

O PROCESSO DE MORRER DOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UMA COORTE DE HIPERTENSOS DE JOÃO PESSOA – PB.

Clarice César Marinho Silva^{1,2}; Emerson Diego Jerônimo de Lima³; Neir Antunes
Paes¹;

1. Universidade Federal da Paraíba – UFPB. 2. Instituto Federal de Pernambuco – IFPE. 3.
Universidade Positivo

Introdução:

A Paraíba presencia o processo de envelhecimento populacional, uma vez que o índice de envelhecimento aumentou de 17,2%, em 1990, para 23,6%, em 2004, tornando-se em 2007 o segundo estado com a maior população de idosos, os quais representam 11,2% da população paraibana (IBGE, 2018).

A hipertensão arterial (HA) é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem os idosos. Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das causas mais importantes de morte prematura, estima-se que a hipertensão provoca cerca de 7,5 milhões de mortes por ano, sendo responsável por 12,8% do total de mortes no mundo (LI et al., 2015). O estudo das causas de morte permite recompor a história natural da hipertensão e indica medidas preventivas e terapêuticas mais adequadas e específicas. (JORGE; LAURENTI; DI NUBILA, 2010; OLIVEIRA et al., 2009).

Ao fornecer evidências empíricas sobre esta questão importante, esta pesquisa tenta compreender, sob o olhar dos cuidadores, por meio da técnica de Autopsia Verbal, a trajetória de um grupo de idosos hipertensos na experiência do processo de morrer dos falecidos cadastrados em uma coorte de hipertensos do município de João Pessoa – PB.

Metodologia

Esta pesquisa trata-se de um recorte do seguimento da coorte desenvolvida por Paes (PAES, 2008, 2009, 2010), iniciada em 2009, com sequências nos anos de 2010, 2011 e 2016, cujo objetivo consistiu em avaliar a efetividade do controle pressórico dos usuários registrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), do município de João Pessoa, na Paraíba, segundo as normas da Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes (criada em 2002, sendo desativado em julho de 2013).

O estudo alvo do presente trabalho é uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Em sua última onda, 2016, a coorte apresentou um total de 34 óbitos, no entanto, desses usuários falecidos, apenas 19 famílias foram encontradas, das quais 3 se recusaram a participar dessa fase do estudo. Assim, 16 cuidadores dos hipertensos participantes do estudo de coorte que foram a óbito, desses, 12 eram idosos que seguiram para este recorte amostral.

A coleta dos dados procedeu-se mediante a aplicação do formulário de Autopsia Verbal a esses cuidadores, entre julho e dezembro de 2017, por meio de entrevista semiaberta e registro sistemático em diário de campo.

A autópsia verbal se baseia em entrevistas com familiares e pessoas que acompanharam o óbito nos casos, visando obter informações a respeito dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente no período anterior ao óbito e observados por cuidadores que conviveram com o falecido nesse período (FRANÇA et al., 2014). Os entrevistados foram representadas neste artigo pela sigla SP (Sujeito de Pesquisa).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática. Essa técnica tem por finalidade a interpretação da mensagem manifesta nos materiais escritos. A análise temática pode constituir um tema, sendo esse a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado (BARDIN, 2004).

Os códigos identificados foram, em seguida, agrupados por similaridades em categorias temáticas. A análise dos conteúdos permitiu a identificação das seguintes categorias temática: 1) O adoecimento do idoso hipertenso: a história clínica antes do óbito; 2) O processo de morrer do idoso hipertenso: negligência e cuidados.

Essa pesquisa cumpre às exigências do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o número do CAAE nº 49405015.1.0000.5188

Resultados e Discussão

Entre os doze óbitos, havia 6 homens e 6 mulheres. Em relação à escolaridade, 8 pessoas informaram ter menos de 9 anos de estudo. Todos sujeitos do estudo conviviam com alguém. Nove tinham renda familiar maior que um salário mínimo.

Foram observadas 2 mortes por acidente vascular cerebral (AVC) (sem registro nos prontuários e declarações de óbito em relação ao tipo de AVC, se isquêmico ou hemorrágico), 2 mortes por edema pulmonar, 4 óbitos por pneumonia e 2 por infarto, 1 complicações de câncer de próstata e 1 complicações de uma cirurgia de Hérnia Umbilical.

Sobre as doenças associadas, observa-se que 3 pessoas apresentaram Diabetes, 3 tiveram AVC e 4 tiveram Infarto em algum momento da vida. De todos os óbitos, 9 ocorreram em hospitais. Sete sujeitos da pesquisa (SP), eram mulheres.

Categoria 1: O adoecimento do hipertenso: a história clínica antes do óbito

É perceptível que a maioria dos familiares expressaram a debilidade corporal nos discursos, onde observa-se que as comorbidades se associavam e deixavam a vida do hipertenso repleta de limitações e de sentimentos de ameaças à saúde. Nesse contexto o seu viver estava atrelado às condições restritas de alimentação, movimento e doenças agudas que se associavam com o corpo enfraquecido, um estilo de vida sempre associado à patologia. Como no discurso do SP12, que diz: *“Mais de 1 ano, que ele tava doente, antes de falecer, ah! Com uma dor no peito direto. Ele vivia mais doente de que, de que bom. Ele só vivia assim, sabe? Com dor.”*

O Discurso da entrevistada SP 6 anuncia uma convalescência dolorosa: *“Ela tinha uma cólica, a barriga inchava, aí perto de morrer passava uns dias sem fazer as necessidades e tinha dor”*

Os familiares expressaram complicações diferentes, o que leva a perspectiva que a hipertensão é uma condição singular e suas complicações se apresentam de forma diferente para cada ser humano. Essas condições se misturam às doenças associadas, estilo de vida e recursos terapêuticos que foram acessíveis para o indivíduo ao longo da vida. No discurso da entrevistada SP 7, observa-se a covalência associada a inapetência, *“Foi assim de uns três meses assim ‘pra’ perto do falecimento dele, ele começou assim, ‘num’ se alimentou direito, né? Aí eu colocava a comida dele e ele ‘num’ queria mais comer”*, diferente da expressão dolorosa expressa pela cuidadora SP6

A evolução de doenças como a hipertensão arterial se faz por longos anos, entretanto, o paciente nem sempre está ciente da existência das alterações fisiopatológicas que estão se desenvolvendo no seu organismo, pois existe uma fase de latência onde as manifestações patológicas estão abaixo do limiar de detecção clínica. Mesmo após as manifestações serem

cl clinicamente detectáveis, nem sempre o indivíduo tem conhecimento ou consciência da doença a ponto de caracterizar um diagnóstico evidente (HARBAOUI et al., 2016).

Categoria 2 - O processo de morrer do hipertenso: negligência e cuidados no hospital

O internamento hospitalar foi um dos acontecimentos mais observados na pesquisa, nove idosos hipertensos morreram em estabelecimentos hospitalares. Esse processo de morrer no hospital parece ser algo substancialmente importante na visão dos cuidadores. O processo de internamento é visto como o cuidado necessário para aquele indivíduo que, ao se exaurirem os cuidados a serem executados em nível doméstico, precisam de procedimentos realizados por profissionais habilitados, além da alta demanda de cuidados, com diferentes tipos de tecnologia atendendo a necessidade do paciente.

O cuidador SP 3 expressa a necessidade de internar o idoso várias vezes antes do óbito *“Já, várias vezes internado, e na morte foi no hospital HU, e lá quando ele ‘teve’ internado.”*. A cuidadora SP 5 expressa a necessidade hospitalar quando os cuidados domésticos já não se mostraram efetivos *“ela passou mal, acho que ela passou quase uns 30 dias, lá no Trauma.”*

As pessoas admitidas no hospital podem ter problemas múltiplos, complexos e sobrepostos, pacientes assim são mais propensos a uma rápida perda de independência durante uma doença aguda. Parte deste problema pode ser evitado se as necessidades de cuidados forem identificadas de forma adequada e forem coordenadas e gerenciadas. O atendimento coordenado e especializado de uma equipe multidisciplinar qualificada pode ajudar para atender às necessidades médicas, sociais, mentais e físicas dos doentes (GOLDSBURY et al., 2015).

Garcia-Pena et al., (2018) observaram que, além dos fatores tradicionais gerais associados à mortalidade (idade e escolaridade), as condições geriátricas (delirium, comprometimento cognitivo, polimedicação e fragilidade) desempenham um papel importante para os idosos estarem em risco de morte. O tempo de permanência na internação hospitalar e fatores relacionados à organização dos serviços de saúde e ao tempo de permanência do paciente na emergência foram variáveis que se correlacionaram significativamente com a mortalidade.

Em quase todos os discursos é possível observar que a assistência hospitalar realizada foi considerada precária pelos cuidadores, a falta de “vagas” para o atendimento hospitalar, o descaso do profissional de saúde que realizou o atendimento inicial, além de um grande tempo de espera para o atendimento, são queixas relatadas e que contrariam o ideal preconizado para uma boa assistência de cuidados em saúde no imaginário dos cuidadores. Discurso perceptível na fala da cuidadora SP 7 *“A gente levou ele pra UPA, eu fiquei com tanta raiva dali que eles ‘num’ informaram nada, a gente passou três dias lá sem arranjar vaga no hospital e cada dia mais ele piorando”*.

A queixa sobre o tratamento aparece evidente nas falas dos familiares, um discurso que transcende a reclamação sobre um atendimento específico até os que revelam a negligências de cuidados dos profissionais de saúde. Observou-se que os cuidadores dos hipertensos se sentiram insatisfeitos frente ao serviço de saúde prestado. Como no discurso da cuidadora SP 9 *“Chegou lá, a pessoa entra bem e sai mais doente ainda.”* (sobre a assistência no hospital). Onde é perceptível o descontentamento com o serviço oferecido ao seu familiar, discurso comum em outras falas.

Durante o adoecimento precedente ao momento do óbito, as pessoas passam pelos mais significativos acontecimentos, seja pelo sofrimento físico provocado pela doença, o sofrimento mental, as dificuldades de conseguir o atendimento médico, o acolhimento realizado pelos profissionais. Esses episódios são uma complexa rede que permeiam o falecimento

Menezes (2004) comenta sobre as atitudes profissionais perante a esses pacientes. A valorização das trocas afetivas e da expressão dos sentimentos pode conduzir a manifestação de emoções nos próprios profissionais. Nesse contexto os paliativistas devem definir

claramente os limites entre sua vida pessoal e profissional, para obter equilíbrio entre a objetividade indispensável à rotina institucional e a assistência ao sofrimento dos doentes e seus familiares.

Essa é uma questão que merece uma análise mais profunda, pois na rotina dos serviços de cuidados, alguns profissionais tendem a preferir o sofrimento da família nesse momento. No entanto, cabe considerar o contexto de trabalho desses profissionais e o grau de sofrimento que eles também convivem. Uma tarefa complexa, uma vez que, além de precisarem manter sua identidade profissional, também devem aproximar-se do processo doloroso vivido por pacientes e familiares. Os profissionais passam a se acostumar com o número elevado de mortes diárias, mesmo que nem sempre é possível o controle das emoções dessas equipes (MENEZES, 2004).

Conclusão

Esse estudo mostra que através da análise das falas de seus cuidadores, o suporte recebido pela atenção primária mostrou-se insatisfatório. Dessa forma, há predisposição para o desenvolvimento das condições que levam a complicações e agravos ao organismo, não focando na prevenção secundária e redução dos danos provocados pela hipertensão arterial.

A imagem percebida pelo cuidador é que o óbito pode ter ocorrido pela falta de comprometimento médico, um discurso delicado, que questiona a assistência médica, as condições hospitalares, a burocracia para permissão de exames e a falta de cuidados paliativos para os hipertensos na fase final da vida.

Referencias

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: [s.n.].
- FRANÇA, E. B. et al. Investigation of ill-defined causes of death: assessment of a program's performance in a State from the Northeastern region of Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 1, p. 119–134, mar. 2014.
- GARCÍA-PEÑA, C. et al. Mortality and associated risk factors for older adults admitted to the emergency department: a hospital cohort. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 144, 18 dez. 2018.
- GOLDSBURY, D. E. et al. Acute hospital-based services used by adults during the last year of life in New South Wales, Australia: a population-based retrospective cohort study. **BMC health services research**, v. 15, p. 537, 4 dez. 2015.
- HARBAOUI, B. et al. Cumulative Effects of Several Target Organ Damages in Risk Assessment in Hypertension. **American Journal of Hypertension**, v. 29, n. 2, p. 234–244, fev. 2016.
- IBGE, I. B. DE G. E E. **Cidades: João Pessoa/ Paraíba**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>>. Acesso em: 1 fev. 2018.
- JORGE, M. H. P. DE M.; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 561–576, dez. 2010.
- LI, H. et al. A Cross-Sectional Comparison of Perceived Quality of Primary Care by Hypertensive Patients in Shanghai and Shenzhen, China. **Medicine**, v. 94, n. 34, p. e1388, ago. 2015.
- MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte : antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- OLIVEIRA, B. Z. DE et al. Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 556–565, dez. 2009.

PAES, N. A. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com os fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil. João Pessoa, 2008.

PAES, N. A. Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba. João Pessoa, 2009.

PAES, N. A. Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal. João Pessoa, 2010.