

Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral

Lorraine Martins Diamante¹, Marina Borges Teixeira²

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Guarulhos; ²Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Guarulhos, SP, Brasil.

RESUMO O estudo nasceu a partir da preocupação sobre o cuidar do paciente fora de possibilidades de cura, pois este, não parece direcionado ao atendimento holístico. Seja qual for o prognóstico dos pacientes, o enfermeiro é o profissional que passa a maior parte do seu dia junto a eles e que precisa estar preparado para atender às suas necessidades biopsico-sócio-espirituais, em qualquer momento da vida. Para suprir as necessidades do paciente fora de possibilidades de cura surgiu o cuidado paliativo, voltado para o conforto e alívio da dor daqueles que o experienciam. Esta pesquisa avaliou o grau de conhecimento dos enfermeiros da clínica médica e da de moléstias infecto-contagiosas sobre cuidados paliativos aos pacientes terminais, dentro de um Hospital Geral do Município de São Paulo. Foi verificada uma predominância da assistência baseada unicamente em um modelo biomédico, o que justificaria a necessidade de se dar maior ênfase sobre o tema: morte e morrer, durante o curso de graduação da enfermagem.

INTRODUÇÃO

O progresso científico da medicina aumentou a expectativa de vida, trazendo mais esperanças para a cura de todas as doenças, afastando o homem do tema morte, gerando desinteresse em discutí-lo.^{1,2} Porém, esse desenvolvimento da medicina e da farmacologia, trouxeram também o prolongamento da vida naqueles pacientes gravemente enfermos, ocasionando a necessidade de uma nova demanda no cuidar, ainda não respaldada pela formação dos profissionais. Em alguns casos, este prolongamento da vida a qualquer custo, resulta um profundo sofrimento não só físico, mas também psíquico, social e espiritual.³

A morte tornou-se presente no trabalho dos profissionais de saúde a partir do século XX, quando o morrer passou a ocorrer nos hospitais (solitária, na companhia de tubos, máquinas com profissionais atarefados) e não mais no domicílio (na companhia de familiares e amigos).³

A morte tornou-se uma inimiga a ser combatida a qualquer preço, porque foi isso que se aprendeu a fazer. Na verdade ela deveria ser vista como um processo natural que pode surpreender em qualquer situação da vida, em qualquer momento ou circunstância. Proporcionar um cuidado humanizado sem se esquecer do holismo peculiar do ser humano, um cuidado diferenciado que é conhecido como cuidado paliativo, aliviando os sintomas, respeitando a vontade do paciente e não interferindo no processo natural de morrer.⁴

Os cuidados paliativos devem ser prestados por uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e assistentes espirituais, que devem respeitar o paciente como um ser único, bem como suas crenças e culturas.⁵

A dificuldade do enfermeiro em assistir paliativamente se deve à sua falta de preparo e também pela ausência de um ambiente hospitalar favorável que permitisse um cuidado individualizado, na companhia de parentes e amigos.⁵

O conceito de cuidados paliativos está centrado no cuidar que envolve postura ético/filosófica por parte do enfermeiro, o que exige um modelo assistencial com dimensão técnica e outras dimensões como a emocional, espiritual e ainda a de suporte familiar, para compreender as várias formas de expressão de sentimentos e apoiar no enfrentamento da terminalidade.⁶

Ensinar a lidar com a morte é algo difícil, diferente do aprendizado de um procedimento técnico, pois envolve aspectos pessoais de quem cuida como: valores, crenças, espiritualidade, religião, cultura, experiências prévias, mitos e medos, sendo necessária leitura e reflexão de temas sobre terminalidade e morte, além de outros ligados ao cuidar do ser humano, como por exemplo, religiosos e psicológicos.^{7,8}

A proximidade da equipe de enfermagem com o doente, permite a formação de vínculos que lhe confere poderes através dos quais pode conduzir o cliente ao exercício de sua autonomia. Autonomia dá ao paciente a capacidade de tomar suas próprias decisões, assumindo uma posição de sujeito que, junto com o médico e enfermeiro, opina sobre seu tratamento. Os profissionais de saúde estão empenhados em salvar e possibilitar uma chance de vida aos pacientes, considerando os grandes conhecimentos técnicos científicos (a beneficência) e esquecendo que estes têm valores que pertencem ao seu tempo vivido, à sua história e, que isso poderá influenciar no tipo de tratamento (autonomia).^{5,9}

Compete ao enfermeiro auxiliar o paciente a ter uma morte autenticamente humana, seja em casa ou no ambiente hospitalar. Os profissionais devem tomar cuidado com condutas paternalistas e autoritárias.⁹

OBJETIVOS: Identificar o conhecimento que o enfermeiro assistencial julga necessário para prestar cuidados paliativos e verificar os sentimentos do enfermeiro assistencial com relação ao cuidado paliativo prestado ao paciente internado nas unidades de clínica médica (CM) e moléstia infecto-contagiosa (MI).

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) e foi realizado em um Hospital Geral, público da Cidade de São Paulo. Foram escolhidas as unidades de CM e MI por possuírem maior número de pacientes com quadros irreversíveis e dependentes parciais ou totais da assistência de enfermagem.

Fizeram parte da pesquisa, todos os enfermeiros (12) que estavam atuando nessas unidades, que mantinham contato direto com o paciente terminal e que concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo duas partes distintas: parte I, para caracterizar a população e parte II, com cinco questões abertas específicas sobre a

temática. Os dados referentes à caracterização foram analisados quantitativamente em número e porcentagem e os das questões abertas foram analisados qualitativamente, seguindo os passos da análise temática de Minayo.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 enfermeiros entrevistados, 2 (16,6%) eram do sexo masculino. A maioria, 7 (58,33%) tem mais de 6 anos de formado e refere ter feito especialização em diversas áreas (Saúde Pública, Administração Hospitalar, Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Cirúrgico), alguns com mais de uma especialização. Nenhum enfermeiro fez especialização em Cuidados Paliativos. A grande maioria, mais de 60%, são católicos praticantes, um fator positivo no cuidar, uma vez que todas as religiões cristãs realçam o aspecto de humanidade para com os que sofrem. Solicitados a definirem o que são cuidados paliativos, responderam: proporcionar conforto; obter a participação do acompanhante familiar; tirar a dor; proporcionar conforto espiritual e dar qualidade de vida (agrupadas sob o tema: conforto).

O proporcionar conforto espiritual só foi salientado por um respondente, mesmo que o termo cuidar, em enfermagem engloba “proporcionar bem estar bio-psico-sócio- espiritual”.

Proporcionar conforto e tirar a dor, aparece na fala dos entrevistados, porém se trata de conforto técnico, do tipo mudança de decúbito, massagem com hidratante para evitar o surgimento de feridas de decúbito e tirar a dor como preparo e administração da medicação.

Chamou-nos a atenção que em apenas uma resposta houve a preocupação com o familiar acompanhante, por ser este também alvo do cuidar do enfermeiro, ao mesmo tempo em que, se bem orientado, é um importante fator no atendimento das necessidades psicobiológicas do doente.

Em relação aos conhecimentos necessários para prestar cuidados ao paciente terminal, emergiram as seguintes unidades de significado: conhecimento técnico, conhecimento da patologia, conhecimento psicológico, conhecimento do paciente,

conhecimento da medicação e conhecimento espiritual, agregados sobre o tema do conhecimento. Nas respostas a esta questão observamos que a maioria dos entrevistados respondeu que acha necessário o conhecimento técnico e científico.

Somente dois enfermeiros valorizam a necessidade do conhecimento espiritual e psicológico para prestar uma boa assistência.

Estes dados nos mostram que estes enfermeiros parecem não conhecer e não realizam um cuidado paliativo integral que, conforme conceituado pela OMS, em que objetiva também, o apoio psicológico, social e espiritual, ou seja, além do modelo assistencial com dimensão técnica, também um modelo que atendesse o paciente nas suas necessidades psico emocionais ou holisticamente.⁶

O atender as necessidades psico emocionais, principalmente as relacionadas com a terminalidade, exige que o enfermeiro reflita sobre sua vida, o significado de sua morte e a do próximo, o que é algo difícil de se fazer, quando o tema é pouco discutido, mas que é necessário para se prestar uma assistência que permita ao paciente uma morte digna.⁷

Nas respostas à questão: “Quais os cuidados que você presta a estes pacientes?”. A realização de técnicas de enfermagem é a mais presente.

Conversar com o paciente foi salientado como cuidado ao paciente terminal, por 4 (33,3%) entrevistados e, dois também incluíram o escutar como cuidado. A comunicação aberta permite expressão de sentimentos e pensamentos que podem e devem ser partilhados durante o cuidar. A escuta é essencial para que a comunicação seja completa. Escutar para nós enfermeiros é “ouvir usando todos os órgãos dos sentidos”.^{3,11,12}

Urasaki¹³ define o cuidar como atitude que abrange mais que um momento de atenção. Uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

A comunicação deve ser usada para implementar todas as medidas terapêuticas de enfermagem com o paciente que necessita de cuidados paliativos,

ajudando no envolvimento de ambos, permitindo assistência individualizada e com qualidade.¹⁴

Uma comunicação sincera, respeitando o paciente nas suas formas de manifestação do entendimento do diagnóstico, facilita o envolvimento do enfermeiro/paciente, proporciona confiança e segurança, itens necessários e que contribuem para ajudar no período de tratamento.¹⁵

Muitas vezes os pacientes não conseguem expressar verbalmente o que estão sentindo e querem dizer, usam de sinais corporais, faciais e para-linguísticos; formas de comunicação desconhecidas pelo enfermeiro, o que pode impossibilitar um cuidar holístico.¹⁶

As respostas à questão: “Como você orienta a equipe de enfermagem, sobre estes cuidados?”, deram origem as seguintes unidades de significado: técnicas gerais de enfermagem; paciência; respeitar com educação; não orienta; agrupadas sob o tema: atuação profissional. Este fato reforça que esse tema é pouco trabalhado nos cursos de graduação. “Ter paciência e respeito” foram valorizados no cuidado do paciente terminal, porém não nos pareceu algo exclusivo do cuidar paliativo e sim algo comum ao cuidar de qualquer paciente.

Não saber orientar a equipe em como atuar para atender o item “proporcionar conforto” tem origem na formação dos enfermeiros, ainda centrada no modelo biomédico que visa à cura e recuperação do cliente, considerando a morte como uma forma de derrota, impedindo a vivência da terminalidade como momento importante e levando o paciente terminal ao isolamento social.

As respostas à questão: “Como você orienta o paciente sobre esse cuidado?” A metade dos entrevistados, responderam não orientar e, quando o fazem, são palavras soltas, sem envolvimento, mostrando pouca importância dada à “comunicação interpessoal” ou ao “relacionamento interpessoal”, tão necessário ao ser humano.

Apareceu nas respostas à esta questão: “encorajo, dizendo que o paciente vai melhorar”, nesse caso, não mostra um relacionamento franco entre o enfermeiro e o paciente terminal, não ajuda na formação de vínculos e não permite a autonomia necessária para o paciente tomar suas próprias decisões e opinar sobre seu tratamento.¹⁷

As respostas à questão: “Como você orienta a família sobre esse cuidado?” Deram origem as seguintes unidades de significado: sobre medicação, a não esperar melhora, sobre técnicas de enfermagem, sobre a patologia e os cuidados prestados, encoraja e não orienta; agrupadas sobre o tema: comunicação ineficaz.

A clientela da enfermagem compreende o “doente e sua família”, em cuidados paliativos, a presença e participação da família ao lado do paciente são de extrema importância e, portanto a família deve ser informada sobre quais os cuidados prestados para que não cobrem do enfermeiro condutas não condizentes com a proposta dos cuidados paliativos.

Apesar de um participante ter referido orientar a família a não esperar por melhora, percebemos que chegou próximo à comunicação efetiva, mas que não deu continuidade ao relacionamento, pois não se mostrou acolhedor.

As respostas à questão: “Quais seus sentimentos em relação ao assistir esse paciente?” Deram origem as seguintes unidades de significado: gratidão, dever cumprido, tristeza, impotência, angústia e depressão; agrupadas sobre o tema: sofrimento.

Das respostas, surgiram os sentimentos já esperados, que poderiam ser os responsáveis pelo aparente afastamento do enfermeiro do cuidar dos pacientes e seus familiares. Tristeza, impotência, angústia e depressão representam sofrimento, sentimento desagradável de ser experienciado pela maioria das pessoas que, como mecanismo de defesa, afastam-se ou ignoram os seus pacientes.¹⁸

O afastamento do enfermeiro no paciente que vive na terminalidade pode decorrer de algo não resolvido ainda na sua formação como ser humano. Para

conseguir auxiliar os outros a enfrentarem suas condições humanas, o enfermeiro precisa olhar para o seu interior e encarar suas próprias questões existenciais.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após analisarmos as respostas dadas a esta pesquisa, evidenciamos a predominância do cuidar embasado no modelo biomédico, onde sobressaem a execução de técnicas e o conhecimento de patologias em relação ao cuidar psicológico-espiritual.

Percebemos a dificuldade do enfermeiro em lidar com a morte e o morrer, que pode ser explicada pelo sentimento de sofrimento e pela impotência experienciados no momento em que se aproxima do paciente terminal, decorrente do pouco desenvolvimento deste tema ainda na sua graduação.

Verificamos assim, que o tema morte e morrer deveria ser abordado mais frequentemente dentro dos cursos de graduação da enfermagem, inclusive o cuidar paliativo. Não deveriam ser apenas temas “soltos” no meio de disciplinas, mas sim de forma mais pontual, como uma disciplina própria e voltada para uma assistência mais holística.

Acreditamos que os cuidados paliativos poderão ser desenvolvidos no ensino teórico/prático dentro do curso de graduação da enfermagem, aliados aos aspectos do cuidado psicológico e espiritual, unidos ao cuidado físico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Vomero MF. Morte. [Acessado em 2005 out. 10]. Disponível em: <http://www.tipos.com.br/zero/morte2>
2. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP; 2003.

4 Ortiz JS. Consideraciones actuales sobre el morir. In: Imedio EL. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid-España: Panamericana; 2000. p.9-13

5. Thompson G, McClement S, Daeninck P. Nurse's perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. JAdvNurs 2006;3(2) 169-177

6. Carvalho MVB. O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

7. Rodrigues IG, Zago MMF, Caliri MH. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil: artigo de revisão. Mundo da Saúde. São Paulo, 2005; 29(2):147-154.

8.. Carvalho LS, Silva CA, Santos APO, Oliveira MA, Portela SC, Regebe CMC. Perception of the death and dying of the nursing students. A qualitative study. On line Braz J Nurs[on line]2006 sept 5(3)[acesso em 10 jan 2007]

Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/507/116>

9. Boemer MR. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Rev Latino Am Enfermagem. 1997; 5(2):33-38.

10. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

11. Sá AC. O cuidado do emocional em saúde. São Paulo: Robe; 2003.

12. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2003.

13. Urasaki MBM. A interconexão da sensibilidade e da razão no cuidar [tese]. São Paulo (SP): EPM, Universidade Federal do Estado de São Paulo; 2000.
14. Silva MJP. Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p 263-273.
15. Arrieta JV, Gil JR. Bases Fundamentales de los cuidados paliativos. In: Imedio el enfermeria em cuidados paliativos. Madrid: Panamericana; 2000. p.13-17.
16. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of intensive care units nurses in Brazil. J Clin Nurs. 2004; 13(2):143-9.
17. Teixeira MB, Forcella HT, Rolim MA. Confiança um dos aspectos essenciais para o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. Rev Paul Enfermagem. 1985; 5(1):12-14
18. Mercadier, C. O trabalho emocional dos prestadores de cuidados: o corpo âmago da interação prestador de cuidados-doente. Loures: Lusociência; 2004

Autor Principal: Loraine Martins Diamante

Email: loramdi@terra.com.br

Tel: 55 11 20982667

Celular: 55 11 96456325