

## **PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO OFERTADO A UM PACIENTE TERMINAL**

**MARIANA DOMINGOS SALDANHA<sup>1</sup>; ANANDA ROSA BORGES<sup>2</sup>; KIMBERLY VELLEDA LARROQUE<sup>3</sup>; RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marianadsaldanha@hotmail.com](mailto:marianadsaldanha@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [nandah\\_rborges@hotmail.com](mailto:nandah_rborges@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [kimberlylaroque@yahoo.com.br](mailto:kimberlylaroque@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [r.gabatz@yahoo.com.br](mailto:r.gabatz@yahoo.com.br)

### **1. INTRODUÇÃO**

Na graduação de Enfermagem os acadêmicos são inseridos precocemente em campo prático, iniciando os estágios no ambiente hospitalar a partir do 4º semestre. Tal prática proporciona aos alunos vivências acerca do processo saúde-doença, o que é muito benéfico para formação de conhecimento e desenvolvimento de habilidades no contato com o paciente (PAIVA; MARTINS, 2012). Porém, em diversas situações os alunos sentem-se despreparados, por exemplo, durante a aproximação com doentes terminais. Momento que desperta insegurança, devido à complexidade de falar sobre morte, dificultando o contato com o paciente que está em um momento de angústia e medo (SOUZA, *et al.*, 2013).

Os profissionais de enfermagem geralmente mantêm muito contato com os pacientes, os mesmos referem sentimentos de medo, sofrimento, impotência e tristeza ao lidar com enfermos prestes a falecer (SOUZA, *et al.*, 2013). Tais emoções são justificadas pelo fato de não existirem intervenções que possam evitar a morte. Diante disso, o cuidador não deverá realizar suas ações visando a cura, e sim considerando o prognóstico real com objetivo de amenizar os sintomas da doença, proporcionando maior qualidade de vida ao doente (FREIRE, *et al.*, 2014).

A terminalidade e a morte ainda são temas estigmatizados e pouco abordados durante a formação, o que gera profissionais que desenvolvem suas habilidades e técnicas com objetivo de promover a cura das doenças, e a maioria desses sentem-se fracassados ao perder um paciente. Considerando os aspectos citados, objetivou-se com este trabalho problematizar o tema da terminalidade, para que ele desperte mais reflexões tornando as pessoas (profissionais e acadêmicos da área da saúde, pacientes e familiares) mais capacitadas para enfrentar o processo de morte e morrer.

### **2. METODOLOGIA**

Este trabalho surgiu através da observação de fragilidades acerca do enfrentamento da morte, durante a realização de um Estudo de Caso com um paciente internado em uma unidade clínica de hospital de médio porte do sul do Brasil. Com isso, foi possível uma maior interação com o paciente terminal, permitindo a formação de percepções e reflexões sobre a humanização na unidade de internação hospitalar.

O estudo de caso é um método de pesquisa baseado na exploração de um caso clínico, visando a aquisição de conhecimento e aprendizado sobre o mesmo, seu objetivo é levantar informações para realização de um estudo através de instrumentos de coleta (ANDRÉ, 2005). Utilizou-se como base os referenciais teóricos que abordassem o processo de morte para explorar o estado clínico do

paciente e analisá-los de acordo com os dados coletados e as percepções alcançadas.

Realizou-se o estudo respeitando os princípios éticos e legais de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõem sobre o respeito à dignidade humana e a proteção devida dos participantes de pesquisas científicas (BRASIL, 2012), mantendo o anonimato do paciente e fornecendo um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi devidamente explicado e após assinado pelas acadêmicas, pela orientadora e pela responsável pelo paciente, autorizando assim o estudo.

A coleta de dados foi realizada com base em um instrumento contendo informações sobre anamnese e exame físico, sendo as informações prestadas pelo paciente, pelos familiares e pela equipe de enfermagem. O contato com o paciente ocorreu durante o período de internação do mesmo e foi o que possibilitou as reflexões. Percebeu-se a situação de terminalidade e o desconforto do indivíduo em relação a isso, porém não se sabia de que forma agir diante disso.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da aproximação com um paciente terminal foi possível perceber a forma como a doença modifica a estrutura física e emocional de quem é acometido por ela. O enfermo pode apresentar alterações de humor e desenvolver uma série de limitações, como: dificuldade para deambular e movimentar-se no leito e necessidade de fazer uso de fraldas ou sondas. Fatores que aumentam os riscos relativos à integridade da pele, infecções, emagrecimento e imunossupressão.

Segundo a Resolução 1931/2009 do Código de Ética Médica deve-se respeitar o direito do paciente de decidir sobre práticas diagnósticas ou terapêuticas, porém nem sempre é isso que vivenciamos no contexto hospitalar. Os profissionais de saúde tendem a eleger os cuidados prioritários para os usuários de acordo com as necessidades humanas básicas afetadas, todavia não entendem que os pacientes terminais elegem novas prioridades para encarar seus problemas.

No caso do paciente deste estudo, um dos cuidados planejados pela equipe era a realização das trocas de decúbito, porém o usuário não as permitia, visto que relatava que “as dores das feridas não eram como as dores do câncer”. Movimentá-lo no leito amenizava as complicações com as úlceras por pressão, porém intensificava as algias referentes às metástases ósseas. Outra negação do usuário foi em relação a passagem da sonda nasoentérica, pois o mesmo não sentia fome e o procedimento, além de ser muito incômodo, não proporcionaria evolução positiva do quadro. Após piora no estado do paciente o procedimento foi realizado com o consentimento da família, dois dias depois o mesmo foi a óbito.

O paciente que era comunicativo no primeiro contato se tornou retraído pelo sofrimento enfrentado, segundo Kübler-Ross (2002) o indivíduo em processo de morte passa por cinco fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Porém cada pessoa reage de uma forma, esses momentos do fim de vida se apresentam de maneira ímpar em cada caso, algumas vezes podemos acompanhar uma determinada fase se sobrepondo as outras.

Por não se ter acompanhado de perto as angústias do usuário, não foi possível identificar a vivência da terceira e da última etapa do processo de morte. A terceira é conhecida como barganha, onde o indivíduo costuma se apegar em princípios religiosos e negociar com o Deus que orienta suas crenças. A quinta é

a aceitação, a qual o paciente compreende o fim de sua vida e em alguns casos até planejam momentos de despedida. Porém observou-se momentos de negação, precedidos de manifestações de revolta e depressão (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Além dessas complexas emoções, o paciente internado precisa adaptar-se à rotina do hospital, onde, muitas vezes, é atendido por profissionais despreparados para auxiliá-lo no enfrentamento do fim de sua vida.

Devido ao estado terminal, o paciente deveria receber adequadamente um tratamento voltado para os cuidados paliativos, que é voltado para doentes sem possibilidade de cura. A Organização Mundial de Saúde definiu cuidados paliativos como medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes que enfrentam uma doença terminal e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (FELÍCIO, PEREIRA, GOMES, 2006; ANCP, 2006). Além disso, os profissionais devem proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas; oferecer apoio espiritual e psicológico; fornecer uma rede de apoio para que o paciente possa ter uma vida ativa até que a morte sobrevenha e, também, não esquecer da importância do apoio à família, para que ela possa enfrentar a doença e o período de luto (INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009).

Esses cuidados podem ser realizados no domicílio, e para isso existem programas de atenção domiciliar, em Pelotas conta-se com o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) e o Melhor em Casa.

Essa modalidade de cuidado abrange muitos saberes específicos, existem equipes preparadas para manejar as situações complexas, por isso acredita-se que o paciente deste estudo poderia ter sido encaminhado para ser melhor atendido pelo PIDI. Desta forma, ele teria vivido seus últimos momentos com mais conforto e dignidade, passando por procedimentos e sendo medicado de forma cuidadosa, com a intenção de evitar qualquer sensação desagradável ou sofrimento, não só físico, mas também emocional, psicossocial e espiritual, e, o mais importante, no seu lar.

#### 4. CONCLUSÕES

O sentimento que prevaleceu ao final do trabalho, foi o total despreparo para tratar de um paciente em estado terminal, desejou-se poder ajudar, identificando-se o sofrimento e a necessidade de intervenções relacionadas ao estado emocional, mas sem saber como agir, o que falar.

Durante a formação acadêmica os discentes deveriam ser mais preparados para lidar com tais situações, para poder assim dar um maior suporte e auxílio tanto para o paciente como para seus familiares, podendo assim fazer com que o atendimento se torne cada vez mais humanizado e integral.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRE, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liberlivros, 2005. p. 7-70.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 01.

BRETAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.477-483, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2014.

CFM. **Resolução nº 1931/2009**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2009.

FELICIO, E. C. S.; PEREIRA, E. F.; GOMES, G. Cuidados paliativos e fitoterapia: reflexões atuais. **Caderno centro universitário São Camilo**, São Camilo, v. 12, n. 2, p. 87-91, 2006.

FREIRE, M. E. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.48, n.2, p.357-367, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 4, p. 858-865, out-dez, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf)> Acesso em: 26 mar. 2014.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. Martins Fontes, 2002.

PAIVA, K. C. M.; MARTINS, V. L. V. Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.14, n.2, p.384-394, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10364/11635>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

SOUZA, L. P. S. *et al.* A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermería**. n.32, p.230-237, 2013. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.4.163241/153161>>. Acesso em: 10 jun. 2014.