

# **PACIENTE TERMINAL – ABORDAGEM DA ENFERMAGEM**

**Marga Simone S. Kono<sup>1</sup>**  
**Francisco José Koller<sup>2</sup>**

## **INTRODUÇÃO**

Este artigo focaliza o paciente terminal, em especial aquele com câncer e os cuidados da enfermagem. O tema tem sido discutido em fóruns, seminários e oficinas da área da saúde visando proporcionar a tais pacientes uma assistência digna da sua condição humana. A enfermagem que está muito próxima ao paciente no dia-a-dia deve entender e lidar com os sintomas e emoções do doente.

Segundo o Cremesp (Conselho de Medicina do Estado de São Paulo, 2005), há vários estudos em países desenvolvidos sobre as necessidades requeridas pelos pacientes nesta situação. Concluem que o ambiente hospitalar pouco responde às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais desses pacientes. E, evidenciam que o papel de toda equipe multidisciplinar, da qual a enfermagem faz parte, é o de prestar toda a assistência ao doente em fase terminal, minimizando-lhe o sofrimento.

Considerando essa questão humanitária, a solidariedade e a compaixão devem estar presentes, portanto, a prática com esses pacientes deve ter como foco uma filosofia de espiritualidade. Preparar profissionais para dar atenção às pessoas que estão nesse estado e não à doença que elas carregam é um caminho de espiritualidade e reconhecimento da dignidade do ser, enquanto vivo (Sapeta, 2005). De modo geral, pacientes em fase terminal, mesmo os tratados em instituições de oncologia, desconhecem o seu prognóstico, não são informados sobre suas situações,

<sup>1</sup> Enfermeira pela Universidade Campos de Andrade - UNIANDRADE.

<sup>2</sup> Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Campos de Andrade - UNIANDRADE. Especialista em Centro

não entendem o que está ocorrendo, pois ainda há poucos profissionais especializados em atender esses doentes. Devido à referida deficiência para trabalhar em tal situação, a prevalência de dor na fase terminal é alta.

Segundo Carvalho (2004), embora exista variabilidade de pacientes terminais de câncer, estes apresentam uma alta incidência de depressão e sintomas como perda ou ganho de peso, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psico-motor, fadiga ou perda de energia, diminuição de auto-estima ou sentimentos de culpa inapropriados, diminuição da habilidade de pensar ou de se concentrar e pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida.

De acordo com Oselka e Oliveira (2005), a proximidade da morte não deve ser o único assunto a ser considerado na assistência ao doente, mas o que lhe resta de vida. Deverá haver uma ligação terapêutica com a família, compartilhar os momentos dolorosos ajudando-os a enfrentar o medo e a ter esperança no futuro.

## **OBJETIVO GERAL**

Os objetivos gerais deste trabalho são:

Demonstrar a importância da assistência de enfermagem, no que diz respeito aos cuidados paliativos com o doente terminal de câncer, ou seja, diagnosticado como “fora de possibilidades terapêuticas”, tendo em vista a atual concepção da “boa morte”.

Buscar subsídios teóricos para que o profissional de enfermagem desenvolva conhecimentos relativos às competências técnicas, culturais e psicológicas para estar apto ao enfrentamento de situações com o paciente em “processo final de vida”, visto que essa situação depende de preparo profissional e de atributos pessoais: saúde e energia, crenças, metas de vida, auto-estima, autocontrole, conhecimento, capacidade de resolução de problemas e práticas e apoio sociais.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos são:

Relacionar a assistência de cuidados que reconhece a morte como o estágio final da vida, a uma filosofia humanística de proporcionar o alívio dos sintomas e um maior conforto físico, psicológico e espiritual ao paciente terminal e seus familiares.

Identificar a comunicação como uma das abordagens eficazes nas relações entre a enfermagem e paciente terminal de câncer.

## JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento deste trabalho se justifica pela necessidade de preparar profissionais da enfermagem para a prática de abordagem de cuidados paliativos, a enfrentar as situações complicadas e dolorosas com pacientes terminais de câncer.

Até a pouco tempo, nos meios da saúde pouco se discutia sobre o assunto proximidade da morte, pois era um tabu, o espaço para essa reflexão era restrito. Porém, atualmente está presente nos cursos de formação profissional, no dia-a dia nos hospitais do mundo todo, principalmente nas UTI's e especialmente entre os profissionais dedicados a oncologia que é uma doença cheia de estigmas.

A ciência com seus avanços tecnológicos, eleva a expectativa de vida dos indivíduos, porém, por mais que se consiga prolongá-la com a cura ou tratamento para muitas doenças, existe um ciclo básico a todos os seres vivos. E a morte é uma etapa do processo de desenvolvimento do Ser, e sua proximidade traz, muitas vezes, sentimentos de angústia e impotência aos profissionais de saúde. É preciso que a enfermagem, que acompanha o dia-a-dia do doente terminal de câncer, aprenda a vivenciar a proximidade da morte de um paciente de um outro modo, prover cuidados amplos e singulares para amenizar e transformar o processo vital controlando o sofrimento.

O cuidado paliativo é uma modalidade de assistência surgido no final da década de 60, do século XX, na Inglaterra, em contrapondo-se a uma prática médica de excluir o doente do processo de tomada de decisões relativas à sua vida e, em especial, à sua própria morte. Essa forma inovadora de assistência ao período final de vida representa uma prática assistencial interrompida com as novas tecnologias desenvolvidas no século XX. A motivação do trabalho foi de ordem intelectual, ou seja, para aprimorar o conhecimento, familiarizar-se com o assunto e de ordem prática para desenvolver a abordagem dos cuidados mais eficientes e eficazes de enfermagem com pacientes terminais de câncer.

## **METODOLOGIA**

Quanto ao tipo de pesquisa adotou-se neste trabalho a bibliográfica, isto é, fez-se uma revisão da literatura sobre o tema abordado. Como tal, o trabalho passou por várias fases:

- elaboração de um plano;
  - listagem de livros e artigos e revistas atualizados referente ao assunto de acordo com proposta da pesquisa;
- compilação e fichamento;
- análise e interpretação;
- redação, digitação e formatação.

As fontes pesquisadas foram secundárias, como no caso de artigos científicos publicados, livros de revisão de literatura e outros.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Araújo e Silva (2007), argumentam que com o progresso da medicina a expectativa de vida aumentou e, conseqüentemente, elevou o número de pacientes com doenças crônico-degenerativas com prognóstico fechado.

A Câmara Técnica de Bioética do Cremesp (Conselho de Medicina do Estado de São Paulo), realizou, em 2005, um Fórum que envolvia o assunto doentes terminais, no intuito de propor resolução e/ou recomendação/ providência para o caso, movidos pela preocupação com os referidos pacientes e com o comportamento dos profissionais da Saúde, responsáveis pelos cuidados desses casos. Concluiu-se no fórum que nos cuidados aos doentes em fim de vida, como em qualquer outra situação, é imperioso o trabalho multidisciplinar, isto é, sustentado em princípios conhecidos e partilhados por todos, com uma missão e objetivos comuns. Enfatizou-se que há necessidade de um entendimento preciso do que é um doente terminal, pois um paciente com determinada patologia em certa instituição pode ser assim considerado e, num hospital de ponta, o mesmo doente pode ser definido apenas como doente incurável. Ressaltou-se que alguém com diagnóstico de câncer incurável, que não vai ser submetido à cirurgia, nem a quimioterapia, nem a radioterapia, não é “terminal” é “incurável” (Oselka e Oliveira, 2005). Mas, essa definição cabe ao médico.

Sobre esse ponto de vista, discutiu-se no fórum que a definição de paciente terminal só tem sentido em função da conduta que se vai adotar ou não, pois, muitas vezes, essa expressão agride o doente, seus familiares e a sociedade.

Outro aspecto relevante focado no fórum foi humanização da Medicina, tendo em vista a preocupação a qualidade de vida dos doentes terminais e a evolução do conceito de cuidados paliativos.

Conforme Lima (2007), no entendimento da Ordem dos Enfermeiros, os cuidados paliativos são ativos e dinâmicos, e o definem como

cuidados totais e ativos prestados ao enfermo cuja doença já não responde ao tratamento curativo, com o objetivo de obter a melhor qualidade de vida possível até que a morte ocorra, controlando a dor e os outros sintomas e integrando aspectos psicológicos, sociais e espirituais nesses cuidados.

O autor supracitado traz a idéia da humanização da morte envolvendo a pessoa doente e a sua família, do valor inquestionável do Ser humano em qualquer fase de sua vida. Assim considera relevante os cuidados às pessoas na iminência da morte, pois é a fase de empatia, e requer estar ao lado dos sujeitos, de entendê-los e estar junto aos familiares. Nesse momento aumenta no doente os medos e receios não só do que as espera depois da morte, mas com tudo o que ainda vai viver durante os momentos que a precedem, particularmente no que se refere à solidão.

Neste contexto, diz o referido autor, todo Ser humano possui um valor único e incalculável e que não é inferior em qualquer fase da vida, o que leva a concluir que é primordial que o processo de morrer seja humanizado.

A pessoa em fim de vida não deixa de ser um cidadão a quem não se pode negar o direito a uma assistência adequada às suas necessidades nem privá-lo daquilo que faz transcender o sofrimento e o risco de perecer: a alegria, a esperança, o que se traduz no direito que a pessoa tem à partilha e ao amor do outro, condições que não se podem encontrar na solidão (LIMA, 2007).

Brandão (2005) denomina de Período de Cuidados Terminais (PCT) aquele onde há evidência de progressão de doença maligna, e no qual a terapia aplicada não pode aumentar a sobrevida de uma forma significativa. Os pacientes podem entrar nesse período já na época do diagnóstico, ou após o período de tratamento ativo.

Os cuidados paliativos, geralmente, refere-se aos cuidados do paciente nos últimos dias, semanas ou meses de vida, quando se torna claro seu estado progressivo de declínio (Brandão, 2005).

Para Lima (2007), a enfermagem exerce papel fundamental atuando ativamente em situações de morte iminente, prestando decisiva assistência do paciente. Tem como dever acompanhar o paciente em todas as fases do seu tratamento, especialmente quando não há mais possibilidades de cura e o cuidado visa proporcionar conforto para que o doente possa vivenciar o processo de morte com dignidade, utilizando seu tempo restante da melhor forma que puder.

Com o conhecimento da morte próxima, o doente vivenciaria os seguintes estágios: negação, com a recusa do diagnóstico; raiva ou revolta; negociação ou barganha, para afastar a idéia da morte próxima; depressão, com o luto pela perda da vida e, finalmente, aceitação da morte (Menezes, Heilborn, 2004).

Diz Lima (2007) que o enfermeiro é o profissional que, por sua proximidade com o doente no dia-a-dia, mais sofre e sente a morte de um doente, sente tristeza, frustração, impotência e/ou culpa por falhas na assistência prestada. Por isso é comum que muitos enfermeiros tomem atitudes de afastamento, limitando-se por vezes a um “cuidar” apressado, o que se reflete nos cuidados que presta. Essa atitude se explica no sentido de uma defesa, ou forma de controlar os seus sentimentos.

Brandão (2005), ao discorrer sobre o câncer e cuidados paliativos diz que a literatura é escassa em definir períodos de cuidados com o paciente terminal com câncer. Aos pacientes em fase avançada usa-se uma estratégia terapêutica para minimizar riscos de subtratar ou supertratar os pacientes, evitando-se danos físicos, psicossociais e morais ao paciente e seus familiares. Como os pacientes terminais são têm pouco tempo de vida, o propósito do tratamento deve ser o de paliar.

Definir o período de tempo como “final da vida” é difícil, porém necessário. Geralmente, definem o começo da fase terminal do doente de câncer como o período em que as metas estabelecidas primariamente para o tratamento do controle do crescimento tumoral e dos sintomas que causa. Citam-se três condições que precisam ser conhecidas antes de definir o câncer como uma doença terminal: confirmação diagnóstica de doença maligna progressiva; reconhecimento de aproximação da morte e exaustão de todas as alternativas terapêuticas. Apesar da falta de uniformidade na literatura em relação à definição do que é final de vida, há um consenso de que no tempo de sobrevivência deve-se dar ênfase a qualidade e não a quantidade de vida (Brandão, 2005).

A maioria dos pacientes em fase terminal apresenta dor em mais de um local, e devido a mecanismos diferentes. Distúrbio do sono e depressão devem ser avaliados, e medicação apropriada pode ser necessária. Fatores psicossomáticos e relacionados ao câncer fazem que muitos pacientes não querem reconhecer que a doença está progredindo, é outra justificativa para não relatar a dor. Temor de usar certos medicamentos pode ocorrer por várias razões: ficar viciado, estar usando "muito cedo",

não querer usar "droga de paciente terminal", ou aceitar, por razões sociais ou mesmo religiosas, que tem que suportar a dor (Brandão, 2005).

Zaco (2001), citado por Souza (2008), diz que a doença oncológica tem um impacto negativo na vida das pessoas, não só pela sua repercussão social e econômica, mas também pelo sofrimento do paciente e sua família. Destaca que 80% dos casos de neoplasias são diagnosticadas tardiamente, quando os recursos disponíveis para o tratamento são só paliativos. Esta situação limita a esperança de vida do paciente, contribui com a deterioração da auto-imagem e sustenta o estigma de que câncer é uma doença incurável.

Célia Alves de Souza (2008), também faz uma revisão da literatura a respeito dos cuidados com doente de câncer e em especial em fase avançada deste mal. Essa etapa final, em geral, é árdua e penosa para o doente e sua família em razão das desilusões, sofrimentos e sobrecarga de trabalho dispensada ao paciente, vivências que tendem a se intensificar com a evolução da doença. Também tudo isso é sentido por profissionais que se encarregam dos cuidados hospitalares. Destaca, citando Floriani (2006) e Wanderbroocke (2002), que a tarefa de assistência aos pacientes terminais de câncer provoca desequilíbrio, sobrecarga física, social e econômica.

Souza citada destaca a importância do núcleo familiar como unidade cuidadora e que é formada por parentes (pais, filhos, irmãos, primos, etc), e outros que se juntam à família com vínculo e laços entre si. Evidencia que a enfermagem está consciente tanto do papel e do estado emocional da família dos doentes terminais, por isso tem se voltado para a mesma procurando assisti-la, ouvir suas aflições e orientá-la considerando as situações concretas que vivenciam em seu cotidiano. Cabe a família acompanhar e o estado de saúde de seus membros, toma decisões pedindo auxílio, em caso necessário a profissionais da saúde.

Quanto ao relacionamento interpessoal com familiares do paciente Araújo e Silva (2007), dizem que causa grande ansiedade nos enfermeiros, por se tornarem alvos de muitas expectativas de resolução de problemas e questionamentos que são insolúveis.

Araújo e Silva (2007), dedicam parte de suas reflexões sobre o processo de comunicação adequado como um cuidado paliativo e uma medida terapêutica eficaz de assistência ao paciente. Entendem que é fundamental que o enfermeiro ponha em

prática certas habilidades de comunicação: escutar bem, não mentir nunca, evitar uma conspiração de silêncio, evitar a falsa alegria, não descartar uma possível esperança, aliviar a dor. Porém, no cotidiano do enfermeiro que assiste ao paciente terminal, é comum não conseguir estabelecer um canal de comunicação adequado, por exemplo, no caso de um doente que se encontra em uma UTI e está impedido de expressar-se claramente através da fala por estar entubado ou sedado. Por isto não se deve restringir o processo de comunicação apenas ao seu aspecto verbal, o conversar, mas utilizar-se também do não-verbal. Esta é obtida por meio de postura, gestos, orientações do corpo, expressões faciais e até mesmo pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Outro instrumento que está diretamente ligado a habilidade de comunicação e que a assistência de enfermagem pode lançar mão no tratamento paliativo é o uso da empatia. Esta é a capacidade de compreender e interpretar as emoções do outro, estabelecendo ponte emocional entre as partes. O doente espera que o enfermeiro que lhe presta assistência o entenda, o auxilie e anemize sua dor. Cabe ao profissional procurar identificar a mensagem central, o sentimento, o contexto e a perspectiva que o paciente tenta expor. Nesta prática está expressa a essência de da profissão de Enfermagem, que reconhece a humanidade do outro, o que o leva a realizar pelo outro as ações que ele gostaria que fossem feitas para si próprio em uma situação semelhante. Sendo assim, o enfermeiro tem o dever de identificar o que o paciente sente, que ele espera de sua assistência, ser honesto, mas sem chocar o doente; não lhe dar falsas esperanças; mas também não tirar-lhe a vontade de lutar por sua vida (Araújo e Silva, 2007).

A autoras supra citadas mencionam que Callanan e Kelley (1994) acham favorável o enfermeiro contar ao doente o processo fisiológico pelo qual ele passará ou está passando, o que possibilitará ouvir os seus anseios, de compreender e entender as mensagens não-verbais e as verbalizações simbólicas que eles querem passar.

Conforme Araújo e Silva (2007), a enfermagem deve procurar identificar a fase em que o paciente terminal se encontra: negação, raiva, barganha, depressão ou aceitação e, a partir de então, tentar adequar a técnica de comunicação à fase emocional do paciente. Assim, se é hostil, expressa raiva, mas tal sentimento não é dirigido ao profissional que o atende, e sim à sua doença, à sua condição terminal.

Este é o momento para se ouvir o paciente em silêncio, acolhendo seu desabafo. Deste modo, o paciente sentirá alívio por poder desabafar, ficando assim mais apto a transpor esta fase, seguindo em direção a um processo de morte mais consciente e tranquilo. Quanto ao paciente sedado ou inconsciente a comunicação com ele pela audição, pois este é o último dos sentidos que o indivíduo perde no processo de rebaixamento do nível de consciência. Coelho e Dobbro citados pelas autoras, em seus estudos, demonstraram alterações fisiológicas no paciente em coma quando este ouve a voz de um ente querido ou música que lhe era familiar.

Outro recurso de comunicação bastante utilizado com o paciente terminal é o toque na mão ou braço, demonstrando apoio, carinho, empatia ao paciente que se sente sozinho, que está com dor, que está triste ou deprimido e que está morrendo. O gesto físico é um dos elementos sensoriais que provocam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, as chamadas emoções. As autoras complementam que a presença é uma forma de comunicação não-verbal de interagir com o paciente, oferecendo apoio e demonstrando solidariedade (Araújo e Silva, 2007).

As autoras supra-citadas concluem que é urgente e imprescindível que os cursos de formação, graduação ou especialização em terapia intensiva ou em cuidados paliativos, ofereçam disciplinas que enfoquem o processo de comunicação dada a sua importância. Também é necessário que as instituições hospitalares ofereçam apoio psicológico aos enfermeiros que trabalham com pacientes terminais. Aprendendo a lidar com seus próprios medos e limitações relacionados ao processo de morte é que o profissional poderá prestar um cuidado mais completo e de acordo com as expectativas do paciente, dando atenção a seus males físicos, mas também os aspectos interpessoais que permitem o cuidado humanizado do paciente.

Certamente é possível ao enfermeiro aliviar a dor, o sofrimento, as necessidades básicas de higiene, nutrição e conforto, do paciente terminal para que este não perca sua dignidade como pessoa, diante da morte eminente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de e SILVA, Maria Júlia Paes da. **Psiquiatria e Psicologia**. Comunicando-se com o paciente terminal. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 18/06/2007. Disponível em <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/23indice.asp?Ano=VI&Numero=23&Trimestre=3>> Acessado em 26.04.2008.

BRANDÃO, Císio. **Câncer e Cuidados Paliativos: Definições**. Hospital do Câncer A.C. Camargo – São Paulo. ano vii n 42 Nov/dez 2005. Disponível em <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2009-42.html>> Acessado em 29.04.2008.

CARVALHO, Vicente A. de. **Depressão e Câncer** - Depressão em Pacientes Terminais. Associação brasileira dos cuidados paliativos. 26/8/2004. Disponível em <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=192>>. Acesso em 28.04.2008.

LIMA, Timothy Francisco **O enfermeiro e os cuidados paliativos**. Ordem dos enfermeiros. Publicado em 30.03.2007. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=41>> Acesso em 28.04.2008.

LOPES, Luiz Fernando; CAMARGO, Beatriz de; FURRER, Anamaria Arbo. **Aspecto da humanização no tratamento de crianças na fase terminal**. *Pediatr. mod*;35(11):894-5, 897-901, nov. 1999.

MENEZES, Rachel Aisengart e HEILBORN, Maria Luiza. **A presença da mulher nos cuidados em saúde**. A mulher e a assistência ao morrer: a construção de uma nova especialidade médica ST 27 2004. Museu Nacional/UFRJ. Instituto de Medicina Social/UERJ. Disponível em <[http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/M/Menezes-Heilborn\\_27.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/M/Menezes-Heilborn_27.pdf)> Acessado em 29.04.2008.

OSELKA, Gabriel Wolf e OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. (Coord.) **Doente terminal**. Destino de pré-embriões. Clonagem. Meio ambiente. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 154 p. (Série Cadernos de Bioética. Centro de Bioética, 2005.

SAPETA, Ana Paula Gonçalves Antunes. **Recensão crítica**. As Terças com Morrie. Informar Saúde. Boletim Informativo nº 02, abr/dez 2004. Escola superior de Saúde Dr, Lopes Dias. Disponível em <[www.esald.ipcb.pt/docs\\_gerais/infsaude/informar\\_saude2.pdf](http://www.esald.ipcb.pt/docs_gerais/infsaude/informar_saude2.pdf)> Acesso em 25.04.2008.

SOUZA, Célia Alves de. **O cuidador de pacientes com câncer.** Publicado 22/03/2008 Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/4927/1/o-cuidador-de-pacientes-com-cancer/pagina1.html> . Acesso em 27.ou.2008

SMELTZER, Suzane e BARE, Brenda G. Et al. (Colaboradores). Brunner & Suddarth (Trad.). **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006.