

HOSPITAL: O LOCAL COM MAIOR OCORRÊNCIA DE ÓBITOS DE IDOSOS NO BRASIL – O INÍCIO DE UM DEBATE

Hospitals: the place where most elderly people die in Brazil – the start of a debate

Atualmente, no Brasil, a expectativa de vida ao nascer é 71,9 anos para os homens e 79,1 anos para as mulheres, aumento considerável em relação aos 64,0 e 71,6 anos calculados, respectivamente, para os homens e as mulheres nascidos em 1993.¹ Nesse sentido, o relato apresentado por Marcucci e colaboradores nesta edição de *Geriatrics, Gerontology and Aging* sobre o aumento da proporção de óbitos em idade igual ou superior a 60 anos em uma década — de 57 para 63% de todas as ocorrências — não nos causa estranheza. Mas o referido artigo não se limita a essa constatação, e menciona, com considerável propriedade, uma importante discussão acerca do processo de morrer que se dá entre pessoas idosas no Brasil. É do conhecimento geral que, com o advento dos hospitais e das unidades especializadas de atenção, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as pessoas em estado grave passaram a ser encaminhadas a essas unidades em busca de tratamento (cura, se possível) ou remediação/estabilização para sua condição de saúde, mesmo em casos terminais fadados ao insucesso da terapêutica empreendida por falta de perspectiva de sobrevivência do doente. Somado ao fato de que, no Brasil, inexistem ou são deficitárias e/ou escassas outras estruturas que proporcionem atenção à saúde de pessoas — idosas ou não — ao final da vida, a exemplo de iniciativas de cuidados domiciliares, cuidados paliativos, “*hospices*” ou “*nursing homes*”. O cenário supradescrito, ao menos em parte, justifica a marcante constatação dos autores, segundo os quais a maioria dos óbitos em meio à população idosa brasileira ocorre em hospitais (≈67%), e não em casa (≈21%). Em verdade, entre 2002 e 2013, as mortes hospitalares na população geral aumentaram em 25%, enquanto para os maiores de 60 anos, 45%. Isso ocorreu a despeito de estudos relatarem uma explícita preferência das pessoas por morrer em domicílio, considerando a disponibilidade de estrutura e apoio.

Porém, as perspectivas sociais e econômicas brasileiras, marcadas por famílias reduzidas em membros e vínculos de trabalho estendidos por um novo regime previdenciário, salvo transformações ainda não perceptíveis, deverão contribuir para intensificar e sobrecarregar esse modelo de morte “institucionalizada” adotado tacitamente no Brasil, o que deve, ao menos em um primeiro momento e salvo melhor juízo, impor grande demanda por criação, expansão e capacitação de serviços de cuidados paliativos intra-hospitalares.

Há muito é passada a hora de se discutir cuidados ao fim da vida na velhice e morte humanizada em múltiplas áreas, temas apenas modestamente capilarizados em meio aos próprios serviços de saúde. Nesse contexto, é louvável a atuação da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) que, desde sua criação, em 2004, e em conjunto com outras entidades, desenvolve atividades por todo o país para divulgar a prática dos cuidados paliativos. Discutir o processo de morte e o morrer requer maturidade, um exame consciente sobre nossas trajetórias e opções, e posição(ões) clara(s) diante desse contexto. Reconhecer que o país adota o ambiente hospitalar como principal local de óbito para pessoas idosas, quer por opção ou por falta dela, consiste em um primeiro passo no sentido de adquirirmos essa lucidez. A sociedade brasileira deve a si própria essa discussão, assim como esse cuidado.

CONTROVÉRSIAS

Em outros países, o desejo por morrer em casa *versus* a realidade para a maioria de terminar a vida no hospital é bem parecido, mesmo em sociedades nas quais os cuidados paliativos e o *home care* foram mais bem implantados que no Brasil. Mesmo em países mais ricos esses dois tipos de cuidado são sempre insuficientes e somente acessíveis a uma minoria. Essa falta de implantação de programas eficientes nos surpreende, pois não somente aliviam o sofrimento das pessoas como, em longo prazo, custam menos que intervenções tradicionais, como apontam vários estudos.^{2,3}

Existem dois pressupostos subjacentes a essa discussão que são praticamente entendidas como verdades absolutas:

1. A casa é sempre o melhor lugar para se morrer?
2. Os cuidados paliativos, com a sua abordagem humanista e holística, são sempre bons?

Gostaríamos de discutir essas questões com a intenção de problematizá-las e, desta forma, iniciar um debate, e não necessariamente contestá-las.

A casa é considerada o lugar no qual as pessoas podem ser elas mesmas. É o lugar da intimidade, o *cocoon* que protege do mundo exterior, cheio de lembranças de momentos vividos. O hospital, por sua vez, representa o contrário dessa imagem: é muitas vezes descrito como um ambiente frio, despersonalizado, com cheiro desagradável e práticas e rotinas desumanizadas. Quando a pessoa envelhece, o aconchego da moradia pode se transformar — os tapetes, por exemplo, podem se tornar verdadeiros obstáculos, provocando quedas. A adaptação da casa para atender às necessidades de uma pessoa idosa muito doente — como a instalação da cama hospitalar na sala, o uso da garrafa de oxigênio, o trânsito de profissionais cuidadores e o desuso das escadas — transforma o espaço íntimo em algo novo, em um ambiente quase institucional.

Indivíduos que sofrem de doenças complexas raramente podem ser cuidados pela família; em compensação, o hospital oferece, idealmente, a essas pessoas o cuidado de equipes treinadas, as tecnologias e o material necessários ao seu tratamento. Além disso, pesquisas mostram que certos pudores — como lavar as partes íntimas e cuidar do toailete quando não mais se pode ir ao banheiro — levam muitas pessoas dependentes a preferir um profissional, e não um membro da família, para administrar as tarefas que Julia Twigg chama de “trabalho de corpo” (*bodywork*):⁴ “Body work [...] involves direct, hands-on activities, handling, assessing and manipulating bodies. It is often ambivalent work [...], particularly in terms of touch, smell or sight. It is sometimes a form of dirty work” (p. 172).

Talvez se os hospitais brasileiros fossem lugares mais agradáveis, com quartos individuais, decorados de forma mais harmoniosa e com uma cama para o familiar que acompanha o enfermo em estado terminal — em casos graves e complexos —, esses seriam considerados um ambiente mais digno para se morrer do que uma casa. Esse cenário, porém, parece uma utopia na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A questão, entretanto, talvez não seja necessariamente o morrer em casa como valor absoluto ou o sentimento de abandono — fortemente influenciado pelas religiões — do idoso que está morrendo no hospital. O problema, na verdade, pode ser o próprio hospital e o sistema de saúde com funcionamento precário. Um bom hospital poderia ser um lugar digno para se morrer — raramente esse lugar é o SUS.

Pelo exposto, uma solução para uma morte humanizada poderia ser os cuidados paliativos, que trabalham a morte do indivíduo em um ambiente geralmente harmonioso, calmo e com mais dedicação por parte da equipe de profissionais que adotam uma filosofia de cuidado concebida quase como uma missão religiosa e/ou humanitária. O objetivo mais importante do cuidado paliativo é uma abordagem clínica e psicológica para, em primeiro lugar, combater a dor e, em seguida, aumentar a qualidade de vida da pessoa durante seus últimos dias ou semanas de vida. Apesar da necessidade de criação de mais unidades ou serviços hospitalares em casas especializadas — geralmente filantrópicas — ou nas casas dos próprios pacientes — *palliative home care* —, existem algumas críticas a esse movimento que, no entanto, não tiram o grande mérito do movimento do cuidado paliativo.

A crítica mais comum consiste na rigidez dos cinco estágios consecutivos de morrer de Kübler-Ross, que, mais tarde, também foram aplicados a um processo de luto.⁵ Charmaz (1980), por exemplo, constatou que esses estágios eram mais adaptações às expectativas das instituições em que as pessoas estavam morrendo do que ao resultado de um estudo baseado em dados empíricos sobre o morrer. Próximo ao fim de sua carreira, Kübler-Ross, com colaboradores, relativizou sua teoria central e escreveu, em seu livro best-seller, *On Grief and Grieving*, que, *in verbis*, “it was never meant to help tuck messy emotions into neat packages”.⁶

Outra questão é a forte convicção dos defensores do movimento paliativo de que esse, quando bem feito, pode prover uma boa morte para todos. Em consequência, a ideia da eutanásia, fortemente debatida no Canadá e na Holanda, por exemplo, é rejeitada com veemência, mesmo para indivíduos que desejam a morte ou para quem não conseguiu combater a dor nem com os cuidados paliativos.

Historicamente mais focados no câncer, alguns autores criticam um pensamento exclusivo no qual aparentemente alguns pacientes merecem mais do que outros o acesso a esse tipo de cuidado, pelo menos em alguns dos centros paliativos. Cicely Saunders, considerada a mãe dos cuidados paliativos e do movimento dos *hospices*, explicou, em 1988, a um jornalista do *Time Magazine*: “hospice didn’t set out to look after everyone in the world who was dying of everything”. No contexto norte-americano, Cohen (2008)⁷ observou que, nos *hospices*, minorias étnicas estavam significativamente sub-representadas. O historiador

de Medicina Jason Szabo (2007)⁸, por sua vez, alertou ao fato de que pacientes com HIV/AIDS estavam sendo rejeitados em algumas das instituições: “Terminal care, it seems clear, was never ‘just another’ realm of clinical medicine. [...] the combination of strong personal convictions and formative life experiences probably also partly accounts for the difficulty in integrating dying AIDS patients into the ‘hospice family’” (p. 129).

Terminemos com um último ponto de reflexão: a normatividade de uma “boa morte”. Existem certas diretivas e filosofias dominantes ligadas aos cuidados paliativos (embora exista uma variedade) que contrapõem, explícita ou implicitamente, uma boa morte a uma morte mal sucedida. A primeira é geralmente definida como algo que foi bem preparado e aceito pelo falecido, algo que aconteceu em paz. Existe a expectativa de que as pessoas em fim de vida e os cuidadores se adaptem à conduta de uma boa morte, sendo possível, desse jeito, imaginar (e idealizar) que assim são criados os “bons” e os “maus” pacientes. Hart et al. (1998),⁹ em sua discussão crítica da morte moderna, mencionam um estudo australiano (Taylor, 1993) em que enfermeiras adotaram um protocolo com pacientes em fim de vida para ajudá-los a aderir ao *script* de uma boa morte, e, assim, normalizar e normatizar uma maneira prescrita de morrer – prescrição essa que continua mesmo após a morte, uma vez que muitos profissionais da saúde acreditam que o luto também deve passar pelos cinco estágios de Kübler-Ross.

Por fim, as questões aqui apresentadas não querem se opor ao desejo das pessoas de morrer em casa, ou ao trabalho extremamente dedicado dos profissionais que lidam com pacientes em fim de vida. Longe disso — a intenção consiste em evitar que esses temas, tão profundos e importantes, sejam tomados de forma simplista e, assim, jamais questionados.

Otávio Toledo Nóbrega
Editor Associado

Annette Leibing
Professora Titular da Universidade de Montreal

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Contagem da população [cited 2017 Feb 21]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/anos_antteriores.shtm
2. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Medicine*. 2014;28(2),130-50.
3. Guo J. Is Expanding Public-Financed Home Care Cost-Effective? *Am Inst Res* [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 03]. Available from: http://www.air.org/sites/default/files/downloads/report/Expanding%20Public%20Financed%20Home%20Care_Oct%202014.pdf
4. Twigg J, Wolkowitz C, Cohen RL, Nettleton S. Conceptualising body work in health and social care. *Social Health Illn*. 2011;33(2),171-88.
5. Kübler-Ross E. *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Abingdon: Taylor & Francis; 2009.
6. Kübler-Ross E, Kessler D, Shriver M. *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Nova York: Simon and Schuster; 2014.
7. Cohen LL. Racial/ethnic disparities in hospice care: a systematic review. *J Palliat Med*. 2008;11(5):763-8.
8. Szabo J. Shining a Light into the Shadow of Death. Terminal Care Discourse and Practice in the Late Twentieth Century. In: McLean A, Leibing A, editors. *The Shadow Side of Fieldwork, Exploring the Blurred Borders between Ethnography and Life*. Hoboken, N. J.: Wiley; 2007. p.119-137.
9. Hart B, Sainsbury P, Short S. Whose dying? A sociological critique of the “good death”. *Mortality*. 1998;3(1):65-77.