

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM FASE TERMINAL

THE IMPORTANCE OF TO TAKE CARE OF WITH HUMANITY OF THE NURSING ATTENDANCE THE PATIENTS IN TERMINAL PHASE

¹ SANTOS, C. C. A.; ² SUTER, T. M.C.

^{1 e 2} Departamento de Enfermagem – Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

Esse artigo busca considerar sobre o cuidado de enfermagem ao paciente objetivando evidenciar que esta prática prestada a pacientes diante do processo de morrer requer do enfermeiro eficiência técnico-científica, sensibilidade e interação, manifestando a arte da enfermagem como a empatia, intuição, percepção aguçada para atender às necessidades do paciente. Uma revisão bibliográfica como metodologia utilizada, pretendeu considerar que o profissional de enfermagem, deve buscar e respeitar a expressão dos sentimentos de dor, angústia, agressividade, abandono, perda, desespero, raiva, culpa, entre outros freqüentemente observados no transcorrer da vivência do processo de morrer. Assim, sensibilizar os profissionais da enfermagem para a importância do cuidado integral e humanizado ao paciente em fase terminal é tratado neste estudo de forma ampla e objetiva.

Palavras-chave: Humanização. Enfermagem. Fase terminal.

ABSTRACT

This article searches to consider on the care of nursing the patient being objectified to evidence that this practical given the patients ahead of the process to die requires of the nurse technician-scientific efficiency, sensitivity and interaction, being revealed the art of the nursing as the empatia, intuition, sharpened perception to take care of to the necessities of the patient. A literature revision as used methodology, intended to consider that the nursing professional, must search and respect the expression of the feelings of pain, anguish, aggressiveness, abandonment, loss, desperation, anger, guilt, among others frequently observed in transcorrer of the experience of the process to die. Thus, to sensetize the professionals of the nursing for the importance of the integral and humanizado care to the patient in terminal phase is treated in this study of ample and objective form.

Key words: To take care of with humanity. Nursery. Terminal phase.

INTRODUÇÃO

A enfermagem, assim como as demais profissões relacionadas à saúde, se subdividem em várias áreas, mas, neste estudo, os objetivos foram analisar a concepção sobre o cuidado humanizado do enfermeiro frente ao paciente em fase terminal: Conhecer o significado de cuidar atribuído ao enfermeiro que atua na assistência ao paciente em fase terminal. Apreender a concepção do enfermeiro

sobre seu papel de cuidador na perspectiva da humanização. Identificar os fatores que facilitam ou dificultam a implementação do cuidado humanizado ao paciente. Atender às necessidades de um paciente em fase terminal requer preparo por parte do serviço de enfermagem, visto que, este paciente está invadido pelo medo do desconhecido e ainda num ambiente estranho.

Humanizar essa modalidade de atendimento entregando-se de maneira sincera e sempre procurando ouvir com muita paciência as palavras e os silêncios do paciente em fase terminal, dando prioridade à construção de uma realidade mais humana nesse momento.

Uma revisão bibliográfica foi utilizada para dar efetividade ao estudo.

DESENVOLVIMENTO

Fase terminal:

Segundo Pessini (2008), todos necessitam de uma razão para viver e uma razão para morrer.

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 intervêm 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).

Atendimento humanizado:

Pode-se entender a humanização na área da saúde, como um serviço que visa atender o paciente como ser humano integral, submetido às mais diferentes situações, no caso desse estudo, em situação de fase terminal.

Observa-se então que uma das características da humanização, mesmo em face de tantos desafios que a profissão de enfermagem enfrenta dentro dos corredores de um hospital é transmitir ao paciente total dedicação, dispondo de carinho e prazer em cuidar da vida do próximo.

Segundo Radünz (2001), os profissionais da saúde são acometidos de sentimentos de ansiedade existencial, desconforto espiritual quando acompanham os momentos finais de vida dos outros, pois esta sensação faz com que se conscientizem da própria finitude.

A morte é tão parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento quanto o nascimento [...] estabelece um limite no tempo de vida, e impele a fazer algo produtivo nesse espaço de tempo, enquanto puder se dispor dele (BRAGA, 1996, p.13).

Talvez por existir a negação inconsciente da própria morte, é que se torna tão difícil entender e aceitar que a vida é finita, que sua evolução para a morte é tão certa que começa quando se nasce. A morte é solidão absoluta. Quando se nasce também existe o fato de se estar só, mas nascer é ser recebido, amparado, é usufruir de todo um afago, um calor humano que se estende desde a maternidade até o seio familiar, enquanto morrer é rumar para o desconhecido (MEZZOMO, 2002).

É natural que o ser humano mesmo sabendo que a morte é um acontecimento inevitável que desperta a consciência de finitude procure mantê-la em estado de latência, principalmente quanto aos seus familiares ou pessoas de suas relações afetivas, pois é mais fácil ter a percepção da morte com os outros e dos outros, nunca ligada a si mesmo e aos do seu convívio. Por isso se torna tão especial o preparo do enfermeiro que tem como prioridade o cuidado ao ser humano (PESSINI, 2001).

Um dos grandes desafios do profissional enfermeiro é que a vida acadêmica pode estar distante da realidade dos quartos dos hospitais. O tempo para se humanizar o tratamento ao paciente é pequeno diante de tantas necessidades e o que vai realmente caracterizar a humanização é fazer desse curto período de tempo em que houver o contato com esse paciente, que esse contato seja de forma especial, individualizado, ocupando de forma eficaz, deixando que ela se manifeste e até que reclame, usar o tempo, conscientemente, e não apenas no comprometimento com a tarefa, mas também se permitir ouvir sem ter que dedicar

todo o tempo ao paciente, mas ocupar esse pequeno espaço de tempo de forma humanizada (MEZZOMO, 2002).

De acordo com No limiar da morte, no entanto, muitas vezes o ser humano é levado para o hospital longe da família. Muitas vezes, inclusive, constata-se que os horários de visita destinados a um paciente terminal apenas é flexibilizado à família e pessoas de suas relações afetivas quando ele já está em seu estágio final, quando ele não os reconhece mais, não consegue falar, está inconsciente ou sedado (SAPETA, 1999).

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).

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).

Essa atitude de deixar o paciente no hospital, muitas vezes sedado, é vista muitas vezes como uma tentativa dos familiares em tentar proteger o paciente de sentimentos como a dor, o sofrimento e a angústia dos momentos derradeiros e queiram poupá-lo da vivência destes sentimentos, aceitando ou intercedendo para que ele seja sedado. Para que o cuidado se desenvolva de forma integral e humanitária, o enfermeiro deve atender às necessidades de seus pacientes e de seus familiares, interagindo com eles, resolvendo problemas, apontando soluções, propiciando melhora da sua condição de saúde, ou proporcionando uma morte digna e com serenidade (COSTENARO, 2002).

Para humanizar a vida em seu sentido pleno, é necessário entender de morte, que é a realidade da qual ninguém está livre. A fase da vida em que a pessoa mais sofre humilhação e desumanidade é a fase final. A morte é sempre vista como algo negativo; é o fim. Quando se entende a vida em toda a sua dimensão, a morte é visualizada, como de fato é, um simples momento entre a dimensão física, temporal e a eterna da existência (MEZZOMO, 2002).

Dentro do hospital é necessário entender o tempo do paciente. Para entender o valor de um minuto é só conversar com alguém que teve uma parada cardiorrespiratória. A enfermagem é uma profissão de muitas técnicas e cuidados, mas o maior desafio está no aprender a escutar, acolher o outro, partilhar o momento, aprender com o outro, ser coerente, sorrir, criar harmonia, não rotular, atender prontamente e acima de tudo ser apaixonada pelo que faz. Deus nos deu o rosto, nós fazemos as nossas expressões (SILVA, 2005).

O enfermeiro é o elemento chave para a visibilidade do cuidado humanizado no hospital por ser um profissional sensível à percepção da subjetividade do paciente e por ter o cuidado solidificado em valores éticos e humanos como razão existencial da profissão (COSTENARO, 2002).

Mas então, o que é Humanizar? Este verbo deve transcender seu significado etimológico e representar muito mais do que, simplesmente, tocar ou fazer um curativo, no que tange as questões hospitalares (SILVA, 2005).

Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (MEZZOMO, 2002).

Quando a doença é irreversível, o enfoque do tratamento deixa de ser curativo e o objetivo é a qualidade de vida do paciente, que pode ser alcançada por meio da identificação dos sintomas e do alívio de qualquer forma de padecimento fazem parte do processo de morrer (PESSINI, 2004, p.127)

Para Costenaro (2002), estar atento ao processo da doença e do adoecer em toda sua complexidade exige muito mais do que um aprendizado acadêmico do profissional de enfermagem, exige um dever ético e humano que humanize o final da vida.

Nesse sentido, Pessini (2006, p.108) afirma que: [...] quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização

e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros.

No processo de humanização do atendimento ao paciente em fase terminal, compreende-se que, longe de fazer uma caridade que aponta o trabalhador como possuidor de determinadas características previamente definidas e até idealizadas, é fundamental a sua participação como alguém que, sendo também humano, pode ser capaz de atitudes humanas e também desumanas construídas nas relações com o outro no cotidiano e que humanização não coincide nem com as práticas adotadas durante o atendimento ao paciente, nem com a gentileza e compreensão demonstradas, nem com títulos e fama, mas sim é uma nova visão do atendimento ao paciente, que humaniza porque os torna mais ricos em humanidade, em sensibilidade, em afetividade permitindo a experiência com o mistério da vida, da dor trazendo mais profundidade de compreensão do processo da doença e sua prevenção, mais segurança para lidar com ele, tornando-se profissionais mais plenos (PESSINI, 2006; COSTENARO, 2002).

Reação psíquica:

A reação psíquica determinada pela experiência com a morte foi descrita por Kubler-Ross (1998) 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, 1998, p. 43 - 117).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar entender o cuidado humanizado diante da fase terminal de um paciente, para o profissional de enfermagem é aceitar que nenhuma conclusão, ainda que tirada de estudos feitos ou experiência adquirida no decorrer dos anos, se efetiva em um conhecimento sobre o que encerra o processo de viver e como lidar com esse paciente.

Mas, independentemente de ser o atendimento ao paciente em fase terminal uma tarefa que exige um conhecimento técnico-científico, composto ainda pela sensibilidade e interação com esse paciente, é ainda exigido desse profissional que ele atribua à sua tarefa de enfermagem, como um cuidado humanizado, a sabedoria em respeitar a expressão dos sentimentos de dor, angústia, agressividade, abandono, perda, desespero, raiva, culpa, entre outros freqüentemente observados no transcorrer da vivência do processo de morrer. Diante destas constatações observa-se a necessidade de sensibilização da importância do cuidado integral e humanizado do enfermeiro ao paciente em fase terminal.

O fato do profissional de enfermagem ser capacitado para a tarefa de humanizar o atendimento em fase terminal, não o exime da dificuldade maior que é ver um semelhante no término de sua vida e se lembrar que a morte é um fato e que todos vão morrer um dia, coisa que no cotidiano diário as pessoas tentam esquecer.

Como já descrito, a humanização quanto aos cuidados desse paciente é de suma importância para a promoção de qualidade de vida ainda que esta já esteja se extinguindo.

É importante se compreender as reais necessidades do paciente terminal, e também exercitar a percepção, bem como a intuição caracterizada pelo desprendimento e cuidados personalizados de acordo com a necessidade de cada um em particular, pois, a morte pode representar algo totalmente diferente para cada um, e totalmente diferente em diferentes épocas da vida de uma mesma pessoa entendendo-se que os sentimentos individuais do paciente que o seguiram pela vida, continuam sendo seus enquanto existe vida.

O estudo busca a dignidade humana até o seu último suspiro.

REFERÊNCIAS

BRAGA J L, Braga L D Prólogo. In: Kübler-Ross E. **Morte: estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Nova Era; 1996.

COSTENARO, RGS, Lacerda MR. **Quem cuida de quem cuida, quem cuida do cuidador**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 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.

MEZZOMO, A. A. **Humanização hospitalar**. 1. ed. Fortaleza: Realce, 2002.

PESSINI et AL. **Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 27. N. 2, p. 203-205, abr./jun., 2003.

RADÚNZ V. **Uma filosofia para enfermeiros: O cuidar de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do burnout**. Florianópolis. Série Teses em enfermagem; 2001.

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

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

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.