

PACIENTES TERMINAIS- UM OLHAR SOBRE O LIMIAR DA MORTE
PATIENT TERMINALS - ONE TO LOOK AT ON THE THRESHOLD OF THE
DEATH SUMMARY

SANTOS V. A.¹; MILLANI H. F. B.²

¹ Orientanda: Faculdades integradas de Ourinhos FIO

² Orientadora: Professora Enfermeira MSC Helena Fátima Bernardes Millani – COREN 48086.

RESUMO

Este estudo, sobre pacientes terminais, tem a finalidade de mostrar como é a reação emocional do paciente no limiar da morte e de como devem estar preparados os que estarão juntos nestes momentos cruciais na vida de um ser humano que está consciente e sabe que vai morrer. Este estudo objetivou ainda conhecer as expectativas desses pacientes em cuidados paliativos, os seus sentimentos, suas angústias. Esse estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica, tirando dos autores, assuntos pertinentes. A comunicação, o cuidado, o respeito pela dignidade, mostrou ser importante para o estabelecimento de um vínculo de confiança, que privilegia o relacionamento entre paciente terminal e o seu cuidador, visando a humanização do trabalho da enfermagem e resultando em um final mais digno e menos doloroso do paciente terminal.

Palavras-chave: Enfermagem. Paciente terminal. Relações interpessoais.

ABSTRACT

This study, on patient terminals, it has the purpose to show as it is the emotional reaction of the patient in the threshold of the death and of as they must be prepared the ones that will be together at these crucial moments in the life of a human being that is conscientious and knows that it goes to die. This study it still objectified to know the expectations of these patients in palliative cares, its feelings, its you distress. This study it was carried through through bibliographical research, taking off of the pertinent authors, subjects. The communication, the care, the respect for the dignity, showed to be important for the establishment of a reliable bond, that privileges the relationship between terminal patient and its care. Aiming at the humanização of the work of the nursing and resulting in a worthier and less painful end of the terminal patient.

Word-key: Nursing. Terminal patient. Interpersonal relations.

INTRODUÇÃO

Existe uma curiosidade e uma preocupação natural com esse tema, alimentadas pela dúvida do que se passa na cabeça daquele que está morrendo e até onde o cuidado com esse paciente terminal deve chegar o que falar e como agir nessas horas que antecedem o final da vida desse paciente.

Fica ainda a dúvida se o fato de se estar solidário e consternado em algum momento, ajuda ou piora o emocional deste paciente terminal.

A contribuição com este estudo parte do pressuposto de que existe a necessidade de um cuidado especial por parte da enfermagem para com o paciente terminal para que se efetue dentro do ambiente hospitalar, mais qualidade de vida e sentimento de solidariedade para com o paciente, vendo este paciente como um ser humano e não apenas favorecedor dos rendimentos mensais da instituição hospitalar. Que seja feita essa diferença e que ele não seja apenas um número a mais a engrossar a estatística de morte no hospital, mas sim que tenha passado por ali como um indivíduo que tinha uma história, era amado pelos seus, e encerrou sua jornada.

Formula-se diante destas perspectivas de se trabalhar com esses pacientes, de conviver com esses pacientes, as seguintes hipóteses: O que é a morte? Como se deve agir com o paciente terminal? Como lidar com as alterações do emocional do paciente terminal? Será que existe preparo suficiente por parte dos que o rodeiam, para lidar com essa situação que afeta a todos ao seu redor?

Não se pode deixar de lado, a observação de que existe o constrangimento por parte de algumas enfermeiras, de uma forma geral, quando são colocadas sob pressão, tendo que atender esse paciente, ser gentil, competente, superando desafios inerentes a essa profissão.

Existe um objetivo principal neste estudo que é o de identificar o que as enfermeiras percebem como aspectos motivadores em seu trabalho. E como objetivos específicos identificar os aspectos que podem ser implementados visando melhorias nessa modalidade de atendimento, fazendo com que toda a equipe se conscientiza de que o paciente precisa muito mais do que apenas cuidados paliativos, esse paciente precisa, anela por um sorriso, um gesto de humanidade, de uma atenção especial, de se sentir menos só em um lugar tão frio de calor humano onde foi condenado a ficar e a esperar a própria morte.

Os autores consultados e citados na referência para este estudo tratam o atendimento a pacientes terminais sob múltiplas abordagens. São teorias que se diversificam entre si, muitas vezes, mas sempre se complementam, jamais se anulam. Então será abordado dentro deste contexto tão enigmático, o que é e tudo o que envolve o paciente terminal. Estes autores ainda convocam a se pensar no limiar da morte com a percepção da limitação do tempo, e que dentro dessas limitadas horas, a mente pode ser confundida com tantas informações que ficaram guardadas no subconsciente, a influenciar os momentos finais deste paciente.

Têm-se ainda a contribuição dos mesmos falando sobre a importância do cuidado do enfermeiro com o doente em fase terminal sem deixar de mencionar o papel da família nesse campo desconhecido que representa a finitude da vida.

Embora essa realidade de todos, que apenas se antecipa para alguns, seja aparentemente tão cruel, surgem desta experiência oportunidades de se estender uns aos outros, as lições ensinadas por aquele que parte.

DESENVOLVIMENTO

Aqueles que tiveram a força e o amor para ficar ao lado de um moribundo com o silêncio que vai além das palavras saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar de uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim (KÜBLER-ROSS, 2005).

Nos leitos de hospitais podem-se encontrar muitos pacientes que vão superar suas limitações e sobreviver, mas existem aqueles que vão morrer. Essa realidade é dura para o paciente, para a família, para os profissionais da saúde.

Uma enfermeira, quando se depara com um paciente terminal, ela precisa compreender que apesar de ser uma das realidades mais difíceis, a morte vai acontecer. Difícil ou não, não se pode alterar esse fato. O que pode fazer a diferença é a maneira de se encarar essa possibilidade de presenciar a morte.

A enfermagem possui uma longa história de cuidados holísticos centrados na pessoa e na família. Na realidade, a definição de enfermagem oferecida pela

American Nurses Association (ANA) destaca o compromisso da enfermagem com o diagnóstico e tratamento das respostas humanas à doença (SMELTZER, 2005, p. 395).

Quando a vida for entrar no fechamento do seu término, o paciente precisará do apoio e do cuidado dos que ao seu lado estão. Entender sobre as decisões da fase terminal é muito importante, é uma prioridade no aprendizado das enfermeiras, mesmo que já se perceba uma evolução quanto à educação, a prática clínica e a pesquisa sobre o cuidado em fase terminal. “Em nenhum momento da história de enfermagem houve maior oportunidade para reunir a pesquisa, a educação e a prática para modificar a cultura da fase terminal, gerando a melhora necessária ao cuidado, que é relevante para os ambientes de prática, grupos etários, bases culturais e doenças” (SMELTZER, 2005, p. 395).

É provável que o paciente se sinta estimulado a refletir sobre a própria vida quando esta está se findando. Profundas reflexões surgem, é como se avaliasse se sua vida valeu a pena ou não. Se sua vida vai deixar lições e exemplos a serem seguidos. A enfermeira pode direcionar esse paciente a ter um saudável balanço emocional de sua trajetória de vida e seguir em paz de espírito.

A reação psíquica determinada pela experiência com a morte foi descrita por Kubler-Ross como tendo cinco estágios:

- a) Primeiro Estágio: negação e isolamento - A Negação e o Isolamento são mecanismos de defesas temporários do Ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração desses mecanismos de defesa dependem de como a própria pessoa que sofre e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com essa dor. Em geral, a Negação e o Isolamento não persistem por muito tempo;
- b) Segundo Estágio: raiva - Por causa da raiva, que surge devido à impossibilidade do Ego manter a Negação e o Isolamento, os relacionamentos se tornam problemáticos e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. Nessa fase, a dor psíquica do enfrentamento da morte se manifesta por atitudes agressivas e de revolta; transformar a dor psíquica em agressão é, mais ou menos, o que acontece em crianças com depressão. É importante, nesse estágio, haver compreensão dos

demais sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela morte;

- c) Terceiro Estágio: barganha - Havendo deixado de lado a Negação e o Isolamento, “percebendo” que a raiva também não resolveu, a pessoa entra no terceiro estágio; a barganha. A maioria dessas barganhas é feita com Deus e, normalmente, mantidas em segredo. Como dificilmente a pessoa tem alguma coisa a oferecer a Deus, além de sua vida, e como Este parece estar tomando-a, quer a pessoa queira ou não, as barganhas assumem mais as características de súplicas. A pessoa implora que Deus aceite sua “oferta” em troca da vida, como por exemplo, sua promessa de uma vida dedicada à igreja, aos pobres, à caridade... Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento. Nessa fase o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil (não se pode barganhar com Deus, ao mesmo tempo em que se hostiliza pessoas;
- d) Quarto Estágio: depressão - A Depressão aparece quando o paciente toma consciência de sua debilidade física, quando já não consegue negar suas condições de doente, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas. Evidentemente, trata-se de uma atitude evolutiva; negar não adiantou, agredir e se revoltar também não, fazer barganhas não resolveu. Surge então um sentimento de grande perda. É o sofrimento e a dor psíquica de quem percebe a realidade *nua e crua*, como ela é realmente, é a consciência plena de que nascemos e morremos sozinhos. Aqui a depressão assume um quadro clínico mais típico e característico; desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro, etc;
- e) Quinto Estágio: aceitação - Nesse estágio o paciente já não experimenta o desespero e nem nega sua realidade. Esse é um momento de repouso e serenidade antes da *longa viagem*. É claro que interessa, à psiquiatria e à medicina melhorar a qualidade da morte (como sempre tentou fazer em relação à qualidade da vida), que o paciente alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem estar emocional. Assim ocorrendo, o processo até a morte pôde ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e,

pelo lado *dos que ficam*, de conforto, compreensão e colaboração para com o paciente (KUBLER-ROSS, 2005, p. 43 - 117).

Aceitar o rompimento dos laços que unem a alma ao corpo, sentir a sombra da agonia pairar sobre o próprio rosto e se conscientizar de nunca mais vai ver o semblante dos entes queridos, que nunca mais vai usufruir do convívio, do afeto da família e ainda saber que vai deixar uma dor maior cheia de vazio, para o paciente terminal não é das dores a menor.

“Dor e sofrimento não é a mesma coisa. A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando nos propomos a implementar um cuidado humanizante. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos enquanto o sofrimento solicita significado e sentido. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa em que intervém a identidade e a subjetividade da pessoa bem como valores socioculturais e religiosos. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, enquanto o cuidado do sofrimento clama por significado e sentido. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção é a tendência dos tratamentos se concentrarem somente nos sintomas e dores físicas, como se somente estes fossem a única fonte de angústia e sofrimento para o paciente. É a tendência de reduzir o sofrimento a um simples fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Além disso, nos permite continuar agressivamente com tratamentos fúteis, na crença de que, enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, protege-os também de todos os outros aspectos. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos” (PESSINI, 2008, p. 2).

Todos necessitam de uma razão para viver e uma razão para morrer, finaliza o autor.

Pessini (2008) ainda fala sobre o lugar da religião e da fé em uma situação de final de vida - Os valores da espiritualidade são sumamente importantes neste contexto de cuidados críticos de vida, quando temos que enfrentar nossa própria finitude e mortalidade. Eles apontam para uma perspectiva de sentido, em meio ao aparente absurdo e falta de sentido, bem como para uma perspectiva de transcendência da vida, para além da morte. É claro que a fé não funciona como um anestésico ou um medicamento analgésico, no sentido de que quem crê não vai sentir nada. A fé nos ajuda a conviver numa chave de esperança, fazendo muita diferença ter fé e não ter fé. Um aspecto importante a ser destacado hoje em relação

aos cuidados da vida é o reconhecimento e o cuidado das necessidades espirituais e religiosas das pessoas. Trata-se, sem dúvida, da superação de uma visão puramente materialista ou positivista de todo o empreendimento tecnocientífico.

O ser humano é sociável, gosta ter amigos e a comunicação é a base dessas relações e quando vai morrer, acaba por ficar num leito de hospital, com pessoas estranhas ao seu convívio, que não sabem da sua história de vida, da sua importância no seio de sua família, com horários determinados para ser visitado, ser acarinhado, compreendido e sentir amor. Acabam seus momentos sozinhos, sem o calor das mãos que o seguiram pela vida. É uma realidade dura, mas tem sido a única vivenciada em muitos hospitais.

A comunicação é elemento essencial no cuidado prestado à pessoa, funciona como ferramenta essencial para executar o cuidado, pelo qual se pode ser mais humano, mais próximo da natureza ontológica voltada para o cuidar como enfatiza Boff (2002).

Atualmente, é possível constatar que a sociedade moderna afastou a morte da família e “encurralou-a” nos hospitais ou em outras instituições, onde o doente, muitas vezes, morre sozinho num quarto isolado, numa enfermaria ou junto de sofisticadas máquinas, mas sempre sozinho... sem ninguém com quem compartilhar o medo, a angústia, o sofrimento, ou, quem sabe, a alegria e a paz de quem parte. Como refere, morrer tornou-se hoje um momento solitário, demasiadamente triste para ser lembrado (SAPETA, 1999, p. 20).

Ajudar uma pessoa a morrer bem, é apoiar o sentido de amor próprio, dignidade e escolha dessa pessoa até ao último momento de vida. Para o conseguir, devemos prestar cuidados calmos, sensíveis e individualizados a cada pessoa de forma a que a sua experiência humana final, seja tão livre de dor, sentindo-se reconfortada, por ser vista como uma pessoa digna de cuidados mais atentos” (RODEIA, 1998, p. 112).

A ressocialização da morte passa pela pessoa morrer no domicílio, pois é um local querido, onde estão presentes recordações de toda a vida. Caso esta solução não seja possível, então que seja a família a ir ao encontro da pessoa em fase terminal ao hospital (HENRIQUES, 1995, p.12).

É fundamental a participação do enfermeiro na equipe, pois ele é o principal intermediário entre a família e o paciente. É o que fica mais próximo e mais tempo junto dos pacientes.

CONCLUSÃO

Embora, tente-se exaustivamente, estudar, compreender, cuidar, aplicar métodos paliativos aos pacientes terminais, é surpreendente que nenhuma conclusão se efetiva sobre o que encerra o processo de viver.

Como se percebeu no decorrer do estudo, a humanização quanto aos cuidados desse paciente é de suma importância para a promoção de uma qualidade de vida enquanto ainda a possui.

Após leituras, releituras e reflexões, considerou-se aqui que compreender as reais necessidades do paciente terminal, e também exercitar a percepção, bem como a intuição caracteriza-se desprendimento e cuidado personalizado de acordo com a necessidade de cada um em particular. Pois cada um tem seus sentimentos em suas mais variadas tonalidades e isso tudo pode significar que a morte, em si, pode representar algo totalmente diferente para cada um, e totalmente diferente em diferentes épocas da vida de uma mesma pessoa.

Mas o que se busca aqui é a dignidade humana até o seu último suspiro, tentando fazer da melhor forma possível o atendimento a este paciente. Aprender com ele, quem sabe usar mais o lado humano que o lado científico.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano: compaixão pela terra**. 8 ed. São Paulo: Vozes, 2002.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1926. **Sobre a morte e o morrer : o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes** / Elisabeth Kübler-Ross; [tradução de Paulo Menezes]. – 8ª ed. – São Paulo : Martins Fontes, 1998.

PESSINI, Leo. **“Nem abreviar, muito menos prolongar a vida, mas humanizar e cuidar”** - Entrevista com Leo Pessini. http://amaivos.uol.com.br/templates/amaivos/amaivos07/noticia/noticia.asp?cod_noticia=6373&cod_canal=4. Acesso em 11 de Jun de 2008.

SMELTZER, Suzanne C. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Marcia Tereza Luz Lisboa; tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SAPETA, Paula – **“A família face o doente terminal hospitalizado”** – Enfermagem Oncológica, nº 12. Porto, 1999. ISSN 0873 – 5689. p. 20 – 24.

HENRIQUES, Marília – **“O Enfermeiro e o Morrer”** – Servir, nº 43. Lisboa, 1995. ISSN 0871 – 2370. p. 9 – 17.

RODEIA, João – **“O Enfermeiro Perante o Doente Terminal”** – Servir, nº 46. Lisboa, 1998. ISSN 0871 – 2370. p. 110 – 113.