospitalização (APENDICE B).

Consuelo, graduada em enfermagem, com 17 anos de exercício profissional, com formação em geriatria, tanatología e autodidata em livros sobre tanatología. Atua no serviço de hospitalização (APÊNDICE C).

Diana, Mestre em Ciências de Enfermagem, 16 anos de prática profissional, especialista em depressão em serviços de cuidados intensivos (APÊNDICE D).

Elisa, Mestra em Ciências de enfermagem, com 16 anos de trabalho, sendo 7, no cuidado ao idoso. Tem formação em depressão e autodidata em temas do idoso, experiência em cuidados intensivos e clínica médica (APÊNDICE E).

Flor, graduada em enfermagem, com 20 anos de exercício profissional, em clínica médica (APENDICE F).

Gloria, graduada em enfermagem, com formação em Tanatología, do serviço de clínica médica. Não mencionou quantos anos tinha de experiência (APÊNDICE G).

Héctor, enfermeiro há 6 anos, trabalha no serviço de clínica médica (APÊNDICE H).

Jonás, Enfermeiro, com experiência de 3 anos intermitentes e 4 meses contínuos no serviço de hospitalização (APÊNDICE J).

Kelly, enfermeira, com 26 anos de experiência em cuidado hospitalar e particular, do serviço de hospitalização (APENDICE K).

Lucía, enfermeira, com 18 anos de exercício profissional, com formação em Geriatria do serviço de hospitalização (APÊNDICE L).

As entrevistas foram gravadas e, em sua transcrição, são apresentadas em espanhol, considerando que, da à particularidade do contexto cultural do mexicano, ao traduzi-las para o português, poderia haver alteração nas palavras dos participantes, perdendo o real significado.

Para acesso aos sujeitos, a pesquisadora realizou registros de observações em um Diário de Campo, utilizado para anotações e observações dos passos e percepções. As informações foram anotadas ao término de cada entrevista, preferencialmente no mesmo local, para evitar omissões e permitir a descrição do contexto, possibilitando, ainda, penetrar no mundo das enfermeiras de forma a compreender suas vivências no cuidado ao idoso, em fase em terminal.

Foi feito também um acompanhamento das enfermeiras de forma a observar e obter mais elementos para a compreensão do mundo em que vivem nas duas situações de pacientes que morreram: - uma, em terapia intensiva e, outra, em clínica médica. Um dos pacientes morreu e o acompanhamento foi realizado por meio do cuidado pós-morte; outro paciente teve uma agonia prolongada, sofrendo várias paradas cardio-respiratórias, não tendo sido possível fazer o acompanhamento até o momento da morte, dado o tempo de agonia.

5.1 Aproximação às vivências dos enfermeiros – unidades de significados

Os conteúdos da gravação foram transcritos, de forma literal, mantendo as descrições dos sujeitos participantes da investigação, sem preocupação com forma literária, assinalando os momentos de silêncio ou emoção, expressa em lágrimas, e, a partir deles, os discursos foram analisados de acordo com o preconizado por Martins e Bicudo (1989).

A fenomenologia é dirigida aos significados, ou seja, às expressões claras sobre as percepções que o sujeito tem sobre aquilo que está sendo investigado; essas percepções são descritas pelo próprio sujeito que as percebem e lhes atribui significados. O pesquisador não está preocupado com os fatos, mas com os fenômenos vividos, pois eles são dotados de uma essência daquilo que se busca conhecer, a intencionalidade do sujeito da investigação (MARTINS; BICUDO, 1989).

“Ao deter-se no significado expresso pelo sujeito sobre sua experiência, o investigador apreende certos determinantes sobre as situações e sobre o sujeito. Tais situações, uma vez captadas, de forma genuína, podem apresentar-se ao investigador como dados. Entretanto, ele não estará interessado apenas nos dados, mas também nos significados atribuídos pelos sujeitos. Esses significados podem variar de sujeito a sujeito, de forma que o investigador se vê diante de uma rede de significados” (MARTINS; BICUDO, 1989, 94).

“É importante destacar que, sob a perspectiva fenomenológica, todas as formas de objetividade implicam em um relacionar-se entre pesquisador e sujeito. O sujeito é considerado como um atribuidor de significados e não um repetidor de idéias, mecanicamente verbalizadas. A proposta da investigação é chegar aos significados atribuídos pelos sujeitos à situação que está sendo vivenciada. Os dados obtidos referem-se a essas situações que foram tematizadas pelo sujeito. Os significados são facetas do fenômeno que o sujeito tematizou, conscientemente. Na fenomenologia, os dados só existem quando advindos de significados atribuídos como resultado da tematização do sujeito sobre o fenômeno” (MARTINS; BICUDO, 1989).

Na constituição do método, a forma mais adequada para trabalhar com os significados é descobrir a realidade tal como é experienciado pelo sujeito, expressa

em suas descrições. Em termos fenomenológicos, espera-se que os sujeitos realizem uma descrição noemática, de forma que as referências noéticas possam ser analisadas pelo investigador; são elas que clarificam e contribuem para a interpretação da experiência vivida pelo sujeito. Para tanto, o investigador baseia-se na evidência dos dados descritos. Os significados que pode apreender nas descrições têm como referência as experiências pelo sujeito; essa totalidade vai muito além da consciência explícita do sujeito, considerando que o investigador estará interessado em chegar aos significados mais profundos, havendo sempre uma região não expressa, a qual permanece oculta (MARTINS; BICUDO, 1989).

Na fenomenologia, da mesma forma que na investigação clássica, o sujeito estudado vivencia e expressa mais do que o investigador sabe. Mas, o investigador fenomenológico está capacitado para discernir alguns significados mais profundos do que o próprio sujeito, considerando sua perspectiva na investigação (MARTINS; BICUDO, 1989).

Para a análise das descrições, o pesquisador busca por aquelas mais expressivas entre as experiências que estão sendo vivenciadas pelo sujeito, excluindo os dados não relevantes, atendo-se às descrições relevantes de forma a desvelar o fenômeno de forma expressiva.

Para análise das descrições e obtenção dos significados foi necessário realizar o recomendado por Martins e Bicudo (1989, p. 95):

O investigador necessita ler a descrição do princípio ao fim de forma a familiarizar-se com o texto que descreve a experiência vivida. Nesse momento, ele procura colocar-se no lugar do sujeito e tenta empaticamente, viver a experiência vivida pelo mesmo, de forma a não ser um mero expectador, mas alguém que procura chegar aos significados atribuídos vivencialmente. Isto é fundamental na investigação fenomenológica.

- O investigador coloca em evidência os significados obtidos das descrições. Isto quer dizer que ele está diferenciando partes da descrição. Nesta operação todos os dados são cuidadosamente examinados. Esta não é uma fase rígida, com indicações precisas a serem seguidas, considerando que é possível que diferentes investigadores, captem distintos significados, de acordo com suas perspectivas inquietações. Estes significados se apresentam para o investigador que está interrogando o fenômeno e não são unidades comportamentais, rigidamente prescritas; são, portanto, respostas às suas inquietações. Outros investigadores poderão estar interrogando o mesmo fenômeno, sob outra região de inquérito.

- Procedendo deste modo, o investigador obtém unidades de significados, as quais são uma parte da descrição, cujas frases relacionam-se umas às outras, indicando momentos distintos da totalidade da descrição.

- O investigador reagrupa os constitutivos relevantes de forma a chegar a uma análise da estrutura do fenômeno (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 95).

Examinando desta forma as entrevistas realizadas, fui à busca das unidades de significados nos discursos das enfermeiras, segundo um ir e vir por suas palavras, o que me permitiu uma aproximação à compreensão de suas experiências. Em suas palavras, mencionaram o que, para elas, significa vivenciar o cuidado ao idoso hospitalizado, em processo terminal. Assim, descrevem tal vivência como:

- ~ É Diferente;
- ~ É necessitar que você se aproxime, que o toque;
- ~ É procurar estar com ele;
- ~ É acompanhá-lo;
- ~ É fazer uma oração e dar apoio espiritual;
- ~ É estar atento ao aspecto emocional;
- ~ É possibilitar o cuidado humano;
- ~ É atenção física e um conjunto de procedimentos;
- ~ É guiá-los nas fases que estão vivenciando;
- ~ Ajudá-los a prepararem-se para morrer;
- ~ É não fazer nada para apressar a morte do paciente;
- ~ É respeitar os desejos dos pacientes;
- ~ É respeitar os últimos momentos de vida;
- ~ É sentir “algo” no ambiente;
- ~ É falar sobre a morte;
- ~ É ouvir as experiências que têm, antes da morte;
- ~ É proporcionar uma morte digna;
- ~ É dar-lhes cuidados após a morte;
- ~ É deixar o familiar tocá-lo;
- ~ É respeitar o paciente e à família;
- ~ É dar apoio à família;
- ~ É deixar que o familiar expresse suas emoções;
- ~ É uma experiência de sofrimento para a enfermagem;
- ~ “É algo que se possa apreender com a família”;
- ~ É sentir que não é meu paciente, mas um familiar;
- ~ É refletir sobre o preparo da enfermeira;
- ~ Significa aprendizagem;
- ~ É um grande compromisso;

- ~ É complicado pelo número de pacientes;
- ~ Envolve muitos aspectos;
- ~ Leva-me a refletir que, em minha instituição, não há o que é necessário para esse cuidado;
- ~ É identificar as características de um espaço digno para a morte deste paciente;
- ~ É diferente, na vivência de um enfermeiro do sexo masculino.

Uma análise fenomenológica, para Martins et al. (1984), é a descrição, como é tecnicamente chamada; entretanto é mais que uma simples análise. É uma investigação daquilo que é genuinamente possível, de ser descoberto e que está potencialmente presente, mas nem sempre visto. A fenomenologia é a porta para aquilo que é possível, considerando que seu propósito é ir às coisas mesmas, por meio de leituras sucessivas até chegar à compreensão do sentido que está por trás das palavras, subentendendo a linguagem inicial e a leituras posteriores, que podem mudar à medida que se avança na investigação. Com esta abertura, o benefício é permitir que o campo da investigação seja ampliado, possibilitando abstrair-se do não essencial, para chegar à essência.

Esta forma, conforme menciona Martins (1984), pode parecer paradoxal quando se pensa que a fenomenologia não trabalha com pressupostos ou hipóteses, mas necessita de uma idéia geral do todo. Os resultados precisam ser analisados sem preconceitos e, ao mesmo tempo, voltando às definições e ao pré-reflexivo, constituindo, o que chamamos em fenomenologia, de círculo hermenêutico, caracterizando um movimento dialético.

A dialética, na interpretação, produz, necessariamente, uma distância entre o que está aí, diante dos olhos, evidente à observação, de tal forma que estabelece uma direção para o inquérito (MARTINS, et al. 1984).

A seguir, apresentamos os esforços realizados para chegar à compreensão “da vivência dos enfermeiros ao cuidar do idoso hospitalizado, em fase terminal”. Primeiramente serão apresentadas as unidades de significados, extraídas dos discursos dos enfermeiros participantes da investigação e, posteriormente, será apresentada uma síntese de cada uma delas.

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso terminal é diferente.

Os enfermeiros manifestam que os idosos requerem um cuidado diferente porque é pessoas com características distintas, por tudo o que têm vivido, devido ao acúmulo de experiências e ao fato de serem plenos de sabedorias dadas pela vida. São também, na visão destes profissionais, dependentes como as crianças, mas diferentes por seus valores e crenças, aceitando e preparando-se para o morrer em momentos que antecedem o perceber da enfermagem. Por suas características físicas, necessitam de aplicação de medicamentos e cuidados, que variam, de acordo com sua idade.

Como individuos como personas y ya ni se diga por todo lo vivido de esa persona que es una vida, una biblioteca andante en todo tipo de experiencia [...] pero son unas personas tan divinas...son diferentes porque con los adultos puedes comentar, ver, platicar y si he leído o visto películas de la época que ellos están hablando... los podemos comprender mejor. (Azucena)

He considerado al adulto mayor como un tesoro para la juventud, al adulto mayor considero que se le debe de atender con todo el amor que una enfermera tiene, porque jamás habrá otra persona con tanta experiencia. [...] bueno toda mi admiración para el adulto mayor, porque ellos, me han dado tesoros, que son parte de una vida, y nos la regalan sin costo alguno y no sabemos descubrir todo lo que ellos tienen de riqueza atesorada, con tantos años de experiencia. (Beatriz)

Son como niños chiquitos pero...se dejan chiquear, se dejan apapachar, hay muchas anécdotas que cuentan que lo transportan a uno, en muchas cosas y tienen una sabiduría grandísima, que yo puedo sacar de ahí mucho, en todas sus experiencias para yo compartir con los demás o con mi propia familia [...]no olvidando su parte espiritual, como que es estar más con él, platicando más con él, mayor comunicación...es mucho apapacho, mucho escucharlo, es como estar más en contacto con él [...]los pacientes adultos mayores son valiosos, son sabios.(Consuelo)

Pero el adulto mayor es diferente cuando ya tienen varias hospitalizaciones, ellos tienen como más tiempo para despedirse y van pidiendo y preparándose para llegar a ese momento, [...]era una persona tan linda que nos animaba a nosotras y nos ayudaba a cambiarle el pañal a darle su dieta, nos decía que éramos muy lindas nos levantaba el animo, después de que no pudo ingerir dieta nos pedía le humedeciéramos los labios, nos tocaba, nos daba las gracias y pues ella acepto su proceso primero que las enfermeras y ella nos decía cuales eran sus necesidades y nosotros tratábamos de satisfacerlas en el momento, lo que ella necesitaba, si tenía dolor administrar el medicamento para disminuir el dolor, [...]Con los ancianitos, el manejo de medicamentos en esta edad...necesitamos saber más sobre el estado físico en el adulto mayor porque tiene características diferentes (Diana)

Para ese tipo de personas, y yo creo que hay que ser muy concretos en el apoyo como enfermería que se le debe dar al paciente moribundo...porque cada persona sabe, que es lo que quiere hacer como última parte de su vida y entonces hay que estar continuamente preguntándole cuestionándole sobre su sentir y yo creo que sobre eso hay que trabajar con ellos. (Jonás)

Yo siento al paciente senil como aquel niño que vuelve a depender de uno desde la cuestión de la alimentación, la cuestión de la higiene, la cuestión de la prevención de accidentes, y lo siento así como que buscan la imagen de una mamá.(Kelly)

Porque cuando lo comparamos muchas veces con un bebé, pero decimos tengo un bebé más grande, pero a un bebé hay que enseñarle y un adulto mayor ya tiene sus creencias, sus costumbres, sus mañas, hasta cierto punto y es muy difícil cuidarlo [...] para nosotros muchas veces ya se orino, ya esta lleno de escaras, hay que cambiarlo y no tenemos cuidado con su piel que es frágil o débil, a lo mejor con la tela adhesiva le lastime la piel; no creo que nos hagan falta muchos procedimientos los conocemos pero no los enfocamos al adulto mayor, unificamos si es una sonda foley no vemos aquel adulto mayor, que necesita un trato diferente que aquel que tiene 20 años, agarramos parejo y decimos la foley va así, la venoclisis va así, pero no tenemos ese trato especial para ese adulto mayor. (Lucia)

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é necessitar que você se aproxime, que o toque

Os sujeitos da investigação descreveram essa vivência como um cuidado que inclui a aproximação, o tocar o ombro, fazer uma carícia, uma vez que estamos falando do paciente terminal, que necessita sentir sensações por meio do toque, da pele e do afeto pessoal.

Por allí alguien dijo que el órgano más importante en la vida es el hombro, no es el pulmón, no es el corazón, sino que es el hombro, porque cuando tu sientes una palmadita en el hombro, vaya ya, no, si es un abrazo mejor, mucho mejor pero eso te infunde ánimos, tranquilidad, confianza [...], en cuanto a mí cuando yo lavo el dorso no uso guantes, porque si yo lo siento lo deben sentir ellos, que de piel a piel el contacto es muy importante porque se siente el calor de la mano, las sensaciones están en la piel, no las podemos transmitir por el guante, podemos tocar sentir la textura pero podemos transmitir sensaciones porque estamos hablando del paciente terminal [...] este paciente lo que necesita es el afecto y el afecto lo da eso, que te acerques y que lo toques. (Azucena).

Y a mí me enseñaron que el tocarlos ayuda a ubicarlos [...] trato de tocarlos y decirles al ratito va a entrar su familia o sino, con un apretón de manos o ellos tocan con un dedo cuando necesitan algo, eso me ha ayudado con los pacientes (Elisa).

Hay ocasiones que hay pacientes que les toca que estemos allí dándoles reanimación tocándoles o algo. (Flor)

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é procurar estar com ele.

Os enfermeiros afirmam que a vivência do cuidado implica “procurar estar com ele porque sei que vai morrer”, estando presente, no maior tempo possível, durante os momentos em que necessitaram. Dizer “estou com você” faz com que o paciente perceba que há alguém com ele e que pode contar com a enfermeira. Vejamos algumas falas nesse sentido:

Que uno esta ahí y sabe que se va a morir. (Azucena)

Lo mejor es estar con él en los momentos cuando más me necesita. (Beatriz)

Procuro estar siempre con él, lo más que pueda estar con él. (Consuelo)

Decirles que estamos con ellos. (Diana)

Decirle estoy contigo [...] para mi significa estar con ellos, es la presencia, la presencia física el decirles estoy aquí si puedo hacer algo, si en algo puedo servir, [...] decirles estoy aquí es importante para ellos, porque ha habido algunos enfermos que dicen yo la escuchaba, yo quería que usted estuviera y me leyera, me gustaba la música que ponían [...]decirle siempre estoy aquí, si quiere decirme algo trato de comunicarme sino tiene ventilador, les hago preguntas y que me digan con los ojos, , muchos de los pacientes necesitan eso que este uno [...] de decirle al paciente estoy aquí con usted. (Elisa)

Nos toca que va a “estar”, que bueno para que me cuide, me cambie [...] y que sienta en esos momentos que yo estoy allí, que yo enfermera. (Lucia)

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é acompanhá-lo.

Os enfermeiros afirmam que o cuidado de enfermagem é vivenciado como um *acompanhar*; o paciente precisa saber que não está sozinho, pois não gosta de estar só nessa fase. Assim, é importante que se sinta acompanhado, em solicitude, na sua dor. É preciso ter uma postura de empatia e respeito em seu aproximar-se da morte, de forma que ocorra com dignidade e não de forma solitária. Inclui também o acompanhamento da família. Vejamos falas nesse sentido:

Que no estas solo, que estas con alguien más que cuentas con alguien mas. (Azucena)

Más que un procedimiento es una comunicación, más estrecha no como enfermera sino como un acompañante...no quieren que los dejemos solos en ningún momento, sea enfermería o sea el familiar o cualquier persona que este cerca de ellos [...] pero es un contacto que siento yo que esta más cercano conmigo hacia ellos [...] si me permiten estar con ellos ayudarles en lo que yo pueda, acompañándolos cuidándolos. (Consuelo)

Acompañamiento en el dolor, empatía en esos momentos, actitud de respeto en esos momentos [...] nos solidarizamos en sus cuidados con ellos en cuanto a sus cuidados, sus peticiones, aquello que tienen pendiente incluso no dejarlos ir a piso para acompañarlos en ese momento [...]en etapa de agonía sería, acompañarlo a bien morir que no se deshumanice sino unirse a esos momentos de manera empática con el paciente y la familia, rezar, acompañarlo, estar al pendiente, acompañarlo en su sufrimiento..., estar cerca, atenderlo, no dejarlos solos, decirles que entendemos su dolor. (Diana)

Que debemos de ir con ellos de la mano, pero por eso ó sea un acompañamiento a la familia un acompañamiento a la persona [...] pero que ha pesar de todo lo que se le hace tiene pocas probabilidades pero hay que acompañarlo, ese es nuestro trabajo y hacerlo lo mejor posible [...] el

acompañamiento que se tiene en la experiencia de cuidados intensivos de acuerdo a los indicadores de calidad solo corresponde atender a 2 pacientes por enfermera , es ahí donde he tenido la oportunidad de hablarle al sacerdote, hablarle al paciente (Elisa).

No tenemos este cambio de cultura de rezar con él de prepararlo para la muerte de acompañarlo. (Lucia).

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é fazer uma oração, é dar apoio espiritual.

Os enfermeiros referem que a vivência do cuidado inclui ajuda de natureza espiritual ao paciente, respeitando suas crenças e práticas religiosas, perguntando sobre o que necessitam, quais são seus hábitos: gostariam de um sacerdote, ou de um líder religioso, para falar sobre a morte, segundo uma perspectiva religiosa, com ele e sua família? Tal apoio espiritual não deve estar restrito à nenhuma religião, já que o respeito às suas crenças religiosas. Considerando que há momentos em que a única coisa a fazer é orar por essa pessoa da qual estamos cuidando, intercedendo por ela perante o Ser Superior, de forma que tenha paz, tranquilidade e perdão aos seus pecados. Algumas vezes, tomamos o paciente ou o familiar pela mão deve fazer parte do cuidado de enfermagem. Vejamos suas falas:

Lo único que se me ocurre es elevar una plegaria por el alma de esa persona porque soy católica [...] en mí caso lo que hago es orar, [...] En ese momento únicamente ore, ore por él para que tuviera tranquilidad. El proponerles alguna ayuda de tipo espiritual [...] hay muchos pacientes que pertenecen a otro grupo y no se les permite, muchos llevan sus imágenes, su Biblia, sus oraciones escritas, no se algún escapulario, algún rosario [...] los de otra religión como los cristianos ellos únicamente lo que hacen, es la Biblia van sus representantes y les leen pero no les dejan nada a reserva de que ellos puedan tener allí su Biblia pero nada más (Azucena).

Les rezaba en voz alta, independiente de la religión que profesaran yo les rezaba y los persignaba [...] y yo empecé a rezar el réquiem [...] lo hago pero de una manera yo sola en mí pensamiento... se muere mi paciente estoy con él lo escucho y rezo a la hora que lo estoy amortajando, rezo, lo persigno y pido para que descanse...que Dios lo perdone en todos sus pecados [...]en muchas ocasiones me ha tocado rezar con ellos, eso los tranquiliza mucho[...]nos pusimos a rezar...le dije quieres que recemos me dijo sí..nos pusimos a rezar [...] Lo único es rezar con ellos (Consuelo).

Pues cuando se dan los cuidados posmortem se reza un padre nuestro. De acuerdo a sus creencias, de recibir los santos oleos o si son de otra religión, preguntarle que quiere hacer o permitir a los familiares que vivan esas costumbres, para bien morir de su ancianito, muchas veces se acompaña cuando va el sacerdote. (Diana)

Si hay veces que están inquietos y yo les digo, que si quieren recibir apoyo espiritual a ellos y a su familia [...] ellos quieren que le hablemos, para que los prepare para una muerte tranquila desde el punto de vista religioso, respetando las creencias y creo que eso les ayuda [...] preguntarle a él si esta en condiciones o sino a la familia que si necesita ver a un sacerdote, que si necesita un apoyo religioso para que este más tranquilo y eso lo hemos hecho. (Elisa)

Apóyense en su religión, verdad porque uno no hay que encasillarse en que si es católico, hay que respetar el culto que ellos tengan y favorecer [...] Vamos a apoyar a la gente independiente de la religión. Yo le daba la mano y les apretaba y les hacíamos oración, o le rezábamos (Flor).

Sí me gusta orar con ellos [...] tomados de la mano rezamos un padre nuestro [...] Compartir un abrazo con sus familiares como enfermera y una oración por él. Y hubo un momento en que yo traía mi rosario... y se lo puse. (Kelly).

Yo cada que muere un paciente le rezo, siempre procuro rezarle, agarrarle su mano y le pido mucho a Dios que yo sepa estar con ellos [...], yo siempre que me toca un paciente le agarro la mano y rezo pido que descanse en paz (Lucia).

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é estar atento ao aspecto emocional.

Os enfermeiros afirmam que o cuidado de enfermagem implica estabelecer uma relação emocional que os envolvam, considerando que esse paciente teme morrer e, nesse sentido, o cuidado emocional, muitas vezes, pode tornar-se mais importante que o físico. Necessitam que falemos, escutemos e que sejam atendidos não somente no aspecto físico. Os enfermeiros podem ainda colocar música para que eles ouçam oferecer leituras, garantindo, assim, atividades para ele e a família:

Me relacionaba mucho con ellos [...] dicen que cuando muere una persona debemos de acompañarla hasta su funeral...pero eso no lo puedo llevar porque me involucro mucho con ellos. (Consuelo)

Ese toque emocional, espiritual para acompañarlos, a dar ese paso porque ellos tienen miedo de morir a veces no estamos preparados para dar ese paso. , los cuidados deben ser en habilidades y manejo de aparatos pero también debe ser atención emocional. (Diana)

Pero en el adulto mayor como que tienen mucho peso lo emocional, es uno de los aspectos que más debemos atender, con los adultos mayores a ellos no les interesan tanto el cuidado físico, que me bañen o no, lo mas importante es que en el baño se le hable, que se le escuche [...] creo que hemos utilizado la tecnología para decir que estamos proporcionando un mejor cuidado pero estamos descuidando aspectos emocionales. (Elisa)

Creo que el cuidado del adulto mayor en etapa terminal debería ser doblemente trabajado por nosotros en cuestiones de cuidado psicológico, de apoyo no solo al paciente sino a su familia. (Héctor)

Y como apoyo psicológico como que falto eso, porque uno se limita mucho y como que sí me limitó para darle apoyo psicológico, aparte de que no tengo la experiencia, cómo dar ese apoyo en la última etapa de su vida.(Jonás)

Cargo algunos discos de música instrumental y yo siento que eso armoniza mi sala, porque yo los veo como se tranquilizan y los puedo tratar por su nombre y puedo presentar a todos mis viejitos con los que están en la sala, al ratito ya no soy la enfermera: soy “ Kelly” o soy la señora, al ratito ya somos bien amigos [...]a veces sí veo que el paciente o el familiar pueden leer en cualquier ratito se los presto para que lo lean... hay también gente que le gusta dibujar y le proporciono material para que dibuje algo, la lectura, la música. (Kelly)

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é possibilitar o cuidado humano.

Os enfermeiros descrevem que o cuidado humano faz parte do vivenciar o cuidado de enfermagem a esses pacientes, considerando que, pelas suas especificidades, requerem um tratamento digno, com respeito, amor, personalizado, no qual percebam a presença humana e o toque. A eles, devem ser explicados os procedimentos a serem realizados, enfocando-os como pessoas que ainda têm ensinamentos a nos dar. As falas expressam essa esfera do cuidado:

Ese respeto, ese amor hacia el paciente, no hay ese sentido humanístico [...] a los adultos mayores y debemos de tratarlos bien con respeto, con dignidad y con mucho amor (Consuelo).

Además de las patologías trataba de entenderlo en su todo (Diana).

El trato es más individual más como persona [...] y estar siempre actualizada utilizar la tecnología si, pero no perder de vista la persona, que estamos cuidando. (Elisa)

El significado es brindar nuestro apoyo con nuestros conocimientos con nuestros cuidados, pero pienso que deberíamos de tener un poco más de humanización. (Héctor)

Yo siento que la cuestión humana no olvida de la cuestión técnica, y es el calor humano donde sólo con sentir la presencia humana nuestros pacientes cambia la actitud, otra de las cosas que hago es despedirme siempre de manos, cuando es posible de abrazo, de beso con mis pacientes. (Kelly)

Empezando con el trato digno, muchas veces le estoy aplicando sus medicamentos y aunque sea un adulto mayor, que creo que no va a saber, le tengo que explicar [...] nos hace falta esa calidad humana de verdad tratarlos como una persona que aun vive que todavía puede dar mucho por la gente por nosotros en enseñanza [...] Yo creo que tener ética, ser más humanitarias. (Lucia)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é atenção física e um conjunto de procedimentos.

Os enfermeiros mencionam que os procedimentos a serem realizados para esses pacientes são inúmeros e variados, tais como banho, reanimação, cuidados com procedimentos invasivos, manter vias aéreas permeáveis, aspirar secreções, mudá-los, freqüentemente, de posições, trocar fraldas, evitar escaras, lubrificar a pele, verificar as condições dos equipamentos eletromédicos, tocar-lhes a mão, observar os sinais vitais, administrar de medicamentos, trocar sondas endotraqueais e assistir ao médico, além de ajudá-lo em suas necessidades fisiológicas, dar-lhe alimentação, mudá-lo de posição, mantendo-o nas melhores condições físicas.

Hay un procedimiento que nosotros hacemos y es el baño de esponja requerimos de la ayuda de alguien para que detenga al paciente para voltearlo, y poder lavar el dorso. (Azucena)

Darles la reanimación. (Consuelo)

El paciente se va solo con todos los tubos que invaden su cuerpo, porque se nos olvida tocarle la mano por atender los procedimientos que intentan salvarle la vida. (Diana)

Estoy más preparada para lo físico [...] lamentablemente cuando tenemos al paciente grave, nos enfocamos al aspecto físico a mantenerlo hemodinámicamente...cuando cae un paciente en paro cardiorrespiratorio a hacerle maniobras para reanimarlo y se nos escapan muchos aspectos, rezar con él, como que nos basamos mucho en lo físico, no he encontrado otra alternativa. (Elisa)

Sí es un paciente con ventilación mecánica, pues hay que procurar estar cambiándolo frecuentemente de posición, que tenga la vía aérea permeable, aspirar secreciones, cambiar fijaciones de los tubos endotraqueales, cambiar constantemente el pañal, evitar que se escare y si yo tengo la posibilidad de tener algún aceite alguna crema el cuidado de la piel, verificar que estén en buen estado los aparatos electromédicos, vigilar sus signos vitales, aplicación de medicamentos indicados para su tratamiento, los baños de esponja..., darle la información que esta en nuestras manos, del cuidado del paciente al familiar [...] como personal de enfermería hay que asistir al médico primero. (Héctor)

Yo creo que nada más de una forma física, [...] nosotros seguimos insistiendo en apoyar la función fisiológica, apoyo de darle de comer, darle vueltas, si se hizo del baño tenerlo en las mejores condiciones. (Jonás)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é guiá-los nas fases que estão vivenciando.

Os enfermeiros assinalam que a enfermagem necessita apoiar os pacientes nas etapas que estão vivenciando; com orientação e compartilhando de seu processo diante da morte, de forma que sigam tranquilos, passando por cada uma das fases de enfrentamento. Significa também atender à família em seu processo de aceitação da morte, apoiando-a para que também vivencie suas fases de enfrentamento:

Hay que tratar de guiarlos por las etapas que van viviendo, nosotros debemos de orientarlos, no como se van a morir, porque ellos están conscientes, sino que ellos nos van diciendo, no nos mientan yo se que estoy mal, que traten de perdonar (Diana).

Debo llevarlos, de la aceptación de la enfermedad, hasta el proceso que están viviendo, hasta que ellos solucionen todo lo que tienen pendiente y se vayan tranquilos [...] Pues llevarlos por las etapas del proceso del duelo de que vivan su negación que vivan su enojo, que vivan, ...pasarlos de una etapa a otra [...] es llevarlo en lo emocional, comunicarnos con la familia, con el hasta donde sea posible y llevarlos al proceso de aceptación de la muerte y de que vivan su muerte (Elisa).

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, significa ajudá-los a prepararem-se para morrer.

Os sujeitos do estudo mencionam que ajudar o paciente em seu processo de morte não é algo fácil para os enfermeiros. Nada pode ser preparado para essa hora, no sentido operacional. O processo de morte, na maioria das vezes, é doloroso, sofrido, evoca lembranças da juventude e da fase adulta e leva os pacientes a uma grande necessidade de reencontrarem-se com a família e com Deus, solicitando por apoio espiritual. A enfermagem pergunta ao paciente o que está faltando para que possa ir em paz, motivando-o a uma entrega ao Ser Superior, a ir ao Seu encontro. Apóia o paciente a desapegar-se deste mundo, a despedir-se de seus familiares, a ter confiança, paz, organizar as pendências legais, pessoais, familiares, enfim, tudo o que lhes faz falta, fazendo o necessário para que ele possa estar acompanhado no momento da morte. Vejamos algumas falas:

Por muy leídos que estemos, en los temas en la espiritualidad y demás nadie esta preparado para esa hora. (Azucena)

El proceso de muerte la mayoría de los casos es triste, es doloroso, sufren mucho, traen muchos remordimientos de su etapa de juventud o de adultos o como papa, la mayoría fueron malos y en estos momentos se arrepienten y lloran mucho y tienen la necesidad muy grande de reencontrarse con su familia o de estar cerca de Dios, o de pedir un apoyo espiritual, es lo que siempre piden.[...] yo le decía qué, que era lo que le hacía falta, que si yo le podía ayudar en algo...(llanto prolongado...)Y me tomo de la mano y me dice lo único que necesito y que quiero es que venga Dios por mí, le dije Dios esta con usted y con todos nosotros, pero cuando este listo y cuando este preparado, entréguese a él de corazón y lo va a estar esperando con los brazos abiertos ... cuando este preparado Dios va a venir por usted, al día siguiente murió [...]yo digo que es cuando ellos realmente encuentran su paz interior o que se hayan desprendido de todo lo material de aquí, aunque es muy difícil pero.... (Llora)... yo creo que es cuando encuentran una paz interior un acercamiento con Dios pienso que es eso... como la preparación para irse para entrar a eso que nosotros llamamos el reino, es lo que pienso que cuando estén ellos listos para El. (Consuelo)

Le dijo sí prepárate acéptalo, ve despidiéndote de todos tus familiares, es un proceso que todos vamos a pasar y si tienes algo pendiente trata de arreglarlo, llama a tus familiares, trata de irlo aceptando, tu no tengas miedo, vete despidiendo poco a poco; yo aprendí de ese proceso de que le decía no te aferres tu situación, es delicadita todos vamos a llegar a ese momento, quizás unos primero y otros después, pero tu trata de despedirte.(Diana)

Y les ayudaba yo a hacer ese tipo de examen de conciencia, pues parecía como milagro, a los cinco o diez minuto dejaban de respirar, tranquilos, serenos, como si relajaban su cuerpo con una paz tranquila [...] Como enfermería pues yo nada más le apoyo, le digo de usted depende si usted ya esta listo adelante, de hecho si los veo que están en un estado que es doloroso, le digo que ya va a dejar de sufrir, le digo que tenga confianza.(Flor)

Se vayan tranquilos, se vayan a gusto se vayan sin problemas, sin pendientes legales, familiares, personales, que se vayan diciendo pues me voy tranquilo por que ya hice esto que me faltaba (Elisa).

Lo que hago es orientar a un familiar o familiares y facilitarle todo; que quiere ver al sobrino, al papá, tratar de proporcionarle todo el ambiente para que cierre sus círculos y pueda terminar o irse tranquilo y estar al pendiente si necesita algo, a veces no les permiten más de dos familiares entonces ir con la trabajadora social, esta tal evento, entonces les permites que entre fulanito, sutanito, lucra uno, pero esta mas tranquilo cuando se van de esa forma. (Gloria)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, significa não fazer nada para apressar a morte do paciente.

Segundo as expressões dos enfermeiros, existe um momento em que não se pode salvar-lhe a vida, o que os sensibiliza quando dizem “esse paciente está morrendo”, não vamos fazer nada. Por vezes, não sabem identificar o momento de suspender a dopamina, de respeitar o direito de morrer. Sentem não contar com um testamento vital, onde os pacientes recomendem como querem partir... Morrer é um processo doloroso, mas, da mesma forma que o nascimento, necessita ser encarado como um acontecimento natural, sem tanta dor, sem reanimá-lo no caso de parada cardio-respiratória. Aumentar o tempo de vida pode tornar-se algo impiedoso... É necessário deixá-lo livre para descansar, considerando que já viveu muito tempo e que seu corpo está esgotado, deteriorado. Eis algumas falas que expressam essa percepção:

Estoy en un lugar en que llega un momento en que no se puede salvarles la vida y ya no se les va a hacer nada, por máximo beneficio, sí cae en paro ya no se le va a hacer nada [...] incluso sensibilizarnos, porque a veces dicen se esta muriendo el paciente, no vamos a hacer nada, a veces no sabemos identificar el momento [...]hay que suspender la dopamina (Diana).

Respetar más que nada el derecho que tiene la persona...Hubo un diplomado de tanatología y hablaban mucho de un testamento en vida y ahí elegir cómo queremos partir y se nos respete, (Gloria)

Cuando los médicos dicen que ya no hay más que hacerle, a mí me parece como grotesco, alargarles un tiempo de vida, que los médicos le ponen medicamento para mantener presión, para que su corazón este funcionando de más, a mí parece un poquito delicado y yo quisiera pues de una forma que se dejara ir libre al paciente a descansar, más porque ya ha vivido mucho tiempo, ya su cuerpo dio lo que tuvo que dar [...]y ya le checo el corazón no hizo ninguna maniobra para reanimarla.(Jonás)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, significa respeitar os desejos dos pacientes.

Os sujeitos desse estudo expressam ser necessário dizer ao médico: Por quê não pergunta ao paciente o que ele realmente quer? Como vê o fato de apenas

prolongar sua agonia e, às vezes, não respeitar aquilo que deseja ou necessita. Frequentemente, os familiares estão agarrados ao paciente e não o deixam ir em paz, não respeitando, assim, sua decisão.

Llego el médico que la iban a pasar a quirófano que le iban a poner sangre, que le iban a hacer otros estudios, yo dije al medico ¿porqué no le pregunta a la paciente que es lo que realmente quiere?... como que eso es prolongarle su agonía y a veces no respetamos realmente lo que la paciente quiere, o necesita. (Consuelo)

A veces los familiares están aferrados a él no lo quieren dejar ir y no respetan, y eso es decisión de él, que el decida. (Gloria)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é respeitar os últimos momentos de vida.

Os enfermeiros verbalizam que o essencial no cuidado a esses pacientes é acompanhá-los no momento final, quando cessam as palavras. É necessário respeitar esse momento com ética, dizendo-lhes: “estou com você”, espero que sinta tranquilidade; podem também dizer “eu, enfermeira, estou aqui e desejo que se vá tranquilo”:

Es lo que hemos podido hacer a eso que es un trance difícil porque vemos morir a la gente y no podemos hacer más... Pero en ese momento se termina las palabras. (Azucena)

Respetar los minutos de vida con toda ética. (Beatriz)

El echo de acompañarlo, tomarlo del antebrazo, estoy contigo va a pasar esto. (Gloria)

No me lo deje solo, son momentos de agonía, que el paciente nos pide que el familiar este allí [...] Yo Lucía estoy allí espero con él, ese momento que sienta esa calidez de que este tranquilo, ese instante...quiero demostrarle que en ese último momento aquí estoy y que se vaya tranquilo. (Lucia)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é sentir “algo” no ambiente.

Nesta etapa, na visão dos enfermeiros, há algo no ambiente que não sabem o que é, mas que podem sentir, desde o momento em que chegam ao hospital, antes de iniciarem o trabalho. Ao aproximarem-se do leito do doente, sentem que, a qualquer momento, irá ocorrer a morte; é como um sexto sentido. Aprendem a conviver com isso e entendem que a morte é parte da vida:

En la etapa final, algo hay en el ambiente, no se decir lo que es, es presión porque se puede sentir, desde que uno llega al medio hospitalario, antes de llegar al servicio, se siente se percibe, no se que hay en el ambiente, no lo puedo decir, pero se siente, que hay algo y obvio es negativo y es acompañado de la muerte. (Azucena)

Cuando recibimos el piso y dices tenemos tantos pacientes graves y tal o tal se me va a morir y efectivamente, ya nada más llegas a la piecera del paciente y ya sientes cuando el paciente, ya en cualquier momento se muere, eso es algo que se va adquiriendo, ese sentido, que es como el sexto sentido, de que ya sientes que está allí la muerte, uno aprende a convivir con ella, [...] se siente, se percibe, que uno mismo siente que se le "enchina" la piel cuando estás allí y sucede y no puedes evitar porque tu como persona como ser humano sensible sientes. (Flor)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é falar sobre a morte.

As descrições dos enfermeiros alertam para o fato de que devemos estar preparados para esse dia, embora não desejemos que ele chegue. A morte significa despreendimento da alma, liberação para os que sofrem. Diante da iminência de morte, as pessoas se expressam e comportam de várias maneiras: - alguns a temem, outros a vêem como parte da vida, de forma semelhante ao nascimento, onde há um trajeto a ser percorrido até o final de um caminho. À medida que o tempo passa e com a experiência que vão adquirindo no cotidiano, começam a percebê-la de forma natural, principalmente quando significa um descanso para os pacientes e seus familiares. Vejamos algumas falas nesse sentido:

"Hay Lucia quiero, porque esa (la muerte) es igual con todos, a toditos por igual nos va a llevar", a chicos y a grandes y en cualquier momento, ella no se pone a fijar en otras cosas, deberemos estar preparados para ese día, pero como no queremos que llegue [...] el fin que todos vamos a tener y que todos vamos a llegar ahí, pero no queremos que suceda (Azucena).

Por mi religión significa el desprendimiento del alma del cuerpo, para la resurrección, únicamente significa muerte corporal. (Beatriz)

Es un reto para mí esto de hablar del tema de la muerte o tratar a los pacientes en fase terminal [...] antes tenía mucho miedo de la muerte, ahora no, no le tengo miedo, me enfrento a ella día a día y a veces en contra de ella, ya no me da miedo que se va a ser el final de cada uno de nosotros pero no la reto, trato de estar con ella o más bien de ayudar a mi paciente en el momento en que va a llegar su etapa final [...] para mí es una pérdida una ausencia, de algo físico, prepararme o ayudarlos a ellos a hacerlos conscientes de que va a llegar un momento que nos vamos a ir de aquí. (Consuelo)

En lo personal nos da miedo la muerte, pero dicen que es una liberación para los que sufren, dependiendo del punto de vista de cómo lo vean...no huir sino acercarnos más a lo que es la muerte [...] escuchar las preguntas, contestar las preguntas del paciente acerca de si se va a morir, saber que decirles a esas preguntas. Porque a uno le da trabajo hablar de la muerte. [...] es como un proceso de dejar este mundo, de decir hasta aquí llegue me voy de este mundo, y partir a otro lugar, me educaron

que si me porte bien me voy al cielo, sino me porte bien me voy al infierno y si me porte más o menos me voy al purgatorio. Es dar ese paso de dejar este mundo. (Diana)

Ante el hecho de la muerte unos se expresan de una manera y otros de otra. Pero es algo que nunca lo van aceptar pues es el desprendimiento, el ya no ver, el pensar que ya no podamos ver aquella persona duele y no se acepta fácilmente...la gente normalmente teme mucho a la muerte, teme mucho al desprenderse de la gente, y es un dolor [...]Para mí la muerte pues es parte de uno, entonces la muerte tiene varias; muerte física, verdad en este caso de que estamos hablando precisamente; para mí es trascender de un estado a otro[...]un camino en el cual hay que hacer un recorrido para llegar al lugar, no es tan sencillo, no es un brinquito y ya, es un camino que hay que caminar y hay que llegar, igual como en el trabajo de parto cuanto tarda una mujer en dar a luz, desde que le empiezan las contracciones, en lo que recorre todo ese canal del parto, todo ese camino que transcurre para salir a la luz del nacimiento, como que tiene que recorrer ese túnel ese paso de un lugar a otro en este caso del mundo a otra dimensión. (Flor)

Es un evento tan normal o un suceso tan normal, como el nacer pues para mí lo ideal sería que como a un niño lo llevas a ver otro niño y que mira que bonito y que entonces de igual forma; esta enfermo mira es tu abuelito tu tío... eso ya nos ayudaría a nosotros a tener otro concepto de la muerte [...]Tengo un gran dilema soy católica, es una gran incógnita el echo de no conocer que es lo que pasa mas allá de, se que voy a morir, se que nací, que soy de aquí lo acepto, pero digo y después que, la eternidad y hasta cuando es la eternidad, todos tenemos una fecha un plazo un lugar pero después y ¿que voy a resucitar?, no, no se pero no me da miedo.(Gloria)

Tal vez sea duro, pero a medida que pasa el tiempo y con la experiencia que uno adquiere, el primer día que te enfrentas a un cuidado de ese tipo es difícil, porque es la primera vez, te estas enfrentando a algo que no conoces, pero pasa el tiempo y como que se nos va haciendo un poco cotidiano [...]pues es el suspender el dejar de funcionar todos los sistemas y órganos en nuestro cuerpo y pienso que si, hay otra oportunidad donde uno descansa, es pasar a otra etapa de la muerte misma porque ya no es vida, pero pienso que el alma va a algún lugar, no se a donde, pero va a descansar. (Héctor)

¡Ahh!, Entonces yo creo que esta tan cercana, que uno lo ve tan normal yo creo que a veces uno lo ve como natural... en la profesión pasa a ser algo normal, como algo menor, pero yo digo que es por desconocimiento de la materia. [...] si se puede observar de que forma mueren y en la ultima expresión facial del cuerpo si da mucho de que hablar, porque allí uno se da cuenta de cómo dio ese paso de la vida a la muerte. (Jonás)

Un descanso para los pacientes terminales, y un sufrimiento a veces el de los familiares. (Lucia)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, e ouvir as experiências que têm, antes da morte.

Segundo os enfermeiros, o cuidado a esses pacientes inclui ouvi-los sobre suas experiências que precedem o morrer. Isto inclui relatos das mais variadas sensações e percepções, descritas, detalhadamente, por eles; alguns chegam a ter alucinações e visões:

Porque hay quienes dicen me vi, que me estaban haciendo y se dan cuenta de todo lo que sucedió como estaban[...]eso es para mí asombroso, la experiencia de los que han participado en eso y regresan...[...] él dice que estaba dormido y de repente vio, en un camino se vio el solo, pero...como

puedo describirlo lo que el comento que el se veía como a una ribera de río por donde había espinas, ramas, piedras, tierra y del otro lado del río veía sus familiares, conocidos, que el sabía que estaban muertos y hablaban, él sentía también que quería ir a su encuentro y buscaba por donde atravesar, entonces llega a una distancia donde ve una luz intensa y trata de pasar y no puede, pero escucha tan intenso su nombre que despierta y allí termina su experiencia.(Azucena)

De repente me dijo: ya vienen por mí están atrás de ti, y yo empecé a moverme, le dije aquí no hay nadie... estamos solos. Empezó a llorar, se taquicardizo, me volteé le dije no hay nadie, y dijo: esta atrás de ti [...] Muchos pacientes me han comentado que vienen pero de diferentes formas, vienen de blanco, vienen de negro, viene la esposa o algún ser querido que ellos extrañen mucho, que vienen por ellos [...]. No se ellos lo ven lo perciben, me dijo que era gente que el conocía de hace muchos años, (Consuelo)

Trato de comprender, trato de platicar ante esas actitudes que él tiene, trato de acercarme, de explicar en ese momento cuando ellos hablan de que vienen a él figuras, personas, platicar y conocer que es lo que les causa las reacciones que tiene...cuando dicen que vienen a visitarlos las personas que ya murieron...y a veces a pasado que las personas muy graves, de repente, tienen un periodo de lucidez de bienestar...Previos a la muerte si me ha tocado verlo (Diana).

También hay veces que los pacientes en esa etapa de que se están despidiendo, de que están en agonía tienen muchas alucinaciones, ven fantasmas, escuchan ruidos, ven muchas cosas, tienen muchas alteraciones. (Elisa)

Acerca de las visiones que ellos tienen antes de morir, comentan que ven duendes, demonios, en otras ocasiones a sus familiares, a su papá a su mamá que vienen por ellos así como estamos tu y yo hablando ahorita así lo ven muy reales, [...] están viendo a las personas que aman (Flor).

¿Tienes miedo que sientes?... veo un lugar oscuro, me siento solo, y tengo mucho miedo. (Kelly)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal,é proporcionar uma morte Digna.

Os enfermeiros atentam para o fato de que, por não sabermos exatamente quando a morte vai ocorrer, é importante que haja sempre o respeito à dignidade. Por estarem mais preparados, estes profissionais podem ajudar os pacientes a terem uma morte digna e tranqüila, na medida em tenham suas necessidades atendidas e sintam-se acompanhados:

Porque no sabemos hasta que momento deja de estar presente, sí, entonces te comento que lo último que se pierde es la audición, verdad...mientras eso sucede son dignos de respeto. (Azucena)

Pero creo que son las condiciones de la persona que ya esta mas preparada, la que los ha llevado a tener una muerte digna, una muerte tranquila, una muerte como que ya esperada, como que algo fisiológico, algo natural. (Elisa)

Cuando en lo personal yo trato de darle una muerte digna, para mí una muerte digna es el no hacer más allá de lo que yo considero que ya no se le puede hacer al paciente, si el médico ya no me lo dice sólo dejo que el evento venga... y sabiendo que el paciente se murió dignamente. (Héctor)

Si necesita no solo revisar las funciones fisiológicas que si respira que si esta en una posición cómoda, si tiene sed sino quiere agua mojarle los labios, cambiarle de ropa si orino, si evacuó, tener la habitación en un ambiente tranquilo, no estar allí con un escándalo, comprender la situación. (Jonás)

Que tengan una muerte digna que ellos sientan más esta calidez y la calidad como enfermera (Lucia).

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é dar-lhe cuidados após a morte.

Os enfermeiros relatam que tratam dignamente o cadáver, protegendo-o com cobertas. Protegem também o paciente que se encontra ao lado. Solicitam ajuda aos colegas para realizarem o cuidado ao corpo de forma adequada, pedindo aos familiares que se retirem por alguns momentos. Isto significa respeito ao corpo, conforme podemos ver nas falas:

Trato dignamente no por el hecho de que este muerto o ya no tenga vida en ese momento, lo volteamos o lo protejo con sábanas no exhibiéndolo y proteger al otro paciente que esta al lado y al mismo paciente que estamos amortajando [...], para mí implica mucho respeto un cuerpo y sigue teniendo vida, porque uno no muere totalmente. (Consuelo)

Pedí a los familiares que se retiraran, le di cuidados postmortem la acomodamos en su posición yo y otra compañera, dejamos igual pasar a los familiares. (Jonás)

A mí no me gusta amortajar, es uno de los procedimientos de enfermería que nunca me ha gustado, pero mis compañeros lo saben y si sucede siempre pido que colaboren conmigo. (Kelly)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é deixar o familiar tocá-lo.

Os enfermeiros afirmam que o último sentido a ser perdido é a audição; por isso, pedem aos familiares que falem com o paciente, que se aproximem dele, que o toquem. No caso de estar ouvindo, irá saber como é amado pelos familiares que estão presentes. Atentam também para que segurem sua mão, despedindo-se e dizendo o que julgam como necessário.

Me he dado cuenta que el último sentido que tienen es el oído, por eso les digo a sus familiares que le hablen en ese momento para que no se sientan solos (Diana).

Como que la presencia la comunicación con ellos y con su familia y sobre todo también he tenido la experiencia cuando llegan los familiares y lo ven con tantos aparatos que lo ven de lejos y no se acercan y allí hay que decirles como parte de las actividades, acérquense, tóquele, háblele, él los esta

escuchando el necesita saber que ustedes lo quieren que ustedes están aquí que están al pendiente, él los necesita en este momento también ustedes lo necesitan. (Elisa)

Sabes que agárrale sus manos tócalos, huélelo porque ese olor lo tienes que conservar y preservar toda la vida es lo que te va a quedar; toda la gente tenemos un aroma diferente y como este aroma se intensifica más con la muerte. (Flor)

Entonces yo les decía a los muchachos díganle cuanto lo aman, díganle cuanto lo quieren porque si llega el momento duele. (Kelly)

E intentado hacerlo con los familiares y decirles este es el momento de irse apóyenlo, despídanse digan todo lo que tengan que decirse. (Lucia)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é respeitar o paciente e à família.

Sob a perspectiva dos enfermeiros, quando a solução não vem da medicina, os familiares recorrem a uma forma tradicional de proceder a um ritual ⁶. Há um desespero em querer colaborar com o paciente, devendo haver tempo para estar com ele, antes de sua morte. Nesse sentido, o hospital precisa ter, como diretriz, o respeito ao paciente, permitindo a entrada de seus familiares, de uma forma organizada, de modo a evitar perturbá-lo. É ainda necessário que o médico comunique aos familiares que o paciente não é recuperável, informando-os para que tomem decisões, uma vez que o paciente tem o direito de permanecer no hospital ou morrer em sua casa; se o enfermo estiver consciente, deve ser orientado e apoiado para que tomem, juntos, tal decisão:

Los familiares que están viendo que la medicina no les esta proporcionando toda la ayuda, sí, entra también aquello de la medicina tradicional, de hacer una “limpia”, eso todo mundo lo ha visto que lo practican y en nuestro medio lo vemos, que nos dicen están haciendo esto, que puede ser a lo mejor una plantita o una ramita de repente aparece en la cama del paciente y que nos dice que vinieron a hacer una limpia, sí, esa es también la desesperación de los familiares el querer colaborar para su ser querido (Azucena)

Respeto ante el paciente y sus familiares [...] (Beatriz)

Darle al familiar un tiempo de estar con el antes de amortajarlo. [...] es un ciclo que se tiene que cerrar, que no podemos aferrarnos aquí y que darle un cuidado o una atención digna en su proceso de la muerte, lo más digno lo más respetuosos que se pueda, respetando siempre a la familia y al mismo paciente [...] Lo que siempre hago al paciente, es rezar, retirarle todo y permitir al familiar entrar a verlo, si nos permiten que este con él, dejarlo 5 minutos pedirles se salga.(Consuelo)

---

⁶ “ritual que realizam passando ervas ou ovo pelo corpo, acompanhado de orações com a finalidade de purificar a pessoa”

Se deja entrar a los familiares [...]hay que estar con el familiar no hay que maltratarlo, hay que irles poco a poco diciendo, porque ellos dicen “me dijeron que se iba a morir y no me dejaron ni respirar y ya se esta muriendo”, pues sí la muerte llega repentinamente aquí .(Diana)

Ahora hago participe a los familiares, pues yo he visto que hay muy buenos resultados, siento yo que tanto los familiares como la persona que fallece encuentran , como el perdón y el vamos adelante y se siente de una manera satisfechos ellos de haber cumplido también con su familiar [...]y cuando me piden en estos casos, ver a sus familiares, se les da la oportunidad de que suban de uno en uno 5 minutos para que tengan la oportunidad de estar con la persona antes de que fallezca. (Flor)

Los médicos aceptan de que son pacientes que no son recuperables, platican con el familiar...ya les informan [...] saber cuando ya es tiempo de que se vaya pues también hablar con la familia, acercarse con el paciente moribundo, que el tiene derecho si esta consiente y si todavía tiene uso de razón el puede tomar decisiones [...] Yo me involucro mas en como esta la situación por ejemplo si es una familia y un paciente que ya esta consciente de que quiere irse y que ya es su final y que los familiares también están de acuerdo en eso adelante (Gloria)

Lo que hicimos fue acomodarlo en la posición... llegó toda la familia y en realidad fuimos como un apoyo... le dimos un abrazo lo acomodamos y ya avisamos a la familia y dejarlos para que ellos se despidieran.(Jonás)

A vivência da enfermagem no cuidado ao adulto idoso, em fase terminal, é dar apoio à família.

Os enfermeiros verbalizam que dar a notícia aos familiares é uma das experiências mais difíceis, pois são necessárias palavras de alento e de ânimo. Alguns têm chegado a chorar com eles diante do fato de nada poder dizer. É importante conversar com a família, mesmo que alguns tenham reações agressivas, dar todo o apoio, possibilitando-lhes confiança, de forma a prepará-los para aceitação da morte do paciente, permitir oportunidades para que se perdoem e o entreguem ao Ser Superior. Deve-se ainda orientá-los sobre o que vai ocorrer e como vai ocorrer, sempre apoiando com uma palavra “lamento muito”, “tem meu apoio”, de maneira que compreendam não se tratar de uma tragédia, mas de outra etapa da vida. Vejamos suas falas:

Si, hay familiares, hay veces que me ha tocado dar la noticia de que falleció el paciente, es de las experiencias más complicadas, para poderse acercar a los familiares [...] y uno trata de dar una palabra de aliento de animo a los familiares [...] muchas veces si porque no, hemos llegado a llorar con los familiares..., ante no poder hablar ni decir más nada. (Azucena)

Estaba muy enojada, yo la abrace y le empecé a decir, que él estaba bien, que empezaba a sufrir mucho, te dijo alguna vez que él ya quería irse, que quería descansar, el esta con Dios. (Consuelo)

Hay que dar todo el apoyo que el familiar requiere [...]si conocemos al paciente vamos a tener una interrelación con los familiares, vamos a darles confianza, irlos preparando... tampoco vamos a hacer que la familia se haga ilusiones [...]“sabe que su paciente esta mal, váyase preparando” [...] porque no oras, le entregas a tu familiar, hay que entregarlo, hay que despedirse de ellos, que las cuentas queden saldadas, lo bueno lo malo, hay que perdonar.(Flor)

Pero si apoyar a los familiares orientándoles, decir que es lo que va a pasar, como va a pasar y ese cuando uno no sabe [...] hay familiares muy consientes que si lo asimilan, no que no les duela y otros que no y ellos también necesitan apoyo de enfermería, también es necesario hablar un poco más con ellos, apoyarlos o acompañarlos. (Gloria)

Ya he podido siquiera darle una palmada al familiar, creo que es importante sin decir una palabra porque esa es la experiencia, que he adquirido y así me siento un poquito bien, pues reconfortando un poco al familiar. (Héctor)

En un momento la ven con vida y convivieron con ella y sales a decirles ya murió y ellos dicen pues que le hicieron allí, ¡ya se murió! Creo que otro punto allí es también apoyo para saber como apoyar a la familia. Pues lo que decimos es : queremos que usted pase para poder después poderla llevarla al mortuorio y que ustedes puedan arreglar todo [...]apoyar a la familia porque dos, tres palabras “lo siento”, “ tiene mi apoyo”, no es nada para asimilar la perdida que están viviendo y creo que hay que prepararse[...]y yo veo que si uno le da un buen apoyo a la familia, se siente uno muy bien y no lo consideraran como una tragedia sino que lo vean como otra etapa de la vida (Jonás).

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é deixar que o familiar expresse suas emoções

Os enfermeiros descrevem que os familiares, às vezes, respondem agressiva e imperativamente, sendo preciso compreendê-los nestes momentos, identificando em qual etapa de enfrentamento se encontram para ajudá-los no desabafo. Não devem pedir que aceitem, que não chorem, mas devem respeitar a forma de seu desabafo – alguns desmaiam, gritam, choram e querem nos agredir, buscando, desesperadamente, por um responsável.

Los familiares a veces responden con agresión y demandantes, comprenderlos en esos momentos e identificar en que etapa de duelo están. Incluso hasta hablar de la sanación de las heridas ya cuando va pasando este proceso, para ayudar a las personas. (Diana)

Mi papel que yo siempre he tratado de dar, es apoyar en el sentido de que, en ese momento se desahogue, no le voy a pedir que acepte eso no, no, desahóguese, llore si quiere [...] respetando la forma en la que quieran desahogarse, hay quienes se desmayan, hay quienes, gritan, lloran y patalean y quieren golpear a la gente, otras me ha tocado también desafortunadamente en que siempre quieren buscar un responsable. (Flor)

A vivência de enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é uma experiência de sofrimento para a enfermagem.

Os enfermeiros verbalizam que quando o paciente não se recupera, sofrem muito, talvez mais do que o familiar, pois se envolvem; afinal, os familiares têm uns aos outros unidos mas, a enfermeira se vê sozinha, o que é difícil de ser superado. Dizem que, neste dia, alguns se deprimem e não se alimentam, apesar dos outros pensarem que estas situações já se tornaram habituais. Para eles, cada paciente provoca dor e os afeta psicologicamente. Tal cuidado é muito difícil para a equipe de saúde, emergindo sentimentos de frustração; o encontro com a morte é muito desgastante, tratando-se de não se fechar para não sentir dor. Cuidar deste paciente implica saber que haverá sofrimento, sendo muito difícil dizer “Chegou o momento de partir”. As falas abaixo expressam isto:

Entonces cuando ese paciente no se recupera sufre uno mucho, quizá hasta más que el mismo familiar... Cuando uno esta cerca de ellos, es muy triste y muy doloroso, pero cuando uno no esta con ellos y después se da cuenta creo que es peor [...]se fue, es una experiencia muy dura muy difícil que eso me sucedió como en 2 ocasiones más, pero me prometí no involucrarme tan profundamente por el miedo al dolor y no poder hacer nada, porque que al final de cuentas la familia se tienen ellos mismos, pero uno se queda y se queda solo y es difícil superarlo.....se puede....pero hay que trabajarlo en la mente para que no duela tanto [...]se que me costarían muchas lagrimas para estar soportando las vivencias de esas situaciones de esos momentos (Azucena)

La mayoría de los casos es triste es doloroso [...]ha sido muy difícil, porque soy muy sentimental, en primer lugar...[...] me entristece, me siento como frustrada porque no hice mas por mi paciente [...] no me gusta que la gente se muera [...]ese día me deprimó, no como , pero tengo que entender que parte de la vida misma [...]yo les decía, a mí me duele, es muy difícil y si ustedes piensan que uno lo ve como una costumbre...No es así...Cada paciente te duele, cada paciente se siente [...]Pero a veces es muy difícil o muy fácil decirlo, que vivirlo en carne propia[...] no es fácil, si un paciente me duele. (Consuelo)

Y tristemente, nos afecta psicológicamente [...] pero me fue muy difícil, me costo mucho trabajo, porque estaba como enfermera y como familiar [...] pues si sentimos la muerte de un paciente [...] pero dicen que las enfermeras estaban llorando... pues nos dolió, sufrimos. (Diana)

Para mi el cuidado del adulto mayor, en fase terminal es una etapa muy difícil para la familia, para el paciente, para los servidores del equipo de salud [...] he tenido la oportunidad de estar con muchos pacientes en estado terminal y no he salido completamente satisfecha [...] siento que han pasado más de 10 años, aún lo recuerdo y no lo puedo hablar así tranquilamente... (llora)... Yo siento que ese momento es muy desgastante emocionalmente, porque hay veces que están muy graves y tienen un montón de procedimientos que hacerle. (Elisa)

La gente no se da cuenta hasta que grado también puede afectar a la persona a la enfermera o enfermero, debido a esas palabras que se están diciendo en ese momento y que de hecho no es culpa de la enfermera o enfermero, ni de nadie sino de que ya llegó su hora ya llegó su momento[...] hay me sentí con un sentimiento de culpa horrible era el primer paciente que se me moría [...]que a uno no deja de afectarle el hecho de que se muera la gente, el dolor, a la pérdida. (Flor)

Uno trata de no involucrarse por que queramos o no pues es dolor [...] ni siquiera nos damos permiso nosotras mismas de hacer un duelo, por que quieran o no es nuestro paciente y desgraciadamente los pacientes terminales estamos toda la semana o todo el mes o mas tiempo con ellos, entonces quiera o no uno se involucra [...] no tiene tiempo, de meditar un poquito esa situación, de que ya se fue y que estuvo todo bien y cerrar ese circulo (Gloria).

Es una de las cosas que si, sí me duele porque a pesar de que sólo trabajo sábado y domingo pero ya el hecho de estar con ellos 12 horas ya son parte de ti(Kelly).

Para mí un adulto mayor es saber que voy a sufrir con él [...] Ha sido más doloroso [...] sí ha sido doloroso [...] y nosotros lo tuvimos que hacer y fue muy doloroso [...] es algo muy difícil [...] pero sí, el involucrarnos algunas veces, aunque sean cada ocho días, sí es muy duro para cada una de nosotras [...]sí, es muy difícil de enfrentarlo, es muy difícil de decirle este es el momento de partir, de morir y para mí también es muy difícil esta situación(Lucia).

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, “é algo que se possa apreender com a família”.

Os sujeitos descrevem que muito do que uma pessoa é resulta da educação que teve na família. É considerado tudo aquilo que sua mãe, pai, irmãos, tios, filhos e outras pessoas próximas ensinaram sobre como colocar-se diante de uma pessoa idosa, diante da morte:

Mucho de lo que uno es como persona, las experiencias, como fue educado dentro de la familia [...] mi mamá siempre me dijo, cuando estés con una persona que tu veas morir, encomiéndalo, rézale, oriéntale. (Azucena)

Yo he aprendido mucho con mi familia, mi familia la mayoría son grandes y yo creo que me identifique mucho con ellos y ya luego vine al trabajo, ahí tuve una escuela de cómo tratarlo, le enseñan a uno muchas cosas tienen experiencias grandes que compartir... (Consuelo).

Me asignaron el papel de cuidarlo y la verdad es cosa que hasta el momento agradezco mucho, poderlo haber estado cuidando, y es por eso que creo si se pude hacer el acompañamiento, a esas personas por que lo hice con mi papá y mi papá tuvo una muerte muy tranquila, como que él alcanzo a resolver todos sus problemas [...] yo cuide a mi hermana que la operaron de columna y se ve tan diferente el cuidado. (Elisa)

Hace poco un Tío falleció, tenía 78 años... pero cambio mi forma de pensar en esa experiencia que tuve. (Héctor)

Cuando ya ha tenido la experiencia de perder a un padre o una madre como que se nos facilita un poquito hablar con los hijos o con la esposa. (Kelly)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é sentir que não é meu paciente, mas um familiar

Os enfermeiros afirmam que, quando um paciente tem um longo período de doença, durante o qual fica hospitalizado, torna-se quase um familiar. Uma enfermeira, ao cuidar de um paciente, pode lembrar-se de sua mãe, expressar gestos de carinho e inúmeras outras recordações que, em síntese, mostram os familiares refletidos neste paciente:

Cuando un paciente dura mucho tiempo en el medio hospitalario ese paciente es mí familia y yo soy su familia, tanto para el como su familia biológica. (Azucena)

Y ahora en cada paciente me la recuerdan y digo por mí mamá tengo que dar el todo, por el todo, por ella, cada uno de mis pacientes me la recuerda mucho.... (Llora.....silencio....) (Consuelo)

Antes cuando le platico que le di un beso a mí paciente, me recordó a mí papá y yo sentía que me iba a encontrar con mí papá [...]yo sentí que no era mí paciente el que me estaba hablando era mí papá a través de mí paciente, en otra ocasión igual con un paciente así en pocos minutos me dice como le ha ido y como se llama, "me llamo X" dice "cuatro letras" "amor cuatro letras" y fue otra sensación que yo sentí no era mí paciente sino mí papá que me hablaba a través de mí paciente, yo podía sentir la ternura de mí papá a través de mí paciente. (Kelly)

Las experiencias de familiares y ver reflejado que quizás sea mí papá [...] mi compromiso siempre a sido yo debo superar esto porque veo muchas veces reflejados a mis familiares. (Lucia)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, significa refletir sobre o preparo da enfermeira.

O preparo da enfermeira para cuidar deste paciente é descrito, pelos enfermeiros, como algo permanente, adquirido por meio de diversos cursos na Instituição, em sessões clínicas, conferências, com especialistas e por meio de leituras sobre os temas vida após a vida, de forma auto-didata e também pela Tanatologia. Mencionam a necessidade de preparo para temas sobre a morte, Tanatologia, logoterapia, cuidados paliativos, considerando que, em sua educação formal, as enfermeiras foram capacitadas para salvar vidas e não para identificar quando vão morrer, nem ajudá-los neste processo. É preciso apoio para incluir o cuidado emocional e o acompanhamento para uma morte digna: Atentemos para as falas:

Yo he leído libros acerca de vida después de la vida y cosas por el estilo... participe en congresos, en congresos de bioética y cursos que nos daban en el instituto...Donde nos daban cursos monográficos o sesiones o conferencias donde participamos. (Azucena)

Prepararme yo para ayudar más a la familia y al paciente [...] hay en mí institución muchos cursos, pláticas de enseñanza de nutrición, de muchos temas, pero nunca hablan del paciente en fase terminal, nunca quieren tocar el tema [...] estoy leyendo más sobre Tanatología, como atender a mis pacientes [...] un curso de geriatría. (Consuelo)

Me faltaba un poco de preparación para decirle de la mejor manera si se va a morir [...] yo si creo que a enfermería nos falta preparación para llevar a nuestros pacientes a morir bien [...] y por eso yo me decidí a tomar el curso de Depresión [...] como que incluso en lo personal quiero tomar un curso de Tanatología y Logoterapia[...]a mi si me gustaría que en el mismo servicio tuviéramos más cursos para prepararnos[...]Yo creo que a veces es la misma enfermera la que no esta preparada para aceptar el proceso de muerte[...]y es cuando uno dice ahora como le ayudo por eso es necesario prepararse para poderlos ayudar [...] siempre tome curso tras curso pero siempre relacionado al área de cuidados intensivos [...]siempre quise tomar uno de Tanatología y leía libros que hablaban sobre las etapas del duelo, la ansiedad, la depresión y buscaba un libro y otro pero fue como autodidacta, también había una compañera que llevaba un curso de Tanatología y ella me prestaba todos sus libros y cuando nos dieron en el curso Bioética, he tratado de leer lo de los valores ...me falta mucho porque nunca se termina de aprender sobre la vida y la muerte (Diana)

Creo que a la preparación como enfermera yo siento que me hace falta mucho en lo emocional, [...]como he tenido problemas en el cuidado emocional, tome un diplomado en depresión , porque nos cuesta mucho manejar los sentimientos y también llevar a las personas a que los manejen o a detectar los estados de animo que son muy importantes en todas las etapas de la vida ... me he preparado buscando bibliografía del adulto mayor y cada vez hay mayor bibliografía, por la situación del crecimiento de la población, ya hay mas documentos, estaba leyendo un libro de Cuidados Paliativos y decía todo esto debo de aplicar, pero sí he tratado de prepararme, porque creo que es necesario. (Elisa)

Yo no estaba preparada para que se me muriera un paciente, porque para eso no nos preparan, nos preparan para atender al cliente para participar en el tratamiento y sacarlos adelante, pero no para que se me muera un paciente [...] Enseñarnos desde que entramos sabes que hay pacientes que van a salir, pacientes que no van a salir. (Flor)

En cuestión de la formación académica siempre se nos a formada para salvar vidas y que el carro "rojo"⁷ y que enseñate a entubar y que medicamentos y que tu te dedicas a esto, todas las maniobras de una resucitación [...]tomar algún estudio alguna preparación o prepararse para conocer mas de la muerte y no nada mas como interés de la enfermera sino también de la institución hasta ahorita se esta viendo derechos de los enfermos del médico de las enfermeras pero no hay derechos de los moribundos [...]No estamos preparadas [...]Pues nada más necesitamos prepararnos más tanto a nivel de instituciones de salud como educativa y que apoyen más en este aspecto. (Gloria)

En el paciente adulto mayor por el hecho de la edad y siendo sinceros lo descuidamos un poquito desde hace un tiempo en capacitaciones en muchos cursos que hemos tenido, hemos tenido cursos

---

⁷ O carro vermelho é uma unidade constituída por um móvel com rodas para deslocar-se, com espaço suficiente para colocar um desfibrilador portátil. Contém gavetas para colocar medicamentos e espaço para assessórios. Pode ser utilizado em momentos de urgência, também na Unidade de Cuidados Intensivos e sua única função é transportar o equipamento necessário para uma reanimação cárdio-pulmonar, ou qualquer outra emergência, de forma eficaz.. (SSA.2007)

con psicólogos yo les he pedido mucho apoyo a nosotros para saber como afrontar la muerte en cuestión de todo tipo de pacientes, de cómo brindar apoyo a los familiares no solo en cuestión medica o de enfermería, sino también personal [...] creo que nos hace mucha falta el apoyo psicológico, que se nos capacite en Tanatología. (Héctor)

Como conocimiento se dice que hay que ayudarlo a bien morir, yo creo que para eso si se necesita un conocimiento y un especial cuidado [...] uno se limita porque no sabe que hacer [...]o por la falta de conocimiento, que todo lo que sucede en esa etapa terminal, tanto para el paciente como para la familia...que hago o que le digo, como puedo apoyarlo [...]si hay que estar preparados, para saber como apoyar o como dirigir al paciente y a la familia para aceptar esa fase terminal. (Jonás)

Realmente yo no me considero muy preparada para el “paso” a la muerte, soy muy amante a la cuestión humana, creo que me falta completar la preparación en cuanto a la experiencia, el sentimiento. (Kelly)

Es algo cada día más difícil a pesar de los cursos que he intentado llevar de Geriátrica, la breve experiencia que tuvimos en Tanatología. (Lucia)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, significa aprendizagem.

Segundo os enfermeiros, cada cuidado a este paciente significa um aprendizado, uma experiência para toda a vida. Isto porque são casos com os quais eles aprendem; os pacientes que os ensinam seguirão como exemplos passados a outras gerações. Eles aceitam a morte antes mesmo dos enfermeiros e os ensinam a serem fortes neste momento:

Los casos que he comentado sucedieron hace más de 10 años y seguirán presentes y seguirán hasta el final, porque son casos que aprendimos de ellos, nos enseñaron mucho y seguirán siendo un ejemplo para seguir enseñándoles a las nuevas generaciones. (Azucena)

Vivo de la manera más segura por sus consejos que he recibido de algunos de los pacientes o adultos mayores. (Beatriz)

Para mí siempre me deja experiencia. (Consuelo)

Una vez una persona yo la veía con tanta fortaleza, que a pesar de todo ella estaba resignada a morir y a las que nos costaba trabajo entender, era a enfermería y ella nos enseñó a ser fuertes en ese momento. (Diana)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é um grande compromisso.

Os sujeitos do estudo verbalizam que é um grande compromisso permanecer ao lado deste paciente, pois, mesmo sabendo da gravidade de sua condição, devem

permanecer ao lado dele, não o abandonando e ajudando-o a bem morrer. Enquanto profissionais, entendem que é preciso tratar a pessoa de forma integral, em todos os seus aspectos, suas necessidades, considerando que se trata de uma pessoa angustiada, com características particulares devido à idade, requerendo muitos cuidados que devem ser oferecidos com amor, responsabilidade e carinho:

Es un gran compromiso [...] sí, pero es un gran compromiso porque en el mas allá, mientras es o no es [...] es un compromiso el estar cerca de ellos [...] es un gran compromiso como sería también aquella ocasión en que alguien dijo puedo traer el chaman, dentro de la desesperación de las personas [...] es un compromiso el estar cerca de ellos, el no abandonarlos. (Azucena)

Creo que es muy importante, es un valor, ético moral, el ayudar a bien morir a los pacientes. (Diana)

Un gran compromiso porque como profesionistas debemos de tratar a la persona integralmente en todos sus aspectos todas sus necesidades [...] Para mí el estar con personas en estado agónico significa una gran oportunidad pero también un gran compromiso porque como profesionistas debemos de tratar a la persona integralmente en todos sus aspectos todas sus necesidades. (Elisa)

Considero que implica como un doble compromiso personal. (Héctor)

Significa casi un todo, por la etapa en que se encuentra la persona...yo creo que significa mucho porque no es cualquier tipo de paciente es como darle a él todo el apoyo y toda la ayuda para que llegue a esa fase de una forma que el se sienta bien, a gusto o conforme [...] (Jonás)

Una gran responsabilidad [...] pero es algo que fue uno de mis compromisos el acompañar lo mejor [...] yo no me quiero hacer cargo de este paciente porque yo se que me va a pedir me va a exigir, me va a decir tráeme, acomódame, y es responsabilidad [...] Yo lo vivo con mucha responsabilidad y yo quisiera que todos asumiéramos ese papel de amor de responsabilidad de cariño... (Llora)... (Lucia)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, é complicada pelo número de pacientes.

Os enfermeiros afirmam que este paciente requer um cuidado muito dependente da enfermagem, uma vez que o número de pessoas hospitalizadas aproxima-se de vinte. A sobrecarga de trabalho prejudica o cuidado ao paciente à morte, pois as atividades cotidianas, rotineiras, não permitem dedicar-lhe atenção especial. Em caso de morte, a situação agrava-se, pois há mais uma necessidade: a de dar os cuidados ao corpo. Ainda há casos em que a enfermeira não percebe o momento em que o paciente deixou de respirar e morreu sozinho:

No hay el tiempo, si el paciente no se mueve no lo movemos, no lo cambiamos de posición. (Consuelo)

Y se llegan a morir solitos, y no estuvimos al pendiente, no sabemos en que momento dejan de respirar, o por el ambiente laboral en piso a veces se dice el paciente ya no respira y ni cuenta nos dimos a que hora murió...Cómo poner más atención en esos pacientes que están a punto de morir y que a veces por estar en otras actividades o no le damos la dedicación que debía de ser o a veces los abandonamos por otras actividades [...]a veces se nos caen por el poco personal, hay que recanalizarlo [...]Pero luego hay hasta 20 pacientes y pues andas corriendo y no le podíamos ver el fin al trabajo. (Diana)

A veces por las carga de trabajo [...] Que estoy a cargo de medicina interna y estoy a cargo de más pacientes, en otro servicio que tienes hasta 40 pacientes y algunos de ellos muy graves y no tienes la oportunidad de acompañar a tus pacientes (Elisa)

La sobrecarga de trabajo no nos permite tener esa comunicación como antes, antes me ponía a platicar con los pacientes, conocía la mayoría de sus historias. (Flor)

El personal de enfermería no cuenta o no dispone de este tiempo para poder brindarles una mejor atención, tanto a ellos como a sus familiares [...] porque esta contemplado los signos vitales, tendido de camas, administración de medicamentos ... Pero no hay alguien que diga : sabes que este paciente va a fallecer ... ahí se te va a ir una hora o media hora y tenemos todo el tiempo así completamente medido o calculado y hay que romper con todo y aparte de que rompes con todo, te atrasas en tus funciones, sales del evento y córrele a hacer todo lo demás para no atrasarte [...] (Gloria)

Porque para nosotros es un poco complicado porque son muchos pacientes para una sola persona de enfermería. (Héctor)

A vivência da enfermagem no cuidado ao idoso, em fase terminal, envolve muitos aspectos.

Tal cuidado é uma experiência complexa; depende da ética profissional da enfermeira. Além dos pacientes temerem a morte, necessitam além de cuidados físicos; precisam de cuidados emocionais, aproximação, comunicação, realização de desejos particulares como leitura, apoio da família e suporte na hora da morte. Vejamos algumas falas:

Bueno es mi experiencia complicada porque sabemos que nos vamos a ir, que nos vamos a retirar de lo que es la vida, a donde vamos no lo se, en cierto modo quizá no sepa manifestar. (Azucena)

Depende de la ética profesional de cada una, es muy diferente. (Beatriz)

Platicar, tienen mucho miedo, preguntan sí se van a morir, sí van a estar solos, sí puede estar un familiar con ellos, o leerles alguna revista o un cuento y siempre tocarlos en la mano, acariciarlos, hablarles muy cerca, en enfermería yo creo que los medicamentos son como secundarios son básicos, pero como que la atención, el apapacho, la comunicación, el cuidado, el hablar, es lo básico, el que se sientan que todavía son importantes, aunque sea por un ratito más. (Consuelo)

Me ha tocado la muerte de mi abuelita, me toco cuidarla en su enfermedad y trate de cuidarla en los momentos de su muerte, pero me fue muy difícil, me costo mucho trabajo porque estaba como enfermera y como familiar, es un poco difícil y siempre los familiares acuden a uno para preguntar que le vamos a hacer. (Diana)

Señorita aun con el dolor léame, léame... léale esto a mi familia, entonces yo acepto ese papel que me dan, esa participación que ellos me están haciendo de su dolor, y de vivir ese transito... Les apoyo, les leo [...] identificar y diagnosticar porque tenemos que diagnosticar e identificar cuando un paciente se nos va a morir. (Flor)

A vivência do cuidado de enfermagem ao idoso, em fase terminal, leva-me a refletir que, em minha instituição, não há o que é necessário para esse cuidado.

Os sujeitos mencionam que, em seus locais de trabalho, há enfermeiras que consideram que estes pacientes estão utilizando oxigênio, sem resultar em melhora. Assim, há uma certa apatia para este cuidado, evidenciando indiferença, falta de respeito, discriminação do idoso e não havendo equipamento adequado (camas, por exemplo) e respeito ao corpo, durante seu preparo após a morte. As enfermeiras, neste momento, dedicam-se à outras tarefas e não os acompanham. Além disto, os espaços físicos do hospital não são adequados; não possuem grades de proteção nos leitos, nem colchões e alimentos especiais. O cuidado humano de enfermagem não está, portanto, direcionado ao idoso, em fase terminal. Vejamos algumas falas neste sentido:

Parecia en algunas enfermeras, que el adulto mayor es una persona que está robando el oxígeno a los demás y que ya no se le debe hacer nada. (Beatriz)

No hay camas adecuadas para ellos con barandales, con protecciones, de colchones especiales, un alimento especial para ellos, no se les proporciona lo que se requiere para ellos...no tomamos en cuenta si el quiere un taquito o algo especial, o algo que el quiera [...]en el hospital no es lo que yo espero de mis compañeros , hay mucha apatía hacia el adulto mayor , hay discriminación, indiferencia, a la mayoría no les gusta trabajar con el adulto mayor, porque hay que cambiarle de pañal porque ya se vomita, se saca el suero, no hay la disponibilidad del personal para estar con ellos [...] actualmente mucha indiferencia, no hay respeto, no hay el cuidado como que decimos. “anciano” o “paciente de la tercera edad” y lo dejamos, o “ya se va a morir”. (Consuelo)

Pero a veces el paciente muere solo porque no nos damos cuenta a que hora murió. Porque pareciera que esta dormido y no nos dimos cuenta a que hora fue el deceso [...] imagínese que estuviera muriendo un paciente y la enfermera tuviera el radio a todo volumen [...]A veces en los cuidados posmortem el personal de enfermería esta hablando de otra cosa en vez de acompañar al paciente con una oración o acompañarlo [...]Ellos se sienten que ya se van a morir, se sienten rechazados, abandonados por la familia, allí están solos hospitalizados sin quien los atienda, a veces están hasta 30 días sin bañarlos, y los familiares dicen que no pueden cuidarlos pues tienen que trabajar. (Diana)

En las salas generales hay muchos pacientes, hay familiares y el espacio físico se presta poco para proporcionar un cuidado adecuado. El paciente no tiene privacidad. (Elisa)

Yo he visto así compañeras que dicen ah para que te apuras si ya se iba a morir, pero por lo menos debió haberse muerto en otras condiciones y no por un problema o falta de un equipo o funcionamiento del equipo, la misma carga de trabajo, yo creo que también pudiera ser, que la

institución valorara o a nuestras jefas dependiera en ese ámbito por ejemplo oye Susana hay tantos pacientes moribundos dedícate a ellos.(Gloria)

Ese trato humano para con nuestros pacientes, lo vemos y aunque nos lo marcan que debemos hablarle por su nombre, la verdad no lo hacemos, muchas veces lo hacemos de forma mecánica, soy fulana de tal “tengo que hacer esto y aquello”, llevamos como un “cheeking” tengo que hacer y lo hago porque lo tengo que hacer no porque a veces me nazca. Nos hace falta ese trato humano para con nuestros adultos mayores. (Lucia)

A vivência do cuidado de enfermagem ao idoso, em fase terminal, é identificar as características de um espaço digno para a morte deste paciente.

Uma enfermeira descreveu o que considera como características necessárias a um espaço físico onde o idoso possa estar confortável, em companhia de sua família, em seu processo de morte. Tais características foram de natureza física e ambientais, possibilitando conforto e comodidade à família e ao paciente:

Quizá como se manejan los aislados, pero un cuarto, donde sea considerado también el que este el familiar de forma cómoda, porque muchas veces el familiar dice que el piso esta frío y por eso no quieren acompañarlos, que el paciente este cómodo sobre todo con una buena cama, que quizás tenga una imagen religiosa o de la creencia que ellos prefieran, que haya quizá una pintura, un buen color de la habitación que este limpia, porque muchas veces nuestros adultos mayores mueren en las salas que huelen mal, que estén limpias, que tengan mucha luz, que quizás tenga una ventana porque muchas veces el adulto mayor nos dice no se si es de día o si es de noche, no se si hay pájaros si hay flores, no saben que hay. Que sea una habitación cómoda, comfortable y que ellos y sus familiares se sientan a gusto. (Lucia)

A vivência do cuidado de enfermagem ao idoso, em fase terminal, é diferente, na vivência de um enfermeiro do sexo masculino.

Um dos enfermeiros entrevistados mencionou o cuidado proporcionado a estes pacientes, desde a perspectiva de gênero, ressaltando que o cuidado é diferente, não apenas pela formação diferenciada desde a escola, mas também pela condição de força física de ambos os sexos, assim como a forma de expressarem seus sentimentos. Vejamos sua fala:

El cuidado es diferente, sí, la formación que se nos da como personal de enfermería anteriormente estaba solo basada en las mujeres y como genero de varones, nos costo un poquito mas de trabajo aceptar, por ejemplo que yo puedo ayudar al familiar diciendo cuanto lo siente uno, que estamos con ellos, que le echen ganas, porque el hombre por la propia historia que nos marca nuestro país ha sido machista y si le puedo decir que no es mi caso, pero si muchos compañeros que tengo hombres, les

cuesta mucho trabajo el expresarse y poder decir lo que sienten, en cuanto a los cuidados de enfermería, tal vez si cambian las cosas, porque esa manera de hacer ustedes las mujeres las cosas, no se si sea uno brusco o que sean más delicadas, para ponerles más empeño a las fijaciones, a la manera de aspirar es diferente, tal vez para mí el tomar el brazo, aunque lo hago con la mayor delicadeza yo utilizo más mi fuerza para tomar una presión arterial, para poder movilizar al paciente, en ese aspecto nosotros les llevamos más ventaja, en la movilización del paciente, porque la fuerza nos los facilita, pero hay muchas cosas del personal de enfermería femenino, tiene más delicadeza para hacer las cosas, tal vez eso sería importante, para como manejar la formación desde un principio a los varones en enfermería, porque yo creo que si tiene diferencia el cuidado. (Héctor)

5.2 Visão compreensiva dos discursos dos enfermeiros - síntese descritiva

A reflexão fenomenológica caminha em direção ao “mundo- vida”, ao mundo da vivência cotidiana imediata, na qual todos vivemos, temos aspirações e atuamos, sentindo-nos, em alguns dias, satisfeitos e, em outros, contrariados. Os pensamentos e as representações têm origem nesta vivência pré-reflexiva, anterior à toda elaboração de conceitos e juízos. A suspensão fenomenológica não é feita somente em relação ao mundo; compreende também o próprio sujeito que é, então, tomado como tema de reflexão, emergindo o eu próprio do sujeito pelo “ego transcendental”, como espectador imparcial, apto a apreender tudo o que se apresenta a ele como fenômeno (FORGHIERI, 1993).

Outro aspecto, em sua vivência cotidiana, é que os seres humanos têm suas próprias peculiaridades, existindo todos no mundo constituído e constituindo-se, simultaneamente. Assim, formamos uma comunidade, pois vivemos no mundo e existimos uns com os outros. O mundo recebe seu sentido não só a partir da constituição de um único sujeito, mas pelo intercâmbio entre a pluralidade constituída por vários sujeitos existente, segundo o encontro que se estabelece entre eles (FORGHIERI, 1993).

Desta forma, para compreender o mundo em que vivem as enfermeiras no cuidado ao idoso em fase terminal, refleti sobre a descrição de cada uma delas para buscar, em seus discursos, a essência do fenômeno em estudo, de forma a aproximar-me mais e realizar uma síntese da descrição pessoal em relação ao fenômeno. Para tanto, considerei as anotações no diário de campo e suas próprias palavras.

Compreensão de Azucena- durante seu relato, esteve tranqüila em alguns momentos e, em outros, expressou angústia e choro, descrevendo sua vivência como algo complexo, de grande compromisso que implica atender à família, ouvir as experiências de morte ou de sua proximidade. Isso se mostra temeroso, na medida em que relaciona experiências pessoais como referência para o cuidado destes pacientes. Considera ainda que este cuidado requer aproximação física, orar na fase de morte e solicitar à família que traga para o paciente algum objeto religioso:

Yo considero que es un gran compromiso[...]es para mí asombroso[...] sí, pero es un gran compromiso porque en el más allá, mientras es o no es[...]a lo mejor se podría apreciar como egoísta, pero después de las experiencias en mí caso y ....con todo tipo de paciente, cuando un paciente dura mucho tiempo en el medio hospitalario ese paciente es mi familia y yo soy su familia[...]entonces cuando ese paciente no se recupera sufre uno mucho[...]es muy triste y muy doloroso[...]es una experiencia muy dura muy difícil[...]no se decir lo que es, es presión porque se puede sentir, desde que uno llega al medio hospitalario, antes de llegar al servicio, se siente se percibe, no se que hay en el ambiente, no lo puedo decir, pero se siente que hay algo y obvio es negativo y es acompañado de la muerte[...]porque son casos que aprendimos de ellos, nos enseñaron mucho y seguirán siendo un ejemplo para seguir enseñándoles a las nuevas generaciones[...]para mí me ayudan a que yo este tranquila porque para mí fue importante poder colaborar con él porque quizá el no pudo hacerlo por sí mismo.

Compreensão de Beatriz- Durante o relato manifestou-se tranqüila, sorridente, descrevendo sua vivência como algo significativo, com respeito à experiência do idoso, aos seus momentos de vida, mostrando-se satisfeita com esta vivência:

Significa quizás una de las actividades más importante que realice, pues siempre he considerado al adulto mayor como un tesoro para la juventud, al adulto mayor considero que se le debe de atender con todo el amor que una enfermera tiene...Se lo merece de verdad. [...] depende de la ética profesional de cada una, es muy diferente.

Compreensão de Consuelo- Durante quase todo o relato, chorou bastante. Ocorreram também momentos de silêncio. Referiu-se à experiência como algo distinto, dependendo se a morte ocorre em casa ou no hospital. Descreveu o cuidado como algo muito difícil e doloroso; “é um cuidado que não é fácil”. Procura conduzir o paciente a uma morte digna, orando por ele, por considerar que cuidado não é apenas procedimento, mas requer cuidá-lo, apoiando espiritualmente a família. Manifestou muita dor pelo processo de enfrentamento não superado com a morte de sua mãe e acredita que cuidar de seus pacientes é como cuidar de sua mãe. Na entrevista falou ainda sobre situações não resolvidas e chorou, durante muito tempo, após concluir seu relato. Fazia terapia com o tanatólogo e participava

de um curso de tanatologia para ajudar em seu processo pessoal e poder apoiar os pacientes. Atentemos para a sua fala:

La mayoría de los casos es triste es doloroso, sufren mucho, traen muchos remordimientos de su etapa de juventud o de adultos [...] es muy triste, yo en un principio cuando se me morían los pacientes me relacionaba mucho con ellos, hacia mucha amistad con ellos y con la familia [...] ha sido muy difícil, porque soy muy sentimental, en primer lugar..... y no me gusta que la gente se muera...[...] Yo he aprendido mucho con mí familia, mí familia la mayoría son grandes y yo creo que me identifique mucho con ellos [...]no se es muy bonito a mí me ha enriquecido mucho la convivencia con ellos y quiero seguir trabajando con ellos [...]cada paciente me la recuerdan y digo por mí mamá[...], es un reto para mí esto de hablar del tema de la muerte o tratar a los pacientes en fase terminal[...]para mí siempre me deja experiencia, me estresa, me entristece, me siento como frustrada [...]ese día me deprimó no como , pero tengo que entender que parte de la vida misma, en el hospital es muy triste , es frío, lo más solo ,lo mas indiferente[...] , a mí me duele, es muy difícil y si ustedes piensan que uno lo ve como una costumbre..... no es así.....[...] es muy difícil y es una impotencia el estar amortajando[...] Con mis pacientes que ya están hospitalizados y se que están en fase terminal, respetar la decisión que ellos tengan, estar con ellos, y si me permiten estar con ellos ayudarles en lo que yo pueda, acompañándolos cuidándolos y si quieren hablar del tema de la muerte, hablar sin temor, si quieren un sacerdote que les ayude pues traerlo y decirles que no tengan miedo no es tan malo.

Compreensão de Diana- A enfermeira esteve tranqüila e confortável, tendo descrito o cuidado como algo difícil, que implica atender à família; um cuidado no qual a enfermeira torna-se solidária para acompanhar o paciente, em seu processo de morte. Mencionou sua experiência de ter cuidado de sua avó, considerando-o difícil e complicada, por se tratar de um familiar. Falou do compromisso para a formação de novas gerações de enfermeiros que discutam a morte e sobre a importância da investigação qualitativa para avançar nos estudos de enfermagem:

Pues si sentimos la muerte de un paciente, nos afecta psicológicamente [...], pero me fue muy difícil, me costó mucho trabajo porque estaba como enfermera y como familiar, es un poco difícil y siempre los familiares acuden a uno [...] si fue algo difícil ver caer en paro a mi abuelita [...] atenderlos cuando están en ese proceso de muerte incluso atender a la familia [...]creo que es muy importante, es un valor, ético moral, el ayudar a bien morir a los pacientes[...]nos solidarizamos entre las compañeras, una vez que sabemos que se va a morir [...]nos solidarizamos en sus cuidados con ellos [...]pues queda esa duda si se hizo todo lo posible por salvarlo [...]queda con la sensación de que se hizo lo máximo [...]Yo digo que es el área más crítica que debemos de atender.

Compreensão de Elisa- A entrevista ocorreu tranqüilamente, tendo chorado ao falar de seu pai. Apesar de dez anos terem se passado, percebe que ainda não superou o fato. Durante a rápida entrevista, descreveu o cuidado como difícil para a equipe de saúde, requerendo um acompanhamento da família; manifestou insatisfação com o cuidado proporcionado a estes pacientes. Disse considerar importante a presença física, referindo-se ao momento da morte como muito desgastante. Avalia ainda este cuidado como uma oportunidade e um compromisso. Por último, agradeceu ter sido

convidada, pois, ao falar, havia se dando conta de que a teoria é bem diferente da prática e de que há coisas que não faz por seus pacientes, mas gostaria de fazer para se sentir satisfeita:

Es una etapa muy difícil para la familia, para el paciente, para los servidores del equipo de salud [...] un acompañamiento a la familia un acompañamiento a la persona [...] muchas veces he sentido que no soy capaz que no puedo decirles que ya se va a morir o cuando ellos me preguntan ¿cómo esta mi familiar? o ¿como me veo? [...] siento como que es un vacío, ahí he tenido la oportunidad de estar con muchos pacientes en estado terminal y no he salido completamente satisfecha [...] el cuidado que he proporcionado hasta ahorita no me ha sido de todo satisfactorio [...] para mí significa estar con ellos, es la presencia, la presencia física el decirles estoy aquí si puedo hacer algo, si en algo puedo servir [...] ese momento es muy desgastante, emocionalmente porque hay veces que están muy graves y tienen un montón de procedimientos que hacerle pero que ha pesar de todo lo que se le hace tiene pocas probabilidades pero hay que acompañarlo, ese es nuestro trabajo y hacerlo lo mejor posible [...] Para mí el estar con personas en estado agónico significa una gran oportunidad pero también un gran compromiso [...] estar con ellos y proporcionar un cuidado satisfactorio como profesional.

Compreensão de Flor- Durante a entrevista, esteve tranqüila, falando de maneira fluente. Ao concluir, pediu que apagasse a gravação, pois, em um trecho, comentava que o pessoal de enfermagem não consegue atender os pacientes à morte como deveria, pois há muitas outras tarefas a serem realizadas que requerem tempo. Disse ainda esperar que, quando morresse, não estivesse só. No dia seguinte, durante um encontro no serviço, me disse “durante toda a noite estive pensando e lembrei de muitos episódios que afetaram.... Gostaria de ter gravado algo que considero ser muito importante porque é o que vem e ouvem quase todos quando a morte está próxima. Quero te ver novamente para que inclua em sua investigação... te vejo quarta-feira, as 12h30”. Ela descreveu sua vivência referindo-se ao grau de aceitação que a pessoa tem da morte, à morte como algo com o qual se aprende a conviver, uma vez que é parte da vida; descreveu ainda o cuidado ao paciente, segundo um conhecimento pessoal, e sua relação com a família, mencionando a oração como parte deste cuidado:

Que todos vivimos de forma diferente y tenemos diferentes grados de aceptación ante el hecho de la muerte unos se expresan de una manera y otros de otra [...] hay me sentí con un sentimiento de culpa horrible era el primer paciente que se me moría [...] es como el sexto sentido de que ya sientes que esta allí la muerte, uno aprende a convivir con ella, y que somos parte de la vida y la muerte [...] conocer al paciente si conocemos al paciente vamos a tener una interrelación con los familiares [...] uno aprende a convivir con ella, y que somos parte de la vida y la muerte [...] yo siento que es necesario que la gente oremos a Dios mucho por las personas que están en ese trance [...] todos somos diferentes, y en cada una de las reacciones, aquí más depende de la calidad del desarrollo humano [...] Se nos da la oportunidad de convivir con las personas.

Compreensão de Gloria- mostrou-se inquieta durante a entrevista. Mencionou a necessidade de focar a morte da mesma forma como ocorre com o nascimento de um bebê, apoiando a família. A equipe de enfermagem necessita aprender a acompanhar no processo de morte e não apenas salvar vidas. Ao término da entrevista, pediu para ver a transcrição e saber quais os resultados da investigação. Descreveu, em sua vivência, a falta de preparo do enfermeiro para aceitar a própria morte ou realizar um enfrentamento, cujo tempo é variável de acordo com o paciente:

Para mí me he sentido frustrada por que en toda esta trayectoria yo he visto que no se les ha dado el apoyo suficiente ni necesario [...] Yo me involucro más en como esta la situación [...] No estamos preparadas, otra ni siquiera nos damos permiso nosotras mismas de hacer un duelo por que quieran o no es nuestro paciente [...] es un proceso que puede en algunos tal vez en corto tiempo, pero haya otros que requieren de más tiempo.

Compreensão de Héctor - mostrou-se tranquilo durante a entrevista. Manifestou que, como homem, o seu cuidar do paciente nunca será igual ao das mulheres, dadas as diferenças de gênero e também devido à sua experiência em ter cuidado de um familiar. Manifestou esperar que pudéssemos apoiar sua formação de forma a melhorar o cuidado aos pacientes. Para ele, sua vivência implica em um compromisso duplo - ao paciente e sua família. Ressaltou ser necessário um cuidado mais humano, com respeito ao paciente quando nada mais há a lhe oferecer, a não ser acompanhá-lo de forma a ter uma morte digna:

Que implica como un doble compromiso personal [...] que ponemos más empeño en este tipo de pacientes y en el paciente adulto mayor por el hecho de la edad [...]saber como afrontar la muerte en cuestión de todo tipo de pacientes de cómo brindar apoyo a los familiares no solo en cuestión medica o de enfermería sino también personal [...]el cuidado del adulto mayor en etapa terminal debería ser doblemente trabajado por nosotros en cuestiones de cuidados de enfermería de cuidado psicológico [...]apoyo no solo al paciente sino a su familia, eso es porque yo he pasado por esas etapas [...]el primer día que te enfrentas a un cuidado de ese tipo es difícil porque es la primera vez te estas enfrentando a algo que no conoces pero pasa el tiempo y como que se nos va haciendo un poco cotidiano [...]el significado es brindar nuestro apoyo con nuestros conocimientos con nuestros cuidados, no se pero pienso que deberíamos de tener un poco más de humanización[...]a mi parece un poquito delicado y yo quisiera pues de una forma que se dejara ir libre al paciente a descansar más porque ya ha vivido mucho tiempo ya su cuerpo dio lo que tuvo que dar y es importante cuidar a un paciente de ese tipo [...] asistir al médico primero [...] trato de darle una muerte digna, para mí una muerte digna es el no hacer más allá de lo que yo considero que ya no se le puede hacer [...]muchos compañeros que tengo hombres les cuesta mucho trabajo el expresarse y poder decir lo que sienten, en cuanto a los cuidados de enfermería.

Compreensão de Jonás - é o enfermeiro mais jovem no que se refere ao tempo de graduação em enfermagem. Referiu que não tem experiência, nem formação para tal cuidado, mas demonstra estar a adquirindo, considerando que tem atendido a vários pacientes nesta situação. Descreveu sua vivência como difícil, uma vez que as pessoas sabem que esta é a última etapa da vida. Falou que o cuidado em enfermagem precisa ser muito concreto para estes pacientes, o que inclui o apoio à família.

Significa casi un todo, por la etapa en que se encuentra la persona [...] ser muy concretos en el apoyo como enfermería que se le debe dar al paciente moribundo [...] pues es difícil saber porque cada persona sabe que es lo que quiere hacer como ultima parte de su vida [...] yo creo que significa mucho porque no es cualquier tipo de paciente es como darle a él todo el apoyo[...] toda la ayuda para que llegue a esa fase de una forma que el se sienta bien [...]falta experiencia en el contacto para saber como ayudarlos [...]no tengo la experiencia como dar ese apoyo en la ultima etapa de su vida[...]si tiene un valor mayor por todo lo que conlleva, tanto por la familia por el paciente[...]si uno le da un buen apoyo a la familia y al paciente se siente uno muy bien [...]yo creo que si tiene valor pero hay que ser precisos en que y como apoyar a la familia y al paciente.

Compreensão de Kelly - durante seu relato chorou ao falar das experiências pessoais da perda de seus pais. Manifestou orgulho por ser enfermeira e ressaltou o grande aprendizado adquirido ao cuidar deste tipo de paciente, embora não goste de preparar o corpo após a morte. Descreveu sua vivência como sendo semelhante ao cuidado de uma criança porque o idoso depende, totalmente, da enfermagem, 24 horas por dia. Disse ainda considerar o orar com eles e suas famílias como parte do cuidado, mencionando experiências neste sentido:

Yo siento al paciente senil como aquel niño que vuelve a depender de uno [...] el estaba sin familiares y dependía las 24 horas de la enfermera [...]sí me gusta orar con ellos [...]sí me duele porque a pesar de que sólo trabajo sábado y domingo[...]yo salgo del trabajo y salgo satisfecha [...]porque todos se quedaron bien es muy satisfactorio trabajar con los adultos mayores [...]yo sentí que no era mi paciente el que me estaba hablando era mi papá a través de mi paciente [...]yo podía sentir la ternura de mi papá a través de mi paciente [...]estas son experiencias con las que he crecido[...]como que necesito compartirlo con otras enfermeras [...]enfermeras tenemos las suficientes fortalezas para afrontar la situación[...]esta a diario con el dolor humano y a luchar por la igualdad [...]la experiencia el sentimiento de estar ahorita [...]cuando un paciente sufre yo misma le pido a Dios que ya lo deje de sufrir[...]compartir un abrazo con sus familiares como enfermera y una oración por él.

Compreensão de Lucía- Iniciou o relato de forma tranqüila. Ao referir-se à idade de sua mãe, chorou. Agradeceu o convite para participar e descreveu tal experiência como sendo de grande responsabilidade, associando-a ao cuidado de um bebê, mas, distinto, considerando que o idoso tem um conjunto de valores, crenças e costumes bem definidos. Falou sobre este cuidado como algo difícil e que, apesar

da formação que tem buscado, ainda há sofrimento para ela, pois é muito difícil dizer que é chegado o momento da morte. Procura prestar o cuidado como se o paciente fosse um familiar, expressando esta postura com carícias e buscando estar com ele, no momento da morte:

Una gran responsabilidad, porque cuando lo comparamos muchas veces con un bebé, pero decimos ... y un adulto mayor ya tiene sus creencias sus costumbres sus mañas, muy difícil cuidarlo [...] yo no me quiero hacer cargo de este paciente porque yo se que me va a pedir me va a exigir, me va a decir tráeme, acomódame, y es responsabilidad que muchas veces evadimos [...]es algo cada día más difícil porque aún y a pesar de los cursos que he intentado llevar de geriatría, la breve experiencia que tuvimos en tanatología para mí un adulto mayor es saber que voy a sufrir con él [...]sí es muy difícil de enfrentarlo, es muy difícil de decirle este es el momento de partir de morir y para mí también es muy difícil esta situación [...]el temor que no había ningún familiar que estuviera con él para decir o encargar o platicar algo, y nosotros lo tuvimos que hacer y fue muy doloroso[...]hacemos cosas que quizás vayan más allá de nuestra labor me ha tocado y traigo mi celular y las llamadas que a veces hago a sus casas son con recursos personales [...]pero sí el involucrarnos algunas veces aunque sean cada ocho días, sí es muy duro para cada una de nosotras [...]Yo lo vivo con mucha responsabilidad [...]lo trato como si de verdad viera un familiar [...]pero siempre ante un gesto una caricia yo quiero demostrarle que en ese último momento aquí estoy y que se vaya tranquilo [...]es algo muy difícil.

5.3- A tematização dos significados

Ao chegar a esta etapa da investigação, pude compreender as palavras de Martins e Bicudo (1989) quando referem que, ao chegar ao final da análise individual das descrições, o pesquisador deve perguntar-se *a que e aonde* chegou. Assim, fazendo estas perguntas, posso afirmar ter chegado à descrição do fenômeno, com base nas unidades de significados.

O investigador busca a unidade e a consistência das diversas experiências. A apreensão de temas convergentes, invariantes, é importante porque sinaliza para facetas **essenciais do fenômeno**.

Expressão do sentido sob forma de linguagem: o investigador expressa, sob forma de linguagem, o sentido que está apreendendo e os significados atribuídos, os quais procura captar. Temas, etapas, diferenças, relações são assinalados, isto é, expressos em linguagem. Busca uma descrição reveladora do compreendido. Nesta fase, os resultados obtidos não são expressos na linguagem do sujeito, mas na do investigador, que revela sua reflexão considerando que a transformação da descrição da linguagem ingênua do sujeito para a sua não é mera tradução ou substituição. Entretanto, nessas palavras, sempre haverá um distanciamento entre o

que foi dito pelo sujeito da investigação, em sua descrição, e o que é dito pelo investigador, o qual não irá romper com a descrição original do sujeito, mas sempre voltará a ela para reavaliar sua própria reflexão (Martins; Bicudo 1989).

De maneira sensível e de forma a buscar uma aproximação a este mundo vivido, procurei descrever o resultado de minha reflexão sobre a vivência de cuidar do idoso, em fase terminal, para a enfermagem. Vivência esta descrita com as palavras, sentimentos e sensações das enfermeiras, entendidas enquanto seres humanos que se modificam ao realizarem este cuidado no mundo hospitalar. Assim, posso dizer que a essência percebida por meio dos discursos está expressa nas seguintes categorias temáticas:

- ~ Os sentimentos que a enfermagem experiencia ao vivenciar este cuidado;
- ~ A vivência do cuidado ao idoso enquanto profissional de enfermagem;
- ~ A vivência do cuidado à família do idoso, moribundo;
- ~ Vivenciar o cotidiano da morte como parte do cuidado ao idoso, moribundo;
- ~ A necessidade de aquisição de conhecimentos técnico-científicos para o cuidado do idoso, em fase terminal;
- ~ O mundo hospitalar, região de encontro entre enfermagem, idoso em fase terminal, e sua família;
- ~ A humanização como parte do cuidado de enfermagem ao idoso, em fase terminal;
- ~ O cuidado ao idoso terminal, sob a perspectiva de gênero.

A vivência dos enfermeiros que cuidam do idoso hospitalizado, em fase terminal, é manifestada por meio de **sentimentos e emoções** que percebem como resultado desta experiência, descrevendo-a como uma experiência complexa, de grande compromisso, proporcionando oportunidade de aprendizado e satisfação. No entanto, toda esta vivência vem acompanhada de sentimentos de impotência, frustração, solidão, dor, cansaço, desgaste emocional, pois há um envolvimento com o paciente e perdas pessoais que necessitam apoio e tempo para serem superadas. Além disso, significa recordar experiências pessoais de perdas de familiares que nos levam a compreender e a aceitar que o paciente não é recuperável e que a meta é acompanhá-lo em seu processo de morte.

A vivência do cuidado do paciente, enquanto profissional de enfermagem, envolve vários aspectos, entre eles, as especificidades da pessoa da

qual se cuida, como suas características físicas, emocionais, sociais e espirituais. Tal situação nos leva a planejar um cuidado especial, contemplando estas particularidades. Trata-se de uma morte esperada e aceita, ao final de um longa experiência de vida; é o fechamento de um ciclo que pode envolver reconciliações pessoais, familiares e até sociais, necessárias enquanto preparo para o encontro com uma morte digna.

Neste contexto, é preciso estar atendo ao fato de tratar-se de um ambiente que não faz parte da vida do paciente, mas, que agora, torna-se seu, onde será acompanhado e apoiado por enfermeiros, de forma a contar com melhores condições fisiológicas e procedimentos necessários devido ao seu estado. Além disso, terá atenção aos aspectos emocionais que irá requer, da enfermagem, uma ênfase especial no acompanhamento e aproximação de modo que perceba e tenha segurança de que não está só. No cuidado espiritual os enfermeiros, pelo diálogo com paciente e família, identificam o apoio espiritual necessário, considerando suas crenças, valores morais e espirituais. Devem também atentar para as necessidades sociais, momento em que a enfermeira assume um importante papel na equipe de saúde, identificando-as e solicitando colaboração para que o paciente possa tê-las satisfeitas, em relação à família, sociedade e aos aspectos legais que possibilitem condições de paz e tranquilidade em sua finitude.

Outro tema é o **cuidado/apoio à família**, no qual as descrições dos enfermeiros podem ser sintetizadas em processos básicos como parte do cuidado de enfermagem aos familiares dos pacientes, incluindo elementos como manter uma comunicação para os processos de reconciliação e perdão entre o paciente e a família, apoio para o processo de enfrentamento antecipatório, acompanhamento no momento de agonia e morte, além de cuidado e suporte posterior à morte, o que inclui orientação para os trâmites burocráticos necessários à entrega do corpo à família.

Outro elemento que faz parte da essência deste fenômeno, definindo e orientando o cuidado do paciente e família, é **a morte como elemento do cotidiano vivido no hospital**. Uma morte que, para o paciente, nesta fase da vida, reveste-se de uma dimensão diferente, pois é algo esperado e aceito por ele e, às vezes, também pela família e pela equipe de enfermagem que são parte integrante desta vivência. O conviver com a morte no hospital faz parte do seu cotidiano, aprendendo, assim, a conhecê-la, senti-la e percebê-la; um processo de morte que

todos deveriam percorrer, desde a etapa de negação até à de aceitação, de forma a ter um encontro com ela, em paz e com dignidade. Isso dependerá do conhecimento, de vivências e de preparo para a morte como parte da vida.

A aquisição de conhecimentos técnico-científicos para o cuidado do idoso, em fase terminal, foi descrita pelos enfermeiros, nos discursos, enfatizando que foram preparadas, durante a graduação, para terem habilidades em procedimentos que salvam vidas e não para cuidarem de um paciente à morte. Mesmo assim, descrevem que, nas experiências pessoais, vividas com suas famílias, têm adquirido conhecimentos sobre este cuidado, expressando a necessidade de se prepararem para este tema. Algumas o tem feito de forma autodidata e, outras, por meio de aprendizado, em cursos formais.

O mundo hospitalar, região de encontro enfermagem-idoso à morte-família - os sujeitos descreveram que não têm o necessário, no mundo hospitalar, para realizar o cuidado com qualidade, pois nem todos estão comprometidos com isso. Manifestaram, por meio de atitude, palavras e comportamento, que as condições dos hospitais não são adequadas para esta relação.

A humanização como parte do cuidado de enfermagem ao idoso em fase terminal – este elemento do cuidado é descrito como aquele que proporciona à enfermeira acompanhar o paciente e a família. É preciso aproximação física, além de atenção espiritual, apoio emocional à pessoa, respeito a estes momentos da vida, necessidade de não enfatizar os procedimentos, mas, sim, a pessoa a quem cuidamos. Estas são suas maiores necessidades; mais até do que procedimentos ou equipamentos.

Em relação à **situação de gênero** apenas um participante mencionou esta característica do fenômeno, acreditando-se diferente dadas as formações profissionais e características físicas, emocionais e psicológicas da mulher e do homem.

**6. Compreendendo a vivência de enfermagem
no cuidado ao idoso, moribundo**

Os questionamentos que permeiam esta busca tratam da vivência dos enfermeiros, ao cuidar destes pacientes. São referentes, fundamentalmente, ao ontológico, à natureza do ser, o ser-aí, o ser-aí-no-mundo hospitalar. Apreendi seus sentimentos, seu descobrir o ser- com-o-outro, sua percepção de temporalidade do ser frente à morte, encontrando, na morte do outro, um caminho para aceitação da sua própria morte, tendo, como essência, o cuidado. Estes elementos são abordados por Heidegger, em sua obra *Ser e Tempo*, publicada em 1927 e, posteriormente, traduzida para o espanhol por José Gaos e por Jorge Eduardo Rivera. Este filósofo os aborda de maneira complexa e sensível, mas essencial, sem pretensão de esgotar o tema. Seu pensar tem permitido chegar às grandes questões existenciais da essência do Ser, o ser no mundo, de forma temporal e incompleta até alcançar sua plenitude na morte, para a qual nasceu.

Este é o ponto de partida metodológico de Heidegger. De forma a explicitar este pensamento, o mais fiel possível, optamos por manter algumas idéias, que fazem parte do seu filosofar, no idioma espanhol. Tal preocupação parece necessária, considerando que vários autores atentam para o fato de que, sendo os escritos originais de Heidegger em alemão, nem sempre as versões contemplam toda a densidade do seu pensamento. Contamos, no idioma espanhol, com uma atenta tradução desta obra e, assim, decidimos mantê-la.

Heidegger “no indaga objetos o ideas o relaciones gramaticales lógicas. Como Husserl antes de él, se vuelve completamente para el hombre. Pues entre todos los entes, entre todo lo que es y constituye el agregado “óntico” (de las Seiende), un ente - un Seiendes - es manifiestamente privilegiado. Es el hombre. Su privilegio consiste precisamente en el hecho de que sólo él experimenta la existencia como problemática, sólo él es una presencia ontica buscando una relación de comprensión con lo ontológico, con el propio “Ser”. Heidegger designa esa relación como *seinsvertändnis*. Sólo el hombre puede interrogar el Ser, puede empeñarse en “pensar ser” y dar vuelo a ese proceso cogitativo. Pero “puede” es una palabra demasiado débil. Él debe hacerlo. Esta es la primera y fundamental afirmación de Ser y Tiempo. El hombre realiza su esencia, su humanidad, en el proceso de “existencia”, lo hace cuestionando el Ser, haciendo cuestionable su propia “existencialidad”. Y es ese cuestionamiento que hace el hombre *frawürdig*, “merecedor de indagación” (STEINER, 1978).

Un ente que indaga o cuestiona el Ser, interrogando en primer lugar su propio Sein es un Da-Sein. El hombre es hombre porque es un “ser-ahí” uno “Es-ahí”. Lo óntico realiza Da-Sein indagando lo ontológico. Y habla lo única y necesariamente, por medio del lenguaje. Así, de un modo que sólo más tarde Heidegger desarrollará, Da-Sein y Sprache son mutuamente determinantes. Cuestionar el Sein es cuestionar su Sinn – su “sentido”, o su “significado”, o su “propósito”. Tal investigación podrá comenzar “pre-ontológicamente”, por medio de los análisis biológico, psicológico, sociológico e histórico. Los resultados serán “explicaciones ónticas”. o una explicación “analítico-existencial”. “Una ontología fundamental” indagará el significado de ser como tal (den Sinn vom Sein überhaupt). Esto es ingresar en el famoso círculo hermenêutico. Da-Sein debe recorrer ese círculo y penetrar, a través de su interioridad en espiral, en la “claridad” donde la verdad se torna “descubrimiento” (STEINER, 1978).

Para Heidegger la comprensión es una “existencialidad”, un elemento constitutivo del “ser-ahí, en la medida en que la existencia es definida como la comprensión del ser. Inicia una hermenéutica de la existencia, o sea, una interpretación comprensiva de lo que es el “ser ahí” y de cómo se comprende a si mismo. La interpretación se fundamenta existencialmente en comprender el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender. En el comprender el mundo esta contenida la comprensión de la propia existencia. La comprensión de una cosa, de un acontecimiento, de un estado de cosas, exige, como condición su posibilidad, de todo un contexto de sentido del mundo proyectado y pre-comprendido HEIDEGGER (1967) apud VALLE (1988).

Pasqua (1993) en su libro Introducción a la lectura de Ser y Tiempo de Martín Heidegger, describe que el objetivo del libro es facilitar la lectura del texto dado que es de extrema complejidad en relación al Cuidado como Ser del Dasein el pregunta:

¿Dónde encontrar la fuente de la unidad del Dasein?, si hasta aquí sabemos que el Dasein-ek-siste, transportando-se para delante de si, El pasa por así decir, a través de si mismo, abriendo-se. Esta aperturidad que lo constituye-no sería mejor decir destituye- enteramente, y donde el cae, desde siempre, en el interior de si mismo en el mundo, desvela al ser del Dasein como <Cuidado> (Sorge). Se trata de un fenómeno ontológico. Y debemos de evitar ver en el cuidado un estado del alma, o un fenómeno como la voluntad, el deseo, la tendencia, el impulso. La dimensión existencial del cuidado permitirá a la analítica pasar de un estadio preparatorio al problema fundamental del ser en general. Porque el cuidado se une entonos los momentos a la ek-sistencia del Dasein (PASQUA, 1993, p. 96).

El cuidado nos permite así saber lo que es el *dasein*. Podremos después de analizar, abordar finalmente la segunda parte de la obra: la ontología fundamental. Este capítulo incluirá: El ser del *Dasein* como cuidado, la confirmación de interpretación existencial del *Dasein* como cuidado, a partir de la auto-explicación pre-ontológica del *Dasein*, *Dasein*, mundaneidad y realidad, *Dasein* apertura y verdad (HEIDEGGER, 1993).

El termino cuidado designa un fenómeno ontológico-existencial y fundamental, no es una unidad substancial, es una totalidad articulable, cuyos momentos constituidos están ontológicamente ligados por el cuidado. El cuidado no tiene sentido óntico, de inquietación o de perturbación, el cuidado es realmente el origen del hombre, que representa su paso temporal por el mundo, la perfección del hombre, o sea, su capacidad, en volver-se, en lo que el puede ser, en función de su libertad, para sus posibilidades más propias (de su pro-yecto) y obra de cuidado. Heidegger hace del cuidado un verdadero a priori-ontológico constitutivo del ser del *Dasein*. El *Dasein* como cuidado tiene no una elaboración de una antropología filosófica, sino la preparación de ontología fundamental que se pregunta sobre el sentido del ser (HEIDEGGER, 1993).

La posibilidad del estar-entero del *Dasein* y el estar vuelto hacia la muerte, señala Pasqua (1993), el cuidado siempre es un avance en relación a sí mismo, El *Dasein* permanece en la expectativa de una posibilidad aún no realizada. Así en la propia constitución del *Dasein* - un Constante inacabado. El será todo lo que puede ser, cuando no haya exceso, entonces extenuado, vacío de sí mismo, el dejará de ek-sistir. Heidegger no niega la muerte, por el contrario, hace de ella la esencia de la vida, sea como fuera, si la experiencia impide al *Dasein* de hablar de ella, puede con todo experimentar la muerte de los otros (HEIDEGGER, 1993).

Morir significa dejar de ser en el mundo; es también el, una vez muerto un ya-no-ser. O sea ya no ser del muerto se presenta como un ser subsistente, como un ente cualquiera. <El fin de un ente como *dasein* es el comienzo de ese ente subsistente>. Contiene el cadáver, no se reduce a ser solo una “pura cosa corporal”. Es más que una cosa material e inerte: es lo inanimado, lo que perdió la vida, es el difunto, arrancado a los que restan y objeto de cuidado, como las exequias, inhumación o acto funerario. El es honrado y no manipulado. Es estar con el difunto que ya no es fácticamente ahí, es estar con el en el mundo que dejó. La única manera de permanecer junto de él es a partir de ese mundo. Es cierto que la muerte

es experimentada como una pérdida, más una perdida sufrida por los sobrevivientes, no es por el propio difunto. La muerte es siempre mí muerte, se trata de mí ser “ el fallecimiento , muestra que la muerte es a-cada- instante-mía , es una posibilidad de ser en la cuál, esta puede ser, mí fallecimiento ” (HEIDEGGER, 1993).

Moribundo para el Dasein, es en primer lugar, permanecer a la expectativa, el Dasein es un <aún-no-que-será> o sea un exceso. En cuanto a cuidado ser-delante-de-sí, el Dasein no es nunca dado en la globalidad. Esencialmente es un “aún-no”, es la muerte que llega en sentido activo. Cuando el hombre nace (Es un hombre que gana vida dice el poeta es inmediatamente suficientemente viejo para morir. Ek-sistir para el dasein, es salir de sí, es extenuar-se y avanzar en dirección al fin. El dasein no se constituye, por lo tanto, como una totalidad <en fin>, el realiza-se, como tal en el camino. El no es un <ser-en-fin>, es un <ser-rumbo-al-fin>. No se puede hablar de un Dasein muerto, más si de un dasein moribundo. La muerte forma parte de su ser de una forma esencial, no accidental. Vivir para él es morir. Y es por esta razón que “la interpretación existencial de la muerte precede toda la biología y toda la ontología la vida” (HEIDEGGER, 1993, p.124).

Levantar la cuestión de que hay algo más allá de la muerte, no puede tener un sentido y no puede justificar-se con garantías de orden metódico, sino a partir del momento en que ella es comprendida en la plenitud de su esencia ontológica. La muerte es una posibilidad de ser que el dasein tiene, a cada instante de asumir el mismo. Con la muerte el Dasein se encuentra consigo mismo en su poder-ser más autentico. En esta posibilidad, se trata simplemente para el dasein de ser-en-el-mundo. Su muerte es la posibilidad de ya no ser Dasein (HEIDEGGER, 1993).

Diante do exposto acerca do pensamento de Heidegger, a tarefa é transformar a linguagem cotidiana do sujeito em uma terminologia fundamentada no pensamento deste filósofo. Isto equivale a passar da experiência do vivido à reflexão sobre o vivido. Neste estudo, passarei à compreensão, sob a ótica de Heidegger, em sua obra *Ser e Tempo* (2003), interpretada como voltar às coisas mesmas, em um movimento hermenêutico que não se conclui, pois seria colocar limites à existência do fenômeno que estamos interrogando: **a vivência das enfermeiras no cuidado ao idoso hospitalizado, em fase terminal.**

6.1. Compreendendo a vivência dos enfermeiros sob a perspectiva do cuidado.

Os enfermeiros referem-se à sua vivência no cuidado que prestam ao idoso, em fase terminal, como a essência de sua vivência, pois seu ser nesse mundo, cuidar do paciente, ser-com-o-outro, é constituída de vários elementos que vão se configurando ao ser, por eles, verbalizado, como mostram as falas abaixo:

Cura prima finxit: este ente tiene el “origen” de su ser en el cuidado: este ente no queda abandonado por su origen, sino retenido por él y sometido a su dominio mientras “está en el mundo”. El “estar-en-el-mundo” tiene la impronta del ser del “cuidado”. Recibe su nombre (*homo*) no en consideración de su ser, sino por relación a aquello de que está hecho (*humus*). En qué consista el ser “originario” de lo así configurado (HEIDEGGER, 2003, p. 198)).

yo en un principio cuando se me morían los pacientes me relacionaba mucho con ellos, hacia mucha amistad con ellos y con la familia y cuando morían a parte de darles la reanimación y todo el proceso, cuando no salían del paro, prepararlos para amortajar, les rezaba en voz alta, independiente de la religión que profesaran yo les rezaba y los persignaba y en algunas ocasiones llegue a llorar (Consuelo).

No la iban a cuidar como nosotros en piso, a lo mejor sentíamos sentimientos de que le prolongo la agonía porque le doy los cuidados...le dije en un momento todos vamos a llegar a esa situación, le pregunte:¿usted tiene algo pendiente?, y ella me dijo: es que quiero arreglar unos asuntos, tengo un dinero para que se les quede a mis hermanas, quiero que el padre venga y me confiese, a pesar de que no supe como, pues no tengo un curso de tanatología o logoterapia, que seria lo ideal para ayudar a bien morir al paciente, yo si creo que a enfermería nos falta preparación, para llevar a nuestros pacientes a morir bien, aunque lo decimos, allí es un ambiente muy frío, ya que nosotros en afán de salvarlos, de hacerles todo, volvemos el ambiente frío, porque los que pueden decirlo nos lo dicen, pero los que no, los pacientes que están bajo sedación (Diana).

A definição pré-ontológica da essência do homem está dada em sua forma de ser. O idoso é levado ao hospital e, muitas vezes, abandonado pelos familiares, morrendo de forma solitária, contando apenas com uma relação profissional de apoio dada pela enfermagem, profissão, cuja essência, é o cuidado. Cuidado revestido de algumas características: o paciente sabe e aceita que está à morte, abandonado, solitário, podendo ter algumas pendências; às vezes, falta-lhe calor humano e pode estar inconsciente. A enfermagem, entendida de forma a salvar vidas, faz com que seus profissionais estejam em-um-mundo para o qual necessitam adquirir formação profissional, podendo seguir seu exercício. Assim, nas suas relações com esse paciente, sentem-se lançados em um mundo para o qual não foram preparados:

El Dasein tiene, en virtud de la disposición afectiva que esencialmente le pertenece, un modo de ser en el que es llevado ante sí mismo y abierto para sí en su condición de arrojado. Pero la condición de arrojado es el modo de ser de un ente que siempre es, él mismo, sus posibilidades, de tal suerte que se comprende en y desde ellas (se proyecta en ellas). El estar-en-el-mundo, al que le pertenece con igual originariedad el estar en medio de lo a la mano y el coestar con otros, es siempre por amor de sí mismo. Pero el sí-mismo es inmediata y regularmente el sí-mismo impropio, el uno-mismo. El estar-en-el-mundo ya está siempre caído (HEIDEGGER, 2003, 182).

La misma tecnología nos ha llevado a ser más fríos en todo, anteriormente me tocó ver médicos sentados a los pies de los pacientes platicando, charlando... ahora no lo vemos esto, e incluso lo hemos visto con las chicas nuevas que llegan las pasantes... es más frío, más cortante, más deshumanizado... ya no tenemos ese trato humano para con nuestros pacientes, lo vemos y aunque nos lo marcan que debemos hablarle por su nombre ... la verdad no lo hacemos, muchas veces lo hacemos de forma mecánica (Lucia).

Os enfermeiros percebem algumas mudanças; apesar de sua essência ser o cuidado, se encontram em um mundo de possibilidades porque podem distinguir o ser-em-si-mesmos, impróprio de seu ser enfermeiros, percebendo que não estão realizando o cuidado de acordo com sua essência e identificam as pessoas com as quais coexistem, de forma mais estreita, nesse mundo. Vejamos suas falas:

La elaboración de esta disposición afectiva fundamental y la caracterización ontológica de lo abierto en ella en cuanto tal, arrancará del fenómeno de la caída y delimitará la angustia frente al fenómeno afín del miedo. La angustia, en cuanto posibilidad de ser del Dasein, junto con presentar al Dasein mismo en ella abierto, presenta también el fundamento fenoménico para la captación explícita de la totalidad originaria del ser del Dasein. Este ser se revelará como cuidado (HEIDEGGER, 2003, p.183).

(...llora...) yo les decía, a mí me duele, es muy difícil y si ustedes piensan que uno lo ve como una costumbre.... No es así.... Cada paciente te duele, cada paciente se siente ...desgraciadamente uno no tiene una varita mágica para decir este si este no (Consuelo).

Pero hay veces, muchas veces he sentido que no soy capaz que no puedo decirles que ya se va a morir, o cuando ellos me preguntan (Elisa).

A dor, a angústia e o sofrimento fazem parte dessa vivência que experienciam. Quando dizem “é doloroso”, estão descrevendo a forma como todo o seu ser envolve-se nesse sentimento que emerge da pessoa que irá prestar o cuidado, deixando emergir, novamente, a angústia que é parte do seu ser, um ser com razão, liberdade e vontade. Sabem que seu ser-aí é o cuidado, a totalidade originária de seu ser enfermeiro, que tem clareza a respeito da finalidade de seu trabalho – seu-ser-aí:

Si la analítica existencial del Dasein necesita mantener una primordial claridad respecto de su función ontológico-fundamental, entonces deberá

buscar, para la realización de su tarea preliminar, que consiste en sacar a luz el ser del Dasein, una *de las más amplias y originarias* posibilidades de apertura, implícita en el Dasein mismo. El modo de la apertura en la que el Dasein se lleva ante sí mismo debe ser tal que en ella se haga accesible en una forma, por así decirlo *simplifica-da*. Con lo abierto en ella, la totalidad estructural del ser buscado deberá entonces salir a luz de un modo elemental (HEIDEGGER, 2003, 183).

Yo creo que es todo el conjunto de procedimientos, aparte de atención, de comunicación, de respeto con el paciente, de cuidarlo, mantenerlo limpio, aseado, cuidar su alimentación, no olvidando su parte espiritual, su integración con la familia, como que es estar más con él, platicando más con él mayor comunicación, más que un procedimiento es una comunicación más estrecha no como enfermera sino como un acompañante, no es el típico ver a la enfermera de blanco, sino es mucho apapacho, mucho escucharlo... es como estar más en contacto con él, no se si me explico (Consuelo).

Quando o enfermeiro descreve a essência do cuidado, o faz com palavras que sinalizam para essa essência: cuidar não apenas no aspecto físico, mas também no espiritual, emocional e, de forma particular, ao paciente idoso, em seu morrendo. Chegar ao cuidado dessa pessoa e sua família, estando-com-eles, é uma forma sensível e concreta de descrever, para ele mesmo que o cuidado a esse paciente hospitalizado ocorre na realidade do mundo hospitalar:

Puesto que hasta hoy la problemática ontológica ha comprendido el ser primariamente en el sentido del estaría ("realidad", realidad del "mundo"), y ha dejado sin determinar ontológicamente el ser del Dasein, será menester que so-metamos a examen la conexión ontológica entre cuidado, mundaneidad, estar a la mano y estar-ahí (realidad). Esto conducirá a una determinación más precisa del concepto de realidad, dentro del contexto de una discusión de los planteamientos epistemológicos, orientados por esta idea, del realismo e idealismo" (HEIDEGGER, 2003, p.184).

Yo creo que no estamos preparadas, yo me tengo que preparar para morir, y por eso yo me decidí a tomar el curso de depresión, porque cuando vi a los cuidadores de los pacientes renales y vi algunos eran ancianos, unos tenían muchas complicaciones las familias como quedaban destruidas, como sufrían en su duelo, de perdida de salud y de vida en lo que van ellos teniendo...Siento que si me hizo reflexionar, como que incluso en lo personal quiero tomar un curso de Tanatología y Logoterapia, pero más adelante, porque si hace falta, ya en esos momentos cuando uno atiende los paros, uno lo hace de manera a veces fría...En la escuela nos enseñan, tómale la mano, rézale pero por atender el ventilador, dar las maniobras, los deja uno morir y no les da lo que debe de ser (Diana).

Ao longo de sua história, a enfermagem vem ressaltando que um enfoque holístico, na formação profissional, é ideal para poder cuidar de forma integral da pessoa. Entretanto, a realidade institucional é outra, levando os enfermeiros a manifestarem a consciência de que são formados para prestar um cuidado ideal, muito embora a realidade os leve a prestar um cuidado diferente, permitindo, a qualquer momento, passar da realidade ao cuidado ideal:

Esta nivelación de las posibilidades del Dasein a lo inmediatamente disponible en la cotidianidad lleva a cabo, al mismo tiempo, una reducción de lo posible en cuanto posible. La cotidianidad media del ocuparse se vuelve ciega respecto de la posibilidad y se aquieta en lo meramente “real”. Esta quietud no excluye una intensa actividad en el ocuparse, sino que la suscita. Lo querido no son, en este caso, nuevas y positivas posibilidades, sino que “tácticamente” lo disponible es modificado de tal manera que surja la apariencia de que sucede algo (HEIDEGGER, 2003, 195).

Se llegan a identificar las etapas del duelo incluso llegan a la aceptación y es cuando uno dice: ahora como le ayudo por eso es necesario prepararse para poderlos ayudar (Diana).

Porém, esta realidade, em sua cotidianidade, apresenta grandes desafios, considerando não estarem formados para esse cuidado - o paciente à morte – pois foram preparados para salvar vidas, embora a prática demande um preparo para esse cuidar:

No obstante, el aquietado “querer” regido por el uno no equivale a una extinción del estar vuelto hacia el poder-ser, sino que es sólo una modificación del mismo. El estar vuelto hacia las posibilidades se revela entonces, ordinariamente, como un mero *deseo*. En el deseo, el Dasein proyecta su ser hacia posibilidades que no sólo quedan sin asumir en la ocupación, sino que ni siquiera se piensa ni espera que se cumplan. Por el contrario: el predominio del anticiparse-a-sí en la modalidad del mero deseo lleva consigo una falta de comprensión para las posibilidades fácticas. El estar-en-el-mundo cuyo mundo ha sido primariamente proyectado como un mundo de deseos, se ha perdido irremediabilmente en lo disponible, pero de tal manera que, siendo este último lo único a la mano a la luz de lo deseado, sin embargo jamás logra satisfacer. El deseo es una modificación existencial del proyectarse comprensor, que, sumido en la condición de arrojado, se limita a *añorar* las posibilidades. Esta añoranza *cierra* las posibilidades; lo presente en el añorar desiderativo se convierte en el “mundo real (HEIDEGGER, 2003, 195).

Yo siento que ese momento es muy desgastante, emocionalmente porque hay veces que están muy graves y tienen un montón de procedimientos que hacerle pero que ha pesar de todo lo que se le hace tiene pocas probabilidades pero hay que acompañarlo , ese es nuestro trabajo y hacerlo lo mejor posible (Elisa).

Os enfermeiros descrevem o fenômeno como uma realidade desgastante emocionalmente, pois, apesar do cuidado e procedimentos que proporcionam, o paciente tem poucas possibilidades de vida, de continuar a ser-nesse-mundo. Essa situação parece não lhes proporcionar realização pessoal, causando melancolia. Entretanto, projetam enfrentá-la, da melhor forma possível, em seu-ser-nesse-mundo:

Por el contrario, el *impulso* “a vivir” es un “hacia” que tiene en sí mismo la fuerza propulsora. Es un “hacia allá a toda costa”. El impulso procura reprimir otras posibilidades. También aquí el anticiparse-a-sí es impropio,

aunque la fuerza invasora del impulso provenga del mismo que lo experimenta. El impulso puede atropellar la disposición afectiva y el comprender. Pero el Dasein no es entonces, ni jamás, un “mero impulso” al que pudieran sobrevenirle de vez en cuando comportamientos de control y dirección, sino que, en cuanto modificación del estar-en-el-mundo en su integridad, el Dasein impulsivo es desde siempre cuidado.” (HEIDEGGER, 2003, p.196).

Cae en paro y saca uno a todo mundo lo sacas y empieza y quítale trae y todo eso y se dice que la muerte se ha hospitalizado (Gloria).

O cuidado de enfermagem ao idoso foi descrito como sendo o de ajudar o paciente a morrer. Mas, pela natureza de seu Ser, procura realizar o cuidado de forma a protelar a morte, como um impulso de conservar a vida daquele que está morrendo... Os enfermeiros tentam modificar seu estar-no-mundo, permeado pela morte, lutando pela vida, ainda que seja por um “mero impulso”:

La definición del cuidado como anticiparse-así-estando-ya-en... medio-de... muestra con claridad que incluso este fenómeno se halla estructuralmente articulado en sí mismo (HEIDEGGER, 2003, 196).

Sabe que su paciente esta mal, váyase preparando pues para que ..... Es muy sencillo la gente ya le va entrando, lógico que va a tener su reacción en el momento que pase el suceso pero es una reacción transitoria, ya no tan larga, como que si la dejamos sin que se de una información previa (Flor).

É importante manter a família informada e preparada para a morte; isso é algo inerente ao cuidado desse paciente, embora não conste em manuais de procedimentos. É uma realidade que os enfermeiros necessitam assimilar como parte de seu-ser-aí:

Este testimonio preontológico cobra una especial significación por el hecho de que no sólo ve el “cuidado” como aquello a lo que es propio del Dasein humano (pertenece) “durante toda su vida”, sino porque esta primacía del “cuidado” se presenta en conexión con la conocida concepción del hombre como compuesto de cuerpo (tierra) y espíritu. *Cura prima finxit*: este ente tiene el “origen” de su ser en el cuidado. *Cura teneat quamdiu vixerit*: este ente no queda abandonado por su origen, sino retenido por él y sometido a su dominio mientras “está en el mundo”. El “estar-en-el-mundo” tiene la impronta del ser del “cuidado”. Recibe su nombre (*homo*) no en consideración de su ser, sino por relación a aquello de que está hecho (*humus*). En qué consista el ser “originario” de lo así configurado, lo decide Saturno, el “tiempo”. La determinación preontológica de la esencia del hombre que se expresa en esta fábula ha fijado así, desde el comienzo, la mirada en *aquel* modo de ser que domina por entero su *peregrinar temporal en el mundo* (HEIDEGGER, 2003, 198-199).

Porque para eso no nos preparan...nos preparan para atender al cliente para participar en el tratamiento y sacarlos adelante, pero no para que se me muera un paciente o para decir: este paciente tiene riesgo de que se me muera, identificar y diagnosticar porque tenemos que diagnosticar

...Identificar cuando un paciente se nos va a morir, con el tiempo uno va agarrando practica, experiencia y ya cuando recibimos el piso y dices tenemos tantos pacientes graves y tal o tal se me va a morir y efectivamente (Flor).

Para eles, essa forma de exercer a enfermagem apresenta-se como uma realidade não considerada durante sua formação: um paradoxo existencial. Desse modo, os enfermeiros se vêem diante de duas realidades humanas diferentes:

“La historia del significado del término óntico “cura” permite incluso entrever nuevas estructuras fundamentales del Dasein. Burdach⁸ llama la atención acerca de un doble sentido del término “cura”, el cual no significa solamente “afán ansioso”, sino también “cuidado” y “dedicación”. Séneca escribe así en su última carta (ep. 124): “De las cuatro naturalezas que existen (árbol, animal, hombre, Dios), las dos últimas, que son las únicas dotadas de razón, se distinguen entre sí en que Dios es inmortal y el hombre mortal. El bien de uno, vale decir, el de Dios, lo realiza su naturaleza; el del otro, el del hombre, el cuidado (cura): unius bonum natura perficit, dei scilicet, alterius cura, hominis (HEIDEGGER, 2003, p.199).

La enfermedad que ya no lo dejaba hacer su actividad cotidiana y se deprimía mucho por eso, nosotros tratábamos de platicar con el pero era muy cerrado, duro con el mismo, al inicio nos rechazaba, el decía que estaba bien que no necesitaba de nadie pero ya cuando paso el tiempo como que tomo más confianza y ya nos platicaba de su vida como era antes, tratábamos de distraerlo con algunas platica, le leíamos libros a veces de los que le traían la familia (Jonás).

O cuidado ao idoso, sob a perspectiva dos enfermeiros, requer uma dedicação especial, um cuidado que não atenda somente aos aspectos técnicos, mas que estejam atentos às necessidades da pessoa, acompanhando-a e apoiando-a, de forma a sentir o melhor possível, com afeto, dedicação, persistência e respeitando sua autonomia:

El “vacío” y “generalidad” con que las estructuras existenciales se presentan en un plano óntico tiene su *propia* precisión y plenitud ontológica. La totalidad de la constitución del Dasein no es, por consiguiente, algo simple en su unidad, sino que muestra una articulación estructural que se expresa en el concepto existencial del cuidado (HEIDEGGER 2003, p. 200).

Y no lo consideraran como una tragedia sino que lo vieran como otra etapa de la vida, no como algo extraño, ni como algo que nunca tenía que pasar, yo creo que si tiene valor pero hay que ser precisos en que y como apoyar a la familia y al paciente, porque dos, tres palabras “lo siento”, “tiene mi apoyo”, no es nada para asimilar la perdida que están viviendo y creo que hay que prepararse (Jonás).

---

⁸ *Loc. cit.*, p. 49. Já em Stoa, o termo μέριμνα estava consagrado; volta a apresentar-se em N.T., na tradução de Vulgata, como *sollicitude*. O enfoque de “cuidado” que orienta a analítica existencial do Dasein, foi-se aclarando ao autor por meio dos esforços de uma interpretação da antropologia agostiniana, ou seja, greco-cristã, em relação aos principais fundamentos da ontologia de Aristóteles.

Os discursos, no que tange ao cuidado, o descrevem não somente em relação ao paciente e ao seu encontro com a morte, mas também em relação ao fato de prepararem-se para esse momento, cuidando da família, apoiando processos de enfrentamento, de perdas, em cada uma das fases. Cuidado é essência do ser-aí, com certo grau de complexidade, pois requer saber o que e como fazer. Exige ainda precisão durante a formação profissional, cabendo, aos enfermeiros, a articulação desse cuidado:

La “conciencia de la realidad” es —ella misma— un modo del estar-en-el-mundo. Toda “problemática del mundo exterior” remite necesariamente a este fenómeno existencial fundamental (HEIDEGGER, 2003, 210).

En una ocasión tuvimos una experiencia muy, muy fea, llegaron (los familiares con un paciente) nos dejaron al señor, ingreso por urgencias nos lo llevaron a hospitalización y el señor falleció y fue sábado y domingo y no había familiares a quién avisarle los teléfonos que nos dejaron no los contestaban y el paciente estuvo sábado y domingo hasta el lunes lo fueron a recoger... Ya llevaba 2 días de muerto (Lucia).

O cuidado de enfermagem mostra-se limitado ao hospital. Entretanto, a realidade nos revela todo um contexto exterior que modifica o cuidado ao paciente. Se os enfermeiros, em sua prática cotidiana, buscam oferecer um cuidado holístico, humano, a prática mostra que isso envolve a participação da família. Portanto, muitos acontecimentos indesejáveis poderiam ser evitados, como o abandono do corpo sem vida ou a demora em recebê-lo:

¿O no es acaso lícito preguntar por el sentido ontológico de la relación entre lo real y lo ideal (la μέθεξις)? Pero, la relación debe tener una cierta subsistencia [soll bestehen]. ¿Qué significa ontológicamente subsistencia [Bestand]?” (HEIDEGGER, 2003, 215).

No creo que ahorita nos hagan falta....muchos procedimientos los conocemos... pero no los enfocamos al adulto mayor, unificamos... si es una sonda foley no vemos aquel adulto mayor, que necesita un trato diferente que aquel que tiene 20 años, agarramos parejo y decimos la foley va así, la venoclisis va así, el trato digno es así y no sabemos que pacientes que nos pueden caer aun mucho más, que tenemos la plena conciencia de que debemos usar barandales andaderas el tripie, pero no tenemos ese trato especial para ese adulto mayor (Lucia).

O cuidado ao idoso, em fase terminal, em sua essência, cada vez mais é descrito pelos enfermeiros como um cuidado que necessita de uma relação interpessoal, dadas as características próprias dessa fase de vida do paciente, as quais exigem um cuidado que contemple o seu ser-no-mundo:

El recurso a la distinción entre la ejecución del juicio y el contenido del juicio no contribuye a la solución del problema del modo de ser de la adaequatio,

sino que solamente pone de manifiesto que la aclaración del modo de ser del conocimiento mismo se torna ineludible. El análisis requerido para esto deberá esforzarse en poner al mismo tiempo ante la mirada el fenómeno de la verdad que es característico del conocimiento. ¿Cuándo se hace la verdad fenoménicamente explícita en el conocimiento mismo? Se hace fenoménicamente explícita cuando el conocimiento se acredita como verdadero. La autoacreditación le da al conocimiento la seguridad de estar en la verdad. Por consiguiente, la relación de concordancia se volverá visible dentro del contexto fenoménico de la evidenciación" (HEIDEGGER 2003,p.216).

Sí, donde entra también aquello de la medicina tradicional, de hacer una limpia" ..estamos hablando de los adultos mayores, ahorita recuerdo de un paciente ... el falleció y lo teníamos con apoyo ventilatorio, monitoreo electrocardiográfico y se determino que había fallecido... me dan la indicación de que retire todo, pero yo no retiro nada, las facies del paciente cambiaban, el no respiraba, lo seguía manteniendo con el ventilador , funcionaba el ventilador porque estaba conectado y programado pero no había actividad cardíaca, más sin embargo su cara, su frente, sus ojos, los fruncía (Azucena).

O cuidado a esses pacientes pode incluir, por parte da família, algumas práticas não científicas, não rotineiras para o pessoal da área da saúde; algumas delas acontecem ao lado do leito do enfermo. Geralmente, esse aspecto do cuidado não é abordado na formação dos enfermeiros, revelando que a morte é uma grande desconhecida. Como descreve a enfermeira Azucena, a equipe de saúde pode constatar a morte de uma pessoa, mas, se ela permanecer com expressões faciais, a enfermagem não pode abandoná-la, mesmo que havendo sinais de morte:

Es en este mismo, por así decirlo, donde se juega la comprobación. El ente mismo se muestra tal como él es en sí mismo, es decir, que él es en mismidad tal como el enunciado lo muestra y descubre. No se comparan representaciones entre sí, ni tampoco en relación a la cosa real. Lo que ha de evidenciarse no es una concordancia del conocer y el objeto, ni menos aun de lo psíquico y lo físico, pero tampoco es una concordancia de "contenidos de conciencia" entre sí. Lo que necesita ser evidenciado es únicamente el estar-descubierto del ente mismo, de él en el cómo de su estar al descubierto. Este estar al descubierto se comprueba cuando lo enunciado, esto es, el ente mismo, se muestra como el mismo. Comprobación significa lo siguiente: mostrarse del ente en mismidad⁹. La comprobación se realiza sobre la base de un mostrarse del ente. Esto sólo es posible si el conocimiento enunciator y autocomprobatorio es, por su propio sentido ontológico, un estar vuelto descubridor hacia el ente real mismo (HEIDEGGER,2003, p. 216-217).

Quizá como se manejan los aislados, pero un cuarto donde sea considerado también el que este el familiar de forma cómoda, porque muchas veces el familiar dice que el piso esta frío y por eso no

⁹ Sobre a idéia de evidência como "identificação", cf. Husserl, *Logische Untersuchungen 2*, tomo II, 2a parte, Investigação VI. Sobre "evidência e verdade", *ibid.* §§ 36-39, p. 115 ss. As exposições usuais da teoria *fenomenológica* da verdade limitam-se ao dito nos *Prolegômenos críticos* (tomo I), e fazendo notar sua relação com a doutrina da proposição de Bolzano. Por outro lado, se deixam intactas as interpretações fenomenológicas *positivas*, que diferem, radicalmente, da teoria de Bolzano. O único que, desde que voltou-se para a investigação fenomenológica, acolheu, positivamente, tais investigações, foi E. Lask, cuja *Lógica da Filosofia* (1911) está fortemente influenciada, pela Investigação VI (sobre as intuições sensíveis e categoriais, p. 128 ss.), da mesma maneira como em *Lehre vom Urteil* (1912), o que está nas sessões relativas à evidência e verdade, já mencionadas.

quieren acompañarlos, que el paciente este cómodo sobre todo con una buena cama, que quizás tenga una imagen religiosa o de la creencia que ellos prefieran, que haya quizá una pintura, un buen color de la habitación, que este limpia, porque muchas veces nuestros adultos mayores mueren en las salas que huelen mal... que estén limpias, que tengan mucha luz, que quizás tenga una ventana porque muchas veces el adulto mayor nos dice: "no se si es de día o si es de noche, no se si hay pájaros...si hay flores"... no saben que hay. Que sea una habitación cómoda, confortable y que ellos y sus familiares se sientan a gusto (Lucia).

Entre os conteúdos da consciência das pessoas que vivem este fenômeno, os enfermeiros manifestam as características ideais para um local que consideram apropriado para proporcionar ao idoso morrer no hospital, nas melhores condições, acompanhado de sua família. Esse espaço revelou-se com o emergir das necessidades apresentadas pelos enfermos e que, gradativamente, vão se mostrando a eles, no cotidiano de seu existir:

Que el enunciado *sea verdadero* significa que descubre al ente en sí mismo. Enuncia, muestra, "hace ver" (ἀποφάνσις) al ente en su estar al descubierto. El *ser verdadero* (verdad) del enunciado debe entenderse como un *ser-descubridor*. La verdad no tiene, pues, en absoluto, la estructura de una concordancia entre conocer y objeto, en el sentido de una adecuación de un ente (sujeto) a otro (objeto). A su vez, el ser-verdadero, en cuanto ser-descubridor, sólo es ontológicamente posible en virtud del estar-en-el-mundo. Este fenómeno, en el que hemos reconocido una constitución fundamental del Dasein es el *fundamento* del fenómeno originario de la verdad (HEIDEGGER, 2003, p.217).

Yo como comentaba hace un rato, creo que nos hace mucha falta, el apoyo psicológico que se nos capacite en tanatología. En cuestión del adulto mayor no, porque a lo largo de la carrera vamos conociendo los cambios... pero si pienso que sería importante que se enfocaran un poquito a ayudarnos de esa forma... que el estrés de atender a tantos pacientes.... el tipo de cuidados... pues no nos deja dar el cien por ciento del cuidado (Héctor).

Um aspecto importante, expresso pelos enfermeiros, foi a necessidade de capacitação para oferecer cuidado a esse tipo de enfermo; porém, não se trata de uma capacitação técnica, mas sim que solidifique sua formação holística: cuidados paliativos, tanatologia, apoio psicológico e administração do estresse. A não observância a esse aspecto pode tornar-se um obstáculo para oferecer um melhor cuidado a esses pacientes:

Los documentos filosóficos *más antiguos* que tratan *explícitamente* del logos-trasluzca el fenómeno de la verdad recién expuesto, es decir, la verdad en el sentido del estar al descubierto (no-ocultación).....Por consiguiente, al λόγος le es inherente la no-ocultación, la ἀ-λήθεια. La traducción de este vocablo por la palabra "verdad" y, sobre todo, las determinaciones conceptuales teóricas de esta expresión, encubren el sentido de la comprensión prefilosófica que subyacía para los griegos "como cosa obvia" (HEIDEGGER, 2003, p. 218).

No estamos preparadas, otra ni siquiera nos damos permiso nosotras mismas, hacer un duelo, por que quieran o no es nuestro paciente y desgraciadamente los pacientes terminales, estamos toda la semana o todo el mes, o más tiempo con ellos. Entonces, quiera o no, uno se involucra y no es esa parte de: ah, bueno, ya falleció... bien o mal ya falleció y que tiene que limpiar esto, amortáalo, esto, esto y esto y no tiene tiempo de nada, no se como, de meditar un poquito esa situación y que ahora si, uno asimile de que ya se fue y que estuvo todo bien y cerrar ese círculo y seguir (Gloria).

Também foi captado, nos discursos dos enfermeiros, a necessidade de preparo para cuidar desses enfermos, além da atenção para com os próprios profissionais, de forma que possam estarem preparados para viverem seus próprios enfrentamentos em relação à perda significativa pela morte do paciente. Para eles, esse processo necessita ser realizado como parte de aceitação do seu enfrentamento e do encerramento de um círculo, proporcionando-lhes paz e saúde mental, uma vez que, ser-no-mundo cuidando do idoso em fase terminal, causa dor e sofrimento:

La “definición” de la verdad como un estar al descubierto y ser-descubridor tampoco es la mera aclaración de una palabra, sino que surge del análisis de aquellos comportamientos del Dasein que solemos llamar en primera instancia “verdaderos”. Ser-verdadero, en tanto que ser-descubridor, es una forma de ser del Dasein. Aquello que hace posible este descubrir mismo necesariamente deberá ser llamado “verdadero” en un sentido más originario. *Los fundamentos ontológico-existenciales del descubrir mismo ponen por primera vez ante la vista el fenómeno más originario de la verdad.* Descubrir es una forma de ser del estar-en-el-mundo. La ocupación circunspectiva y la que se queda simplemente observando, descubren los entes intramundanos. Éstos llegan a ser lo descubierto. Son “verdaderos” en un segundo sentido. Primariamente “verdadero”, es decir, descubridor, es el Dasein. Verdad, en sentido derivado, no quiere decir ser-descubridor (descubrimiento), sino ser-descubierto (estar al descubierto) (HEIDEGGER 2003, p. 218-219).

Entonces, hay que verlo de la manera que ya le toca morir... vamos a ver a los familiares de que manera se les va a apoyar.. “sabes que hija, tranquilízate” ¿eres católica? ¿O de que religión eres? a bueno mira, ¿porqué no oras?, ¿le entregas a tu familiar?...,”hay que despedirse de él” (Flor) .

Os enfermeiros, por meio de seus discursos, desvelam uma verdade para o cuidado. Devem aceitar que há pacientes morrendo e que é preciso acompanhá-los nesse processo, porque **isso é cuidado** e faz parte de seu trabalho. Requer acompanhar a família com orientação e apoio, desde o preparo para a morte do paciente:

Ahora bien, la aperturidad es el modo fundamental como el Dasein es su Ahí. La aperturidad está constituida por la disposición afectiva, el comprender y el discurso, y concierne cooriginariamente al mundo, al estar-en y al sí-mismo. La estructura del cuidado como *anticiparse-a-sí* —estando

ya en un mundo— en medio del ente intramundano, implica la aperturidad del Dasein. EL estar al descubierto tiene lugar *con* ella y *por* ella; por consiguiente, sólo con la *aperturidad* del Dasein se ha alcanzado el fenómeno *más originario* de la verdad. Lo mostrado más arriba respecto de la constitución existencial del Ahí y en relación al ser cotidiano del Ahí no se refería sino al fenómeno más originario de la verdad. En tanto que el Dasein es esencialmente su aperturidad, y que, por estar abierto, abre y descubre, es también esencialmente “verdadero”. *El Dasein es “en la verdad”*. Este enunciado tiene un sentido ontológico. No pretende decir que el Dasein esté siempre, o siquiera alguna vez, ópticamente iniciado “en toda la verdad”, sino que afirma que a su constitución existencial le pertenece la aperturidad de su ser más propio (HEIDEGGER, 2003, p.219).

Creo que debemos concientizarnos más en el cuidado, yo creo que el personal que depende de mí debería imitarme, pero no lo hace pues lo que quiere es avanzar en el trabajo, no se si falta más liderazgo o responsabilidad, y estar siempre actualizada utilizar la tecnología si pero no perder de vista la persona que estamos cuidando, creo que hemos utilizado la tecnología para decir que estamos proporcionando un mejor cuidado pero estamos descuidando aspectos importantes (Elisa).

Os enfermeiros permitem apreender, em suas falas, um fato: - é necessário conscientização sobre o cuidado, reconhecimento dos colegas enfermeiros, de conhecimentos para, com eles, estar aprendendo. Ainda há de se atentar para a importância da redimensão do trabalho cotidiano no mundo que habitam, o que envolve questões de liderança e responsabilidade de enfermagem. A tecnologia é um recurso para o cuidado, mas não é o suficiente. Essa é uma verdade que os enfermeiros precisam considerar e situar como essência de seu cuidado:

De ahí que el Dasein tenga también la esencial necesidad de apropiarse explícitamente de lo ya descubierto, *en lucha contra* la apariencia y la disimulación, y la de asegurarse siempre de nuevo del estar al descubierto. Y, más aún, ningún nuevo descubrimiento se realiza sobre la base de un completo ocultamiento, sino, más bien, a partir de un estar al descubierto en el modo de la apariencia. El ente tiene el aspecto de..., es decir, ya está en cierto modo al descubierto, pero en forma disimulada (HEIDEGGER, 2003, 219).

Yo siento que ese momento es muy desgastante, emocionalmente porque hay veces que están muy graves y tienen un montón de procedimientos que hacerle pero que ha pesar de todo lo que se le hace tiene pocas probabilidades pero hay que acompañarlo , ese es nuestro trabajo y hacerlo lo mejor posible (Elisa).

Uma verdade que emerge nas palavras dos enfermeiros é o fato do cuidado a esse enfermo ser emocionalmente desgastante, considerando suas poucas possibilidades de vida. Diante disso, surge uma nova verdade para os enfermeiros, como uma chave do cuidado: “acompanhar”, ser-com, ser-com-o-outro, como parte essencial desse ser-no-mundo:

El enunciado y la estructura del enunciado, vale decir, el “en cuanto” apofántico, están fundados en la interpretación y en la estructura de la

interpretación, esto es, en el “en cuanto” hermenéutico, y, más originariamente aún, en el comprender y en la aperturidad del Dasein. Ahora bien, la verdad es considerada usualmente como un carácter distintivo del enunciado así derivado. De este modo, las raíces de la verdad del enunciado remontan hasta la aperturidad del comprender. Más allá de esta mera indicación de la procedencia de la verdad del enunciado, será necesario mostrar ahora *en forma explícita* el carácter derivado del fenómeno de la *concordancia* (HEIDEGGER, 2003, p. 221).

Es el calor humano donde solo con sentir la presencia humana nuestros pacientes cambia la actitud... otra de las cosas que hago es despedirme siempre de manos, cuando es posible de abrazo, de beso con mis pacientes (Kelly).

Essa verdade inclui a doação dos enfermeiros para a pessoa, requerendo toque, aproximação física entre enfermeiro e paciente, permitindo uma abertura, por parte dos enfermeiros, no que se refere a contatos como: o abraço, o beijo, o toque, para o qual já existem teorias terapêuticas. Entretanto, como já dito, será necessário que os enfermeiros permitam a abertura deste espaço:

Cuando el enunciado ha sido expresado, el estar al descubierto del ente cobra el modo de ser de lo a la mano dentro del mundo. Ahora bien, en la medida en que en el estar al descubierto, *e n c u a n t o e s u n e s t a r a l d e s c u b i e r t o* de... persiste una relación a algo que está-ahí, el estar al descubierto (ver-dad) se convierte a su vez, en una relación que está-ahí entre entes que están-ahí (HEIDEGGER, 2003, p. 223).

Entonces yo creo que esta tan cercana (la muerte) que uno lo ve tan normal, yo creo que a veces uno lo ve como natural (Jonás).

Esse mundo dos enfermeiros, no cuidado ao idoso em fase terminal, significa habitar um mundo próprio, descobrir um ser-aí que está morrendo, estabelecendo, com ele, uma relação permanente.

Poderíamos, então, discorrer acerca do compreendido sobre a vivência dos enfermeiros no cuidado a esses enfermos, sob a perspectiva do cuidado, segundo Heidegger. Assim, o enfermeiro revela uma vivência, na qual seu ser-nesse mundo é cuidar do paciente, ser-com-o-outro, o que o leva a estender o cuidado à família como parte constitutiva do mundo do enfermo.

A essência da vivência dos enfermeiros em seu ser-no-mundo, cuidando desses enfermos, é configurada pela família, paciente, equipe de saúde, formação técnica, compromisso profissional e por eles mesmos, pois, em seu cuidado, projetam-se seus seres-si-mesmos.

Sob a compreensão ontológica de Heidegger, os enfermeiros experienciam o estar ligados a esse mundo com uma formação diferente, surgindo a angústia por

manter uma clareza primordial no que se refere à sua condição ontológico-existencial nesse mundo, para a realização de sua tarefa preliminar que consiste em trazer à luz o ser do Dasein, para o cuidado do ser-aí do outro, em seu morrendo, de forma que ocorra a abertura, na qual os enfermeiros tomem consciência da mundaneidade e do idealismo da essência em que foram formados, ou seja, para “salvar vidas”.

As possibilidades do Dasein ao imediatamente disponível na cotidianidade levam, ao mesmo tempo, a uma redução do possível enquanto possível. A cotidianidade do ocupar-se torna-se cega e aquieta-se no meramente “real”. Esta quietude não exclui uma intensa atividade no ocupar-se, mas a suscita, emergindo, para os enfermeiros, a necessidade de prepararem-se, de capacitarem-se para melhor poderem cuidar desses enfermos.

O Dasein projeta seu Ser diante de possibilidades, de formação para atingir um cuidado satisfatório para ele, para o paciente e para a família; também para realizar um trabalho de equipe que conhece e tem experiência - um cuidado ideal para estes enfermos. Surge o *impulso* “de viver”; é um “empreendimento” que tem, em si mesmo, a força propulsora de querer assumir a liderança da equipe de saúde multiprofissional que colabore na satisfação das necessidades do enfermo. É um “empreendimento a todo custo”. O Dasein impulsivo é, desde sempre, cuidado. Cuidado com qualidade.

Os enfermeiros manifestam um testemunho pré-ontológico que tem um significado especial para eles: - o fato de que o “cuidado” é e deve ser dirigido a um ser humano, como ao que é próprio do Dasein. Como dizia Heidegger (2005): “humano (pertenece) “durante toda su vida”, sino porque esta primacía del “cuidado” se presenta en conexión con la conocida concepción del hombre como compuesto de cuerpo (tierra) y espíritu. *Cura prima finxit*: este ente tiene el “origen” de su ser en el cuidado. El “estar-en-el-mundo” tiene la impronta del ser del “cuidado”. Recibe su nombre (*homo*) no en consideración de su ser, sino por relación a aquello de que está hecho (*humus*). En qué consista el ser “originario” de lo así configurado, lo decide Saturno, el “tiempo”. Desde el comienzo, la mirada en *aquel* modo de ser que domina por entero su *peregrinar temporal en el mundo*.”

Dessa vivência, surge uma característica: a “dedicação”, própria do cuidado do homem, do outro; o desejo para que o outro esteja bem.

A confiança que a enfermeira adquire das experiências vividas neste cuidado, lhe dá conhecimento e segurança de estar no caminho correto, daquilo que implica no cuidado: *tocar, acompanhar, ouvir, falar da morte, fazer uma oração, acompanhá-los nas fases da morte, prestar um cuidado humanizado, respeitar as suas crenças e da família, respeito ao corpo. Não buscar a vida, mas acompanhar a morte; ainda o sofrimento dos enfermeiros, o pouco tempo disponível para o cuidado e a necessidade de preparo acadêmico sobre o tema da morte.*

Os enfermeiros, diante de tudo isso, mostram-se tal como são em si mesmos. Os fundamentos ontológico-existenciais mostram que descobrir é uma forma de ser no mundo. A estrutura do cuidado como *antecipar-se* - estando já no mundo — significa que o Dasein é, essencialmente, abertura e também essencialmente “verdadeiro”. O Dasein é “*em verdade*”. Os enfermeiros, por meio de suas falas, desvelaram uma verdade para a vivência neste cuidado.

Dessa forma, o Dasein tem também a essencial necessidade de apropriar-se explicitamente do já descoberto. Porém, além dessa indicação da procedência da verdade do enunciado, será necessário mostrar agora, de *forma explícita*, o caráter derivado do fenômeno da *concordância*. O estar aí descoberto (verdade) converte-se, por sua vez, em uma relação que está-aí entre entes que estão-aí

6.2 Vivência dos enfermeiros no cuidado ao idoso hospitalizado, moribundo, sob a perspectiva de ser- um- ser-para-a-morte.

Um componente essencial do cuidado a esse paciente é a morte, pois, é para ela que o paciente se prepara; é a morte que arrebatada dos familiares o seu ente querido e é com ela que compartilha o mundo cotidiano na vivência de enfermagem. Portanto, considero necessário aprofundar a compreensão do fenômeno, sob essa perspectiva:

“En el Dasein, mientras él es, queda siempre aún algo pendiente que él puede ser y será. Pero a este resto pendiente pertenece el “fin” mismo. El “fin” del estar-en-el-mundo es la muerte. Este fin, perteneciente al poder-ser, es decir, a la existencia, limita y determina la integridad cada vez posible del Dasein. El haber-llegado-a-fin del Dasein en la muerte y, por consiguiente, el estar-entero de este ente, sólo podrá empero ser incorporado en forma fenoménicamente adecuada al examen del posible estar-entero cuando se haya logrado un concepto ontológicamente suficiente, esto es, un concepto *existencial*, de la muerte” (HEIDEGGER, 2003, p. 231-232).

Por mi religión significa el desprendimiento del alma del cuerpo, para la resurrección.... únicamente significa muerte corporal (Beatriz).

Os enfermeiros descrevem que a concepção de morte é adquirida por seus padrões de vida e que ela é somente uma parte do ente, uma parte de um todo que é o ser humano. Esta concepção é descrita como uma morte corporal, “um despreendimento da alma”, necessário para preparar-se para o estar-completo na resurreição. Este conceito tem sua origem na religião católica, para a qual o ser humano considera haver um Ser Superior, no qual encontrará seu todo, considerando como meio necessário para chegar a Ele, a morte:

Ahora bien, si hablamos de un modo que sea conforme al Dasein, la muerte sólo es en un existitivo *estar vuelto hacia la muerte*. La estructura existencial de este Ser (estar o ser) se revela como la constitución ontológica del poder-estar-entero del Dasein (HEIDEGGER, 2003, p. 232).

Para mí es una perdida, una ausencia, de algo a lo mejor físico, prepararme o ayudarlos a ellos a hacerlos conscientes de que va a llegar un momento que nos vamos a ir de aquí, para que arreglen sus cosas, se despidan de la gente y que estén conscientes (Carmen).

A morte, como parte do ser humano, significa estar consciente de que ela virá e essa consciência nos leva a viver em uma preparação para a morte, “um estar voltado para a morte”, cuja atitude ajudará a ver, de formas diferentes, as coisas, redimensionando-as:

Por consiguiente, el Dasein existente entero se deja introducir en el haber previo existencial. ¿Pero puede el Dasein existir entero también propiamente? ¿Cómo deberá entonces determinarse la propiedad de la existencia si no es con vistas a un existir propio? ¿De dónde tomaremos el criterio para ello? Manifiestamente, el Dasein mismo deberá ofrecernos en su ser la posibilidad y el modo de su existencia propia, si es que ésta no ha de serle óticamente impuesta ni inventada ontológicamente. Ahora bien, el testimonio de un poder-ser propio lo da la conciencia moral. Al igual que la muerte, este fenómeno del Dasein exige una interpretación genuinamente existencial. Ésta nos llevará a ver que en el querer-tener-conciencia se da un poder-ser propio del Dasein. Pero, esa posibilidad existencial que es el querer-tener-conciencia, tiende, por su sentido de ser, a determinarse existencialmente por medio del estar vuelto hacia la muerte” (HEIDEGGER, 2003, p. 232).

Siento que ya me voy de este mundo, que ya no voy a regresar nunca, pienso en mi familia en mis hijos si lo he hecho bien o no, pues es como un proceso de dejar este mundo de decir hasta aquí llegue... me voy de este mundo, y partir a otro lugar... Me educaron que si me porte bien me voy al cielo, sino me porte bien me voy al infierno y si me porte más o menos me voy al purgatorio. Es dar ese paso de dejar este mundo. (Diana)

Aqui parece surgir um grande paradoxo. Do meu conceito de morte depende o meu conceito de vida, o próprio existir do ser humano no mundo, pois, se a morte o leva a um local como resultados de seus atos, esses deverão guiar seus passos em seu mundo, ou seja, seu determinar-se, existencialmente, em seu modo de ser-no-mundo.

La desesperanza, por ejemplo, no arranca al Dasein de sus posibilidades, sino que es solamente un modo peculiar del *estar vuelto hacia* estas posibilidades. No menos encierra un “anticiparse-a-sí” el “estar dispuesto a todo”, sin ilusiones. En efecto, este momento estructural del cuidado dice inequívocamente que en el Dasein siempre hay algo que todavía *falta*, que, como poder-ser de sí mismo, no se ha hecho aún “real”. En la esencia de la constitución fundamental del Dasein se da, por consiguiente, una *permanente inconclusión*. El inacabamiento significa un resto pendiente de poder-ser (HEIDEGGER, 2003, p. 234).

Entonces cuando ese paciente no se recupera sufre uno mucho, quizá hasta más que el mismo familiar... Cuando uno esta cerca de ellos, es muy triste y muy doloroso, pero cuando uno no esta con ellos y después se da cuenta, creo que es peor [...]se fue, es una experiencia muy dura muy difícil que eso me sucedió como en dos ocasiones más, pero me prometí no involucrarme tan profundamente por el miedo al dolor y no poder hacer nada, porque, al final de cuentas la familia se tienen ellos mismos, pero uno se queda y se queda solo y es difícil superarlo.....se puede....pero hay que trabajarlo en la mente para que no duela tanto [...]se que me costarían muchas lagrimas para estar soportando las vivencias de esas situaciones de esos momentos (Azucena).

Os enfermeiros, ao proporcionarem cuidados a esses pacientes, sofrem e vivem a desesperança de pensar que seu cuidado não possibilitou resultados. Vivem uma situação dolorosa, mas, como seres-no-mundo, reagem e conseguem identificar que, em seu ser, encontram-se formas de lidar com essa dor e que, por meio de um cuidado a eles mesmos, como seres inacabados e incompletos, que também carecem de cuidado, podem anteciparem-se para sofrer menos. Segundo o exposto, cada paciente é diferente e cada processo de enfrentamento será particular, único, levando-o a uma permanente inconclusão.

Alcanzar la integridad del Dasein en la muerte es, al mismo tiempo, una pérdida del ser del Ahí. El paso a no-existir-más [nichtmehrdasein] saca precisamente al Dasein fuera de la posibilidad de experimentar este mismo paso y de comprenderlo en tanto que experimentado. Sin duda esta experiencia le está vedada a cada Dasein respecto de sí mismo. Tanto más se nos impone entonces la muerte de los otros. Así un llegar del Dasein a su fin resulta “objetivamente” accesible. El Dasein puede lograr, ya que él es por esencia un coestar con los otros, una experiencia de la muerte. Este darse “objetivo” de la muerte deberá posibilitar también una delimitación ontológica de la integridad del Dasein” (HEIDEGGER, 2003, p. 235-236).

Ya hay confianza, se sienten seguros que no les cuesta trabajo pasar de un estado a otro o sea de la vida a la muerte, no se preocupan ya están seguros porque es un proceso.(Flor)

Os enfermeiros podem acompanhar, podem estar presentes no momento dessa passagem da vida à morte, na qual o Dasein passa a não-ser-mais-aí, embora esteja sem possibilidade de experienciar essa passagem. Entretanto, cuidar da pessoa que morre continua, fazendo parte essencial desse cuidado.

“El “difunto” que, a diferencia del “muerto”, le ha sido arrebatado a sus “deudos”, es objeto de una [particular] “ocupación” en la forma de las honras fúnebres, de las exequias, del culto a las tumbas. Y esto ocurre porque el difunto, en su modo de ser, es “algo más” que un mero útil a la mano, objeto de posible ocupación en el mundo circundante. Al acompañarlo en el duelo recordatorio, los deudos están con él en un modo de la solicitud reverenciante” (HEIDEGGER, 2003, p. 236).

Ya se fue, pedí a los familiares que se retiraran, le di cuidados postmorten... la acomodamos en su posición yo y otra compañera (Jonás).

Nesse encontro com a morte, os enfermeiros não terminam sua tarefa, pois o “defunto”, como o chama Heidegger (2003), “foi tirado de seus familiares”, mas os enfermeiros não encerram o seu ser-aí – suas tarefas continuam, deverão acompanhar o familiar, darem os cuidados pós-morte ao corpo sem vida, agora um ser-não-mais-aí, que volta a ser objeto de seu cuidado, ao preparem o corpo para entregá-lo aos seus “familiares” e esses poderem levá-lo para realização do funeral.

“En semejante coestar con el muerto, el difunto *mismo* no ex-siste fácticamente más [*ist ... nicht mehr faktisch “da”*]. Sin embargo, coestar quiere decir siempre estar los unos con los otros en el mismo mundo. El difunto ha abandonado y dejado atrás nuestro “mundo”. Desde éste, los que quedan pueden *estar* todavía con él” (HEIDEGGER 1927; 236).

Compartir un abrazo con sus familiares como enfermera y una oración por él (Kelly).

Diante da facticidade, o não-mais-existir ocorre para o paciente, mas o “mundo” prossegue com outros seres-aí, existindo. A realidade agora se transforma, os enfermeiros acompanharão a família em seu enfrentamento, prepararão o “corpo” para sair do hospital. Agora, interagem com o não ex-sistente e com o existir da família.

Mientras más ajustadamente se aprehenda el fenómeno del no-existir-más del difunto, tanto más claramente se mostrará que semejante coestar con el muerto justamente *no* experimenta el verdadero haber-llegado-a-fin del difunto. Es cierto que la muerte se nos revela como pérdida, pero más bien como una pérdida que experimentan los que quedan. Sin embargo, al sufrir

esta pérdida, no se hace accesible en cuanto tal la pérdida-del-ser que “sufre” el que muere (HEIDEGGER, 2003, p. 237)

Ya se fue pedí a los familiares que se retiraran, le di cuidados postmortem, la acomodamos en su posición otra compañera y yo, dejamos igual pasar a los familiares. Cómo que es más traumático para ellos yo pienso que es traumático, en un momento la ven con vida y convivieron con ella y sales a decirles ya murió y ellos dicen pues que le hicieron allí, ¡ya se murió! Creo.... Pues lo que decimos es queremos que usted pase para poder después poderla llevarla al mortuario y que ustedes puedan arreglar todo (Jonás).

Este mundo dos enfermeiros, em seu ser-aí com a morte, fazem-no experienciar o não-ser-mais-aí da pessoa enferma, agora morta. Mas, esse ser que morreu, não ek-sistere e quem vive a perda são os familiares, os que ficam.

La *muerte* se revela así como la *posibilidad más propia, irrespectiva e insuperable*. Como tal, ella es una inminencia *sobresaliente*. Su posibilidad existencial se funda en que el Dasein está esencialmente abierto para sí mismo, y lo está en la manera del anticiparse-a-sí. Este momento estructural del cuidado recibe en el estar vuelto hacia la muerte su más originaria concreción. El estar vuelto hacia el fin cobra mayor claridad fenoménica cuando se lo concibe como un estar vuelto hacia la posibilidad eminente del Dasein así caracterizada” (HEIDEGGER, 2003, p. 247-248).

Yo creo que estoy preparada para morir, pues ya he vivido y si hay mas vida me gustaría cumplir más misiones, me gusta mucho ayudar (Consuelo).

Ainda que o ser não esteja morto, é um ser que já está pronto para morrer, pois se isso não ocorrer sua existência está incompleta. Quando os enfermeiros se dão conta desse fato e reconhece e estar pronto para morrer é um antecipar-se-a-si que emerge desse ser, estar voltado à morte, retorna à sua mais originária concretude que se faz presente no Dasein.

La condición de arrojado en la muerte se le hace patente en la forma más originaria y penetrante en la disposición afectiva de la angustia. La angustia ante la muerte es angustia “ante” el más propio, irrespectivo e insuperable poder-ser. El “ante qué” de esta angustia es el estar-en-el-mundo mismo. El “por qué” de esta angustia es el poder-ser radical del Dasein. La angustia ante la muerte no debe confundirse con el miedo a dejar de vivir. Ella no es un estado de ánimo cualquiera, ni una accidental “flaqueza” del individuo, sino, como disposición afectiva fundamental del Dasein, la apertura al hecho de que el Dasein existe como un arrojado estar *vuelto hacia* su fin. Con esto se aclara el concepto existencial del morir como un arrojado estar vuelto hacia el más propio, irrespectivo e insuperable poder-ser. La diferencia frente a un puro desaparecer, como también frente a un puro fenecer y, finalmente, frente a una “vivencia” del dejar de vivir, se hace más tajante (HEIDEGGER, 2003, p.248).

le dijo sí prepárate acéptalo, ve despidiéndote de todos tus familiares...es un proceso que todos vamos a pasar y si tienes algo pendiente trata de arreglarlo, llama a tus familiares, trata de irlo aceptando...tu no tengas miedo... vete despidiendo poco a poco(Diana).

A angústia no paciente tem sido considerada como um estado de ânimo e não como parte da existência do ser humano. Essa angústia se apresenta quando ele sabe que vai morrer e pergunta ao enfermeiro “*irei morrer?*” Porque intui que está chegando ao final e faz com que interroguemos *como vive o paciente terminal sabendo que irá morrer? Que significados tem para o paciente saber-se frente a morte?*

En este cadente estar en medio de... se acusa la huida fuera de lo desazonante, es decir, ahora, la huida frente al más propio estar vuelto hacia la muerte. Existencia, facticidad, caída caracterizan el estar vuelto hacia el fin y son, por consiguiente, constitutivos del concepto existencial de la muerte. El morir se funda, en cuanto a su posibilidad ontológica, en el cuidado (HEIDEGGER, 2003, p.248).

La gente normalmente teme mucho a la muerte, teme mucho al desprenderse de la gente, y es un dolor que como te digo que mucha gente lo expresa de diferente manera, aquí mi papel que yo siempre he tratado de dar, es apoyar en el sentido de que, en ese momento se desahogue no le voy a pedir que acepte eso, no, no, desahóguese... llore si quiere (Flor).

A morte como parte do cuidado deve reconhecer, sob o ponto de vista existencial, que para o ser-aí não é fácil estar saber que está próximo à morte, que é como estar em um deserto sem ter água e que essa água será proporcionada pelos enfermeiros para dar serenidade e paz como parte do cuidado. Porém, surge a questão *qual é a melhor maneira de apoio nesse momento?* Nesse sentido, algumas alternativas para o cuidado têm sido identificadas: - reconhecer que o ser humano é único e sua forma de encontrar-se com a morte será única. Cada um morrerá de forma diferente e o ser-aí dos enfermeiros deverá voltar-se para cumprir com sua meta de cuidado ao paciente em seu morrendo.

Ahora bien, si el estar vuelto hacia la muerte es parte esencial y originaria del ser del Dasein, entonces habrá de ser también mostrable en la cotidianidad, aunque, por lo pronto, en su modo impropio. Y si el estar vuelto hacia el fin ofreciera incluso la posibilidad existencial para una integridad existencial del Dasein, tendríamos entonces la comprobación fenoménica de la tesis que dice: el cuidado es el término ontológico para la totalidad del todo estructural del Dasein. Sin embargo, para la plena justificación fenoménica de esta proposición no basta con un *bosquejo* de la conexión entre el estar vuelto hacia la muerte y el cuidado. Esta conexión tendrá que hacerse visible, ante todo, en la más inmediata *concreción* del Dasein: en su cotidianidad (HEIDEGGER, 2003,p.249).

Al inicio, tuve una suerte, que yo llegaba al servicio y se morían... ¡Ahh! Entonces yo creo que esta tan cercana que uno lo ve tan normal yo creo que a veces uno lo ve como natural... en la profesión pasa a ser algo normal (Jonás).

A morte se mostra no cotidiano do ser dos enfermeiros, esse ser que cuida e vive de forma constante de frente com a morte, no cotidiano do ser nesse mundo, mas essa cotidianidade gera a possibilidade para que os enfermeiros mostrem sua essência de ser, o cuidar da pessoa a morte.

El estar *vuelto hacia el fin* tiene la modalidad de un esquivar este fin, dándole otro sentido, comprendiéndolo impropriamente y encubriéndolo. Que el Dasein propio de cada cual fácticamente muera ya desde siempre, es decir, que sea en la forma de un estar vuelto hacia su fin, es un *factum* que el Dasein se oculta a sí mismo imprimiéndole a la muerte el carácter de un evento que acaece cotidianamente en los otros, y que en todo caso nos asegura aún más claramente que, por supuesto, “uno mismo”, todavía “vive”. Pero, la cotidianidad del Dasein atestigua con esta huida cadente *ante* la muerte que también el uno mismo está determinado desde siempre *como un estar vuelto hacia la muerte*, incluso aunque no esté pensando expresamente en la muerte. *También en la cotidianidad media, el Dasein se mueve constantemente en este poder-ser mas propio, irrespectivo e insuperable, aunque sólo sea en la modalidad que consiste en procurarse una imposible indiferencia frente a la más extrema posibilidad de su existencia* (HEIDEGGER, 2003, p. 251).

antes tenía mucho miedo de la muerte, ahora no, no le tengo miedo me enfrento a ella día a día y a veces en contra de ella, ya no me da miedo se que va a ser el final de cada uno de nosotros pero no la reto, trato de estar con ella o más bien de ayudar a mí paciente en el momento en que va a llegar su etapa final [...] para mí es una perdida una ausencia, de algo a lo mejor físico, prepararme o ayudarlos a ellos a hacerlos conscientes de que va a llegar un momento que nos vamos a ir de aquí (Consuelo).

O verbalizar “não tenho medo” será uma forma autêntica ou inautêntica desse ser-aí dos enfermeiros diante da morte. Esse cotidiano torna-a estranha e presente e, como a vêem no outro, não estão vendo-a para si mesmos.

La cotidianidad se queda en este ambiguo reconocimiento de la “certeza” de la muerte — para mitigar dicha certeza, encubriendo aun más el morir, y para hacerse más llevadero el estar arrojado en la muerte (HEIDEGGER, 2003, p.252).

cuando recibimos el piso y dices tenemos tantos pacientes graves y tal o tal se me va a morir y efectivamente, ya nada más llegas a la piecera del paciente y ya sientes cuando el paciente ya en cualquier momento se muere eso es algo que se va adquiriendo ese sentido, que es como el sexto sentido de que ya sientes que esta allí la muerte, uno aprende a convivir con ella, y que somos parte de la vida y la muerte [...] mucha gente tiene mucho miedo, no puede con el miedo, los aterroriza, se siente se percibe que uno mismo siente que se le “enchina” la piel cuando estas allí y sucede y no puedes evitar porque tu como persona como ser humano sensible sientes (Flor).

A morte, no mundo que habitam os enfermeiros que cuidam do idoso, em fase terminal, passa a fazer parte do cotidiano e os enfermeiros sabem reconhecê-la, sentindo sua presença com “certeza”, pois isso faz parte do mundo que habitam.

Las características del proyecto existencial del modo propio de estar vuelto hacia la muerte pueden resumirse de la siguiente manera: *el adelantarse le revela al Dasein su pérdida en el “uno mismo” y lo conduce ante la posibilidad de ser sí mismo sin el apoyo primario de la solicitud ocupada, y de serlo en una libertad apasionada, libre de las ilusiones del uno, libertad fáctica, cierta de sí misma y acosada por la angustia: libertad para-la-muerte* (HEIDEGGER, 2003, p.262).

Una vez una persona yo la veía con tanta fortaleza, que a pesar de todo ella estaba resignada a morir y a las que nos costaba trabajo entender era a enfermería y ella nos enseñó a ser fuertes en ese momento y a aceptar el proceso de muerte, Y nos dijo ya se lo que va a pasar pero déjenme arreglar mi vida [...] (Diana).

O cuidado ao idoso, em fase terminal, implica em um apoio segundo as correntes atuais da tanatologia, para que, no processo de negação, o paciente consiga chegar à aceitação por si mesmo - sua liberdade para a morte.

“Ser-culpable [*Schuldigsein*] tiene, también, la significación de “ser responsable de”, es decir, ser causa o ser autor de algo, o también “ser el que provoca” algo. En este sentido de “tener la culpa” de algo, se puede “ser culpable” sin “deberle” algo a otro o hacerse deudor suyo. Y al revés, se le puede deber algo a otro sin ser responsable de ello. Un tercero puede “contraer deudas” “por mí” ante otros”(HEIDEGGER, 2003, p. 276).

Lo aspire y hice lo mejor que pude y se me murió... hay me sentí con un sentimiento de culpa horrible... era el primer paciente que se me moría y es que busco yo en que había fallado que fue lo que no hice bien, pero pues ya después el tiempo me dio la razón hice lo que tenía que hacer y yo cumplí (Flor).

Para os enfermeiros que prestam cuidado ao idoso, em fase terminal, surge um novo paradoxo. Durante anos considerou-se que se a pessoa era culpada é porque havia cometido um delito, algo impróprio, mas, no mundo existencial, o ser-culpado é o ser responsável e pode dizer “eu intervenho para...”. Se a meta em enfermagem é conduzir esse idoso de forma a ter uma morte digna, os sentimentos de culpa tornam-se parte do meu cuidado. Por outro lado, o paciente chegou à morte “digna”, em paz, com tranquilidade, porque houve intervenção dos enfermeiros.

El callar fue caracterizado como posibilidad esencial del discurso. Quien callando quiere dar a entender algo, ha de “tener algo que decir”. El Dasein se da a entender en la llamada su poder-ser más propio. Por eso, este llamar es un callar. El discurso de la conciencia jamás habla en voz alta. La conciencia sólo llama callando, es decir, la llamada viene de la silenciosidad de la desazón, y llama al Dasein a retomar, también callando, al silencio de su ser. El querer-tener-conciencia comprende, pues, en forma adecuada

este discurso silente únicamente cuando calla. El silencio hace callar la habladuría del uno(HEIDEGGER, 2003, p.290).

Conocer sus costumbres para esos momentos, tener respeto en ese momento, silencio y no hacer cosas donde yo me ría y ellos están sufriendo, acompañamiento en el dolor, empatía en esos momentos, actitud de respeto en esos momentos [...] (Diana).

Quando percorremos os corredores de um hospital com pacientes graves ou à morte, impera o silêncio. Também no momento da morte. Segundo uma análise existencial, o silêncio faz parte do cuidado desse enfermo, pois, com ele, pode-se dizer ao paciente e à família “aqui estou, estou com vocês nesse mundo que habitamos juntos e no qual sobram palavras porque, para o que está ocorrendo, não há necessidade de palavras”.

Desde un punto de vista ontológico, el Dasein es fundamentalmente distinto de todo estar-ahí y de toda realidad. Su “consistencia” no se funda en la sustancialidad de una sustancia, sino en la “autonomía” [“Selbständigkeit”] del sí-mismo existente, cuyo ser fue concebido como cuidado. El fenómeno del sí-mismo, implicado en el cuidado, requiere una delimitación existencial originaria y propia, frente al uno-mismo (HEIDEGGER, 2003, p. 296).

En etapa de agonía sería, acompañarlo a bien morir que no se deshumanice sino unirse a esos momentos de manera empática con el paciente y la familia, rezar, acompañarlo, estar al pendiente, acompañarlo en su sufrimiento, atender lo que se pueda en lo que manifiesten y buscar los apoyos del resto del equipo, darle los alimentos que deseen, tocarlos, decirles que estamos con ellos. Ser tolerantes, ser comprensivos ayudarles a resolver sus situaciones, apoyar a los familiares, estar cerca, atenderlo, no dejarlos solos (Diana).

O ser dos enfermeiros, no cuidado do ser, por meio dessa análise do ser enquanto ente existente nos tem levado a identificar a consistência do cuidado - “autonomia”, uma característica da enfermagem, que lhe permite acompanhar o idoso em seu encontro com a morte, não somente por meio do cuidado técnico, mas do paliativo ou tanatológico, que os levam a acompanhar o ser humano no sentido de um encontro existencial ímpar, resgataando o sentido original da morte - uma morte digna no hospital, preservando sua autonomia.

Assim, a vivência do cuidado ao idoso hospitalizado, em processo de morte, sob a perspectiva do Ser-para-a-morte, podemos tentar descrevê-la, existencialmente, como:

- a morte, este fenômeno que faz parte do mundo dos enfermeiros, em seu cuidado a esses pacientes, pede por uma interpretação genuinamente existencial, que nos levará a ver que, ao querer ter consciência da morte, dá-se um poder-ser, próprio do Dasein. Mas, essa possibilidade existencial não foi manifestada pelos

enfermeiros, considerando ter sido descrito um número significativo de dúvidas sobre a morte.

- existencialmente, estar voltado à morte, implica em um “antecipar-se-a-si”, “estar disposto a tudo”, sem ilusões. Esse momento estrutural do cuidado lembra que no Dasein sempre há algo a completar-se, como poder-ser si mesmo. Por conseguinte, o Dasein é em permanente inconclusão, situação percebida e entendida pelos enfermeiros em sua vivência no cuidado a esses enfermos. Uma tarefa importante para eles é atender às demandas de apoio para que os pacientes possam estar prontos para o encontro, pois, nessa idade, aceitam a morte e ajudam os enfermeiros a aceitá-la e esperá-la como parte do cuidado.

- “o “defunto” que, diferentemente do “morto”, foi arrebatado de suas “mãos”, é objeto de uma particular “preocupação”. Isto ocorre porque o defunto, em seu modo de ser, é “algo mais” que um objeto, de possível utilidade no mundo circundante. Os enfermeiros não terminam seu cuidado com a morte digna do paciente, agora o defunto, requer deles, cuidado e atenção para serem entregues aos seus familiares.

- Quanto mais se apreende o fenômeno do não-existir-mais do morto, mais claramente se mostrará que estar-com ele justamente *não* experiencia o verdadeiro ter-chegado-ao-fim, pois o cuidado de enfermagem agora irá dirigir-se à família, considerando que permanece ex-sistindo nesse mundo.

- a angústia diante da morte é a angústia “ante” o mais próprio e insuperável poder-ser. O “ante que” dessa angústia é o estar-no-mundo mesmo. O “por que” dessa angústia é o poder-ser radical do Dasein; a angústia existencial dos enfermeiros, em seu estar nesse mundo, acompanhando o morrer do paciente, decorre do fato que, por considerarem terem sido preparados para “salvar vidas”, agora tudo o que venham a fazer, levará sempre ao mesmo resultado: o paciente morrerá.

- se o fato de estar voltado ao fim oferece, inclusive, a possibilidade para uma integridade existencial do Dasein, teríamos, então, a comprovação fenomênica da tese que diz: o cuidado é o termo ontológico para a totalidade do todo estrutural do Dasein. Sem dúvida, para a plena justificativa fenomênica dessa proposição, não basta um *esboço* de conexão entre o estar voltado para a morte e o cuidado. Esta conexão terá que fazer-se visível, na mais imediata *concretude* do Dasein: para os enfermeiros, em sua cotidianidade, a morte “é natural” nesse mundo que habitam.

- a cotidianidade reside nesse ambíguo reconhecimento da “certeza” da morte
- para amenizar essa certeza, encobre-se mais o morrer e torna-se mais elevado o “estar arrojado” diante da morte.

- as características do projeto existencial do modo próprio de estar voltado para a morte podem ser resumidas da seguinte forma: o adiantar-se, revela ao Dasein, sua perda em “si mesmo” e o conduz ante a possibilidade de ser-si-mesmo, sem o apoio primário da solicitude e de sê-lo em uma liberdade apaixonada, livre das ilusões, liberdade fáctica, certa de si mesma e pressionada pela angústia: liberdade para-a-morte. Essa liberdade é alcançada pelo idoso que se prepara, conscientemente, para morrer.

- ser-culpado tem, também, o significado de “*ser responsável por*”, ou seja, ser causa ou autor de algo, ou também ser o que provoca algo. Uma verdade para os enfermeiros é que deverão assumir, conscientemente, a responsabilidade nesse mundo, de forma que o paciente tenha uma morte digna. Falamos dos enfermeiros porque têm assumido, em seu ser e em seu fazer, o cuidado diante da morte como parte de sua responsabilidade profissional.

Desta análise existencial, emergem características essenciais do cuidado de enfermagem. O silêncio caracterizou-se como possibilidade essencial do discurso. Aquele que cala, deseja dizer algo. O Dasein se dá a entender no chamamento, seu poder-ser mais próximo. Assim, esse chamar é um calar-se. O discurso da consciência jamais fala em voz alta; a consciência só chama calando, ou seja, a chamada vem do silêncio da inquietação.

O querer-ter-consciência compreende, pois, de forma adequada, este discurso silencioso somente quando se cala. O silêncio faz calar o falatório das pessoas e a enfermagem tem encontrado, no toque, no estar-com, uma forma existencial de cuidado, tal como o concebe Heidegger: “Um Cuidado no Silêncio”.

Sob o ponto de vista ontológico, os enfermeiros são, fundamentalmente, distintos de todo ser-aí e de toda realidade. Sua consistência não fundamenta-se na substancialidade de uma substância, mas na “autonomia” do seu si-mesmo existente, cujo ser foi concebido como cuidado. O fenômeno de si-mesmo, implicado no cuidado, requer uma delimitação existencial originária e própria, frente a si-mesmo. É a responsabilidade do cuidado.

Ao início dessa investigação, apresentava-se diante de mim, uma inquietação no sentido de compreender a vivência dos enfermeiros que cuidam do idoso hospitalizado, em seu processo de morte. No momento em que a fenomenologia me permitiu colocar o fenômeno em suspensão, posso dizer que me aproximei em parte e pude compreender algumas facetas desse fenômeno, de modo particular o que se refere à existência humana, relacionada ao cuidado e ser-para-a-morte. Para esse des-velamento foi grande a contribuição de Heidegger (2005), em sua obra *Ser e Tempo*. Dirigi-me ao cotidiano que os enfermeiros vivem em seu mundo de cuidado e proximidade com a morte e, como diz a fenomenologia, é “voltar às coisas mesmas” que nos permite conhecer um fenômeno.

Heidegger menciona: descobrir o ser enquanto transcendência é conhecimento transcendental. A verdade fenomenológica (“abertura do ser”) corresponde a verdades transcendentais (HEIDEGGER, 2005, p.49).

A verdade sobre a vivência dos enfermeiros emergiu de seus discursos e, essa é a verdade que eles vivenciam no mundo hospitalar, ao cuidar do idoso à morte. Uma verdade que manifesta a necessidade de ser atendida, em se tratando de seres existentes nesse mundo, onde o mundo do cuidado não se refere apenas à relação enfermeiro-paciente, mas onde é necessário considerar, para o cuidado integral e integrador, a família do enfermo. Um paciente com características especiais com relação à concepção e aceitação da morte, pois a velhice a leva como parte implícita, conforme bem afirma Heidegger (2005): O homem é um-ser-para-a-morte. Tal cuidado requer, para ter qualidade, formação humana e técnica do enfermeiro e da equipe de saúde.

Nogueira (2007), apropriando-se das idéias de Heidegger (1986), descreve que o conteúdo da autenticidade reside na apropriação da morte como nosso poder-ser mais genuíno. Nossa possibilidade mais radical é essa, a essência do ser-aí é sua existência, isto é, estar aberto à tarefa de realizar, ir apropriando-se de suas possibilidades. A isto se denomina *SORGE*, o cuidado de si. Cuidar de si é apropriar-se de suas possibilidades de Ser. O principal cuidado do homem é com o seu ser sempre aberto e nunca totalmente garantido quanto à sua existência. Essa possibilidade existencial dos enfermeiros implica em viver em autenticidade, apropriando-se de todas as possibilidades que lhe dão o seu Ser, cuidar de si para experienciar o *SORGE* que lhe é dado em seu ser como ser existencial e viver em autenticidade genuína. Esses aspectos não emergiram nesse estudo, necessitando

de outras investigações que permitam conhecer “qual é a vivênciacoidiana do enfermeiro em cuidar-se de si mesmo?”.

Boff (2007) menciona em uma conferência: “como mamíferos racionais cuidamos de uma criança. Sem o cuidado de nossas mães, não sobreviveríamos. O cuidado é a relação amorosa com a realidade”. Após ter convivido com os enfermeiros em seu mundo, considero ser important trabalhar para que esta realidade resgate o cuidado amoroso, partindo de um cuidado primeiramente a si mesmos para que possa emergir um cuidado ao outro e ao mundo hospitalar que os rodeiam, com maior autenticidade.

Considero que uma das partes desse estudo é a descrição que os enfermeiros realizam sobre o que significa o cuidado ao idoso em fase terminal, pois surge do cotidiano e do ser-com, o que inclui: conhecer quem é o idoso e quais são suas características próprias do envelhecimento, considerando que eles devem determinar as diretrizes do cuidado.

É importante apoiar-se nos aspectos de um cuidado paliativo, com as especificidades da pessoa idosa, implicando que cada procedimento seja adaptado às características próprias do envelhecimento da pessoa.

Propiciar uma atenção importante, ao aspecto humano, à pessoa, considerando facetas de natureza emocional, espiritual, social, familiar e até mesmo legal, requer dos enfermeiros aproximação física (acercar-se, tocá-lo), acompanhamento espiritual (fazer uma prece, uma oração), acompanhamento tanatológico (acompanhamento para o encontro com a morte), compreensão das experiências que o paciente vive estando próximo da morte (escutar e acolher seus relatos), acompanhamento durante a morte. Ainda, como parte desse cuidado, dar apoio à família (no preparo do familiar, antes, durante e após a morte do paciente).

Cuidar do corpo sem vida, com uma postura humanitária.

Apoiar a família que necessita dos enfermeiros uma formação para poder educá-la, acompanhá-la, apoiá-la em cada etapa em que viva no hospital, até levar o corpo de seu familiar para os funerais.

Esses elementos estão de acordo com o assinalado por Pessini (2006, p.240), quando diz: “sob uma perspectiva integradora, os cuidados paliativos e os valores básicos da geriatria coincidem: o paciente está no centro dos cuidados e a perspectiva é interdisciplinar, holística e compreensiva, mas, para além do paciente e da família, vistos como uma só unidade de cuidados. Uma prioridade é assegurar, na

medida do possível, a independência funcional e qualidade de vida mediante uma avaliação regular e formal que garanta a identificação e o tratamento dos eventos no momento adequado. Ambas as especialidades proporcionam cuidados onde o paciente esteja, seja em sua casa ou no hospital, e em qualquer estado da enfermidade, qualquer que seja o diagnóstico: o objetivo é dar o cuidado preciso no momento preciso”.

Podemos complementar com o salientado por Astudillo (2003): as complexas necessidades do enfermo e de sua família tendem a ser melhor resolvidas com o trabalho de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes espirituais, voluntários e bioeticistas. É necessário que se fale uma linguagem comum e que não exista uma conspiração de silêncio entre o paciente e sua família. Sua eficácia será maior se o trabalho de equipe é coordenado, de forma eficaz, com os setores necessários para atender aos enfermos.

Iglesias (2006) enfatiza que o cuidado necessita da coordenação de muitos fatores, não sendo uma tarefa fragmentada, mas holística. É muito importante, desde a cultura da velhice, imprimir uma humanização à tecnificação atual. O envelhecimento com êxito e qualidade de vida se consegue com o conhecimento das diferentes condições que cercam a pessoa e seu contexto, potencializando-se desde a esfera dos cuidados da auto-estima, traçando objetivos e metas que os façam viverem com mais esperança.

Este cuidado do idoso, em fase terminal, deve considerar também o que ressalta por Galès-Camus (2007), Sub-Diretora Geral da OMS para Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental, em relação ao fato de que os cuidados paliativos constituem uma necessidade humanitária, particularmente nos países em desenvolvimento, considerando que todos têm direito a receber tratamento e a morrer com dignidade. O alívio da dor física, emocional, espiritual e social é um direito humano. Ao aliviar a dor e tratar outros sintomas penosos e debilitantes, esses cuidados permitem melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente às enfermidades que ameaçam a vida.

Do ponto de vista da Bioética, os cuidados paliativos definem-se não somente a partir de um determinado tipo de enfermidade, mas, potencialmente, aplicam-se a pacientes de todas as idades, com base em uma avaliação específica de seus diagnósticos e prováveis necessidades. Tem como foco central obter a melhor

qualidade de vida possível para o paciente e sua família, o que implica em atenção específica no que se refere no controle de sintomas e adoção de uma aproximação holística que considere as experiências de vida da pessoa e sua atual situação. Envolvem a pessoa que está morrendo e seus próximos – familiares e amigos – exigindo uma atenção especial na prática de uma comunicação aberta e sensível com os pacientes PESSINI (2006).

Esse cuidado é proporcionado em um mundo concreto – o hospital – e é um desafio manifestado pelos enfermeiros de forma a propiciar o respeito às decisões do paciente e de sua família, pois as instituições têm regulamentos que cerceiam a liberdade para morrer segundo seus valores e crenças. Da mesma forma, uma necessidade expressa pelos sujeitos dessa investigação, foi a necessidade de um espaço que conte com o necessário para que o paciente e a família fiquem em paz, tranquilidade e conforto no encontro com a morte.

Dessa forma, urge a construção de políticas de saúde que orientem a criação de espaços nos hospitais públicos que possam contemplar um cuidado dessa natureza. Acresce-se ser necessária a elaboração de políticas de saúde que possibilitem modificar a proporção enfermeiro-paciente de forma que o cuidado de enfermagem a esses enfermos possa ser ideal.

Da mesma forma, as políticas das instituições de saúde pública necessitam serem revistas para que o familiar possa permanecer próximo do idoso em fase terminal, pois é seu direito morrer em companhia dos seus, de forma a ter uma morte digna.

Para que esse cuidado seja possível, os enfermeiros expressam a necessidade de receberem formação no cuidado para à morte, mas também para aceitarem, eles mesmos, que são seres-para-a-morte, como assinala Heidegger (2005), sob a perspectiva do ser existencial e para encerrarem processos de enfrentamento não atendidos até esse momento.

Em relação à formação do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, 2007), pela internet em seu capítulo “A enfermagem importa”, em suas pautas informativas da profissão de enfermagem, segundo uma perspectiva internacional, menciona: o envelhecimento tem sido descrito, frequentemente, pelos investigadores de enfermagem, como um estado da mente. Quando falam de saúde, tendem a dar importância aos atributos psicológicos, às relações sociais e à postura diante da vida, mas do que o bem estar físico; tem sido constatado que os

problemas clínicos mais importantes na assistência aos idosos são: estados de confusão, imobilidade, perda sensoriais, nutrição, sentimento de perda ou compaixão, depressão, incontinência, enfermidades mentais, abuso de substâncias, **a morrer e o morrer**. Reconhece-se, cada vez mais, que o cuidado aos idosos é uma especialidade de enfermagem que requer conhecimentos e capacidades profissionais específicos e uma determinada estrutura de carreira profissional.

Para tanto, tem sido sugerido integrar um grupo de enfermeiros que, voluntariamente, queiram formar-se no cuidado ao idoso à morte e que, a partir de sua experiência e suas necessidades, elaborem seu próprio programa de atualização e capacitação. Assim, será favorecido o trabalho segundo uma filosofia humanística advinda do cuidado pessoal, colaboração e ajuda mútua, de acordo com uma visão multiprofissional, convidando, também, outros profissionais interessados no tema. É importante que manuais de cuidados sejam elaborados, incluindo uma perspectiva humana existencial e com procedimentos para o idoso, a família e a equipe acerca do cuidado para a morte.

A família de um enfermo em fase terminal é, para a equipe sanitária, um elemento muito importante de cuidado, não somente pelo que significa para a atenção do paciente, mas porque é a primeira e última perda da estrutura social de solidariedade, básica para seu controle e apoio durante todo o processo da enfermidade. Requer educação, informação, ajuda e muita compreensão de forma a exercer adequadamente seu papel de manto protetor do enfermo em sua fase final e seguir adiante, após sua morte (ASTUDILLO, 2000, p.22).

O cuidador de um enfermo terminal necessita ser atendido e compreendido com amor e consideração possível, pois é o final de uma cadeia de solidariedade. Não deve ser deixado só, sendo-lhe oferecido um apoio especial porque só os cuidadores que são auxiliados por seus familiares, algum tipo de serviço social ou de voluntariado, puderam manter o afeto e o calor humano por longo tempo. A de se trabalhar com eles de maneira que uma de suas mãos esteja com o paciente e, a outra, conectada como uma ponte a um grupo social que lhe dê suporte, permitindo que chegue ao enfermo a ajuda que necessita nessas circunstâncias. Não podemos deixar que essa ponte se desfaça. Se ela estiver reforçada, todos terão ganhos (ASTUDILLO, 2003).

Assim, sugerimos formar grupos de apoio para familiares, com pacientes à morte que os apoiem nos processos de enfrentamentos nas instituições de saúde

pública. Um dos enfermeiros homens expressou que o cuidado de enfermagem, proporcionado por um homem ou uma mulher, é diferente considerando que as características físicas, psicológicas, de formação. Este aspecto deve ser investigado, perguntando-se: *qual é a vivência do paciente que recebe o cuidado de enfermagem prestado por um enfermeiro ou enfermeira?*

Há de se considerar que investigar, sob a perspectiva de gênero, permite traçar as coordenadas de novos campos de estudo; demonstrar que, quando se inclui somente o variável sexo (masculino, feminino) está se referindo somente a uma variável biológica e não social; o gênero não pode estar ausente, pois estaríamos explicando o fenômeno de uma maneira parcial. Quando se investiga um fenômeno social na área de saúde, com enfoque de gênero, está se explicando como interage qualquer categoria: idade, trabalho, escolaridade, família, preferência sexual, raça, estado civil, dentre outros, com as construções de gênero para definir os conhecimentos e as práticas da saúde e da enfermidade e para conhecer o grau de autonomia ou de dependência que podem ter as mulheres e os homens (WYENTER, 2007).

Na busca bibliográfica em relação ao tema “vivência dos enfermeiros no cuidado ao idoso em fase terminal”, encontrei dificuldade para localizá-lo, uma vez que os títulos dos trabalhos apontavam esse tema, porém, ao revisá-los, a intenção geralmente dizia respeito ao cuidado do paciente e do cuidador, entendido como o familiar e não os enfermeiros.

Mesmo assim, ao refletir sobre as políticas que diz respeito ao cuidado ao idoso à morte, para os próximos dez anos, mais uma vez não se manifestaram preparados para o cuidado à morte, nem para o idoso em fase terminal, pois se propõem a buscar saúde e bem-estar para os idosos.

Do exposto, consideramos oportuno propor a formação de grupos de apoio aos idosos, que voluntariamente, falem de temas sobre a aceitação da morte como parte da vida, para que a vida seja levada, considerando-se um-ser-para-a-morte, cuja filosofia existencial é viver em plenitude o dia de hoje, pois não sabemos se existirá o amanhã.

Os elementos que emergiram do fenômeno em relação aos significados, para os enfermeiros, do sofrimento provocado pelos esforços de que seu trabalho se concretiza com a morte, requerem que a instituição de saúde reflita sobre os mecanismos estabelecidos para cuidar do seu trabalhador enfermeiro e as ações

implementadas ou por implementar em relação à esta situação decorrente do cuidar desses enfermos, considerando que, pelos dados demográficos, o seu número aumentará a cada dia nas instituições.

Sugerem-se, então, programas de estímulos, de rotatividade de pessoal formação de grupos de discussão profissional intra-hospitalar em torno do cuidado para a morte no idoso, cursos profissionais, de desenvolvimento humano e organização de atividades recreativas, sociais e de instâncias profissionais de atualização e capacitação.

Essa investigação significou, para mim, enquanto formadora de recursos de saúde, que devo rever alguns conteúdos das disciplinas que ministro, considerando, que o fenômeno que se des-velou a mim, é que estamos formando profissionais para “salvar vidas” e a realidade é que, em seu cotidiano vivido, acompanham o morrer das pessoas. Desde o compreendido até este momento devem-se incluir temas pertinentes ao humanismo, existencialidade, cuidado para a morte, ética e bioética para a morte, velhice e morte, tanatologia e temas de conhecimentos e experiências pessoais sobre aceitação da morte.

Impressionou-me escutar a pessoa tornar visível uma vivência com tal quantidade de elementos de um fenômeno, que ao ir-se des-velando diante de mim, fui percebendo que há outros elementos que necessitam serem investigados, de forma a possibilitar uma compreensão mais próxima desse fenômeno, o qual se manifesta sempre inacabado, de acordo com os pressupostos mesmos da fenomenologia. Outras investigações podem ser sugeridas a partir do des-velado nesse estudo: a vivência da equipe de saúde, a família e o paciente que venha propiciar a aproximação do cuidado ao idoso hospitalizado, frente à sua finitude.

Na experiência de des-velamento do fenômeno aos meus olhos, por meio da investigação qualitativa – modalidade fenomenológica considera que é uma opção de investigação para a área de saúde, a qual pode nos fundamentar para compreender o Ser, o Outro, o Mundo, o Ser-com-o-Outro, possibilitando-nos conhecer facetas do ser humano relativas ao Dasein dos enfermeiros, em seu mundo.

ABBAGNANO, N. **Diccionario de filosofía**. México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 2004.

ALVES, R. **Filosofia da ciência. Introdução ao jogo e suas regras**. 10ª. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981. p. 207.

ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, Viena, 26 de julio al 6 de agosto de 1982. **Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento**. Nueva York: ONU, 1983.

ASTUDILLO, E. D. A. H.; Mendinueta, C. A. **Los cuidados paliativos, una nueva forma de solidaridad internacional**. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos: Sovpal, 2001. Disponível em: <www.sovpal.org>. Acesso em: 16 de agosto de 2006.

ARIÈS, P. **La muerte en occidente**. Madrid (ES): Editora Argos Vergara, 1982

BABB, S. P. **Manual de Enfermería Gerontológico**. México: Editora McGraw-Hill Interamericana, 1998.

BEAUVOIR, S. D. **La vejez**. México: Editora Hermes, 1983.

BEHAR, D. **Un buen morir. Encontrando sentido al proceso de la muerte**. Colonia Santa Cruz Atoyac (México): Editorial Pax México, 2003. p. 156.

BEJARANO, P.; JARAMILLO, I. F. **Fundamentos de cuidados paliativos** Bogotá: Editorial Amazona, 1992.

BELLO, A. **Cultura e religiões. Uma leitura fenomenológica**. 1ª. Edição. Tradução Antonio Angonese. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1998. p. 199.

BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. 3ª. ed. Ribeirão Preto (SP): Editora Holos, 1998.

Boff, L. Conferencia dictada: la ética del corazón, por felix Población., Salamanca, 28 de mayo del 2007. **Diario del aire España**. Disponível em: <<http://www.piensachile.com/index.php/Leonardo-Boff-en-Salamanca-La-etica-del-corazon.html>>. Acesso em 17 de outubro de 2007.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**, 3ª. ed. Londrina (PR): Editora da UEL, 1996.

CAPALBO, C. Considerações sobre o Método Fenomenológico e a Enfermagem. **Rev. Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.22, p.192-197, out. 1994.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1987.

CARTA DE LOS AGENTES SANITARIOS. **Pontificio Consejo para la Pastoral e los Agentes Sanitarios**. Ciudad del Vaticano, 1995. Disponível em: <http://www.churchforum.org.mx/info/Familia/agent_sanit.htm>. Acesso em: FECHA.

CASSORLA, R.M.S. et al. **Da Morte: estudos brasileiros**. Campinas: Editora Papyrus, 1991.

CEREIJIDO, F. B.; CEREIJIDO M. **La vida el tiempo y la muerte**. México: Editora Fondo de Cultura Económica, 1996.

CHILE. **Programa Regional de Bioética OPS/OMS**. CIOMS: Pautas Éticas internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, 2003.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). **El CIE y el envejecimiento saludable: Desafío para la salud pública y la enfermería 2005**. Disponível em: http://www.icn.ch/matters_agingsp.htm. Acesso em: 22 de setembro de 2007.

COTRIM, G. **Fundamentos da filosofia**. 4ª. ed. São Paulo: Saraiva, 1989. p. 224.

DE LA CRUZ. El giro hermenéutico de la fenomenología: de Husserl a Heidegger. **Revista eletrônica de filosofia**, Madrid (ES), n. 38, março de 2005, p. 8-38. Disponível em: <<http://www.piensachile.com/index.php/Leonardo-Boff-en-Salamanca-La-etica-del-corazon.html>>. Acesso em: 17 de outubro de 2007.

DEBORAH, D. **Como cuidar a un enfermo terminal en casa**. México: Ed. Pax..

ESPINOZA, P.S. La pregunta es (también) mortal: a propósito de la “cura” en ser y tiempo. **Revista eletrônica de filosofia**, Madrid (ES), n. 39, maio de 2005, p.14. Disponível em: <<http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/>>. Acesso em 3 outubro de 2007.

KLAFKE, T.E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, R.M.S. et al. **Da Morte: Estudos Brasileiros**. Campinas (SP): Editora Papyrus, 1991.

FORGHIERI, Y. C. et al. **Fenomenologia e psicologia**. São Paulo: Cortez, 1993.

GARCIA, M. A. **Filosofia moderna**. 1ª. Edição. México: Jitanjáfora Morelia Editorial y Red Utopía A.C., 2004. p. 292.

GARCIA, L. M. V.; RODRIGUEZ, P. C.; TORONJO, G. A. M., **Enfermería S21 Enfermería del anciano**. Madrid: Editora Difusión Avances de Enfermería, 2002.

GUANAJUATO (ME). **Programa especial gerontológico del estado de guanajuato 2005-2025**. Guanajuato: Gobierno del estado de Guanajuato: 2005.

GILES. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU/Edusp, 1975 p. 129-84.

GÓMEZ, R. D.A. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Colombia, v.2, n.19, p.57-74, 2001.

GUTIÉRREZ, O. B. A. **O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva**. 2003. 226f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HEBMÜLLER, P. Psicología. **Jornal da USP**, São Paulo, 15 maio 2005, ano 20, n. 725.

HEIDEGGER, M. **El ser y el tiempo**. Tradução José Gaos. México: Editora Fondo de Cultura Económica, 2005.

HEIDEGGER, M. **¿Que es la filosofía?**, Tradução José Adrián Escudero. Barcelona: Herder Editorial, 2004.

HEIDEGGER, M. **Todos nós.....ninguém (um enfoque fenomenológico do social)**. Tradução Dulce Mara Cristelli. São Paulo: Editora Moraes, 1981.

HEIDEGGER, M. Introdução a leitura de ser e tempo de Martin Heidegger. Tradução Hervé Pasqua. 2ª. Edição. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. p. 200.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução José Eduardo Rivera. Disponível em: <<http://www.heideggeriana.com.ar>>. Acesso em: 3 de outubro de 2006.

HEIDEGGER, M. Disponível em: <<http://www.luventicus.org/articulos/02A027/heidegger.html>>. Acesso em: 3 de fevereiro de 2007.

HUSSERL, E. **Invitación a la fenomenología**. Tradução Antônio Zirion; Peter Baarder; Elsa Tabernic. Barcelona; Buenos Aires; México: Editorial Paidós, 1998.

IGLESIAS, P. M. S. La ciencia de los cuidados: marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. **Cultura de los Cuidados**, v.73, n. 19, 1º. Semestre de 2006. Disponível em: <http://rua.ua.es:8080/bitstream/10045/970/1/culturacuidados_19_10.pdf>. Acesso em: 2 de dezembro de 2007.

INEGI. **Estadísticas sociodemográficas por grandes grupos de edad, según entidad federativa, 2003**. Disponível em: <<http://www.inegi.gob.mx/inegi>> Acesso em: fevereiro de 2006.

JUAN PABLO II. **Carta a los ancianos**, Vaticano 1999. Disponível em: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/documents/hf_jp-ii_let_01101999_elderly_sp.html. Acesso em: 11 de novembro de 2005.

JUAN PABLO II. **Ancianidad y envejecimiento**. Mensaje del Papa, Con motivo de la cuaresma del 2005, Caritas, México, 2005. Disponível em: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=298>. Acesso em: 06 de setembro de 2005.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa Do Psicólogo: 2003. p. 175.

KRASSOIEVITCH, M. **Psicoterapia Geriátrica**. México: Fondo de la cultura Económica, 2005. p. 269.

KÜBLER –ROSS, E. **La muerte un amanecer**. 1ª. Edição. Espanha: Luciérnaga, 2002. p. 128.

_____. **La rueda de la vida**. Barcelona: Editorial Ediciones, 2003. p. 387.

_____. **Sobre la muerte y los moribundos**. Barcelona: Debolsillo, 2004. p. 360.

LANGARICA, S.R. **Gerontología y geriatría**. México: Editora Interamericana, 1987.

LINN, M. J.; LINN, M.; LINN, D. **Sanación de los moribundos**. México: Librería Parroquial.

MADRID. Plano de Ação Internacional de Envelhecimento. *Diário Oficial de la Unión*: Espanha, fevereiro de 2002.

MARTINS, J.E.S.; et al. **Temas fundamentais de fenomenologia**. São Paulo: Editora Moraes, 1984.

MARTINS, J.; BOEMER, M. R.; FERRAZ, A. C. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa - algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n. 24, v.1, p. 139-147, abril de 1990.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Pesquisa qualitativa**: Análise da estrutura do fenômeno. São Paulo: Editora Moraes, 1989.

MERCADO, A. **Paciente en fase terminal Intervención de enfermería**. México: Desarrollo Científico Enfermería, 2001.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Editora Gramond, 2004. p. 228.

MENDOZA A.G. **Filosofía Moderna:** Husserl-Scheller- Heidegger. 1ª. Edição. Jitanjáfora: Morelia México; Red Utopia, 2004. p. 292.

MÉXICO. **Norma Oficial Mexicana para a prestação de serviços de assistência social para menores e idosos.** 1999

MÉXICO. **Situación de envejecimiento en el estado de Guanajuato.** Guanajuato: COESPO, 2003.

MÉXICO. Ley de los derechos de las personas adultas mayores, 25 de junio de 2002. **Diario Oficial de la Federación**, Estados Unidos Mexicanos, de 26 janeiro de 2006. p. 1-19.

MÉXICO. Ley General De Salud, de 7 de febrero de 1984. **Diario Oficial de la Federación**, Estados Unidos Mexicanos, 19 de janeiro de 2007. p. 1-155.

MÉXICO. Programa de Acción: atención al envejecimiento. Publicación Secretaría de Salud. Diciembre de 2001. México: **Secretaría de Salud**. México 2001.

MÉXICO (DF). **Programa de acción para la atención del envejecimiento.** Secretaría de Salud, 2001.

MÉXICO (DF). **Sistema epidemiológico y estadístico de defunciones (Información preliminar).** Guanajuato: SSG – SEED, 2003.

MÉXICO. **Encuesta estatal para personas adultas mayores.** Guanajuato: UPIE-IISUNAM, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** 8ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, p.269

NOGUEIRA, J.C. A autenticidade e o Ser para a morte em Heidegger. In: INCONTRI, D. ; SANTOS, F.S. (org.) **A Arte de morrer:** visões plurais. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007, p. 303.

O’CONNOR, N. **Déjalos ir con amor:** la aception del duelo. México: Editorial Trillas, 2006. p.172.

OLIVEIRA, A.S. **Introdução ao pensamento filosófico.** São Paulo: Edições Loyola, 1981. p. 211.

ORTEGA; GASSETT. Envejecimiento desde lo individual y lo social y solo. In: GARCIA, L. M. V., RODRIGUEZ, P.C., TORONJO, G. A.M.A., **Enfermería S21 Enfermería del anciano.** Madrid (ES): Editorial Difusión Avances de Enfermería, 2002. p. 27

ORTIZ, Q.F. **El acto de Morir.** México: Editores de Textos Mexicanos, 2006.

OPS; OMS. **Contribución al desarrollo de la medicina paliativa**. Santiago: Acta Bioetica, 2001.p. 189.

OPS. **La salud en las Américas**. Washington: Publicación Científica,1998. p. 380.

OPS. **Comunicado de prensa América Latina y el Caribe por um envejecimiento saludable y activo**. Washington, 14 de diciembre del 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 16 de agosto de 2006.

OMS. **Año internacional de lãs personas mayores**. Washington: 2 de octubre de 1999

ONU, **Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad**, 16 de diciembre de 1991. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>>. Acesso em: 20 de agosto de 2006.

PALENCIA. **Calidad de la atención al final de la vida: Manual para el medico y la enfermera**. 1ª. Edição. México: Grama editora, 2006. p. 104.

PESSINI, L., Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. **Acta Bioetica**, Santiago de Chile, v. XII, n. 2, 2006. p. 231-242. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63010335>>. Acesso em: 26 de agosto de 2006.

PEREZ, G. S. **Investigación Cualitativa**. 4ª. Edição. Madrid (ES): La Muralla, 2004. p. 227.

PROGRAMA DE DESARROLLO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR (PRODIA). **Reflexiones de una vida: guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase terminal**. Chihuahua: Editora Consejo Directivo Fundación del empresariado Chihuahuense A.C., 2006. p. 33.

RAMÍREZ, B. É. J.; LONA M. E. **La enfermería en Guanajuato: Algunas reflexiones**. León: Facultad de Medicina de León da Universidad de Guanajuato, 2004.

REYES, Z. A. **Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia**. México: Editorial Curso fundamental de tanatología, 1991.

RODRÍGUES, P. R. A.; et al. **Como cuidar dos idosos**. 4ª. Edição. Campinas (SP): Editora Papirus, 2004.

SSG. Anuario Estadístico 2002 del Estado de Guanajuato. **Gobierno del estado de Guanajuato: SSG, 2002**.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um Caminhar na aproximação da Entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 5, p.13-17, julho 1997.

STEINER, G. **As ideais de Heidegger**. Tradução Álvaro Cabral, 1ª. edição, São Paulo: Editora Cultrix, 1978. p.138.

Scheler (1933) pg. 66 capitulo del libro MENDOZA Adalberto.García. Filosofía Moderna, Husserl-Scheller- Heidegger, 1ª. Edición Morelia México, Red Utopia, Jitanjáfora, 2004 p. 292.

TELES, A. X., **Introdução ao estudo de filosofia**. 16ª. ed. São Paulo: Editora Ática, 1979. p. 208.

THOMAS, L. V. **Antropología de la muerte**. México: Editorial Pax, 1983.

VALLE, E.R.M. ; BOEMER, M. R. ; ZANETTI, M. L. ; VALLE, E. R. M. . A Idéia de Morte No Idoso: Uma Abordagem Compreensiva. In: CASSORLA, R.M.S **Da Morte: Estudos Brasileiros**. Campinas (SP): PAPIRUS, 1991. p. 119-130

VALLE, E.R.M. **Câncer infantil**: compreender e agir. Campinas: Editorial Psy, 1997.

ZUBÌRIA, A. R. **Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia**: Curso fundamental de tanatología III. México: Editorial Curso fundamental de tanatología , 1991.

WYNTER, E. R. **Alatorre, La investigación en Enfermería: una mirada desde el enfoque de género**. PRIMER CONGRESO SOBRE LA INVESTIGACIÓN EN FACULTADES Y ESCUELAS. Disponível em: <<http://www.cife.unam.mx/Programa/D17/01F-Quimica-B/Alatorre-Wynter.pdf>> Acesso em: 5 de dezembro de 2007.

Anexo A

Celaya, Gto., 5 de Julio de 2007
Oficio No. HGC/CEE/036-07
**Asunto: Autorización para
realizar investigación**

MA. GUADALUPE OJEDA VARGAS
ESTUDIANTE DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE SAO PAULO
P R E S E N T E

Por la presente me es grato saludarle y a la vez informarle lo siguiente: en respuesta a su oficio fechado el día 19 de junio del año en curso en el cual solicita la autorización para aplicar encuestas al personal de enfermería bajo el protocolo de investigación denominado **Vivencia de las enfermeras en el cuidado del adulto mayor terminal hospitalizado**, he de informarle que de acuerdo al dictamen emitido por el comité de investigación de este Hospital no existe ningún inconveniente en otorgarle la autorización para el fin del levantamiento de encuestas.

De igual manera le recordamos que deberá apegarse a los lineamientos normativos para la práctica clínica de enfermería en el Hospital General de Celaya.

Sin otro particular quedo de Usted su atento y seguro servidor.

Atentamente

Atentamente

"GUANAJUATO CONTIGO VAMOS"

DR. GREGORIO MARTIN DEL CAMPO AGUIRRE
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE CELAYA

C.C.P. Archivo

GMCA/FJJS

www.guanajuato.gob.mx

HOSPITAL CELAYA
Gov. Víctor Lizardi y Juan B. Castelazo, Col. Valle del Real, C.P. 38020, Celaya, Gto. salud@guanajuato.gob.mx

Anexo B

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

Mutualismo No. 303 Apdo. Postal 91 Celaya, Gto. ☎/Fax (461) 615 36 48 y 615 36 65

Celaya, Gto., 15 de Diciembre de 2006.

M.I.E. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas
Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería
Presente.

Por este conducto, me permito comunicarle que el Comité de Bioética realizó la primer revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado ***“Vivencia de las enfermeras en el cuidado del adulto mayor terminal hospitalizado, desde la perspectiva fenomenológica”***, el Comité dictaminó que se aprueba.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“LA VERDAD OS HARÁ LIBRES”
UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Facultad de Enfermería y Obst. de Celaya

MTRA. ROSALINA DÍAZ GUERRERO
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

PSIC. ELISA GUERRERO FERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAY

Anexo C

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA ENFERMERAS

Por este medio manifiesto **mi consentimiento** de participar en la investigación que realiza la Estudiante del Doctorado en Ciencias de la enfermería de la escuela de Ribeirao Preto de la universidad de Sao Paolo Brasil y la facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya de la Universidad de Guanajuato Ma. Guadalupe Ojeda Vargas, con el tema: El cuidado de enfermería al adulto mayor terminal hospitalizado,

La investigación tiene por objeto: Comprender como el personal de enfermería vivencia la experiencia y práctica de cuidar al adulto mayor moribundo en el ámbito hospitalario en las instituciones de salud pública de Celaya.

Toda vez que me ha quedado claro que mi participación será el contestar una entrevista, la cual será grabada, lo que permitirá no perder información, la entrevista será realizada donde yo lo decida y acordado con Ma. Guadalupe previamente y no durara más de 1 hora.

Comprendo que fui elegida por ofrecer atención al adulto mayor moribundo y que mi participación permitirá obtener nuevos elementos para el cuidado del adulto mayor terminal, para mi persona y en el futuro servirá a la profesión para obtener mayores conocimientos en esta área y que la información será manejada solo para el estudio y de manera confidencial sin ser utilizada mi identidad, durante la investigación o en la publicación de los resultados.

Mi participación será libre, sin remuneración alguna del estudio y podré retirarme en el momento que yo lo manifieste, sin que esto tenga ninguna repercusión en mi persona o por mi trabajo, así mismo podré obtener información sobre la investigación o los resultados de la misma, en el momento que lo solicite recurriendo a Ma. Guadalupe Ojeda Vargas la cual puedo localizar en circuito de san Miguel 134, Fraccionamiento Jardines del centro o al teléfono 61 24272, o en el cel. 4611060135

Acepto _____ Fecha _____

Testigo _____

Testigo _____

Apendice A

Entrevistada Azucena

Investigadora (I). Gracias por aceptar colaborar tengo una pregunta:

¿Qué significa para usted cuidar a un adulto mayor terminal?

A. bueno es mi experiencia complicada porque sabemos que nos vamos a ir que nos vamos a retirar de lo que es la vida, ¿a donde vamos? ; no lo sé!, pero dentro del mismo paciente como una persona, la misma edad, las experiencias, la convivencia que ha tenido y saberse enfermo y predecir en cierto momento su final, en cierto modo quizá no sepa manifestar una ayuda ¿de qué hago, a dónde voy, cómo me siento? pero mucho de lo que uno es como persona, las experiencias, cómo fue educado dentro de la familia y las experiencias que ha llevado en la vida, más lo que uno se capacita y ha leído, es lo que da la pauta al comportamiento; sí, porque yo considero que es un gran compromiso ese punto de partida de la persona.

I. ¿Para ti que significa acompañar?

A. No sabría con certeza, en una ocasión un paciente fue internado y este paciente había tardado aproximadamente una hora mínimo en que el perdió el sentido de la realidad en su domicilio y cuando despierta está en Cuidados Intensivos, este paciente acudió, o más bien lo llevaron sus familiares, vivía solo con su esposa en una comunidad, se acostaban solos, la señora a medio día dio una dormitada, estando ellos platicando, ella le dijo me voy ha ir hacer de comer y ahorita te hablo se fue regresa y nada, no más no contesta, dormido y dormido y lo dejó otro rato, y al rato regresa e igual, entonces le preocupó y fue por su hijo regresó con éste, igual, nada y nada, hablan a una ambulancia lo traen hasta acá, de Empalme Escobedo hacia acá, serán una 20 a 30 minutos, le dan maniobras y se queda hospitalizado y que despierta entonces yo me acerco al paciente y le pregunto que ¿cómo está?, ¿cómo se encuentra?, ¿Cómo se siente? y duda en darme su experiencia y su experiencia al final de cuentas, es la siguiente: El dice que estaba dormido y de repente vio, en un camino se vio el solo, pero...¿como puedo describirlo? lo que él comentó que él se veía como a una ribera de río por donde había espinas, ramas, piedras, tierra y del otro lado del río veía sus familiares, conocidos que él sabía que estaban muertos y hablaban, él sentía también que quería ir a su encuentro y buscaba por donde atravesar, entonces llega a una distancia donde ve una luz intensa y trata de pasar y no puede, pero escucha tan intenso su nombre que despierta y allí termina su experiencia. Entonces esa experiencia es lo que en ese momento él comentó, que se sintió muy a gusto y no hubiera querido regresar, ¿pero que patología tenía él aparentemente? Ninguna, únicamente esa fue la experiencia que él manifestó.

I. Y para ti ¿qué significó esto?

A. Eso es para mí asombroso, yo he leído libros acerca de vida después de la vida y cosas por el estilo, la experiencia de los que han participado en eso y regresan...sus comentarios positivos respecto a la experiencia y al cambio de vida pero hay quienes lo refieren en forma negativa, en cuanto su comportamiento en la vida diaria, malo, porque así ellos lo comentan, y cuando sucede esta experiencia cambian notablemente su forma de vivir ellos mismos pero con relación a los demás, son irreconocibles,

I. Para ti como enfermera esto ¿que significado tiene?

A. Eso es asombroso porque nadie ha comentado o está reconocido el que alguien haya estado, no sé en el espacio, porque hay quienes dicen me vi, que me estaban haciendo y se dan cuenta de todo lo que sucedió como estaban, sí, pero más sin embargo queda en la incógnita de qué es verdad o que hay más allá, sí, pero es un gran compromiso porque en el más allá, mientras es o no es tanto se nos comenta o se nos dice todo paciente que está en estado de coma, hay que hablarle, hay que motivarle, porque no sabemos hasta en qué momento deja de estar presente, sí, entonces te comento que lo último que se pierde es la audición, verdad...mientras eso sucede son dignos de respeto, como individuos, como personas y ya ni se diga por todo lo vivido de esa persona que es una vida, una biblioteca andante en todo tipo de experiencia, es un compromiso el estar cerca de ellos, el no abandonarlos, el proponerles en cierto modo ayuda, alguna ayuda de tipo espiritual, más que lo físico ya que por eso acudieron al medio hospitalario, pero lo espiritual muchas veces se olvida, se deja de lado, muchas veces quizá tenga que ver el comportamiento del mismo paciente, su patología que puede caer en que se catalogue al paciente como una persona fastidiosa, necia, impertinente, porque las patologías afectan la conciencia del ser, se les ha agredido y después cuando ellos recuperan la salud no se acuerdan de nada, entonces, hasta donde es culpable del comportamiento, no verdad, es un gran compromiso como sería también aquella ocasión en que alguien dijo puedo traer el chamán, dentro de la desesperación de las personas, vaya ya no el mismo paciente, los familiares que están viendo que la medicina les está proporcionando toda la ayuda, más sin embargo la respuesta no llega, entonces en su querer que su familiar no se vaya, que permanezca todavía con nosotros aquí, hacen hasta lo imposible, sí, donde entra también aquello de la medicina tradicional, de hacer una limpia, eso todo mundo lo ha visto que lo practican y en nuestro medio no lo vemos, pero vemos actitudes del familiar, que nos dicen están haciendo esto, que puede ser a lo mejor una plantita o una ramita de repente aparece en la cama del paciente y que nos dice que vinieron a hacer una limpia, sí, esa es también la desesperación de los familiares. de dar una palabra de aliento de ánimo a los familiares, el fin que todos vamos a tener y que todos vamos a llegar ahí, pero más sin embargo, no queremos que suceda, pero en ese momento se terminan las palabras, por allí alguien dijo que el órgano más importante en la vida es el hombro, no es el pulmón, no es el corazón, sino que es el hombro, porque cuando tu sientes una palmadita en el hombro, vaya ya, no, si es un abrazo mejor, mucho

mejor pero eso te infunde ánimos, tranquilidad, confianza, que no estás solo, que estás con alguien más, que cuentas con alguien más y muchas veces sí, ¿porqué no? hemos llegado a llorar con los familiares, pero es una manera que ha servido como de escape, ante el no poder hablar ni decir más nada, y obvio seguir recordándolos toda la vida, porque los casos que he comentado sucedieron hace más de 10 años y seguirán presentes hasta el final, porque son casos que aprendimos de ellos, nos enseñaron mucho y seguirán siendo un ejemplo para continuar enseñándoles a las nuevas generaciones. (nudo en la garganta, ojos llorosos).

I. ¿Qué otra cosa te gustaría compartirme sobre ese vivir con estos pacientes?

A. Mira he visto muchos programas en la televisión quizás a alguien más pueda decir algo semejante, hay un programa donde comentan casos insólitos de este tipo, hablan de diferentes edades pero no precisamente del adulto mayor, la experiencia es con la muerte, sí entonces dijera por allí mi papá” Hay Lucia quiero, porque esa es igual con todos, a toditos por igual nos va a llevar”, a chicos y a grandes y en cualquier momento, ella no se pone a fijar en otras cosas, entonces deberemos estar preparados para ese día pero como no queremos que llegue, no lo hacemos por muy leídos que estemos en los temas en la espiritualidad y además nadie está preparado para esa hora.

I. ¿Tu consideras que estás preparada para acompañar a los adultos mayores para su encuentro con la muerte?

A. Sí, sé que me costaría muchas lágrimas para estar soportando las vivencias de esas situaciones de esos momentos, pero sí sería muy agradable, porque bueno las personas mayores, si nos remontamos a su vivencia, si es en la familia o si es en un sitio de reunión como son los asilos, son tantas las experiencias y tanto que compartir con estas personas, que están deseosas de que los escuchen, pero su familia no los escucha porque están cansados de oír dos o tres veces al día, día con día lo mismo, pero son unas personas tan divinas que a diferencia de los niños, porque son los extremos pero son diferentes porque con los adultos puedes comentar, ver, platicar y si he leído o visto películas de la época de la que ellos están hablando, quizás los podemos comprender mejor, sí, pero mi experiencia con ellos no ha sido muy abundante, con la muerte sí pero con los adultos mayores no es tan enriquecida como se pensaría después de tantos años de práctica.

I. ¿Cuántos años tienes trabajando en Enfermería?

A. De 1975 a 1976 hice mi Servicio Social, de 1976 a 1977 trabajé a nivel particular, de 1977 al 2005 en el IMSS, de 1980 al 2005 en Cuidados Intensivos, como Especialista fueron 12 años, los Cuidados Intensivos antes estaban en pañales y como iniciaba por necesidad, aprendí y en 1983 hice mi curso de Especialidad en Cuidados Intensivos.

I. ¿Después de tu especialidad tuviste alguna formación tanatológica?

A. Participé en congresos, en congresos de bioética y cursos que nos daban en el Instituto, ahora ya estoy jubilada. Donde nos daban cursos fonográficos, sesiones o conferencias donde participamos.

I. ¿Alguna forma personal en que tú hayas buscado prepararte para acompañar a las personas en su encuentro con la muerte?

A. siempre me ha llamado la atención ¿en qué hay más allá? y ese mismo preguntarme, me llama la atención con los pacientes cuando me entero que tuvieron algún evento, me acerco busco el momento adecuado para comentar con ellos acerca de su experiencia, sí es que la recuerdan, sí es que la vivieron, pero fíjate, estamos hablando de los adultos mayores, ahorita recuerdo de un paciente él falleció y lo teníamos con apoyo ventilatorio, monitoreo electrocardiográfico y se determinó que había fallecido, me dan la indicación de que retire todo, pero yo no retiro nada, las facies del paciente cambiaban, él no respiraba, lo seguía manteniendo con el ventilador, funcionaba el ventilador porque estaba conectado y programado pero no había actividad cardíaca, más sin embargo, su cara, su frente, y sus ojos los fruncía con una expresión de terror de miedo, ¿qué fue? no lo sé nadie me lo pudo explicar, si me llevé una llamada de atención porque había pasado media hora y yo no acataba la indicación médica, los familiares se querían llevar a su paciente, pero yo no me atrevía a desconectarlo hasta que dejé de hacer expresiones faciales, ¿que sucedió allí? tampoco lo sé, no sé que sea.

I. ¿Qué otro cuidado le diste al paciente?

A. En ese momento únicamente oré por él para que tuviera tranquilidad, dentro del Instituto, se supone que es una Institución que no mira nada, es abierta a toda la población y puede ir de una religión o de otra, en nuestro medio predomina la católica, o eso creemos porque hay muchos pacientes que pertenecen a otro grupo y no se les permite, muchos llevan sus imágenes, su Biblia, sus oraciones escritas, no sé algún escapulario, algún rosario, y muchas veces por el tipo de lugar donde estamos en Cuidados Intensivos interfieren dentro de todas las fijaciones que ponemos al paciente, fijaciones de equipo y entonces se puede prestar a que se extravíen y les pedimos a los familiares que lo menos que puedan y colocarlo en un lugar donde no interfiera para las actividades del personal, pero hasta ahorita solo los de la religión católica son los que han hecho eso, realmente los de otra religión como los cristianos ellos únicamente lo que hacen es la Biblia van sus representantes y les leen, pero no les dejan nada a reserva de que ellos puedan tener allí su Biblia pero nada más, en mi caso lo que hago es orar, el camino que vamos a recorrer es el mismo, y si yo creo que mis oraciones pueden servirle de algo, nadie sabe si le ayudan o no, pero para mí me ayudan a que yo esté tranquila porque para mí fue importante poder colaborar con él porque quizá él no pudo hacerlo por si mismo.

I. ¿Qué les dirías a las estudiantes de Enfermería que deben tener presente al acompañar a un adulto mayor en su encuentro con la muerte?

A. Hay una cosa que yo he detectado, en las escuelas estamos enseñándolos a protegerse de las enfermedades de tipo infeccioso, pero para la protección está el uso de guantes, Hay un procedimiento que nosotros hacemos y es

---

el baño de esponja y obvio cuando lo hacemos traemos guantes, pero hay un momento en que requerimos de la ayuda de alguien para que detenga al paciente para voltearlo, y poder lavar el dorso, en cuanto a mí cuando yo lavo el dorso no uso guantes, porque si yo lo siento lo deben sentir ellos, que de piel a piel el contacto es muy importante porque se siente el calor de la mano, las sensaciones están en la piel, no las podemos transmitir por el guante, podemos tocar sentir la textura pero podemos transmitir sensaciones porque estamos hablando del paciente terminal, este paciente lo que necesita es afecto y el afecto lo da eso, que te acerques y que lo toques.

LA ENTREVISTA DURÓ 40 MIN. PERO, SOLO SE GRABÖ 30 MINUTOS YA QUE POR ENSIMISMAMIENTO EN LA ENTREVISTA SE OLVIDO GIRAR EL CASSETTE.

Apéndice B

Entrevista Beatriz

Gracias por aceptar colaborar.

I. ¿Podrías compartirme para ti como Enfermera qué significa acompañar al adulto mayor en su encuentro con la muerte?

B. Como enfermera significa quizás una de las actividades más importantes que realicé, pues siempre he considerado al adulto mayor como un tesoro para la juventud, al adulto mayor considero que se le debe de atender con todo el amor que una Enfermera tiene, porque jamás habrá otra persona con tanta experiencia en la vida, que nos pueda aconsejar. Se lo merece de verdad.

I. ¿Y tú como Enfermera como vives esa experiencia?

B. Vivo de la manera más segura por sus consejos que he recibido de algunos de los pacientes o adultos mayores. Lo mejor es estar con él en los momentos cuando más me necesita, no descuidarme de ninguna indicación del médico, respetar los minutos de vida con toda ética.

I. ¿Qué significado tiene para ti como Enfermera la muerte?

B. Por mi religión significa el desprendimiento del alma del cuerpo, para la resurrección, únicamente significa muerte corporal.

I. ¿Qué significa la muerte del paciente que cuidas?

B. Pues que es un ser que deja de existir en determinado momento y en ciertas circunstancias.

I. ¿Qué más me quieres compartir sobre como vive Enfermería el cuidado del adulto mayor terminal hospitalizado?

B. Depende de la ética profesional de cada una, es muy diferente, en el medio donde duré 30 .5 años de antigüedad, parecía en algunas enfermeras que el adulto mayor es una persona que está robando el oxígeno a los demás y que ya no se le debe hacer nada. En otras enfermeras su respeto ante el paciente y sus familiares, hay el pensamiento un poco general en el personal de Enfermería de dicha Institución que parece que a esa etapa nunca se va a llegar y que estamos exentos de llegar a esa edad y por eso actuamos así. bueno toda mi admiración para el adulto mayor, porque ellos, me han dado tesoros, que son parte de una vida, y nos la regalan sin costo alguno y no sabemos descubrir todo lo que ellos tienen de riqueza atesorada, con tantos años de experiencia.

Apéndice C

Entrevista Consuelo

I. Gracias por aceptar colaborar, Tenemos sólo una pregunta:

¿Qué significado tiene para ti el cuidado que proporcionas a un adulto mayor en su encuentro con la muerte?

C. Yo he tenido la experiencia de trabajar generalmente con adultos mayores y en su trance de muerte, el proceso de muerte en la mayoría de los casos es triste es doloroso, sufren mucho, traen muchos remordimientos de su etapa de juventud o de adultos o como papás la mayoría fueron malos y en estos momentos se arrepienten y lloran mucho y tienen la necesidad muy grande de reencontrarse con su familia o de estar cerca de Dios o de pedir un apoyo espiritual, es lo que siempre piden.

Y no quieren que los dejemos solos en ningún momento, sea Enfermería o sea el familiar o cualquier persona que esté cerca de ellos. La mayoría de las veces hemos visto que los dejan abandonados y mueren solos, es muy triste, yo en un principio cuando se me morían los pacientes me relacionaba mucho con ellos, hacia mucha amistad con ellos y con la familia y cuando morían aparte de darles la reanimación y todo el proceso, cuando no salían del paro, prepararlos para amortajarlos, les rezaba en voz alta, independiente de la religión que profesaran yo les rezaba y los persignaba y en algunas ocasiones llegué a llorar.

Y me sentí muy mal cuando unos compañeros se empezaron a reír de mí, estábamos amortajándolo y yo empecé a rezar el réquiem o lo que a mí me habían enseñado, perdónalo y se empezaron a reír y me dijeron B es que eso no va, eso no nos corresponde a nosotros y no tienes porqué hacerlo, entonces a partir de ese momento como que me bloquee, ahora lo hago pero de una manera yo sola en mí pensamiento, se muere mi paciente estoy con él lo escucho y rezo a la hora que lo estoy amortajando, rezo lo persigno y pido para que descanse, que Dios lo perdone en todos sus pecados nada más, lo trato dignamente no por el hecho de que esté muerto o ya no tenga vida en ese momento, lo volteamos o lo protejo con sábanas no exhibiéndolo y proteger al otro paciente que está al lado y al mismo paciente que estamos amortajando y darle al familiar un tiempo de estar con él antes de amortajarlo.

I. ¿Para ti que significa estar ahí, brindar un cuidado a ese paciente?

C. Ha sido muy difícil, porque soy muy sentimental, en primer lugar..... y no me gusta que la gente se muera....ahora lo entiendo con el paso de los años.... Tengo 17 años de antigüedad, este...no es fácil, es un ciclo que se tiene que cerrar, que no podemos aferrarnos aquí y que darle un cuidado o una atención digna en su proceso de la muerte aunque sea en el hospital, lo más digno, lo más respetuoso que se pueda, respetando siempre a la familia y al mismo paciente.

I. ¿Qué cuidados das a ese adulto mayor, qué vives en ese mundo de Enfermería?

C. Actualmente mucha indiferencia, no hay respeto, no hay el cuidado como que decimos. "anciano" o "paciente de la tercera edad" y lo dejamos, o "ya se va a morir", o "vinieron nada más a traerlo a que se muera aquí", algunas compañeras me critican porque a veces no les hablo por su nombre, siempre "mí abuelo" o "mí abuela", "madre", a lo mejor es una falta de respeto, pero es un contacto que siento yo que está más cercano conmigo hacia ellos y he tenido respuestas muy bonitas, me han dado la oportunidad de entrar también a ellos a su familia, dicen que cuando muere una persona debemos de acompañarla hasta su funeral y llevar todo el ritual con la familia, no perder el contacto con la familia como enfermeras, pero eso no lo puedo llevar porque me involucro mucho con ellos y me gusta trabajar con los pacientes de la tercera edad.

I. ¿Cómo es para ti esa experiencia como Enfermera con el adulto mayor?

C. Yo he aprendido mucho con mi familia, en mi familia la mayoría son grandes y yo creo que me identifiqué mucho con ellos y ya luego viene al trabajo, ahí tuve una escuela de cómo tratarlo, le enseñan a uno muchas cosas, tienen experiencias grandes que compartir, no sé es muy bonito a mí me ha enriquecido mucho la convivencia con ellos y quiero seguir trabajando con ellos, si pudiera ayudarlos en más, porque son como niños chiquitos pero... se dejan chiquear, se dejan apapachar, hay muchas anécdotas que cuentan que lo transportan a uno, en muchas cosas y no sé como que tienen una sabiduría grandísima, que yo puedo sacar de ahí mucho, en todas sus experiencias para yo compartir con los demás o con mi propia familia.

I. ¿Qué cuidados das al adulto mayor que está próximo a su encuentro con la muerte?

C. Procuro estar siempre con él, lo más que pueda estar con él, platicar, tienen mucho miedo, preguntan si se van a morir, si van a estar solos, si puede estar un familiar con ellos, en muchas ocasiones me ha tocado rezar con ellos, eso los tranquiliza mucho o leerles alguna revista o un cuento y siempre tocarlos en la mano, acariciarlos, hablarles muy cerca, en Enfermería yo creo que los medicamentos son como secundarios, son básicos pero, como que la atención, el apapacho, la comunicación, el cuidado el hablar es lo básico, el que se sientan que todavía son importantes, aunque sea por un ratito más, pero eso me gusta mucho.

I. Compárteme eso que tu consideres que me puede llevar a comprender lo que tu vives en ese acompañar al adulto mayor a su encuentro con la muerte.

C. Por ejemplo, un paciente, un amigo de 85 años en fase terminal, lo conocí a través de mi esposo y siempre nos dio buenos consejos a los dos, "quíranse mucho, respétense mucho, él llegó con su esposa a cumplir 50 años de casado, nos hablaba maravillas de su matrimonio y de sus hijos, cuando le detectaron el cáncer, no lo podía creer, decía que no, le fue muy difícil aceptarlo, decía que ¿por qué a él? ¿por qué a mí? no sabemos los designios de Dios, tampoco es un castigo, pero aquí estamos yo no sé lo que voy a esperar mañana, aquí estamos, duró un año y se fue deteriorando y deteriorando al final que fui a verlo, pues yo no sé si hice bien o mal, pero lloré mucho

con él, yo le preguntaba: ¿qué era lo que le hacía falta que si yo le podía ayudar en algo? (rompe en llanto .....) y me tomó de la mano y me dice lo único que necesito y que quiero es que venga Dios por mí, y no me aguante y me puse a llorar con él, le dije Dios está con usted y con todos nosotros, pero cuando esté listo y cuando esté preparado, entréguese a él de corazón y lo va a estar esperando con los brazos abiertos... y su familia va a estar bien y va a estar contenta de que usted se vaya tranquilo y váyase sin pendiente, y no me aguanté y me puse a llorar, y mi esposo se molestó un poquito porque yo me puse a llorar, porque dice que todas esas cosas me afectan que no es bueno que llore, que no es bueno que le demuestre al paciente que estoy llorando que me duele y después de eso me salió le di su beso lo abracé, le dije lo quiero mucho, le agradezco todo lo que a mí me enseñó y cuando esté preparado Dios va a venir por usted, al día siguiente murió, me avisaron en la mañana que había fallecido como a las 11 de la mañana, me sentí mucho más mal, decía mi esposo ya ves no le hubieras dicho nada, no sé si fue bueno o fue malo, pero igual me pasó con mi mamá. También cuando murió mi mamá estuve con ella la respeté, hablamos mucho, ella no tenía miedo a la muerte, le dije vas a estar bien en el momento en que tu decidas irte, estuve con ella casi las 24 horas del día no me separaba de ella la bañaba, la cambiaba me dormía con ella, la abrazaba, le ponía música, le leía, la besé mucho, platiqué con ella mucho, le di las gracias por todo, todo lo que me había dado, lo que me había compartido y la oportunidad que me diste de traerme, de ser algo en la vida, y yo te agradezco mucho y sé que donde vas a estar vas a estar bien, y nos vas a estar echando la mano desde ahí.

Y ahora en cada paciente me la recuerdan y digo por mi mamá tengo que dar el todo por el todo por ella, cada uno de mis pacientes me la recuerda mucho....(llora .....silencio....)

I. ¿Hay algo más que te gustaría compartirme?

C. Antes tenía mucho miedo de la muerte, ahora no, no le tengo miedo me enfrento a ella día a día y a veces en contra de ella, ya no me da miedo s que va a ser el final de cada uno de nosotros no la reto, pero trato de estar con ella lo más bien de ayudar a mi paciente en el momento en que va llegar a su etapa final, prepararlo, ayudar a la familia prepararme yo para ayudar más a la familia y al paciente. Y hablar con mis compañeras porque a la mayoría de mis compañeras no les gusta hablar de estos temas, ni a mis compañeros médicos ni a nadie, es un reto para mí esto de hablar del tema de la muerte o tratar a los pacientes en fase Terminal.

I. ¿Por qué dices que las enfermeras y médicos no quieren hablar de la muerte?

C. Yo no sé si es falta de cultura o es miedo también, o es desconocimiento porque ignorancia no, todos tenemos el conocimiento, hay en mi Institución muchos cursos, pláticas de enseñanza de nutrición, de muchos temas pero nunca hablan del paciente en fase terminal, nunca quieren tocar el tema. Hay una paciente en piso el martes la vi, está muy mal, y está conciente, dice que ya quiere que la dejemos ir, me tomaba de la mano, yo le decía pídele mucho a Dios y tu está preparada, y hayas ya platicado con tu familia, pídale mucho a El te va a ayudar, al día siguiente llegó el médico que la iban a pasar a quirófano, que le iban a poner sangre, que le iban a hacer otros estudios, yo pregunté al médico ¿por qué no le pregunta a la paciente que es lo que realmente quiere? a veces yo no sé pienso que los médicos o nosotras nos creemos dioses, pensamos que tenemos el poder y dijo que la familia le había pedido que luchara mucho por la paciente, es una paciente en fase terminal, yo espero poder verla el sábado para platicar con ella y como que eso es prolongarle su agonía y a veces no respetamos realmente lo que la paciente quiere o necesita, o las hijas se ensañan, es el miedo a perderla, no sé no he platicado con ellas abiertamente, pero no sé cuál sea su temor o miedo a perder realmente a su mamá.

I. Cuando tu te refieres a que te vas a ir cuando tu decidas ¿Por qué lo dices así?

C. Yo digo que es cuando ellos realmente encuentran su paz interior o que se hayan desprendido de todo lo material de aquí, aunque es muy difícil pero.... (Llora) eso lo ví con mi mamá yo la veía ya cansada de luchar y luchar, le decía cuando tu consideres que estás lista para irte, vete mamá, lo material aquí se va a quedar, pero tu vete tranquila ...(Llora) ..... yo creo que es cuando encuentran una paz interior un acercamiento con Dios pienso que es eso, Mi mamá tuvo la oportunidad de despedirse de nosotros, concientemente de perdonarnos, de comunicarnos, y pienso que eso es como la preparación para irse para entrar a eso que nosotros llamamos el reino, es lo que pienso que cuando estén ellos listos para El .

I. ¿Qué es el cuidado de Enfermería, cómo lo describirías?

C. Yo creo que es todo el conjunto de procedimientos, aparte de atención, de comunicación, de respeto con el paciente, de cuidarlo, mantenerlo limpio, aseado, cuidar su alimentación, no olvidando su parte espiritual, su integración con la familia, como que es estar más con él, platicando más con él, mayor comunicación, más que un procedimiento es una comunicación más estrecha no como Enfermera sino como un acompañante, no es el típico ver a la Enfermera de blanco, sino es mucho apapacho mucho escucharlo, es como estar más en contacto con él, no sé si me explico.

I. ¿Cómo cuida Enfermería al adulto mayor terminal en tu Institución?

C. En mi Institución muy mal dentro, no hay camas adecuadas para ellos, con barandales, con protecciones, de colchones especiales, una alimentación especial para ellos, no se les proporciona lo que se requiere para ellos, si es diabético debe ser la establecida para ella, no tomamos en cuenta si él quiere un taquito o algo especial, o algo que él quiera, no es como si estuviera en su casa, escuchando música, viendo televisión con su familia, en el hospital no es lo que yo espero de mis compañeros, hay mucha apatía hacia el adulto mayor, hay discriminación, indiferencia, a la mayoría no les gusta trabajar con el adulto mayor, porque hay que cambiarle de pañal porque ya se vomitó, se sacó el suero, no hay la disponibilidad del personal para estar con ellos.

I. ¿Cómo vive Enfermería esta experiencia?

C. La mayoría va a trabajar, porque tiene que trabajar, por una obligación, o por necesidad, no hay vocación hacia el adulto mayor, no les gusta mucho trabajar con ellos, como que, que es apatía, no hay un área especial, no sé si cambiaría si hubiera un área aunque sea con seis camitas, con barandales, con protecciones, con color bonito, algo diferente que a ellos los estimule los motive, no les sea un hospital tan indiferente, que les traigan algo de la casa de lo que ellos quieren comer, y a los compañeros que les gusta trabajar con ellos están en otros servicios y no hay el tiempo, si el paciente no se mueve no lo movemos, no lo cambiamos de posición, mucha indiferencia.

I. ¿Cuando sucede el encuentro del adulto mayor con la muerte tú como Enfermera cómo vives esta experiencia?

C. La mayoría comenta, ya descansó, ya estaba viejito, estaba muy cansado.

I. Pero ¿cómo la vives?

C. Para mí siempre me deja experiencia, me estresa, me entristece, me siento como frustrada porque no hice lo que más pude hacer por mi paciente, algunas veces en la noche se muere solito y a las 2 ó 3 horas nos damos cuenta, se le avisa al medico y él va, no hay esa cercanía, ese respeto, ese amor hacia el paciente, no hay ese sentido humano, se ha perdido, yo soy la sentimental del piso y salgo llorando de la guardia llevo a mi casa y le digo a mi esposo se me murió un paciente y él me dice me da la impresión de que tú lo mataste, no le digo, pero es que me siento mal, ese día me deprimó no como, pero tengo que entender que es parte de la vida misma, en el hospital es muy triste, es frío, lo más solo, lo más indiferente,

Una vez un paciente me dijo en terapia que tenía mucho miedo de morir y que no lo dejara solo porque su esposa había muerto en ese mismo hospital, le dije no te preocupes yo me voy a quedar contigo, nos pusimos a rezar y de repente me dijo, ya vienen por mí están atrás de ti, y yo empecé a moverme, le dije aquí no hay nadie estamos solos, empezó a llorar, se taquicardizó, me voltee le dije no hay nadie, y dijo está atrás de ti, me quiso dar miedo pero dije, no vas a venir por mi paciente, ahorita me lo dejas tranquilo y fui le agarré la mano, le dije quieres que recemos me dijo sí, pero era una ansiedad y un miedo, nos pusimos a rezar después de un rato le dije ya se fue, me dijo no está atrás de ti allí sigue, me puse a rezar y le dije, no quiero problemas, quiero que dejes en paz a mi paciente no sé si este es el momento pero a mi paciente lo dejas tranquilo, Pero no pude tranquilizarlo en toda la noche, a pesar del medicamento, salió de terapia, estuvo en piso y allí lo vi., ya ves no que venían por ti, mentiras te querían llevar a dar la vuelta, me dijo no, todavía no estoy preparado. No sé ellos lo ven, lo perciben, me dijo que era gente que el conocía de hace muchos años, afortunadamente él salió se fue de alta y no volvió.

Muchos pacientes me han comentado que vienen pero de diferentes formas, vienen de blanco, vienen de negro, viene la esposa o algún ser querido que ellos extrañen mucho, que vienen por ellos, en esos momentos a veces uno no sabe que hacer no he estado preparado para eso, lo único es rezar con ellos a veces el médico da indicaciones, pero no sé si realmente sea un aviso o su acercamiento a la etapa final.

I. ¿Cuando pasa ese encuentro como lo vives?

C. lo que siempre hago al paciente, es rezar, retirarle todo y permitir al familiar entrar a verlo, si nos permiten que esté con él, si no dejarlo 5 minutos pedirle se salga para prepararlo con sus cuidados postmortem, pero siempre respetándolo, para mí implica mucho respeto un cuerpo y sigue teniendo vida, porque uno no muere totalmente, hablar con el familiar, es muy doloroso, el médico debe hacer esa parte, pero también a nosotros, a mí me gusta involucrarme mucho, me tocó en una ocasión que se puso mal un señor de diálisis, le hablé al medico y me dijo dile que lo vamos a entubar, dio la autorización pero el paciente no salió, sacaba yo a la señora y no quería salir, hasta que vino una compañera y la sacó, el paciente murió, yo salí a traer unas cosas y cuando regresé la señora estaba muy molesta, me dijo que por qué no le había permitido entrar, que era muy mala, que era muy cruel, me dijo que iba a poner una demanda porque no era justo, yo le dije entonces mira te voy a decir una cosa tu no vas a entender los procedimientos que le vamos a hacer. El meterles un tubo por la boca vas pensar que es malo, el ponerle una sonda, son procedimientos que tu no los entenderías estaba muy molesta conmigo, estaba muy enojada, yo la abracé y le empecé a decir, que él estaba bien, que empezaba a sufrir mucho, no sé si te dijo alguna vez que él ya quería irse que quería descansar, él está con Dios, ella le habló a sus hijas, después me pidieron disculpas ....(..llora..) yo les decía, a mí me duele, es muy difícil y si ustedes piensan que uno lo ve como una costumbre..... no es así..... Cada paciente te duele, cada paciente se siente, desgraciadamente uno no tiene una varita mágica para decir este si, este no, pero si analizamos la vida que él llevó, que se enfermó que no tuvo una vida en orden, que no se cuidó, no se tomó el medicamento, que se fue complicando y complicando ni él tuvo la culpa ni yo, vamos a acompañarlo hasta aquí y todo va a estar bien.....Pero a veces es muy difícil o muy fácil decirlo que a vivirlo en carne propia.

I. ¿Algo más que quieras compartirme y que quieras que yo conozca?

C. Casi en toda mi experiencia, mi mamá tuvo dos hermanos y me tocó amortajarlos, una tía murió de cáncer, tuve una tía que era muy pero muy sonriente, y me dolió mucho verla en la cama llena de tubos y con esa mirada de angustia, de desesperación, como queriendo decir muchas cosas es una mirada muy penetrante, ella me miraba así con esa mirada profunda, ella murió me tocó ayudarla y la amortajé, después salí y lloré una de mis hermanas me dijo: que decepción tan grande verme llorar, que los que estudian medicina deben ser fuertes y no manifestar lo que sienten, pues deben ayudar a la familia. Yo le dije no te creas no es así, no es fácil, si un paciente me duele, imagínate mi gente, es muy difícil y es una impotencia el estar amortajando a un familiar, para mí es muy difícil haber dado cuidados a la gente que yo quiero y me ha dolido mucho.

I. ¿Como te haz preparado para vivir esto?

C. Procuro seguir con mi trabajo, estoy leyendo más sobre tanatología, cómo atender a mis pacientes, disfrutar más a mi familia, disfrutar cada momento porque yo sé que no tengo la vida comprada, pero me gustaría dejar algo a mis pacientes, quiero dejar algo y quiero que mis pacientes digan había una enfermera que nos cuidaba bien. Yo creo que estoy preparada para morir, pues ya he vivido y si hay más vida me gustaría cumplir más misiones, me gusta mucho ayudar.

I. ¿algo más?

C. Me gustaría que hubiera más conciencia sobre los pacientes de la tercera edad, y vamos caminando para allá, muchas compañeras me han criticado el que haga un curso de geriatría, pero les digo que yo misma voy para allá. Y me gustaría llegar con pocas limitaciones. Me gustaría hablar con mis compañeras para que valoren más a los pacientes adultos mayores porque son valiosos, son sabios, para mí son una bendición, en el trabajo fomentar el amor por los pacientes, hacer cursos para motivar a las compañeras o con el ejemplo motivarlas a realizar cuidados al 100% a los adultos mayores y debemos de tratarlos bien con respeto con dignidad y con mucho amor.

I. ¿Qué significado tiene la muerte para ti?

C. Para mí es una pérdida una ausencia, de algo a lo mejor físico, prepararme o ayudarlos a ellos a hacerlos conscientes de que va a llegar un momento que nos vamos a ir de aquí, para que arreglen sus cosas, se despidan de la gente y que estén conscientes, Mí papá no quiere que lo interne, él me ha pedido tener una muerte natural...no quiere métodos de reanimación, ni hospitales y yo voy a hacer que se cumpla. Con mis pacientes que ya están hospitalizados y sé que están en fase terminal, respetar la decisión que ellos tengan, estar con ellos, y si me permiten ayudarles en lo que yo pueda, acompañándolos cuidándolos y si quieren hablar del tema de la muerte, hablar sin temor, si quieren un sacerdote que les ayude pues traerlo y decirles que no tengan miedo no es tan malo, en alguna vida nos vamos a ver otra vez.

Gracias.

Apéndice D

Entrevista Diana

Gracias por colaborar. Tengo una pregunta:

I. ¿Qué significa para ti cuidar a un adulto mayor en su encuentro con la muerte?

D. Bueno yo trabajo en el servicio de Terapia Intensiva y me toca en algunas ocasiones atender ese tipo de situaciones, un poco críticos, en lo emocional incluso a veces ellos están muy conscientes y de las experiencias que yo recuerdo, es de una pacientita que se llamaba Catalina que ella me hizo la pregunta ¿me voy a morir?, y yo decía qué le digo, cómo le digo, me faltaba un poco de preparación para decirle de la mejor manera como orientarla a su buen proceso para llegar a la muerte, porque ella empezó a estar enferma y sabíamos que no se iba a recuperar, que el proceso se iba a dar y que iba a llegar a la muerte, incluso no se bajó a piso porque Enfermería se atrevió a posponer el alta, en el sentido de no bajarla a piso, porque allá no la iban a cuidar como nosotros en piso, a lo mejor teníamos sentimientos de que le prolongo la agonía porque le doy los cuidados, pero si cuando me hizo esa pregunta yo me sentí emocionalmente así como que bueno si se va a morir pero como se lo digo, y me puse a llorar, me sentí mal, le dije en un momento todos vamos a llegar a esa situación, por qué le pregunté usted tiene algo pendiente, y ella me decía es que quiero arreglar unos asuntos, tengo un dinero para que se les quede a mis hermanas, quiero que el padre venga y me confiese, a pesar de que no supe cómo, yo sé que no tengo un curso de tanatología o logoterapia que sería lo ideal para ayudar a bien morir al paciente, yo si creo que a Enfermería nos falta preparación para llevar a nuestros pacientes a bien morir, aunque lo decimos allí es un ambiente muy frío, ya que nosotros en el afán de salvarlos de hacerles todo volvemos el ambiente frío, porque los que pueden decirlo nos lo dicen, pero los que no, los pacientes que están bajo sedación, que están allí de infarto de otro tipo de enfermedades, pues ese miedo que tienen a la muerte incluso hasta nosotras mismas, yo creo que no estamos preparadas, yo me tengo que preparar para morir, y por eso yo me decidí a tomar el curso de depresión, porque cuando ví a los cuidadores de los pacientes renales y ví que algunos eran ancianos, unos tenían muchas complicaciones las familias cómo quedaban destruidas, cómo sufrían en su duelo, de pérdida de salud y de vida en lo que van ellos teniendo, siento que sí me hizo reflexionar, como que incluso en lo personal quiero tomar un curso de tanatología y logoterapia, pero más adelante, porque si hace falta, ya en esos momentos cuando uno atiende los paros, uno lo hace de manera a veces fría, en la escuela nos enseñan, tómale la mano, rézale pero por atender el ventilador, dar las maniobras, los deja uno morir y no les da lo que debe de ser, peor para ellos, por una parte estamos tratando de salvarle la vida y por el otro uno sabe qué le falta, ese toque emocional, espiritual para acompañarlos a dar ese paso porque ellos tienen miedo de morir a veces no estamos preparados para dar ese paso, hace poquito estaba una paciente de insuficiencia renal crónica que se hemodializaba cayó en paro la sacaron, y si me hizo esa pregunta otra vez ¿me voy a morir?, escuché a otra compañera que ella si ha tenido esa preparación de tanatología, la escuché, me quedé para ver que le decía, le dijo sí prepárate acéptalo, ve despidiéndote de todos tus familiares, es un proceso que todos vamos a pasar y si tienes algo pendiente trata de arreglarlo, llama a tus familiares, trata de irlo aceptando, tu no tengas miedo, vete despidiendo poco a poco, yo me quedé así cómo que le va a decir, cómo la va a orientar porque le está diciendo que si se va a morir, y si ella le dijo, yo aprendí de ese proceso de que le decía no te aferres tu situación es delicadita todos vamos a llegar a ese momento, quizás unos primero y otros después, pero tu trata de despedirte. Ya cuando nos quedamos solas me quedé pesando, en lo personal si nos hace falta saber ayudarlos a bien morir a prepararse, a no correr o a no dar la vuelta o no hacer omisión de lo que ellos le preguntan a uno, porque es muy fácil ignorar la pregunta si uno quiere, pero en ese momento uno dice qué le digo cómo le digo, y tristemente cuando un paciente se me llega a morir, pues en lo personal aunque dicen que no sentimos ya, pues si sentimos la muerte de un paciente, nos afecta psicológicamente, y yo creo que por eso debemos estar más preparadas en ese sentido, porque yo me pongo en el lugar de ellos y pienso morirme con todos los tubos y sin ningún despidio el estar solo en este lugar aunque es algo paradójico el personal de salud trata de salvarle la vida pero cuando no se puede, estoy en un lugar en que llega un momento en que no se puede salvarles la vida y ya no se les va a hacer nada por máximo beneficio, sí cae en paro ya no se le va a hacer nada, pero aun así ellos nos dicen qué voy a hacer qué tengo que hacer, y en realidad yo digo que debemos estar más preparadas en lo emocional, pacientes ancianos me ha tocado la muerte de mi abuelita, me tocó cuidarla en su enfermedad y traté de cuidarla en los momentos de su muerte, pero me fue muy difícil, me costó mucho trabajo porque estaba como Enfermera y como familiar, es un poco difícil y siempre los familiares acuden a uno para preguntar qué le vamos a hacer, ya cayó en paro, nos toca el shock familiar porque unos querían traerlo al hospital otros no, tú que opinas, la gente se aferra a hacerles un bien a su familiar, pero a mi me llegó al servicio de sorpresa, mi abuelita y si fue algo difícil ver caer en paro a mi abuelita y como familiar fue difícil, pues mis familiares no estaban preparados para ese momento de aceptar la muerte de un familiar, son situaciones críticas que en lo personal nos da miedo la muerte, pero dicen que es una liberación para los que sufren, dependiendo del punto de vista de cómo lo vean, porque a veces si están sufriendo, tienen mucho dolor y hay controversia familiar, cuando las situaciones se dan, pero últimamente estoy viendo que mucha población va a llegar a ser viejita y que a veces somos un poco insensibles a esa etapa y que a mi si me gustaría que en el mismo servicio tuviéramos más cursos para prepararnos, no huir sino

acercarnos más a lo que es la muerte, a atenderlos cuando están en ese proceso de muerte incluso atender a la familia y al paciente.

I ¿En qué consideras necesario esa preparación?

D. Incluso sensibilizarnos, porque a veces dicen se está muriendo el paciente, no vamos a hacer nada, a veces no sabemos identificar el momento y se llegan a morir solitos, y no estuvimos al pendiente, no sabemos en qué momento dejan de respirar, o por el ambiente laboral en piso a veces se dice el paciente ya no respira y ni cuenta nos dimos a qué hora murió. Cómo poner más atención en esos pacientes que están a punto de morir y que a veces por estar en otras actividades o no le damos la dedicación que debía de ser o a veces los abandonamos por otras actividades.

I ¿Cuál es el cuidado que tu das a los adultos mayores en etapa terminal?

D. Hay que tratar de guiarlos por las etapas que va viviendo, nosotros debemos de orientarlos, no como se van a morir, porque ellos están conscientes sino que ellos nos van diciendo, no nos mientan yo sé que estoy mal, de que traten de perdonar de acuerdo a sus creencias, de recibir los santos oleos o si son de otra religión, preguntarle que quiere hacer o permitir a los familiares que vivan esas costumbres para bien morir de su ancianito, muchas veces se acompaña cuando va el sacerdote, cuando se despiden de sus familiares, escuchar las pregunta, contestar las preguntas del paciente acerca de si se va a morir, saber que decirles a esas preguntas. Porque a uno le da trabajo hablar de la muerte.

I. ¿porque crees que a la Enfermera le da trabajo hablar con el paciente que va a morir?

D. Yo creo que a veces es la misma Enfermera la que no está preparada para aceptar el proceso de muerte, porque yo psicológicamente no lo acepto, también me sensibilicé porque a veces les decimos a los familiares que salgan y nos dejen solos con ellos para darles las maniobras de resucitación, pero a veces el paciente muere solo porque no nos damos cuenta a que hora murió. Porque pareciera que está dormido y no nos dimos cuenta a que hora fue el deceso.

I. ¿Que significado le das como Enfermera a esto de cuidar a los adultos mayores en su proceso de muerte?

D. Creo que es muy importante, es un valor, ético moral, el ayudar a bien morir a los pacientes porque seria muy triste que como enfermeras no tuviéramos ese valor, porque hablamos con nuestras actitudes, imagínese que estuviera muriendo un paciente y la enfermera tuviera el radio a todo volumen, conocer sus costumbres para esos momentos, tener respeto en ese momento, silencio y no hacer cosas donde yo me ría y ellos están sufriendo, acompañamiento en el dolor, empatía en esos momentos, actitud de respeto en esos momentos. Los familiares a veces responden con agresión y demandantes, comprenderlos en esos momentos e identificar en que etapa de duelo están. Incluso hasta hablar de la sanación de las heridas ya cuando va pasando este proceso, para ayudar a las personas.

I. Como vives tu cuidado con el adulto mayor terminal.

D. Yo lo vivo ahora que estoy leyendo más sobre el tema, trato de comprender, trato de platicar ante esas actitudes que él tiene, trato de acercarme, de explicar en ese momento cuando ellos hablan de que vienen a él figuras, personas, platicar y conocer que es lo que les causa las reacciones que tiene, porque a veces la familia refiere que él era tranquilo y ahora es agresivo, el paciente dice ya no tiene caso que yo viva y se quieren dejar morir y uno piensa qué hago cómo le ayudo, cuando dicen que vienen a visitarlos las personas que ya murieron, y a veces ha pasado que las personas muy graves de repente tienen un periodo de lucidez de bienestar y los familiares dicen ¿pero cómo es posible que ya se murió si estaba muy bien?. Tienen periodos de lucidez y bienestar previos a la muerte, si me ha tocado verlo.

I. ¿Tu como vives cuando acompañas en la terapia a un adulto mayor en su encuentro con la muerte?

D. Yo sufro mucho con los niños y no tengo mucha experiencia, prefiero atender a los adultos mayores, me tocó un niño con meningitis y la mamá me decía yo quiero que mi niño despierte y todos sabíamos que eso no era posible, también una mamá embarazada que sangraba en un shock hipovolémico, decía que no quería morir. En el adulto dice ¿cómo es posible que me vaya a morir? y pues si ya hay allí un daño, a veces a los infartados no les da tiempo de despedirse. Pero en el adulto mayor es diferente cuando ya tienen varias hospitalizaciones, ellos tienen como más tiempo para despedirse y van pidiendo y preparándose para llegar a ese momento, hasta el decidirse ir a morir a casa por máximo beneficio. Se llegan a identificar las etapas del duelo incluso llegan a la aceptación y es cuando uno dice ¿ahora cómo le ayudo? por eso es necesario prepararse para poderlos ayudar.

I. ¿Qué es para Enfermería acompañar a los adultos mayores a encontrarse con la muerte?

D. Cuando ya los pacientes tienen más tiempo hospitalizados nos solidarizamos entre las compañeras, una vez sabíamos que se iba a morir y queríamos que estuviera en las mejores condiciones y no iba a poder ser en su casa porque dependía de un ventilador y nos solidarizamos en sus cuidados con ellos en cuanto a sus cuidados, sus peticiones, aquello que tienen pendiente incluso no dejarlos ir a piso para acompañarlos en ese momento. Una vez una persona yo la veía con tanta fortaleza, que a pesar de todo ella estaba resignada a morir y a las que nos costaba trabajo entender era a Enfermería y ella nos enseñó a ser fuertes en ese momento y a aceptar el proceso de muerte, Y nos dijo ya sé lo que va a pasar pero déjenme arreglar mi vida, colaboró trabajo social en lo que necesitaba poner en orden, vino el sacerdote, era una persona tan linda que nos animaba a nosotras y nos ayudaba a cambiarle el pañal, a darle su dieta, nos decía que éramos muy lindas nos levantaba el ánimo, después de que no pudo ingerir dieta nos pedía le humedeciéramos los labios, nos tocaba nos daba las gracias y pues ella aceptó su proceso primero que las enfermeras y ella nos decía cuáles eran sus necesidades y nosotros tratábamos

de satisfacerlas en el momento lo que ella necesitaba, si tenía dolor administrar el medicamento para disminuir el dolor, ella duró 3 meses con el ventilador pero era muy fuerte y nosotros tratamos de darle los mejores cuidados, cambiarla, bañarla, empezó a ver personas, no me tocó su muerte, pero dicen que las enfermeras estaban llorando, las compañeras fueron al velorio con sus familiares pues nos dolió, sufrimos. La familia nos agradeció mucho.

I. ¿Cuando se mueren los adultos mayores contigo qué vives?

D. Pues queda esa duda si se hizo todo lo posible por salvarlo, aunque a veces se queda con la sensación de que se hizo lo máximo, desde el punto de vista de la resucitación pero se fue, pero cuando son adultos surge la pregunta si hay que dar todos los procedimientos de resucitación. Aunque sabemos que no está reconocida la eutanasia, dicen hay que suspender la dopamina, yo digo al médico anótele porque ese es un aspecto legal y yo no voy a actuar sin indicaciones, ya que uno debe cuidarse en ese aspecto, uno trata de hacer lo máximo, tratar de que responda el corazón que responda el pulmón, si está orinando y ya cuando no se puede hacer nada, pues cuando se dan los cuidados posmortem se reza un padre nuestro, se deja entrar a los familiares, se les dan cuidados posmortem, se atiende a los familiares.

I. ¿Que significa para ti como enfermera la muerte?

D. Siento que ya me voy de este mundo, que ya no voy a regresar nunca, pienso en mi familia en mis hijos si lo he hecho bien o no, pues es como un proceso de dejar este mundo de decir hasta aquí llegué me voy de este mundo, y partir a otro lugar, me educaron que si me porté bien me voy al cielo, si no me porté bien me voy al infierno y si me porté más o menos me voy al purgatorio. Es dar ese paso de dejar este mundo.

I. Como Enfermera ¿qué significa recibir un paciente que te dicen va a morir.

D. Son pacientes que si yo los recibo entubados, ya no tienen control de esfínteres, me da tristeza a veces porque están muy descuidados, en piso se aleja uno como personal de Enfermería, en Terapia, cuando están bajo ese diagnostico tratamos de cambiarlos, atenderlos físicamente, y si me he dado cuenta que el último sentido que tienen es el oído, por eso les digo a sus familiares que les hablen en ese momento para que no se sientan solos, pero hay un distanciamiento entre que llega el familiar y pasó el evento pues al familiar se le pide que se salga por los procedimientos invasivos que se le realizan y cuando entran ya murió. Y en el hospital alejamos al familiar del paciente en ese momento en lugar de juntarlos. Y el paciente se va solo sin el familiar. A veces en los cuidados posmortem el personal de Enfermería está hablando de otra cosa en vez de acompañar al paciente con una oración o acompañarlo. El paciente se va solo con todos los tubos que invaden su cuerpo, porque se nos olvida tocarle la mano por atender los procedimientos que intentan salvarle la vida, vivimos mucho estrés, hacemos conjeturas de lo que pasó en ese momento.

I. ¿Cuándo hablamos de dar un cuidado de Enfermería a estos pacientes?

D. Es tomar los signos, atención física pero a veces se nos olvida dar atención psicológica, en etapa de agonía sería darle acompañarlo a bien morir que no se deshumanice sino unirse a esos momentos de manera empática con el paciente y la familia, rezar, acompañarlo, estar al pendiente, acompañarlo en su sufrimiento, atender lo que se pueda en lo que manifiesten y buscar los apoyos del resto del equipo, darle los alimentos que deseen, tocarlos, decirles que estamos con ellos. Ser tolerantes, ser comprensivos ayudarles a resolver sus situaciones, apoyar a los familiares, estar cerca, atenderlo, no dejarlos solos, decirles que entendemos su dolor.

I. Lo que tú quieras compartirme sobre esta experiencia.

D. Con los ancianitos, a veces el manejo de medicamentos en esta edad los lleva a la muerte y debe Enfermería tener mucho cuidado en el manejo de medicamentos porque uno después se siente culpable, porque lo que buscaba era un bienestar y viene la muerte, necesitamos saber más sobre el estado físico en el adulto mayor porque tiene características diferentes, los cuidados deben ser en habilidades y manejo de aparatos pero también debe ser atención emocional, porque Enfermería a veces no está bien preparada para el cuidado del adulto mayor y ahora van a llegar más con enfermedades crónicas con más deterioro.

Ellos se sienten que ya se van a morir, se sienten rechazados abandonados por la familia, allí están solos hospitalizados sin quien los atienda, a veces están hasta 30 días sin bañarlos, y los familiares dicen que no pueden cuidarlos pues tienen que trabajar, a veces se nos caen por el poco personal, hay que recanalizarlo, pero para el proceso de la muerte hay que atender el aspecto emocional.

I. ¿Cuantos años tienes trabajando?

D. Tengo 16 años trabajando, en Terapia Intensiva 9 años.

I. ¿Cómo te haz ido preparando para atender al paciente terminal?

D. Mi formación hice el curso de Cuidados Intensivos en la Raza allí nos enseñan todo lo técnico, pero ya el hecho de estar allí me tocó estar en la Terapia de León, ver pacientes de cirugía de cardiología, quemados casi al 100%, de todo tipo de cirugía así como que se me hacía muy frío y estuve un tiempo tratando de adueñarme de todas las técnicas en Cuidados Intensivos y siempre tomé curso tras curso pero siempre relacionado al área de Cuidados Intensivos, cuando hice la Maestría y que me tocó hablar de los cuidadores allí me sensibilicé en el sentido de que allí somos muy frías porque dejamos al paciente abandonado, pero yo decía falta, el paciente vive en un entorno, aquí me enseñaron varias teorías de Enfermería para tratar de atenderlo más humanamente y no solo físicamente, como que abarcar todos los aspectos de Enfermería y desde que yo fui Enfermera general además de las patologías trataba de entenderlo en su todo y trataba de tomar cursos, pero siempre quise tomar uno de tanatología y leía libros que hablaban sobre las etapas del duelo, la ansiedad, la depresión y buscaba un

libro y otro pero fue como autodidacta, también había una compañera que llevaba un curso de tanatología y ella me prestaba todos sus libros y cuando nos dieron el curso nos dieron Bioética, he tratado de leer lo de los valores y aplicarlos, porque muchas veces lo podemos leer y la diferencia está en que tanto yo lo aplico, si me he sensibilizado más yo siento que antes no, yo lo quería hacer pero no me adueñaba de las herramientas que debería de tomar para dar ese cuidado y creo que todavía me falta mucho porque nunca se termina de aprender sobre la vida y la muerte, siempre hace falta en todos los aspectos y todas las edades, como yo sufría mucho con los niños, preferí dedicarme al adulto mayor.

Yo digo que es el área más crítica que debemos de atender y que a veces no hacemos, y que he visto que en la formación que tenemos si nos hace falta más cursos yo me acuerdo que con la maestra María Elena Espino ella fue la primera que nos enseñó “tócate tu cuerpo” “ubícate contigo misma”, reflexiona contigo con tu entorno y ya para después transmitirlo al otro, nosotros tuvimos la teoría de Minnessota y yo trataba de aplicarla con los pacientes pero luego hay hasta 20 pacientes y pues andas corriendo y no le podíamos ver el fin al trabajo porque el simple hecho de buenos días le voy a tomar signos le voy a dar sus medicamentos. Platicar un poquito con él o llegaba fríamente con él lo hago le aplico y ya, pero no me sentía yo bien así, me iba despacio y terminaba tarde pero bueno decía yo es por estar un poquito con el paciente, me sentía muy lenta pero bueno ahí voy. Ya después con la especialidad pues solo tengo 2 pacientes y así puedo atenderlos mejor.

Con la formación uno va aprendiendo que hace falta el aspecto emocional me gustaría implementarlo con los estudiantes pero debo tener primero la formación y ya luego tocar el tema.

Si estamos allí y nos toca la oportunidad les digo a los estudiantes “mira ahorita el paciente está grave”, “qué le vamos a hacer”, “cómo le vamos a decir”, se me quedan viendo y dicen maestra es que me da miedo, no, pero hay que tratar de enfrentarnos a eso porque eso es lo que va a suceder”, hay que estar con el familiar no hay que maltratarlo, hay que irles diciendo poco a poco, porque ellos dicen “me dijeron que se iba a morir y no me dejaron ni respirar y ya se está muriendo”, hay que saber decirles porque ya allí es una etapa crítica, el familiar dice pero yo lo acabo de ver y estaba muy contento, pues sí la muerte llega repentinamente aquí. Por eso es que me gustaría que los estudiantes no se vayan solo con el aspecto técnico y la atención física sino que se vayan con la formación de atender el aspecto emocional.

Gracias.

Apéndice E

ENTREVISTA Elisa

Gracias por aceptar esta entrevista, tengo una pregunta:

I. ¿Qué significa para ti cuidar al adulto mayor terminal?

E. Para mí el cuidado del adulto mayor, en fase terminal es una etapa muy difícil para la familia, para el paciente, para los servidores del equipo de salud, que debemos de ir con ellos de la mano, pero por eso ó sea un acompañamiento a la familia, un acompañamiento a la persona, pero creo que a veces siento un vacío para hacerlo de una forma completa, hay veces que yo sé que debo llevarlos de la aceptación de la enfermedad hasta el proceso que están viviendo para que ellos solucionen todo lo que tienen pendiente y se vayan tranquilos, pero muchas veces he sentido que no soy capaz que no puedo decirles que ya se va a morir o cuando ellos me preguntan ¿cómo está mi familiar? o ¿como me veo? y yo veo que tiene, por las experiencias que tengo que tiene pocas posibilidades le contesto con otra pregunta ¿usted como se siente? ¿usted como lo ve? y siento como que es un vacío, ahí he tenido la oportunidad de estar con muchos pacientes en estado terminal y no he salido completamente satisfecha.

Pocas ocasiones en que, pero creo que son las condiciones de la persona que ya está más preparada y no soy yo, la que los ha llevado a tener una muerte digna, una muerte tranquila, una muerte como que ya esperada, como que algo fisiológico, algo natural, como que muchas veces he tenido la oportunidad entre comillas de acompañarlos y siento como si no lo estuviera viviendo con ellos, como que algo hiciera falta porque los veo desesperados, los veo inquietos, por que los veo que ellos esperan más de la atención del personal de salud y en esos momentos en que la mayoría del personal de salud estamos acostumbrados a quitarle el dolor, a darle calmantes, a darle analgésicos, pocas veces a escucharlo, pocas veces a decirle estoy contigo y mmm nada mas eso, el cuidado que he proporcionado hasta ahorita no me ha sido del todo satisfactorio.

I. ¿Por qué?

E. Porque creo que si yo diera una atención como la que se espera de mí, la muerte de los pacientes con los que estoy cuando ocurre el proceso debería ser tranquilo tanto para él como para sus familiares y pocas veces he visto eso.

I. ¿Cómo consideras que debería ser el cuidado?

E. Pues llevarlos por las etapas del proceso del duelo de que vivan su negación que vivan su enojo, que vivan, pero hay veces que sé que no, creo que algo falta para pasarlos de una etapa a otra, en la bibliografía está tan esquemática tan didáctica algo falta, algo falta, mm este creo que a la preparación como Enfermera yo siento que me hace falta mucho en lo emocional, estoy más preparada para lo físico que finalmente en esta etapa como que no es tan importante, bueno lo considero así que no es tan importante o bueno igual de relevante sería lo otro, es llevarlo en lo emocional, comunicarnos con la familia, con él hasta donde sea posible y llevarlos al proceso de aceptación de la muerte y de que vivan su muerte, vivan, se vayan tranquilos se vayan a gusto se vayan sin problemas, sin pendientes legales, familiares, personales, que se vayan diciendo pues me voy tranquilo porque ya hice esto que me faltaba.

I. ¿Qué significado entonces tiene para ti el que cuides a un adulto mayor cuando se va encontrar con la muerte?

E. Que significado,

I. ¿Que es para ti?

E. Pues para mí significa estar con ellos, es la presencia física, el decirles estoy aquí si puedo hacer algo, si en algo puedo servir, si hay veces que están inquietos y yo les digo que si quieren recibir apoyo espiritual a ellos y a su familia, eso si lo he hecho y me siento satisfecha de hacerlo a veces hemos llamado al padre, a la persona que ellos quieren que le hablemos para que los prepare para una muerte tranquila desde el punto de vista religioso, respetando las creencias y creo que eso les ayuda mucho más sin embargo, a veces por las cargas de trabajo creo y a veces son aspectos personales, que nos impiden llevarlos juntos, vivir juntos ese proceso.

I. ¿Quieres compartir alguna experiencia que has vivido de acompañar a algún adulto mayor que fue significativa para ti?

E. Hace más o menos 10 años falleció mi papá, tenía en ese momento 60 años y le descubrieron bueno el empezó a bajar mucho de peso, a ponerse muy pálido, y tener dolores de huesos no podía moverse, en ese momento le hicieron muchos estudios para descartar un proceso oncológico, algún tumor algo, nunca encontraron nada, él ya no quería durar mucho tiempo hospitalizado, después dijo ya no quiero estar hospitalizado yo quiero estar con ustedes es y así fue afortunadamente en ese tiempo hubo una crisis económica en el país, en donde yo no tenía trabajo y como Enfermera, me asignaron el papel de cuidarlo y la verdad es cosa que hasta el momento agradezco mucho, poder haber estado cuidándolo, y es por eso que creo si se puede hacer el acompañamiento a esas personas porque lo hice con mi papá y mi papá tuvo una muerte muy tranquila como que él alcanzó a resolver todos sus problemas, como que él ya esperaba ese momento y estaba preparado y a mí me gustaría que muchas de las muertes de nuestros adultos mayores así fueran, pero el como hacerlo mmm no ha llegado, no sé esa es la más significativa que tengo hasta el momento.

I. ¿Como lo cuidabas?

E. Pues yo lo cuidaba le preparaba desde los alimentos, lo bañaba en su cama lo cambiaba, al inicio no me sentía bien pues porque era mí papá como qué hablarle, verlo, tenía que lavarle sus genitales y eso me costó mucho trabajo creo que a él también pero finalmente tuvimos que hacerlo y él dependió de mi cuidado hablaba con él, le hacía sus ejercicios de piernas, de manos, le decía que me platicara, le leía libros, también le llevamos periódicamente al sacerdote, le llevábamos la comunión a la casa, yo le preguntaba qué le faltaba, que le gustaría hacer en el tiempo que le quedaba de vida, él decía que lo único que quería era estar con su familia porque toda su vida se había dedicado a trabajar y el contacto físico con la familia pocas veces lo había tenido, y aún en esa etapa estaba disfrutando, duró como un año dos meses en la casa, creo que se fue tranquilo, creo que yo también a veces todavía pienso, siento que han pasado más de 10 años aún lo recuerdo y no lo puedo hablar así tranquilamente.....( )...

I. ¿En tu experiencia en el hospital como vives ese acompañar al adulto mayor en su encuentro con la muerte?

E. He trabajado mucho en el área de cuidados intensivos y allí uno de los aspectos que cuidamos mucho es preguntarle a él si esta en condiciones o si no a la familia que si necesita ver a un sacerdote, que si necesita un apoyo religioso para que esté más tranquilo y eso lo hemos hecho, también hay veces que los pacientes en esa etapa de que se están despidiendo, de que están en agonía tienen muchas alucinaciones, ven fantasmas, escuchan ruidos, ven muchas cosas, tienen muchas alteraciones, y a mí me enseñaron que el tocarlos ayuda a ubicarlos y que decirles estoy aquí es importante para ellos, porque ha habido algunos enfermos que dicen yo la escuchaba, yo quería que usted estuviera y me leyera, me gustaba la música que ponían, también me gusta poner música instrumental bajita, porque siento que les ayuda a relajarse cuando están muy inquietos que sienten que les falta el aire trato de tocarlos y decirles al ratito va a entrar su familia porque yo sé que son más significativos que el personal de salud, decirles respire profundo, necesita estar tranquilo para que se oxigene y relajarse un poco y así se le va a hacer más fácil este tramo, a lo mejor se le pasa el dolor, decirle siempre estoy aquí, si quiere decirme algo trato de comunicarme si no tiene ventilador, les hago preguntas y que me digan con los ojos, o si no, con un apretón de manos o ellos tocan con un dedo cuando necesitan algo, eso me ha ayudado con los pacientes, muchos de los pacientes necesitan eso que esté uno allí y no solo que vayas y le des sus medicamentos, como que la presencia la comunicación con ellos y con su familia y sobre todo también he tenido la experiencia cuando llegan los familiares y lo ven con tantos aparatos que lo ven de lejos y no se acercan y allí hay que decirles como parte de las actividades, acérquense, tóquele, háblele, él los esta escuchando, él necesita saber que ustedes lo quieren que ustedes están aquí que están al pendiente, él los necesita en este momento también ustedes lo necesitan a este proceso enfermero hay que sacarle cosas positivas, y con eso es lo que más frecuentemente se hace en la Terapia, aunque la verdad ahora que estoy a cargo de Medicina Interna y estoy a cargo de más pacientes, como que eso lo hago menos veces, y no quiere decir que me enfrente menos veces a la muerte de los adultos mayores.

I. ¿Qué significa para ti como Enfermera saber que ese adulto mayor va a morir?

E. Yo siento que ese momento es muy desgastante, emocionalmente porque hay veces que están muy graves y tienen un montón de procedimientos que hacerle pero que a pesar de todo lo que se le hace tiene pocas probabilidades pero hay que acompañarlo, ese es nuestro trabajo y hacer lo mejor posible.

Para mí el estar con personas en estado agónico significa una gran oportunidad pero también un gran compromiso porque como profesionistas debemos de tratar a la persona integralmente en todas sus aspectos todas sus necesidades, creo que si me dijeran te voy a evaluar como das tus cuidados integrales en todos los aspectos, creo que me falta un porcentaje por cubrir porque no estoy atendiendo todos los aspectos importantes del paciente y me siento mal.

I. ¿Qué más te gustaría compartirme sobre tu experiencia de cuidado al adulto mayor terminal?

E. Lamentablemente cuando tenemos al paciente grave nos enfocamos al aspecto físico a mantenerlo hemodinámicamente, que nos olvidamos de que es una persona con todas sus necesidades, hace tiempo una persona me dijo “saben que ustedes no están preparadas para dar cuidados en agonía”, sentí como un gran golpe, pero dije tiene parte de razón, porque cuando cae un paciente en paro cardiorrespiratorio a hacerle maniobras para reanimarlo y se nos escapan muchos aspectos como rezar con él, no se como que nos basamos mucho en lo físico y eso me da mucha tristeza pero no he encontrado otra alternativa, hay tantos protocolos de atención para el paciente en agonía como para decir esto, esto se debe de hacer como indicadores de calidad, creo que así debe haber para atender al paciente ante la muerte para que no nos falten aspectos importantes.

I. ¿En tu experiencia de acompañar al paciente hospitalizado que se encuentra con la muerte, me podrías compartir tu vivencia?

E. el acompañamiento que se tiene en la experiencia de cuidados intensivos de acuerdo a los indicadores de calidad solo corresponde atender a 2 pacientes por Enfermera, es ahí donde he tenido la oportunidad de hablarle al sacerdote, hablarle al paciente, de decirle al paciente estoy aquí con usted, a diferencia en otro servicio que tienes hasta 40 pacientes y algunos de ellos muy graves y no tienes la oportunidad de acompañar a tus pacientes, para poder estar al pendiente de sus necesidades en ese momento y en la terapia tienes que aspirar secreciones dar alimentación y le puedes decir estoy al lado para lo que necesite a diferencia de cuando tienes muchos pacientes y no puedes estar con ellos de manera satisfactoria, Pero en la Terapia si puedes estar con ellos y proporcionar un cuidado satisfactorio como profesional a pesar de que los familiares no pueden estar con el paciente y ellos son muy significativos, por lo que prefiero atenderlo en una unidad de Cuidados Intensivos que en otro servicio.

I. ¿Cuándo te refieres al espacio en tu experiencia qué significa?

E. Si es que por ejemplo en la unidad de Cuidados Intensivos hay más cuidado con la individualidad del paciente, hay más acercamiento y en las salas generales hay muchos pacientes hay familiares y el espacio físico se presta poco para proporcionar un cuidado adecuado, el paciente no tiene privacidad.

I. ¿Cuántos años tienes de experiencia en el cuidado del adulto mayor terminal?

E. Tengo 16 años y 7 solo con el adulto mayor.

I. ¿Cómo te haz preparado para el cuidado del adulto mayor terminal ?

E. Como he tenido problemas en el cuidado emocional tomé un diplomado en depresión , porque nos cuesta mucho manejar los sentimientos y también llevar a las personas a que los manejen o a detectar los estados de ánimo que son muy importantes en todas las etapas de la vida pero en el adulto mayor como que tienen mucho peso, creo lo emocional es uno de los aspectos que más debemos atender con los adultos mayores, a ellos no les interesan tanto el cuidado físico, que me bañen o no lo más importante es que en el baño se le hable que se le escuche, el trato es más individual más como persona, también me he preparado buscando bibliografía del adulto mayor y cada vez hay mayor bibliografía por la situación del crecimiento de la población, ya hay más documentos, estaba leyendo un libro de cuidados paliativos y decía todo esto debo de aplicar, pero sí he tratado de prepararme porque creo que es necesario.

I. ¿Que consideras que debe tener enfermería en el hospital para dar cuidado al adulto mayor terminal?

E. en el gremio de enfermería se tiene algunos avances, se tiene el comité de Bioética de investigación, para ver que al paciente a la persona se le proporcione un adecuado cuidado, pero creo que hace falta de concientizarnos más en el gremio porque nos enfocamos al aspecto físico, no sé si actualización, hay veces que las vivencias nos hacen ver de diferente manera las cosas y nos hacen cambiar en nuestro cuidado, yo cuidé a mi hermana que la operaron de la columna y se ve tan diferente el cuidado cosas tan sencillas que uno no ve, creo que debemos concientizarnos más en el cuidado, yo creo que el personal que depende de mí debería imitarme pero no lo hace pues lo que quiere es avanzar en el trabajo, no sé si falta más liderazgo o responsabilidad, y estar siempre actualizada utilizar la tecnología si pero no perder de vista la persona que estamos cuidando, creo que hemos utilizado la tecnología para decir que estamos proporcionando un mejor cuidado pero estamos descuidando aspectos importantes.

I. lo que tú me quieras compartir sobre el cuidado al adulto mayor terminal

E. Sí me gustaría que de esta investigación se consolidara un grupo con ganas de trabajar de responsabilidad, para tratar de hacer protocolos y llevarlos a la práctica en el cuidado del adulto mayor terminal. Me gustaría sacar algo bueno de esta investigación.

Gracias.

Apéndice F

Entrevista Flor

Gracias por aceptar participar.

I.- ¿Cómo vives la experiencia de dar cuidado al adulto mayor en su encuentro con la muerte?

F.-Aquí lo más importante que yo siempre he dicho es que hay que dar todo el apoyo que realmente tanto el paciente como el familiar requiere, pues la experiencia me ha dado que cada gente es muy diferente, que todos vivimos de forma diferente y tenemos diferentes grados de aceptación ante el hecho de la muerte unos se expresan de una manera y otros de otra. Pero por regular la mayoría esto es algo que nunca lo van aceptar pues es el desprendimiento, el ya no ver, el pensar que ya no podemos ver aquella persona duele y no se acepta fácilmente, ó sea a veces pasa el tiempo y aun todavía es parte de negación ante el hecho de la pérdida de la persona en el aspecto físico no porque, pues yo considero que las personas, lo que nuestros familiares cuando dejamos de verlos, que se mueren por dejar este mundo, quedan en nosotros parte de ellos, vivimos con ellos porque si son nuestros padres, vivimos con los valores que nos dieron, con la forma de vida, con los hábitos, con la cultura, es que la mejoramos, y a veces la empeoramos, todo depende de cómo vivamos verdad, entonces, la gente normalmente teme mucho a la muerte, teme mucho al desprenderse de la gente, y es un dolor que como te digo que mucha gente lo expresa de diferente manera, aquí mi papel que yo siempre he tratado de dar, es apoyar en el sentido de que, en ese momento se desahogue no le voy a pedir que acepte eso, no, no, desahóguese llore si quiere, si por ejemplo hay personas que son muy religiosas entonces, a ellos le gustan que le lean la Palabra, entonces muchas de las ocasiones me han pedido, señorita aún con el dolor léame, léame léale esto a mi familia no, entonces yo acepto ese papel que me dan esa participación que ellos me están haciendo de su dolor, y de vivir ese transito, los apoyo, les leo y aparte les digo sabe que, nada más quiero pedirle un favor, llore todo lo que quiera pero, tiene usted la obligación de cuidarse porque la persona que se está yendo, se está yendo físicamente pero en usted queda, y usted tiene que salir adelante porque todavía tiene, o hijos o familiares o responsabilidades todavía que enfrentar y a veces la gente quisiera morirse junto con el paciente, ó sea si es la esposa, si es el hijo quisieran tienen tanto miedo de enfrentar también la cosa posterior no, ó sea si la persona que se muere es la que los mantenía, cuestiones de esas y si la gente desgraciadamente no, en otra gente trabaja y nada más tenían esa persona de sostén, es otro conflicto, que ellos adelantan eso y viven todo el duelo, si, el de la perdida ahorita de la paciente del enfermo más a parte el hecho de que voy a tener que enfrentar la responsabilidad y salir adelante yo sola o solo, con los hijos con lo que tengan o tienen es uno de los papeles, que me ha tocado en cuestión de esto, otro es que puedo decir que me impactó mucho porque se puso histórica la señora ella había perdido a un niño, cómo hacerle para que reaccionara, fue lo que más me ha quedado huella, cómo lo hice no supe porque lo hice, pero sabía que lo tenía que hacerlo, le di una bofetada pero reacción la señora, es que dije que hago ó sea o le doy un golpe o que como, y pues no se a lo mejor dentro de lo que Dios me ilumina ese momento fue pues que darle una bofetada afortunadamente la señora soltó el llanto empezó a llorar y se tranquilizó y pues hasta ahí he llegado me sentí tranquila yo, pues de haberlo hecho porque hice lo que tenía que hacer así de sencillo y pues todo el mundo enfrentando diferentes etapas.

Hay ocasiones en que por ejemplo hay pacientes que tienen mucho tiempo que están entubados o que tienen agonías largas si, aquí me ha tocado muchas veces en un tiempo yo también estuve en un grupo de oración y pues bien chistoso ó sea les hacia, siempre uno quiere experimentar también lo que uno aprende, o yo lo inventaba, entonces les decía a ver qué te pasa Fulanito, Menganita le decía o les llamaba por su nombre “juanita” y les decía mira tu ya que debes de estar tranquila tu ya cumpliste ya hiciste lo que tenías pendiente mira yo voy hablar por ti y yo voy a pedir perdón por ti si tu me lo permites yo siempre, mira aquí estoy pedirle perdón a tus padres a tus gente ó sea ya más o menos conoce las historias de los pacientes ya cuando tienen cierto tiempo uno sabe la historia lo que van atrasando los pendienteillos que van dejando y ya les ayudaba yo hacer ese tipo de examen de conciencia pues parecía como milagro, a los cinco o diez minutos dejaban de respirar tranquilos serenos, como si relajaran su cuerpo con una paz tranquila así, hasta luego las muchachas me decían no cálmense, cálmense porque tranquilas ustedes también pueden hacerlo, y así como de ellos yo me he sentido muy satisfecha en ese sentido de que siempre les digo apóyense en su religión, verdad porque uno no hay que encasillarse en que si es católico, o de otro, o no, hay que respetar el culto que ellos tengan y favorecer todos sabemos que tenemos que terminar, que tenemos que morir que pasamos a otro mundo, todo mundo pasamos a otro mundo así tiene que ser y tenemos que aceptar ese proceso, lo difícil es el desprendimiento, pero pues eso lo tiene que vivir cada quien en sus etapas sin violentar cada una de ellas, respetando la forma en la que quieran desahogarse, hay quienes se desmayan, hay quienes gritan, lloran y patalean y quieren golpear a la gente, otras me ha tocado también desafortunadamente en que siempre quieren buscar un responsable, siempre quieren buscar quien tuvo la culpa y echar la culpa, o fue culpa de que usted le puso una inyección y se murió y es que esta bien y nada mas llegó usted y le puso eso y se murió, entonces ahí la gente no se da cuenta que hasta qué grado también puede afectar a la persona a la enfermera o enfermero debido a esas palabras que se están haciendo ese momento y que de hecho no es culpa de la enfermera o enfermero ni de nadie, sino de que ya llegó su hora, ya llegó su momento y tiene uno que aceptarlo o que ya tengo tanto tiempo en este servicio y todos estos 20 años de servicio pues tanta muerte que he enfrentado, al principio cuando era pasante, me dejaron sola en hombres el servicio de cirugía de hombres era un paciente de AVC, entonces yo con mi poca experiencia

realmente, el paciente se empezó a escuchar que tenía muchas secreciones, lo quise aspirar, lo aspiré e hice lo mejor que pude y se me murió, tuve un sentimiento de culpa horrible era el primer paciente que se me moría y es que busqué yo en que había fallado y que fue lo que no hice bien, pero pues ya después el tiempo me dio la razón hice lo que tenía que hacer y yo cumplí. Cumplí con lo que a mí se me pidió y lo hice bien, lo que pasa es que yo no estaba preparada para que se me muriera un paciente, porque para eso no nos preparan, nos preparan para atender al cliente para participar en el tratamiento y sacarlos adelante pero no para que se me muera un paciente o para decir este paciente tiene riesgo de que se me muera, identificar y diagnosticar porque tenemos que diagnosticar e identificar cuando un paciente se nos va a morir, con el tiempo uno va agarrando práctica experiencia y ya cuando recibimos el piso y dices tenemos tantos pacientes graves y tal o tal se me va a morir y efectivamente, ya nada más llegas a la piecera del paciente y ya sientes cuando el paciente en cualquier momento se muere eso es algo que se va adquiriendo ese sentido, que es como el sexto sentido de que ya sientes que está allí la muerte, uno aprende a convivir con ella, y que somos parte de la vida y la muerte, esto es un punto en el que hay mucha controversia, pero por ejemplo yo pienso que más que nada tiene que ser parte de la enseñanza, para empezar, enseñarnos desde que entramos sabes que hay pacientes que van a salir, pacientes que no van a salir, y nuestro papel se debe definir, vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro, conocer al paciente si conocemos al paciente vamos a tener una interrelación con los familiares, vamos a darles confianza irlos preparando, saben que el paciente está mal, vamos a hacerle esto, vamos a hacerle lo otro, vamos a hacerle todo lo que esté en nuestras manos para que sea Dios quién diga la última palabra, porque bien hay personas que están muy mal y salen y hay personas graves que mueren y son pocos los que se salvan, uno no tiene toda la verdad o toda la certeza, de si se va a morir o va a salir adelante, tampoco vamos a hacer que la familia se haga ilusiones vamos a hacer que esté preparada para las dos cosas, igual nosotras para que salga o para que se muera y aquí yo pienso que hay que empezar desde la escuela a que nos digan pasa esto pasa lo otro y vamos a apoyar a la gente independiente de la religión que tu seas, tú tienes que dar tu el apoyo, tu tienes que apoyar, porque somos seres humanos, eso es lo más importante, si, yo creo que toda la gente, tenemos amor, verdad y ese amor hay que darlo y hacerlo crecer, como ayudando, falta conocimiento, ellos no lo tienen, entonces yo voy a compartir mi conocimiento con ellos diciendo: "sabe que su paciente está mal, váyase preparando pues para que ..... Es muy sencillo la gente ya le va entrando, lógico que va a tener su reacción en el momento que pase el suceso pero es una reacción transitoria, ya no tan larga, como que si la dejamos sin que se de una información previa.

I. Y tu como vives el cuidado a tus pacientes terminales.

F. Muchas de las ocasiones antes yo lo hacía, pero yo siento o he sentido que es mejor hacerlo así, antes yo le daba la mano y les apretaba y les hacíamos oración, o le rezábamos. Pero yo no quiero ser egoísta al menos así lo siento, yo quiero que los mismos familiares participen y sean ellos quienes les ayuden a dar ese paso tan importante de decir: "sabes que todo está bien vete, adelante cumple con lo que tienes que hacer, entonces yo nada más oriento a los familiares, "sabes que, agárrale sus manos tócalo, huélelo porque ese olor lo tienes que conservar y preservar toda la vida es lo que te va a quedar; toda la gente tenemos un aroma diferente y como este aroma se intensifica más con la muerte.

I. Compárteme tu experiencia, tu vivencia

F. Yo lo que quiero y te he explicado, anteriormente yo les ayudaba y ahora hago partícipes a los familiares, pues yo he visto que hay muy buenos resultados en este sentido, siento que tanto los familiares como la persona que fallece encuentran, sobre todo a la que le tomas la mano, como que aparte sí hay algo, como el perdón y el vamos adelante y se sienten de una manera satisfechos ellos de haber cumplido también con su familiar y bueno creo que aparte que a uno no deja de afectarle el hecho de que se muera la gente. Verdad, por el dolor, uno a la pérdida más por él si de una manera tu ya lo viste, lo entendiste más fácilmente, lo entiendes, si la gente de alguna manera ya lo hemos vivido, lo tenemos que vivir las personas que estén.

I. ¿que significa para ti la muerte?

F. Para mí la muerte pues es parte de uno, entonces la muerte tiene varias; muerte física, verdad en este caso de que estamos hablando precisamente; para mí es trascender de un estado a otro.

I. ¿Cómo vives la experiencia de la muerte en el hospital?

F. Más que nada pienso que lo peor que le puede pasar a cualquier persona o no se a mi no me gusta tal vez porque es parte de la misma vida, el hecho de que creo no debería de pesar al hacerle caso a los familiares, que una persona no esté muy de acuerdo, más sin embargo hay quienes pocos pacientes, pero si lo viven este tránsito, yo digo que hay que ser un poquito difícil, quienes de veras que viven solos y mueren solos, si lamentablemente porque hay ocasiones que hay pacientes que les toca que estemos allí dándoles reanimación tocándoles o algo, pero hay quienes a veces no nos damos cuenta de a que hora falleció, hasta los familiares se nos mueren en la casa porque están aparentemente dormidos, o aquellos que mueren pensando que mucha gente los odia y nadie quiere venir a verlos, o hay pacientes que me han tocado en que no sé que es si la energía o la vibración en la hora no sé exactamente definirlo con palabras, el hecho de que hay gente que muere en sus facies desfigurada como si fueran demonios, que hasta pareciera como que si la gente teme estar allí, bueno esto es porque me han tocado, pero son contados, pero si hay negativa de ellos, no se si sea por eso pero el odio que han acumulado a todo lo largo de su vida o por las cosas equivocadas que han hecho, la verdad no sé pero el chiste es que terminan desfigurados en su rostro, las miradas se les van, que si los miras mejor que ni los miren, porque miran feo, no, la mirada la tiene pesada, mirada que causa temor, entonces es una de las cosas que me gustaría que muriera sola,

que si ya me tocaría bueno que Dios me acompañe a dar el paso, verdad, porque no estamos solos ante todo esto uno hay que confiar, pensar que dios esta siempre con nosotros que es parte de nosotros y que también que compartir a la gente independientemente que tienen familiares o no, porque hay gente solita hay gente que no tiene familiares por una o por otra cosa y están solos y entonces pues que esto no tiene motivo verdad, pero este a mi de preferencia me gustaría que alguien estuviera conmigo pero si no se puede igual, yo sé que mis padres van a estar conmigo, no nada más mis padres, mis padres celestiales, yo creo que ellos María y Jesús que van a estar y que son mis verdaderos padres para mí este ahorita más que nada mis papás pues yo no y de lo que me toque pues ya lo enfrentaré pero a mi si me gustaría que por ejemplo los pacientes, la mayoría tuviera la oportunidad de que estuvieran igual, ahorita como tú lo haz dicho la sobrecarga de trabajo no nos permite tener esa comunicación como antes, uff antes me ponía a platicar con los pacientes conocía la mayoría de sus historias y más en la tarde que las actividades disminuyen estuve un tiempo en la tarde, algunos años y tiene uno mucho la oportunidad de conocer a la gente de compartir, que es lo más bonito y uno va aprendiendo y va entendiendo y aceptando que lo más importante es ser feliz, independientemente del estado en que te encuentres, mientras tengas salud y mientras tengas que comer las cosas sencillas no cuentan, para mí lo más importante son las personas, que podamos dar lo mejor y así como dice la palabra no comernos unos a otros porque estamos en la espera nos picamos por aquí, nos picamos por allá. Al futuro de la gente que está atrás de mí, cuando debemos enseñarle a compartir a estar ahí en el momento, en el fin de nuestra vida, al término ya de tu ciclo y alguno lo concluye satisfecho, de haber hecho lo que debiste haber hecho y ahora si, me tachan de que soy tonta o demasiado tolerante me gritan y yo no grito, y yo no quiero llegar a un lugar las cosas pues si soy jefe porque yo lo digo, o si sabes qué quieres o no quieres respétame ese es tu problema, si tu te respetaras tantito me respetarías yo no puedo exigirte lo que tu no tienes y ya en el proceso de la muerte no podemos exigir lo que no tenemos. Verdad, amor, siempre lo vamos a tener, algo que dar, que compartir, Dios nos ilumina para decir las palabras que tenemos que decir o las cosas que tenemos que hacer, ahí está quién nos esté asesorando, pero tenemos que estar abiertos y esto es en el sentido de que no tengamos tanto conflicto emocional. Las enfermeras y enfermeros porque si no que vamos a dar, como ve que se muera pues ya le tocaba ya está robando oxígeno, son términos que utilizamos o utilizábamos y yo creo que es una falta de respeto para mí y una falta para todos hay gente que más quieres que te diga lupita.

I. Lo que tú quieras compartirme de tu experiencia en el cuidado del adulto mayor terminal.

F. Yo pienso que más que nada es eso. Todo depende de cada una de las personas, como comentaba hace ratito, todas las personas reaccionamos ante un mismo evento de diferente manera, todos somos diferentes, y en cada una de las reacciones, aquí más depende de la calidad del desarrollo humano que cada quien tenga, empezando desde la escuela el desarrollo humano el respeto, sí el hecho de que me digas, pues yo lo haré de manera correcta pues a mí no me gusta que me digan "mí jefa" porque no va conmigo pero si quieren decirme pues yo les doy la libertad de que me digan como quieran, como se sientan a gusto, una acción no hay que poner barreras ni limites, igual aquí no hay que poner barreras ni limites en cuanto a atender al paciente, "hay no ya se me echó a perder" tengo uno o dos que están con el diagnostico de "MELES" Me los voy, entonces hay que verlo de la manera que ya le toca morir, pues bueno que se mueran y vamos a ver a los familiares de qué manera se les va a apoyar y pues "sabes qué hija tranquilízate" ¿eres católica?, ¿o de qué religión eres? a no, pues soy de tal, bueno mira ¿por qué no oras? le entregas a tu familia verdad hay que entregarlo, hay que despedirse de ellos, que las cuentas queden saldadas lo bueno lo malo, hay que perdonar, perdona, lo bueno lo malo que es religioso, mira hay una capillita ¿sabes qué? ve y entrégale a tu paciente entrégaselo a Dios, el te lo dio ahora tu entrégaselo para que cumplas y que ahí termines tú. Se nos da la oportunidad de convivir con las personas, cuando son esposos se les da la oportunidad de estar con ellos bueno hay veces, llega el momento hay que entregarlos aunque uno no quiera, igual agradecer de alguna manera el hecho de haber tenido la oportunidad de compartir con gente con esa calidad humana porque muchas ocasiones no hay gente mala, lo que pasó es que tienen diferentes oportunidades, pero hay también que aceptarlo eso, hay quienes empiezan dando patadas al pesebre pero bueno, el chiste es de que uno quede satisfecho en cuanto haber hecho por los familiares y con el paciente lo que se debía haber hecho.

Segunda parte

I. ¿Qué me quieres compartir de tu experiencia?

F. sí, me quedé pensando que me gustaría compartir acerca de las visiones que ellos tienen antes de morir, comentan que ven duendes, demonios, en otras ocasiones a sus familiares, a su papá a su mamá que vienen por ellos así como estamos tu y yo hablando ahorita así los ven muy reales, de tal manera que ya hay una urgencia por irse, ya hay confianza, se sienten seguros que no les cuesta trabajo pasar de un estado a otro o sea de la vida a la muerte, no se preocupan ya están seguros porque es un proceso y están viendo a las personas que aman.

I. ¿Y cómo Enfermera como los cuidas?

F. Como Enfermería pues yo nada más le apoyo, le digo de usted depende si usted ya está listo adelante, de hecho si los veo que están en un estado que es doloroso, le digo que ya va a dejar de sufrir, le digo que tenga confianza y si están aquí sus papás adelante, eso es lo que en algunas ocasiones hago cuando estoy trabajando directamente con los pacientes porque antes de hecho solo había una persona por servicio, no había tanta gente como habemos hoy y pues las veces que he tenido oportunidad de ayudar a alguien, porque Dios me pone en el camino, porque hay veces que no quiere uno, pero Dios lo pone y tiene que cumplir con esa parte que nos corresponde

independientemente del papel, pero en Enfermería nos tocó ese roll que a lo mejor no se había valorado o no se había visto anteriormente pero que si uno lo hace y pues lo que te comentaba que unas personas comen, hay una cierta mejoría y las personas quieren comer, cuando no querían porque tenían nauseas, no le gustaban, pero lamentablemente ese día se levantan quieren comer y a los 5 o 10 minutos ya se nos han ido, y pues hay ocasiones para arreglar sus asuntos pendientes , que Dios les da la oportunidad de vivir esos momentos de mejoría para salvar algunas cosas o simplemente para compartir esos últimos momentos con sus familiares que están en ese momento y cuando me piden en estos casos ver a sus familiares se les da la oportunidad de que suban de uno en uno 5 minutos para que tengan la oportunidad de estar con la persona antes de que fallezca, y es más es una de mis costumbres y les digo a los familiares “si hay algo que le puede ayudar en estos momentos, una oración de su corazón para que ellos tengan paz o se vean más fortalecidos en el camino, en el paso que están dando”, porque yo me imagino no es nada más me da un infarto y ya , me imagino yo como un camino en el cual hay que hacer un recorrido para llegar al lugar, no es tan sencillo, no es un brinquito y ya, es un camino que hay que caminar y hay que llegar, igual como en el trabajo de parto ¿cuánto tarda una mujer en dar a luz? desde que le empiezan las contracciones, en lo que recorre todo ese canal del parto, todo ese camino que transcurre para salir a la luz del nacimiento, como que tiene que recorrer ese túnel ese paso de un lugar a otro en este caso del mundo a otra dimensión, entonces yo pienso que la gente tiene que ir bien segura, bien confiada, porque mucha gente tiene mucho miedo, no puede con el miedo, los aterroriza, se siente se percibe que uno mismo siente que se le enchina la piel cuando estás allí y sucede y no puedes evitar porque tu como persona como ser humano sensible sientes, porque cada persona tiene desarrollada la percepción y pues yo siento que es necesario que la gente oremos mucho a Dios por las personas que están en ese trance, ellas después que ya hayan pasado por ese proceso puede que tengan la oportunidad de pedir por nosotros, porque en este mundo se nos dio la oportunidad de crecer de ser mejores personas , para aprender a respetarnos y amarnos en eso radica para mí la vida y el ser humano tiene que trabajar mucho porque estamos llenos de defectos como dicen de demonios, de muchas cosas que no nos permiten crecer como personas, pues dicen que así como vivimos morimos, si uno quiere morir bien, tiene que aprender a vivir bien, para que uno pueda morir tranquilo. Eso es lo que quería compartir.

I. Gracias.

Apéndice G

Entrevista Gloria.

I. Gracias por aceptar colaborar, Tenemos sólo una pregunta:

¿Qué significado tiene para ti el cuidado que proporcionas a un adulto mayor a su encuentro con la muerte?

G. Cuidado mmm... bueno Tengo varios años ya trabajando aquí con pacientes, muchos son los que no tienen la oportunidad de salir, para mi me he sentido frustrada por que en toda esta trayectoria yo he visto que no se les a dado el apoyo suficiente ni necesario, ni el tiempo y el personal de Enfermería no cuenta o no dispone de este tiempo para poder brindarles una mejor atención, tanto a ellos como a sus familiares, la experiencia en este ámbito pues en unas de las carreras ha mejorado en el sentido de que ahora por ejemplo, a sea que los médicos aceptan de que son pacientes que no son recuperables, platican con el familiar, eso para mi es un avance, no negocio, sino ya les informan y ellos pueden tomar una decisión, oiga sabe que su familiar no va a poder salir de esta situación, hay que hacerle si gusta tiene derecho de quedarse en una institución morir aquí, la otra es de que también se les ofrezca lo que ellos le llaman por máximo beneficio, me parece muy bien por que la mayoría quiere morir o que ese suceso pase en su casa cuidado por sus familiares otras de las cosas que e visto y que no, pues sabemos que es un paso que todos vamos a dar y que no hay vuelta, pues recuperable y ahí parten y punto ahí mueren a veces digo que o bueno yo pienso que muchas veces los médicos no lo entienden y uno como Enfermera pues les dice oiga doctor pero tienen que hacer esto, no que no, pero tienes que darle el apoyo o hacer maniobra tiene uno que e incluso los familiares también están al tanto de todo lo que es tecnología medicina cuidados y además para que pudiera sacarlo de por ejemplo de un paro entonces, yo veo que todo esto va mas allá de nuestra formación porque nuestra cultura no nos da, mucho día de muertos, mucho de tumbas en los panteones, ni para ver partir a los familiares ni siquiera a los pacientes yo he visto que a veces uno trata de no involucrarse porque queramos o no pues es dolor de cualquier situación muchos dicen que eso que sentimos es de que no aceptamos no voy a discutir, pero si no estamos preparados porque nuestra cultura desde siempre cuando fallece algún familiar y primero a los niños se les tiende a no estar presentes, eso para mi es un error completamente, que es un evento tan normal o un suceso tan normal, como el nacer pues para mi lo ideal seria que a un niño lo llevas a ver otro niño y que mira que bonito y que entonces de igual forma está enfermo mira es tu abuelito, tu tío lo que sea tiene que ir pero verlo de una forma mas normal y una platica más abierta de esa edad entonces eso ya nos ayudaría a nosotros a tener otro concepto de la muerte en cuestión de la formación académica siempre se nos ha formado para salvar vidas y que el carro rojo y que enséñate a entubar y qué medicamentos y que tu te dedicas a esto bueno todas las maniobras de una resucitación y también bueno eso es en cuestión de Enfermería bueno yo lo que veo en el personal medico están más aferrados, aquí por ejemplo los internos hacen un record y se ponen ahí sus zopilotes o cuantos te has llevado, no que este rompió el record ya lleva tantos y pero así como algo vergonzoso sabes que dejaste morir o se te fueron tantos es algo que no debíamos de ver de hacer, ese no ver así el suceso de la muerte que debería de ser de una forma más normal yo creo que se tienen tantos criterios médicos como de Enfermería para saber quiénes son candidatos o para apoyar hasta el ultimo a optimizar todos los recursos y echar mano de todo para salvar esa vida y otra también para saber cuando ya es tiempo de que se vaya pues también hablar con la familia, acercarse con el paciente que es un papel importante en este caso del moribundo que él tiene derecho si está consiente y esta pues si todavía tiene uso de razón él puede tomar decisiones, se dice que la mayoría quiere morir en sus casa y rodeado de sus familiares y es una cosa que aquí tampoco se hace, cae en paro y saca uno a todo mundo lo sacas y empieza y quítale trae y todo eso y se dice que la muerte se ha hospitalizado pero no debe de ser así igual que el nacimiento del ser humano y la familia eso es mi opinión estoy de acuerdo con eso y también respetar mas que nada el derecho que tiene la persona en este caso el paciente a veces los familiares están aferrados a él no lo quieren dejar ir y no respetan, oiga se me va a morir allá si me lo llevo y eso es decisión de él platiquen con él y pónganse de acuerdo de mucho el hecho de que él decida.

Hubo un diplomado de tanatología y hablaban mucho de un testamento en vida y ahí elegir cómo queremos partir y que se nos respete en algunos países es un documento legal y se debe de acatar eso aquí, no necesitamos de años luz de todo eso que sería lo ideal, si es un proceso doloroso pero es al igual que el nacimiento es un suceso un acontecimiento, verlo como lo más natural sin tanto dolor.

I. Como vives tú esta vivencia

G. Yo me involucro mas en cómo está la situación por ejemplo si es una familia y un paciente que ya está consiente de que quiere irse y que ya es su final y que los familiares también están de acuerdo en eso, adelante le proporciono todo lo que esté en mis manos por ejemplo que no tenga dolor o si hay el dolor el doctor sabe que tiene el dolor o si deciden llevárselo oiga sabe que y si le da esto platique con el doctor o venga doctor tiene miedo de que presenta esto quita esto lo demás entonces tratar de apoyar lo mas posible una en que no tenga dolor por que está en derecho a no estar sufriendo, otra en que es tener todo el equipo necesario por ejemplo si se necesita de un respirador o un ventilador si él lo acepta adelante pero si trato de comulgar con su proceso, no sufrir, ni llorar, ni mucho menos pero si apoyar a los familiares orientándoles decir que es lo qué va a pasar como va a pasar y cuando uno sabe que ya no tiene más o lo que denominamos aquí un ya no va a ver maniobras de

resucitación los acompaño pero ahí también me molesta mucho porque no sabes ah te doy 5 minutos para que te mueras 10 minutos y córrele no, y a veces hay pacientes mas graves a mi sí me gustaría que ese proceso se pudiera vivir mas tranquilamente bueno el hecho de que acompañarlo tomarlo del antebrazo estoy contigo va a pasar esto y esto hasta que se termine lo que en esos casos cuando ya los pacientes son terminales y ellos saben lo que hago es orientar a los familiares y facilitarle todo, que quiere ver al sobrino, al papá tratar de proporcionarle todo el ambiente para que cierre sus círculos y pueda terminar o irse tranquilo y estar al pendiente si necesita algo a veces no les permiten más de dos pacientes entonces ir con la trabajadora social, está tal evento entonces les permites que entre fulanito, sutanito, lucra uno, pero está uno mas tranquilo cuando se van de esa forma.

I. ¿Qué significa para ti la muerte?

G. Tengo un gran dilema soy católica pero no estoy al cien por ciento segura o para mi es un gran una gran incógnita el hecho de no conocer qué es lo que pasa más allá, de sé que voy a morir sé que nací que soy de aquí lo acepto pero digo y después que la eternidad y hasta cuando es la eternidad todos tenemos una fecha un plazo un lugar pero después y ¿qué voy a resucitar?, no, no sé pero no me da miedo no me siento mal trato de ser todo lo que puedo, no sé si voy a llegar hoy a mi casa, pero digo si es hoy pues qué bueno pero si tengo planes de ser mejor, seguir mejorando dar más y lo veía con más temor ahora ya no, porque es muy fácil ver morir a los demás, pero dices cuando yo esté ahí la mayoría se prepara o nos preparamos para que pues un poquito de esto, otro poquito de aquello, que un curso, que conferencias, pero todo para proporcionar cuidados y dar vida o mantener la vida o procurar por la vida pero no es rarísimo y tomar algún estudio alguna preparación o prepararse para conocer más de la muerte y no nada más como interés de la Enfermera sino también de la Institución hasta ahora se está viendo derechos de los enfermos de médico de las enfermeras pero no hay derechos de los moribundos eso es algo muy importante o ahí se refleja que no estamos conscientes o queremos tapar eso o sacar eso por que estamos estudiando y prepararnos para mantener o aferrarnos o no se o para evitar que muera si es necesario que tanto la Institución y uno mismo como persona como Enfermera se prepare más en este campo en este ámbito porque si tenemos muchas deficiencias yo he visto así compañeras que dicen ¿para que te apuras si ya se iba a morir? digo pero por lo menos debió haberse muerto en estas condiciones y no por un problema o falta de un equipo o funcionamiento del equipo la misma carga de trabajo yo creo que también pudiera ser que la Institución valorara o a nuestras jefas dependiera en ese ámbito por ejemplo oye Susana hay tantos pacientes moribundos, dedícate a ellos o no sé al mismo trabajo social ver a la misma supervisora oiga su paciente está en estas condiciones ya vieron esto, necesitan esto necesita esto, ver familiares poner el alternativo informarles de que está la opción de que si gustan se pueden ir a su casa y no estar aquí todos de córrele de quien se va a morir y cómo se siente falta mucho.

I. ¿Qué te gustaría compartirme de tu experiencia de cuidar al adulto mayor terminal?

G. No estamos preparadas, otra ni siquiera nos damos permiso nosotras mismas de hacer un duelo porque quieran o no es nuestro paciente y desgraciadamente los pacientes terminales estamos toda la semana o todo el mes o más tiempo con ellos, entonces quiera o no uno se involucra y no es esa parte de ah bueno ya falleció bien o mal ya falleció y que tiene que limpiar esto, amortajarlo esto y esto y no tiene tiempo de nada, de no se como, de meditar un poquito esa situación y que ahora si uno asimile de que ya se fue y que estuvo todo bien y cerrar ese circulo y seguir pero ya después llego el otro, de que tienes que entregar ya cerraste o que ya te retrasaste por ese momento que estuviste ahí, porque está contemplado los signos vitales, tendido de camas, administración de medicamentos pero no hay alguien que diga sabes que este paciente va a fallecer, ahí se te va ir una hora u media hora y tenemos todo el tiempo así completamente medido o calculado y hay que romper con todo y aparte de que rompes con todo te atrasas en tus funciones sales del evento y córrele a hacer todo lo demás para no atrasarte creo que debería de ser como un procedimiento mas, uno que te diga a las 3 hoy muere y vamos no, pero si que considere tanto uno que las escuelas nos preparen para eso o que las Instituciones tengan o contemplen estos procesos ya que no es como aplicar una venoclisis “ haber déme su mano, ya lo puse ya quedó”, no sino que es un proceso que puede en algunos tal vez en corto tiempo, pero haya otros que requieren de más tiempo, hay familiares muy consientes que si lo asimilan, no que no les duela y otros que no y ellos también necesitan apoyo de Enfermería porque no es ya le hablé al camillero y ya está hecho” saben que ya bájense allá a trabajo social, no también es necesario hablar un poco más con ellos, apoyarlos o acompañarlos.

I. ¿Algo más que quieras compartirme?

G. Pues nada más necesitamos prepararnos más tanto a nivel de instituciones de salud como educativa y que apoyen más en este aspecto.

I. Gracias.

Entrevista H.

I. Gracias por aceptar esta entrevista tengo una pregunta: ¿Que significa para ti como Enfermero cuidar al adulto mayor en su encuentro con al muerte?

H. Tengo como una idea en general de todos los pacientes, pero bueno con el adulto mayor en este caso tratando a este tipo de pacientes, considero que implica como un doble compromiso personal porque no sé si sea la formación en cuestión de los servicios o que nos falta un poquito concientizarnos, le voy a mencionar alguna experiencia que he tenido cuando los pacientes jóvenes están en fase terminal que hay una posibilidad de vida nosotros lo sabemos por los médicos que dan su diagnóstico y nos dicen que tal vez el paciente pueda salir que puede ser que haya una posibilidad de vida, adelante, no se si sea cuestión mala de Enfermería que ponemos más

empeño en este tipo de pacientes y en el paciente adulto mayor por el hecho de la edad y siendo sinceros lo descuidamos un poquito desde hace un tiempo en capacitaciones en muchos cursos que hemos tenido, yo a las personas que están al frente hemos tenido cursos con psicólogos yo les he pedido mucho apoyo a nosotros para saber como afrontar la muerte en cuestión de todo tipo de pacientes de cómo brindar apoyo a los familiares no solo en cuestión medica o de enfermería sino también personal para mí si me importa, creo que el cuidado del adulto mayor en etapa terminal debería ser doblemente trabajado por nosotros en cuestiones de cuidados de Enfermería de cuidado psicológico, de apoyo no solo al paciente sino a su familia, eso es porque yo he pasado por esas etapas, hace poco un tío falleció, tenía 78 años un familiar que yo veía escasas veces pero siendo sinceros el cuidado que yo tuve con él era por el acercamiento que yo tenía con mis primas con la familia de ellos y no dejó de ser un paciente más pero cambió mi forma de pensar en esa experiencia que tuve, es en relación a esa pregunta.

I. ¿Que significa para ti como enfermero vivir esta experiencia?

H. tal vez sea duro pero a medida que pasa el tiempo y con la experiencia que uno adquiere, el primer día que te enfrentas a un cuidado de ese tipo es difícil porque es la primera vez te estás enfrentando a algo que no conoces pero pasa el tiempo y como que se nos va haciendo un poco cotidiano.

i. ¿Cuántos años tienes de experiencia en el cuidado del adulto mayor?

H. 6 años pienso que nos hacemos un poquito duros de corazón no se si sea y el significado es brindar nuestro apoyo con nuestros conocimientos con nuestros cuidados, no sé pero pienso que deberíamos de tener un poco más de humanización, no se si sea esa la palabra, hace un ratito le mencionaba cuando los médicos dicen que ya no hay más que hacerle a mí me parece como grotesco alargarles un tiempo de vida, que los médicos le ponen medicamento para mantener presión para que su corazón esté funcionando de más, a mí parece un poquito delicado y yo quisiera pues de una forma que se dejara ir libre al paciente a descansar más porque ya ha vivido mucho tiempo ya su cuerpo dio lo que tuvo que dar y es importante cuidar a un paciente de ese tipo.

I. ¿Cómo cuidas a un adulto mayor terminal tú?

H. ahora le puedo decir que después de la experiencia que yo tuve con mi tío si han cambiado los cuidados de Enfermería ya son como cualquier paciente como si tuviera o no la oportunidad de seguir viviendo mucho más tiempo, trato de enfocarme a todos los conocimientos que yo tengo, sí es un paciente con ventilación mecánica pues hay que procurar estar cambiándolo frecuentemente de posición que tenga la vía aérea permeable es decir aspirar secreciones, cambiar fijaciones de los tubos endotráqueales, cambiar constantemente el pañal evitar que se escare y si yo tengo la posibilidad de tener algún aceite alguna crema para el cuidado de la piel verificar que estén en buen estado los aparatos electromédicos, vigilar sus signos vitales, aplicación de medicamentos indicados para su tratamiento, los baños de esponja cuando hay oportunidad o cuando tiene mucho tiempo sin darle baño, darle la información que está en nuestras manos del cuidado del paciente al familiar, porque para nosotros es un poco complicado porque son muchos pacientes para una sola persona de Enfermería, y enfocarme más que nada a los conocimientos que yo tengo y si tengo alguna duda preguntar al medico como más puedo yo ayudar a este paciente.

I. ¿Y cuando llega ese encuentro de tu paciente con la muerte cómo lo vives?

H. Como personal de Enfermería hay que asistir al médico primero, cuando en lo personal yo trato de darle una muerte digna, para mí una muerte digna es el no hacer más allá de lo que yo considero que ya no se le puede hacer al paciente, si el médico ya no me lo dice, sólo dejo que el evento venga, y cuando sucede esta situación ahora ya he podido siquiera darle una palmada al familiar, creo que es importante sin decir una palabra porque esa es la experiencia que he adquirido y así me siento un poquito bien, pues reconfortando un poco al familiar y sabiendo que el paciente se murió dignamente, eso es lo que yo realizo.

I. ¿Para ti como personal de enfermería que significado tiene la muerte?

H. pues es el suspender el dejar de funcionar todos los sistemas y órganos en nuestro cuerpo y pienso que si hay otra oportunidad donde uno descansa, es pasar a otra etapa de la muerte misma porque ya no es vida, pero pienso que el alma va a algún lugar, no sé a donde pero va a descansar.

I. ¿Tu consideras que desde la perspectiva de género hay diferencia para cuidar al adulto mayor terminal?

H. considero que ahorita todavía en esta época sí, la formación que se nos da como personal de Enfermería anteriormente estaba solo basada en las mujeres y como género de varones nos costó un poquito mas de trabajo aceptar por ejemplo que yo puedo ayudar al familiar diciendo cuánto lo siente uno, que estamos con ellos, que le echen ganas, porque el hombre por la propia historia que nos marca nuestro país ha sido machista y si le puedo decir que no es mi caso, pero si muchos compañeros que tengo hombres les cuesta mucho trabajo el expresarse y poder decir lo que sienten, en cuanto a los cuidados de Enfermería tal vez si cambian las cosas porque esa manera de hacer ustedes las mujeres las cosas no se si sea uno brusco o que sean más delicadas para ponerles más empeño a las fijaciones a la manera de aspira es diferente, tal vez para mí el tomar el brazo aunque lo hago con la mayor delicadeza yo utilizo más mi fuerza para tomar una presión arterial, para poder movilizar al paciente, en ese aspecto nosotros les llevamos más ventaja en la movilización del paciente porque la fuerza nos los facilita pero hay muchas cosas del personal de Enfermería femenino tiene más delicadeza para hacer las cosas tal vez eso sería importante para cómo manejar la formación desde un principio a los varones en Enfermería porque yo creo que si tiene diferencia el cuidado.

i. ¿Algo más que me quieras compartir de ese mundo de Enfermería que cuida al adulto mayor terminal?

H. Yo como comentaba hace un rato, creo que nos hace mucha falta el apoyo psicológico que se nos capacite en tanatología, en cuestión del adulto mayor no, porque a lo largo de la carrera vamos conociendo los cambios pero si pienso que seria importante que se enfocaran un poquito a ayudarnos de esa forma que el estrés de atender a tantos pacientes el tipo de cuidados pues no nos deja dar el cien por ciento del cuidado que debemos dar a este tipo de pacientes. Pienso que esto seria como una petición si se pudiera que se nos apoyara más en este aspecto. Y esto es todo.

Gracias.

Apéndice J

Entrevista Jonás

I. Gracias por tu participación ¿Me gustaría que me compartieras tu experiencia de cuidar al adulto mayor Terminal?

J. Significa casi un todo, por la etapa en que se encuentra la persona, como conocimiento se dice que hay que ayudarlo a bien morir, yo creo que para eso si se necesita un conocimiento y un especial cuidado, para ese tipo de personas, y yo creo que hay que ser muy concretos en el apoyo como Enfermería que se le debe dar al paciente moribundo y pues creo que en tanto es un poco subjetivo en como ayudarlo, como apoyarlo en todas sus esferas, pues es difícil saber porque cada persona sabe qué es lo que quiere hacer como ultima parte de su vida y entonces hay que estar continuamente preguntándole cuestionándole sobre su sentir y yo creo que sobre eso hay que trabajar con ellos, Porque cuando uno está con ellos acompañándolos en la fase terminal, si se puede observar de que forma mueren y en la ultima expresión facial del cuerpo si da mucho de que hablar porque allí uno se da cuenta de cómo dio ese paso de la vida a la muerte, yo creo que significa mucho porque no es cualquier tipo de paciente es como darle a él todo el apoyo y toda la ayuda para que llegue a esa fase de una forma que él se sienta bien, a gusto o conforme.

i. ¿Que experiencia cercana tienes que me puedas compartir?

J. Algunas, de hecho el primer paciente uno se queda si le tomas aprecio a la persona creo te quedas, qué hago, qué le digo, en qué le ayudo, pero primero uno se debe dar cuenta del estado de la persona y asimilándolo uno es más fácil ayudar a las personas, para dar ese paso final y la última experiencia que tuve fue con un señor que se llamaba Rubén, un señor muy activo en su vida cuando estaba en posibilidad de hacerlo, era agricultor en unas de las pláticas decía que se sentía mal por esa imposibilidad de la enfermedad que ya no lo dejaba hacer su actividad cotidiana y se deprimía mucho por eso, nosotros tratábamos de platicar con él pero era muy cerrado, duro con él mismo, al inicio nos rechazaba, él decía que estaba bien que no necesitaba de nadie pero ya cuando pasó el tiempo como que tomó más confianza y ya nos platicaba de su vida como era antes, tratábamos de distraerlo con algunas platica, le leíamos libros a veces de los que le traían la familia, pero hubo como que un algo que cuando nosotros lo atendimos él estaba mal, la primera semana lo visitaba mucho una familia tiene un hijo en Estados Unidos y llegó como que él se recuperó bastante, él no comía antes, ahora comía mucho, no se dejaba bañar ni rasurar, cuando llegó su hijo se levantó bastante durante tres días y él muy contento convivía platicaba con la familia, pero se fue el hijo y se deprimió bastante de allí él se cayó porque cuando se fue su hijo se notó nos rechazaba bastante, ya no quería comer, solo quería estar acostado, al cambiarlo de posición él se molestaba mucho, de allí él se fue decayendo, decayendo hasta los últimos 2 días me recuerdo que él estaba nada más con los ojos cerrados, respiraba como por inercia, nosotros le insistíamos bastante que le echara ganas, bueno el apoyo que uno como, ¡vaya! bueno falta experiencia en el contacto para saber como ayudarlos creo que uno se limita porque no sabe que hacer, pero nosotros solo con platicarle a veces si aceptaba la comida pero se decayó bastante y creo que fue más por él que pensaba ya no puedo hacer nada, ya no hacia nada, pero el día que murió fue a las 6.00 de la mañana, intranquilo, unos minutos antes dijo que necesitaba a su hijo, le faltó mucho ese apoyo el día que murió, como insatisfecho le faltó apoyo de la familia, lo tenía de la demás familia, pero había algo especial con su hijo, allí uno como profesional se da cuenta que son esferas y que él necesita de ese apoyo de la familia para poder estar bien y para poder dar ese paso de una forma bien o morir a gusto, creo que allí le faltó ese apoyo por parte de la familia, nosotros si le insistíamos mucho a la familia pero al parecer el hijo no se comunicaba mucho, como no estamos todos los turnos no nos dábamos cuenta pero pues como que si le faltó ese apoyo moral de la familia.

I. ¿Y tú como Enfermero como lo acompañaste?

J. Yo creo que nada más de una forma física, porque, para lo que él necesitaba porque esa comunicación era corta, con nadie hablaba ya no contestaba, estaba como dormido, nada mas respiraba como que mientras el pulmón y corazón funcionaban, pero el como que “yo ya terminé aquí”, nosotros seguimos insistiendo en apoyar la función fisiológica, apoyo de darle de comer darle vueltas, si se hizo del baño tenerlo en las mejores condiciones y como apoyo psicológico como que faltó eso porque uno se limita mucho porque que le digo si no me contesta, no había ninguna reacción en él y como que si me limito para darle apoyo psicológico aparte de que no tengo la experiencia como dar ese apoyo en la ultima etapa de su vida, yo creo que sí necesita no sólo revisar las funciones fisiológicas que si respira que si está en una posición cómoda, si tiene sed, si no quiere agua mojarle los labios, cambiarle de ropa si orinó, si evacuó, tener la habitación en un ambiente tranquilo, no estar allí con un escándalo, comprender la situación yo creo que ese fue el apoyo.

I. ¿Y a la hora que él se encontró con la muerte como lo acompañaste?

J. A la hora de la muerte estaba otro compañero y él nada más dio 2 suspiros y dejó de respirar como él, estaba su esposa que nos habló porque nosotros estábamos en el cuarto, nos dice como que se está quejando, ya fuimos y lo sentamos y él dio 2 suspiros y dejó de respirar. Lo que hicimos fue acomodarlo en la posición, llegó toda la familia y en realidad fuimos como un apoyo.

I. ¿Cómo enfermero que hiciste?

J. Le dimos un abrazo lo acomodamos y ya avisamos a la familia y dejarlos para que ellos se despidieran.

I. ¿Dónde fue esta experiencia?

J. En el ISSSTE, en Medicina Interna.

I. ¿Algo más que me quisieras compartir?

J. Tuvimos aquí en el hospital una paciente particular, pero ya fue muy corto el tiempo como 2 horas, fue una experiencia de una señora que tenía entre 60 y 65 años de EVC, yo llegué al turno y me dicen está delicada y voy la checo, tenía dificultad para respirar, fui y le avisé al médico, vienen la valoran, dale posición para que pueda respirar, la mascarilla para el oxígeno y todas las indicaciones, ya le hice todo lo indicado pero la señora se quitaba la mascarilla, de hecho fueron como quince minutos yo la dejé porque estaba revisando a los otros pacientes y los familiares me dicen, estaba su hijo con ella, “no, ya no está marcando el monitor” había caído en paro inmediatamente le avisé a los médicos, y ya le checó el corazón no hizo ninguna maniobra para reanimarla, yo me quedé pensando ¿porqué no lo hizo si él podía hacerlo?, de hecho los familiares querían y aceptaban que le diera reanimación, pero el médico no...ya desconéctala tú me dijo..Yo me quedé sorprendido pues la señora todavía tenía una esperanza de vida, no la desconecté me esperé como 5 minutos y falleció, ella también sin decir nada se fue, yo creo que fue también el estado deteriorado que estaba, creo que fue una mala experiencia por la actitud del médico igual pues ya que haces, ya se fue pedí a los familiares que se retiraran, le di cuidados postmortem la acomodamos en su posición otra compañera y yo, dejamos igual pasar a los familiares. Cómo que es más traumático para ellos yo pienso que es traumático, en un momento la ven con vida y convivieron con ella y sales a decirles ya murió y ellos dicen pues que le hicieron allí, ¡ya se murió! creo que otro punto allí es también apoyo para saber como apoyar a la familia. Pues lo que decimos es queremos que usted pase para poder después poderla llevarla al mortuario y que ustedes puedan arreglar todo.

I. ¿Qué significa para ti como Enfermero la muerte?

J. Al inicio, tuve una suerte, que yo llegaba al servicio y se morían, no sé por qué, en urgencias un día llegué y dije lo voy a checar, le voy a hacer su prueba del azúcar, no marcaba, cayó en coma diabético lo llevan a reanimación y se murió, un día llegando a Toco un niño falleció y ¡Ahh! Entonces yo creo que está tan cercana que uno lo ve tan normal, yo creo que a veces uno lo ve como natural porque no es un familiar, o no piensa que va a morir y no le da el valor que debería de darle, pues yo creo que es por eso porque es una persona extraña, y pues yo conocí a la persona hasta este momento, que será escasos 30 minutos, en que se muere y no sé, será por la falta de experiencia o por la falta de conocimiento que todo lo que sucede en esa etapa de la etapa Terminal tanto para el paciente como para la familia, yo creo que es la ignorancia, desconocen qué sucede, qué pasa, qué hago o qué le digo, cómo puedo apoyarlo, yo creo que por eso dentro de la profesión pasa a ser algo normal, como algo menor, pero yo digo que es por desconocimiento de la materia.

Pero para mí, creo que si tiene un valor mayor por todo lo que conlleva, tanto por la familia y por el paciente y yo veo que si uno le da un buen apoyo a la familia y al paciente se siente uno muy bien, pues yo aporté algo para que asimilaran más rápido la situación, y no lo consideraran como una tragedia sino que lo vieran como otra etapa de la vida, no como algo extraño, ni como algo que nunca tenía que pasar, yo creo que si tiene valor pero hay que ser precisos en qué cómo apoyar a la familia y al paciente, porque dos o tres palabras “lo siento”, “ tiene mi apoyo”, no es nada para asimilar la pérdida que están viviendo y creo que hay que prepararse.

I. ¿Algo más que quieras compartirme de tu experiencia?

J. Prepararse porque los profesionales de Enfermería están a diario frente a esta etapa, ya sea con un paciente desconocido o conocido, yo creo que diario están frente a eso, yo creo que si hay que estar preparados para saber cómo apoyar o cómo dirigir al paciente y a la familia para aceptar esa fase terminal. Como materia se debe preparar profesionalmente por la importancia.

I. ¿Una última pregunta, cuánto tiempo tienes ejerciendo la Enfermería?

J. 4 meses continuos y hace 3 años de manera no constante.

I. Gracias por tu colaboración.

Apêndice K

Entrevista Kelly.

I. ¿Qué significa para ti vivir la experiencia de cuidar un adulto mayor terminal en su etapa de muerte?

K. Bueno ya tengo 26 años ejerciendo la carrera y he tenido la oportunidad de tratar a la gente que acude a un Seguro Social a un ISSSTE y a un Hospital General, a veces considero que si varía un poquito la población que se atiende, pero mi mayor experiencia en el cuidado del paciente hospitalizado ha sido en el ISSSTE, en el hospital tuve la oportunidad de trabajar en lo que es la evaluación de la calidad en la atención buscando las infecciones intrahospitalarias, eso me ayudaba a que yo anduviera, cama por cama, paciente por paciente, que el hecho de platicar con ellos me daba cuenta de otras necesidades que tenían, me encariñé mucho con los pacientes renales que para mí es una enfermedad terminal, en un tiempo antes aquí había pura diálisis intermitente en donde el paciente se dializaba aquí en el hospital todavía no había la ambulatoria para que el paciente se capacitara y se fuera a su casa y allá se dializaba y eso de verlo cada 15 días internado, yo misma diseñé unas libretas para saber quiénes entraban y quiénes salían como era la evolución de cada uno, porque me interesaba si adquirían alguna peritonitis como infección intrahospitalaria pero de allí me daba cuenta como era la evolución del paciente, cuando se operó la primera vez cuántos catéteres se le fueron colocando, cuando disfuncionaban toda la serie de cosas que ellos pasaban, quien había perdido ya la vista, quién presentaba otro tipo de complicaciones y lo más bonito fue que esa información sirvió para que se abriera la unidad de Hemodiálisis por la cantidad de pacientes, aparte viví la experiencia de un cuñado que murió de eso, entonces realmente él sufrió la enfermedad, bueno tanto como sufrir quizá no, la vivió y en total fueron 7 cambios de catéteres pero nunca se negó a recibir la atención hasta que el doctor especialista le dijo que su cavidad ya no funcionaba y que era todo lo que se podía hacer, vivir la enfermedad en la familia, ver el dolor que causaba a la esposa y a las hijas hizo que nosotros fuéramos una familia unida, ella misma me decía cuando yo estaba aquí en el hospital cuando se sentía triste. Entonces nosotros vivimos esa experiencia en pacientes terminales de insuficiencia renal y también gracias a Dios tuve la oportunidad de iniciar con la clínica de pacientes con VIH que es otra enfermedad terminal, que se inició hace 5 años con 9 pacientes, y después de 5 años me cambiaron pero quedaron alrededor de 300 casos, de los que teníamos en control y ahora están, fue una experiencia muy bonita porque es una enfermedad y sólo Dios sabrá cuantos años vivan, pero conviví con niños, padres de familia afectados por el virus, allí algo que me enseñó aprendí a como ellos aprenden a vivir su vida, de hecho el lema de la asociación se llamó “volver a vivir”, entonces eso a mí me ayudó muchísimo al ver como la gente valora su vida y le pide a Dios que lo deje un día más vivir, además de aprender muchísimo de cada caso, cada caso es como una experiencia diferente, desde el primer contacto donde ellos se daban cuenta de su diagnóstico y donde se “abrían de capa”, dónde se infectaron, cómo se infectaron, desde cuándo, el vivir después de cada familia, esa es otra experiencia bonita que Dios me dio licencia de vivir aquí en este hospital, en el ISSSTE, tuve la oportunidad de vivir con pacientes hospitalizados y ser yo la enfermera encargada del cuidado de ellos en cada sala, algunos tipos de cáncer la misma insuficiencia renal, pacientes con infarto, pacientes seniles, infinidad de padecimientos postoperados, con problemas de traumatología.

I. Plátame de esa experiencia con los pacientes seniles.

K. yo tengo algo, yo siempre les he dicho a mis compañeras que han trabajado en Medicina Interna que yo como que me identifico más con los hombres, porque ya no está mi papá. Yo siento al paciente senil como aquel niño que vuelve a depender de uno desde la cuestión de la alimentación, la cuestión de la higiene, la cuestión de la prevención de accidentes, y lo siento así como que buscan la imagen de una mamá, una vez que tuve un paciente precisamente del asilo que no tenía familiares tuvo un accidente vascular cerebral, para alimentarlo, tenía que hacer las muecas de qué rico está el alimento y chupetearle y acercarle la comida y luego decirle ¡mmm qué rico está!, él me veía con aquella sonrisa de cómo se pasaba el bocado de la papilla, pero él estaba aún consciente y había ratitos en que estaba haciendo berrinche me apretaba la boca y ya no quería comer o que yo tenía que sujetarlo de la mano que si movía pero era la mano donde tenía el suero, pues yo le decía perdóneme por lo que hago pero es por su bien, y ya después se tranquilizaba y me veía con otros ojos así como que me entendía que era por su bien, él estaba sin familiares y dependía las 24 horas de la Enfermera.

I. Ese paciente tú lo acompañaste cuando murió?

K. al momento en que murió, no.

I. ¿Alguna experiencia de cuidar al paciente adulto mayor cuando ellos mueren? ¿Cómo viviste esos momentos?

K. Tengo otra costumbre de una compañera mía que ahora le da mucho por estar en la iglesia, va exactamente los fines de semana y le digo “Güera ahora que traes para mí” ya sea que me deje el misal del día o me deja rosarios y cuando algunas veces nos damos cuenta por las notas médicas que el paciente nos va durar poco tiempo, sí me gusta orar con ellos, algo que sí una vez me dobló mucho fue tener un paciente que ya estaba esperando el momento y yo permití que la esposa y los hijos estuvieran todos con él a mí no me gusta amortajar, es uno de los procedimientos de Enfermería que nunca me ha gustado, pero mis compañeros lo saben y si sucede siempre pido que colaboren conmigo, entonces en una ocasión pues de alguna manera cuando ya ha tenido la experiencia de perder a un padre o madre como que se nos facilita un poquito hablar con los hijos o con la

esposa y entonces yo le decía a los muchachos díganle cuanto lo aman, díganle cuanto lo quieren porque si llega el momento duele y duele mucho y yo me recuerdo que esa familia era numerosa pero como que se aferraban a que las cosas no pasaran y hubo un momento en que yo traía mi rosario que siempre traigo en mí material y se lo puse y cuando mi compañera le iba a poner la parte de la sabana que cubre la cabeza yo le di un beso en la frente y eso hizo que la familia cambiara la imagen de la Enfermera, porque la Enfermera no es solo la que da medicamentos, quién tiende las camas, colabora con el médico, llegó un momento en que yo ví a los hijos sufriendo muchísimo pero ya al pasar 30 o 40 minutos los ví sonriendo de que su padre ya estaba a mejor, es una de las cosas que sí me duele porque a pesar de que solo trabajo sábado y domingo pero ya el hecho de estar con ellos 12 horas ya son parte de ti y otra cosa que me ha servido mucho y yo lo he sentido así me gusta cargar la música, tengo un DVD chiquito que puedo transportar a todos lados y cargo algunos discos de música instrumental y siento que eso armoniza mi sala porque yo los veo como se tranquilizan y los puedo tratar por su nombre y puedo presentar a todos mis viejitos con los que están en la sala, al ratito ya no soy la enfermera soy “Maria” o soy la señora, al ratito ya somos bien amigos, yo salgo del trabajo y salgo satisfecha, mis hijos me preguntan como te fue mamá, yo les digo bien hijos muy bien, porque todos se quedaron bien es muy satisfactorio trabajar con los adultos mayores.

I. ¿Cómo los acompañas en ese encuentro con la muerte?

K. tengo una compañera que le digo que Dios la ama mucho porque lleva 3 o 4 cirugías de corazón y esta muy allegada a la cuestión religiosa entonces cuando yo me siento como que me faltan pilas yo le pido ayuda a ella y me da tips de qué hacer, me presta material, libros para que yo lea, hay uno muy bonito que en la página donde yo abra, hay una oración muy bonita para iniciar el trabajo, y hay otros que ella me prestó y unos que compré yo, hay uno que se llama “la metáfora a la metamorfosis”, son anécdotas lindísimas, varias de ellas hablan de lo que puede ser la mansión eterna que es la caridad ahora en vida y lo que uno puede ir ganando para cuando uno muera, a mí ese tipo de lectura me ayuda mucho, hay otro libro que casi siempre comparto que se llama “el libro de oro”, parte de una enciclopedia que igual cada pagina es un pensamiento bonito y pues a veces sí veo que el paciente o el familiar pueden leer en cualquier ratito se los presto para que lo lean.

I. ¿Entonces tu les lees y que más cuidado das?

K. Hay también gente que le gusta dibujar y le proporciono material para que dibuje algo, la lectura, la música, atendió a mi papá una doctora que cuando fui a verlo ya le quedaba poco tiempo y me acompañó una persona de las que viven con el virus de VIH y tomados de la mano rezamos un padre nuestro entonces yo me fui a la casa y otro día cuando llegué otra de las hijas me dice cuando llegue porque nos haces sufrir así, yo me sorprendí porque les pregunté qué les hice, toda la noche mi papá te estuvo gritando y ya íbamos a ir por ti a tu casa, te gritaba “María ayúdame, María ven, María te necesito” y si hubiésemos ido por ti si habrías venido, ¡Claro que sí!, cuando los veo como sí yo me despidiera de ellos y antes cuando le platico que le di un beso a mi paciente, me recordó a mi papá y yo sentía que me iba a encontrar con mi papá, mañana cumple un mes mi mamá que falleció..... entonces cuando mi mamá ya había muerto, mis compañeros del trabajo me acompañaron y ya le decía que no solo por mi mamá sino también por mi papá yo iba a tratar de ser mejor, entonces si antes me identificaba con los hombres porque yo ya no tenía a mi papá, ahora tiene que ser doble porque mi mamá ya no está conmigo y es que el hecho de estar con un paciente senil o con una enfermedad crónica degenerativa, he vivido experiencias de que por ejemplo una vez en la noche una persona me dijo “sí le puedes checar el suero a mi papá” si como no, el tiempo no importa porque el cuidado se da, fui y fue mucho si estuve con el cinco minutos mientras le revisé la venoclisis, le pregunté cómo se llamaba, por qué estaba allí, y él me dijo que me iba a hacer un monumento, pero no espere un monumento de construcción “un monumento en mi corazón”, yo sentí que no era mi paciente el que me estaba hablando era mi papá a través de mi paciente, en otra ocasión igual con un paciente así en pocos minutos me dice como le ha ido y como se llama, “me llamo María” dice “cuatro letras” “amor cuatro letras” y fue otra sensación que yo sentí no era mi paciente sino mi papá que me hablaba a través de mi paciente, con mi cuñado cuando le daba la desesperación mandaba a volar a todo mundo, médicos, enfermeras, todo el que fuera, entonces yo subía y le decía oye Ramón pregúntame porque no había venido a verte, se quedaba callado, dime porque no venías, le decía porque no quería que me mandaras a volar, como mandas a todo el mundo, me agarró la mano y dijo no a ti jamás te voy a mandar tu eres mi chirga, así me decía mi papá, yo podía sentir la ternura de mi papá a través de mi paciente, de hecho cuando él iba a morir, falleció un día del padre, yo fui a visitar la tumba de mi papá y de regreso pues yo tenía que visitar a mi cuñado, entonces yo lo ví tan mal que le decía a mi hermana cómo le hago yo tengo que ir a trabajar, cómo le hago si él es así, entonces Dios me dio la fortaleza de entrar nuevamente a su cuarto tomar sus manos acariciar su cara donde yo sentía la ternura de un bebé y entonces yo le dije Ramón tienes miedo ¿qué sientes?, ¿qué percibes?, ¿qué ves?, veo un lugar oscuro, me siento solo, y tengo mucho miedo, ¿pero a que le tienes miedo?, allí me dijo que su mayor miedo era dejar a su mujer y a sus hijas solas, yo le dije Ramón nuestros padres nos enseñaron a ser una familia unida, tu esposa y cada una de tus hijas nunca van a estar solas va llegar un momento en que Dios y la Santísima Virgen van a venir por ti y tu te vas a adelantar, porque ya vas a estar mejor, pero no tengas miedo, eso fue alrededor de las 8 de la noche y mi cuñado falleció a las 12, me dice mi hermana que ella lo tenía sostenido en su pecho y nada más dio como 2 suspiros y me dijo: yo sentí que después de que hablaste con él descansó, de hecho mi hermana conservó una carta que yo le escribí a la gente que le ayudó porque yo no pude ir al levantamiento de la cruz por cumplir con el trabajo y escribí esa carta para agradecerle a la gente, que le ayudó el

haber compartido desde la ayuda económica, la ayuda moral, la compañía, su sangre porque el tenía constantemente donaciones de sangre, y esa carta mi hermana la tiene en la casa, estas son experiencias con las que he crecido.

I. ¿Algo más que me quieras compartir de tu experiencia de cuidar al adulto mayor en su encuentro con la muerte?

K. bueno más que nada esto es encaminado a los pacientes adultos mayores, otra cosa que he visto sobre todo con los pacientes de VIH, porque si me encariñe muchísimo con ellos y confirmé lo que dicen las oraciones del padre nuestro de la agonía, como que yo cargaba esas oraciones como parte de mí equipo de trabajo soy muy amante a conservar las fotos de la gente que conozco y de alguna manera hacer que tanto que mi esposo como mis hijos sean así como yo, al principio cuando no conocían mucho de la enfermedad, les daba miedo, con el paso del tiempo ellos aprendieron a tratar a ese tipo de personas igual que a cualquier otra, cuando tengo oportunidad soy muy de hacer las convivencias familiares y de festejarles el cumpleaños a mis hijos, mis invitados son compañeros de trabajo y con las señoras, varias por ejemplo me han les digo cómo que necesito compartirlo con otras enfermeras y donde nos encontramos con el mismo gusto de que “hay doña carmen como está “ esto lo otro”, y que la misma paciente la conociéramos 4 o 5 enfermeras y el trato fuera igual porque yo siento que la cuestión humana nos olvida de la cuestión técnica, y es el calor humano donde solo con sentir la presencia humana nuestros pacientes cambia la actitud, otra de las cosas que hago es despedirme siempre de manos, cuando es posible de abrazo, de beso con mis pacientes, y dejo todas mis cosas en el control porque se que otro día voy a regresar.

I. ¿Qué significado tiene para ti como enfermera la muerte?

K. Realmente yo no me considero muy preparada para el “paso” a la muerte, pero también el convivir con el dolor, todos los días creo que las enfermeras tenemos las suficientes fortalezas para afrontar la situación, cuando yo perdí a mi padre creo que fue el dolor más grande que experimenté porque de momento ya yo con un esposo y unos hijos yo me llegué a portar rebelde así como que mí vida ya no significaba tanto porque había perdido a mi padre que para mí era lo máximo, ya me quería morir también, no era igual que el amor a los hijos a mí esposo, pero era un aspecto que no había comprendido, él nunca se ha ido, siempre esta conmigo conservo una carta que el me escribió cuando yo me inicié de Enfermera entonces el iba de peregrino a México, no estuvimos juntos porque yo estaba en León y el se iba a México, el fin de semana mí mamá me dijo mira hija lo que te dejó tu papá, me dejó esa carta donde el dice “como el ave fénix surge el hombre nuevo que va a renovar su ser y a pedirle a la virgen por mí hija que está a diario con el dolor humano y a luchar por la igualdad” entonces a mí ese tipo de cosas son las que me inyectan para poder considerarme como una buena Enfermera, Y pues solo Dios sabe hasta cuando podamos seguir ejerciendo esta profesión tan bonita, pero si soy muy amante de la cuestión humana, creo que me falta completar la preparación en cuanto a la experiencia el sentimiento de estar ahorita, le hablo de hace un mes, y siento yo que fue un momento muy duro, porque jamás pensé que mi madre se me iba a morir y que yo iba a estar con ella, mí mamá llegó a consulta sale con un diagnóstico que no implicaba mayor gravedad, mí mamá continúa con dolor y me la llevo al ISSSTE y a mí mamá le dio un infarto tuvo una muerte súbita, estaba yo ventilando a mí madre yo misma con el ambú y .....la abrazo le digo mamá por favor no me hagas a mí esto, fue un momento muy duro que afortunadamente estaba otra de mis hermanas, ahora que medito un poquito todo, creo que de 8 hijos que somos nosotras 2 fuimos las elegidas para vivir ese momento y poder decirles a nuestros hermanos lo que había pasado, ahora me siento tranquila, me siento contenta de que mis papas vuelvan a estar juntos, en el momento del sepelio todo mundo creía que me iba a quebrar y sin embargo creo que tuve la suficiente fortaleza de enfrentar ese momento para estar junto a mis hermanos y de alguna manera poder apoyar para que las cosas fueran diferentes, ya que esa mañana por primera vez mi madre visitaba este lugar de trabajo que quiero tanto, de visitar mí casa que es su casa y mí otro trabajo, a lo mejor porque ella quería que no le reclamara lo que yo le reclamaba a mí papá, mí papá también tuvo una muerte repentina y yo le reclamaba papá porque nunca necesitaste a la enfermera que tu formaste y ahora mi mamá ya no me deó reclamarle, recorrió mis 2 lugares de trabajo fue a mí casa vio a mis hijos vio a mi esposo me vio a mí y estoy tranquila ahora siento que algún día va a llegar, todavía no experimento la muerte de un esposo y de un hijo, pero debe haber fuerza de enfrentar esa situación, cuando un paciente sufre yo misma le pido a Dios que ya no lo deje sufrir, se que no es una manera egoísta sé que va a llegar el momento y compartir un abrazo con sus familiares como Enfermera y una oración por él.

I. ¿Algo más que quieras compartirme?

K. pues que me de ese sentido de como le diré de seguir siendo cada vez mejor como Enfermera y colaborar con mis compañeras y de alguna manera si estas experiencias sirven a las nuevas generaciones, pues que sea para bien.

I. Gracias, claro que nos va a servir mucho.

Apéndice L

Entrevista Lucía

I. Gracias por aceptar esta entrevista tengo una pregunta ¿Qué significa para ti cuidar al adulto mayor Terminal ?

L. una gran responsabilidad, porque cuando lo comparamos muchas veces con un bebé, pero decimos tengo un bebé más grande, pero a un bebé hay que enseñarle y un adulto mayor ya tiene sus creencias, sus costumbres, sus mañas, hasta cierto punto y es muy difícil cuidarlo, pero es una gran responsabilidad que muchas gentes no asumimos al 100% y lo evadimos incluso en el ISSSTE muchas veces decimos no se me vaya a ir por favor no me lo deje sólo, cuanto se va a tardar y por favor, yo no me quiero hacer cargo de este paciente porque yo sé que me va a pedir me va a exigir, me va a decir tráeme, acomódame, y es responsabilidad que muchas veces evadimos.

I. ¿Qué es para ti como enfermera cuidar a ese adulto mayor en su encuentro con la muerte?

L. es algo cada día más difícil porque aún y a pesar de los cursos que he intentado llevar de geriatría, la breve experiencia que tuvimos en tanatología para mí un adulto mayor es saber que voy a sufrir con él, igual es las experiencias de familiares y ver reflejado que quizás sea mi papá ....y sin poderme ausentar sin poder muchas veces decirle te ayudo, es momento de partir, e intentado hacerlo con los familiares y decirles este es el momento de irse apóyenlo, despídanse digan todo lo que tengan que decirse; pero el derechohabiente del ISSSTE todavía es un trabajador a un nivel diferente el cual no acepta, es más el trabajo, a lo mejor el jubilado que ya conoció ya trabajó, ya estuvo, sí es muy difícil de enfrentarlo, es muy difícil de decirle este es el momento de partir, de morir y para mí también es muy difícil esta situación.

I. ¿Cómo haces el cuidado?

L. Ha sido más doloroso, sobre todo cuando tenemos pacientes que nosotros los vemos cada ocho días, pero el saber que te encuentras nada más con un paciente, que lo ves solo cada ocho días que va a algunas sesiones de diálisis, pues muchas veces nos los programan los fines de semana para la diálisis, el encariñarnos el quererlos hasta cierto punto el que muchas veces el fin de semana que es cuando la gente tiene más compromiso social y es cuando van y nos los dejan, sí ha sido doloroso. En una ocasión tuvimos una experiencia muy fea, llegaron nos dejaron al señor, ingresó por urgencias nos lo llevaron a hospitalización y el señor falleció y fue sábado y fue domingo y no había familiares a quiénes avisarles, los teléfonos que nos dejaron no los contestaban y el paciente estuvo sábado y domingo hasta el lunes lo fueron a recoger, ya llevaba 2 días de muerto y dijeron “es que tuvimos un compromiso y es que salimos todos fuera”, el dejárnoslo y saber que nadie pudo compartir sus últimos momentos más que nosotros y estuvimos allí con él y le hablábamos pero al señor se le veía una angustia una desesperación, el temor que no había ningún familiar que estuviera con él para decir o encargar o platicar algo, y nosotros lo tuvimos que hacer y fue muy doloroso, de que la angustia de no poder avisarle a alguien porque sus familiares no estaban.

I. ¿Cómo Enfermería trata a este tipo de pacientes?

L. hacemos cosas que quizás vayan más allá de nuestra labor me ha tocado y traigo mi celular y las llamadas que a veces hago a sus casas son con recursos personales y no hay problema les hablamos a los familiares les decimos venga su paciente está aquí venga por él muchas veces nos tomamos esas libertades, hay ocasiones que los familiares dicen, “es que voy a salir a cenar” no hay problema ahorita le traemos comida, a ver que hacemos pero no me lo deje solo son momentos de agonía que el paciente nos pide que el familiar este allí, si nos ha tocado con todo el gusto del mundo no se preocupe, ahorita le doy una cobija le doy comida y hablamos a quién quiera de los celulares de nosotros y tratar de estar allí con él ha habido situaciones, me recuerdo hace quince días ingresó el paciente y llegaron, tenía el señor 6 hijos, llegaron y dijeron urgía el ultrasonido y aquí está, el señor dijo ya me empecé a sentir bien, los hijos dijeron, bien vámonos se lo llevaron, el señor regresó a los quince días exactamente con un apéndice perforado cayó en estado de shock tuvo pérdida muy importante de sangre le intubaron, y el domingo falleció después fue la ira, “lo debieron haber atendido hace quince días”, pero ellos firmaron alta voluntaria y se fue, es otro tipo de derechohabientes y una situación de angustia con qué recursos tratar de estar bien con el paciente de no dejarlo, pero sí el involucrarnos algunas veces aunque sean cada ocho días, sí es muy duro para cada una de nosotras.

I. ¿Cuántos años tienes trabajando con este tipo de pacientes?

L. en hospitalización tengo 5 años pero en el ISSSTE llevo 18, siempre he estado en urgencias incluso allí me tocan este tipo de pacientes.

I. ¿Cuales cuidados proporciona enfermería a estos pacientes adultos mayores en su encuentro con la muerte?

L. la verdad yo creo que son muy pocas a lo mejor como ISSSTE no tenemos este cambio de cultura de rezar con él de prepararlo para la muerte de acompañarlo, lo evadimos, incluso muchas veces nos dicen: que bueno que usted está 2 días seguidos con nosotros, la rutina de lunes a viernes es muy diferente, más rápida es más movida, hay más pacientes, más enfermeras, más estudiantes, más internos más médicos pasan visita, el sábado y el domingo es tal vez más calido y los pacientes nos lo han manifestado así, es más calida la atención más de que estoy toda la noche con usted me voy en la mañana pero ya sabe que mañana va a ser la misma Enfermera y que vamos a estar aquí, los pacientes dicen a que bueno ¡si!, “nos toca que va a estar”, “qué bueno para que me cuide, me cambie, nosotros hasta le decimos mientras sea sábado y domingo no hay problema el lunes ya es otra cosa

diferente y ya hasta saben, pero aun así nos falta atender mucho más y con más calidad a nuestros adultos mayores .

I. ¿Qué es lo que se necesita saber para cuidar al adulto mayor Terminal?

L. Quizás, empezando con el trato digno, muchas veces le estoy aplicando sus medicamentos y aunque sea un adulto mayor, que creo que no va a saber, le tengo que explicar, porque muchas veces se interesan y preguntan ¿qué me está aplicando? no se preocupe le va a doler, le va a arder...pero muchas veces nos hace falta ese trato para explicarle que es un antibiótico que le va a arder, va a sentir hormigueo, no vemos muchas veces esto, no le explicamos los procedimientos, no le decimos que a veces hay rigidez en sus brazos y que no le podemos tomar bien su presión y le decimos estire su brazo y por favor ya sabe coopere, nos hace falta esa calidad humana, de verdad tratarlos como una persona que aún vive, que todavía puede dar mucho por la gente, por nosotros en enseñanza, para nosotros muchas veces ya se orinó, ya está lleno de escaras, hay que cambiarlo, pero sí nos hace falta paciencia de que algunas veces somos hasta bruscos y no tenemos cuidado con su piel decimos, mientras esté con la venoclisis y con lo que nos marca un indicador de calidad no me interesa que su piel es frágil o débil, a lo mejor con la tela adhesiva le lastimé la piel, no creo que ahorita nos hagan falta muchos procedimientos los conocemos pero no los enfocamos al adulto mayor, unificamos si es una sonda foley no vemos aquel adulto mayor, que necesita un trato diferente que aquel que tiene 20 años, agarramos parejo y decimos la foley va así, la venoclisis va así, el trato digno es así y no sabemos qué pacientes, que nos pueden caer aun mucho más, que tenemos la plena conciencia de que debemos usar barandales, andaderas. el tripié, pero no tenemos ese trato especial para ese adulto mayor,

I. ¿De esta experiencia que tienes de cuidar al adulto mayor que te gustaría compartirme, que te gustaría que yo supiera, para yo comprender como es ese mundo, tu mundo?

L. Yo lo vivo con mucha responsabilidad y yo quisiera que todos asumiéramos ese papel de amor de responsabilidad de cariño...signif....yo cada que muere un paciente le rezo, siempre procuro rezarle, agarrarle su mano y le pido mucho a Dios que yo sepa estar con ellos, muchas veces el familiar se enfoca en déjame hablarle al otro familiar, déjame les aviso, muchos se angustian, muchos lloran, yo siempre que me toca un paciente le agarro la mano y rezo pido que descanse en paz y que sienta en esos momentos que yo estoy allí, que yo enfermera, que yo Anel estoy allí, espero con él ese momento que sienta esa calidez de que esté tranquilo ese instante, lo trato como si de verdad viera un familiar, aunque mi trato muchas veces no quiera ser el apapacharlo el sentir yo eso, porque me dicen demuestras ser fría, porque no requiere involucración, pero siempre ante un gesto una caricia yo quiero demostrarle que en ese último momento aquí estoy y que se vaya tranquilo.

I. ¿Para ti que significa la muerte como enfermera?

L. Un descanso para los pacientes terminales, y un sufrimiento a veces el de los familiares, veo que sufren más algunos que quizás dejaron algo pendiente sin resolver, mi compromiso siempre ha sido yo debo superar esto porque veo muchas veces reflejados a mis familiares, pero es algo que fue uno de mis compromisos el acompañar lo mejor, el que tengan una muerte digna y que ellos sientan más esta calidez y la calidad como Enfermera.

I. ¿Que consideras que necesita enfermería para que ese acompañamiento del paciente sea con calidad y calidez?

L. Yo creo que tener ética, ser más humanitarias, nos ha llevado o nos ha tratado de rebasar el que tan solo en mi guardia vemos el que es más fácil para nosotros estar frente a una computadora porque ya es algo que más utilizamos, la misma tecnología nos ha llevado a ser más fríos en todo, anteriormente me tocó ver médicos sentados a los pies de los pacientes platicando, charlando, ahora no lo vemos esto, e incluso lo hemos visto con las chicas nuevas que llegan las pasantes o algo así es más frío más cortante, más deshumanizado, ya no tenemos ese trato humano para con nuestros pacientes, lo vemos y aunque nos lo marcan que debemos hablarle por su nombre, la verdad no lo hacemos, muchas veces lo hacemos de forma mecánica, soy fulana de tal "tengo que hacer esto y aquello" llevamos como un "cheeking" tengo que hacer y lo hago porque lo tengo que hacer no porque a veces me nazca. Nos hace falta ese trato humano para con nuestros adultos mayores.

I. ¿Algo más que me quieras compartir de tu experiencia en el cuidado del adulto mayor Terminal?

L. Es algo muy difícil porque es algo como decía en el diplomado de geriatría lo hago porque igual que todas, yo quiero mucho a mi mamá y sé que estamos a un paso de que son pacientes graves y de que de verdad quién nos va a cuidar a nosotros somos un país que vamos para ser adultos mayores y ya estamos en esa etapa, que ha mejorado nuestra calidad de vida como personas ahora duramos muchos más años de vida pero que si es esto, muchas gracias por considerarme.

Gracias por compartirme tu experiencia.

I. Te puedo hacer una pregunta más ¿Tú crees que en el ambiente hospitalario debería existir un lugar especial para el adulto mayor se encuentre con la muerte?

L. Sí me gustaría.

I. ¿Cómo sería?

L. quizá como se manejan los aislados, pero un cuarto donde sea considerado también el que esté el familiar de forma cómoda, porque muchas veces el familiar dice que el piso está frío y por eso no quieren acompañarlos, que el paciente esté cómodo sobre todo con una buena cama, que quizás tenga una imagen religiosa o de la creencia que ellos prefieran, que haya quizá una pintura, un buen color de la habitación que esté limpia, porque muchas veces nuestros adultos mayores mueren en las salas que huelen mal, que estén limpias, que tengan mucha luz,

---

que quizás tenga una ventana porque muchas veces el adulto mayor nos dice no sé si es de día o si es de noche, no sé si hay pájaros, si hay flores, no saben que hay.
Que sea una habitación cómoda, confortable y que ellos y sus familiares se sientan a gusto.
Gracias.