

Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva

CARING FOR THE PATIENT IN THE PROCESS OF DYING AT THE INTENSIVE CARE UNIT

CUIDANDO AL PACIENTE EN PROCESO DE MUERTE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Rudval Souza da Silva¹, Ana Emília Rosa Campos², Álvaro Pereira³

RESUMO

Este estudo buscou caracterizar o desenvolvimento do cuidar/cuidado de Enfermagem numa UTI ao paciente fora de possibilidade de cura (PFPC) por enfermeiros. Foram entrevistadas dez enfermeiras. A pesquisa de campo foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino. Para estas enfermeiras, não há uma uniformidade no cuidado. Além disso, evidenciou-se pelos relatos a existência de uma supervalorização dos cuidados técnicos em detrimento dos aspectos emocional, social e espiritual. Contudo, observou-se grande preocupação das enfermeiras com o sofrimento da família diante da perda. Os resultados evidenciam que as(os) enfermeiras(os) necessitam compreender a morte como parte do ciclo vital e repensar o cuidar/cuidado como essência da Enfermagem, ampliando as discussões sobre a temática tanto no âmbito acadêmico quanto na prática diária.

DESCRITORES

Morte
Cuidados de enfermagem
Assistência terminal
Unidades de Terapia Intensiva
Atitude frente a morte

ABSTRACT

The objective of this study is to characterize how nursing care is performed at the ICU to patients with no possibility of cure. Ten nurses were interviewed. The field study was performed at the Intensive Care Unit of a public teaching hospital. For the nurses, there is no uniform pattern of care. Furthermore, according to their reports, it was observed that there is an overestimation of the technical care over the emotional, social and spiritual aspects. It was, however, observed that nurses are strongly with the suffering of the family in view of their loss. Results show that nurses must understand death as a part of the life cycle and review care as the essence of nursing, thus increasing the discussions on the issue in both the academic and daily practice environments.

DESCRIPTORS

Death
Nursing care
Terminal care
Intensive Care Units
Attitude to death

RESUMEN

Este estudio busca caracterizar el desarrollo del cuidar/cuidado de Enfermería en UTI al paciente sin posibilidad de cura (PFPC) por enfermeros. Fueron entrevistadas diez enfermeras. La investigación de campo se realizó en una Unidad de Terapia Intensiva de hospital público de enseñanza. Para las enfermeras, no hay una uniformidad de cuidado. Además de eso, se evidenció en los relatos la existencia de una sobrevaloración de los cuidados técnicos en detrimento de aspectos emocionales, sociales y espirituales. Sin embargo, se observó gran preocupación de las enfermeras con el sufrimiento familiar ante la pérdida. Los resultados evidenciaron que los enfermeros/as necesitan entender a la muerte como parte del ciclo vital y repensar el cuidar/cuidado como esencia de la Enfermería, ampliando las discusiones sobre la temática tanto en el ámbito académico como en la práctica diaria.

DESCRIPTORES

Muerte
Atención de enfermería
Cuidado terminal
Unidades de Terapia Intensiva
Actitud frente a la muerte

¹ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Licenciado em História pela Universidade do Estado da Bahia - Campus IV, Jacobina. Professor Substituto do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. rudvalsouza@yahoo.com.br ² Psicóloga. Mestre em Ciências da Educação. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Salvador, BA, Brasil. aerc25@gmail.com ³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Bahia. Líder do Grupo de Estudos sobre o Cuidar em Enfermagem-GECEM. Salvador, BA, Brasil. alvarop@ufba.br

INTRODUÇÃO

O cuidar envolve atos humanos no processo de assistir ao indivíduo, à família ou à comunidade, de tal forma, que envolve de maneira igualitária o relacionamento interpessoal baseado em valores humanísticos e em conhecimento científico. O cuidar do outro por sua vez apresenta procedimentos de maior complexidade do que a cura. Entretanto, apesar dessa prática não ser prerrogativa de uma única profissão, inegavelmente a Enfermagem possui mais oportunidade de efetivação do cuidar, em virtude de ser os profissionais que passam as 24 horas do dia junto ao paciente⁽¹⁾.

Cuidar, cuidado e cuidado profissional de enfermagem apresentam geralmente conceitos distintos. Por isso, adota-se neste estudo que o cuidar relaciona-se aos atos facilitadores de melhoria da condição humana; o cuidado associa-se às atividades que demandam habilidade e afeto, e o cuidado profissional de enfermagem compreende comportamentos cognitivos e culturalmente apreendidos, técnicas e processos que visam melhorar ou manter a saúde no viver ou no morrer⁽¹⁾.

O cuidar é uma prática inerente a condição humana e acompanha o homem desde os primórdios, da concepção até a morte, assim como todas as circunstâncias desencadeadas após ela⁽²⁾. Nessa perspectiva, por conseguinte espera-se que haja uma mudança de paradigma a partir da conscientização de que o cuidado é fato imprescindível tanto ao longo da vida quanto no momento da morte.

A morte é preponderantemente um fato inevitável para todos, faz parte do ciclo vital e tratá-la como se fosse um acidente biológico evitável é um ledão enganoso. Outro equívoco é acreditar que nada mais pode ser feito ao paciente fora de possibilidade de cura (PFPC). Além do mais, o reconhecimento dessa trajetória exemplifica que enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado. Dessa forma é dever do enfermeiro e sua equipe prestar cuidados ao paciente durante todo o seu tratamento, especialmente quando não é mais possível a cura e o doente é submetido a cuidados paliativos⁽³⁻⁵⁾.

Os cuidados paliativos possibilitam a humanização do morrer. E apesar de ainda não ser referência nas UTIs brasileiras, a literatura internacional já apresenta práticas diferenciadas e inovadoras com desenvolvimento de instrumentos e protocolos para aprimoramento dos cuidados paliativos ao PFPC na UTI⁽⁶⁾.

A filosofia dos cuidados paliativos busca a compreensão da morte como parte do ciclo vital, não apressando nem adiando a sua chegada, além de integrar os aspectos psicossocioespirituais no cuidado ao paciente, proporcionando o apoio aos familiares na vivência da elaboração do luto⁽⁵⁾.

Para a implementação dessa filosofia, os profissionais de enfermagem têm um papel preponderante dentro da equipe multidisciplinar, por serem os que mais tempo permanecem junto ao paciente e também aos familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, intermediando a interação entre todos os envolvidos e implementando a busca por recursos que viabilizem à pessoa enferma melhor qualidade de vida, e quando isso não for possível, uma morte digna.

Entretanto, as questões do cuidar e as práticas de assistência em saúde parecem sofrer uma grande influência do paradigma da cura, pois, apresenta grande inclinação em direção aos cuidados críticos, assistência de alta tecnologia, em detrimento do cuidado com vista à promoção do conforto, não somente físico, mas também emocional e espiritual⁽³⁾.

Há situações em que, apesar de todo o esforço da equipe de saúde, resulta na morte do paciente, e isso passa a ser vivenciado como frustração intensa por parte dos profissionais que sentem que não foram capazes de salvar a vida que lhes foi confiada⁽⁷⁻⁸⁾. Isso ocorre mediante proximidade com situações constantes que revelam a possibilidade humana da morte, condições em que esses profissionais se vêem perante a expectativa de que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos os que lhes procuram, perdendo de vista que a morte é inerente à condição humana⁽⁷⁾.

Essa maneira de pensar decorre da formação profissional, na qual o enfermeiro sente-se compromissado com a vida, e é para a preservação desta que deverá sentir-se capacitado, esquecendo-se, porém, que a morte faz parte da vida; formação acadêmica fundamentada na cura, e nela está sua maior gratificação. Sendo assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessita lidar com a morte, em geral, sente-se despreparado, e tende a afastar-se dela⁽⁷⁾.

O conceito de morte é sempre relativo, complexo e sofre mudanças influenciadas pelo contexto situacional, social e cultural. Existem algumas abordagens que devem ser levadas em consideração para a definição e sua determinação, como a perda irreversível do fluxo de fluidos vitais, onde a maioria das mortes é determinada pela ausência de sinais vitais; perda irreversível da alma do corpo; perda irreversível da capacidade de integração corporal e a perda irreversível da capacidade de interação da consciência ou social⁽⁹⁾. Assim sendo, com a nova definição de morte cerebral, há uma mudança dos parâmetros de um modelo cardiocêntrico para um encefalocêntrico.

A morte e o morrer são vistos de formas diferentes, a depender do contexto histórico e cultural em que o indivíduo está inserido, tratando-se de um tema bastante complexo.

Segundo um historiador francês⁽¹⁰⁾, em plena Idade Média, séculos XI – XV, o homem via a morte com dramaticidade e era um fenômeno que fazia parte do *cotidiano*, visto com

...É dever do enfermeiro e sua equipe prestar cuidados ao paciente durante todo o seu tratamento, especialmente quando não é mais possível a cura e o doente é submetido a cuidados paliativos.

simplicidade. Nesse período, a morte era denominada de *morte domada*, referindo à idéia básica de que a morte faz parte da vida, que sabemos dela e que vivemos em função deste conhecimento, que é coletivo e público. Com o desenvolvimento da indústria e da tecnologia médica, observa-se uma grande mudança na representação da *morte domada*. O momento da morte passa a perder importância, não se percebe mais os avisos.

No século XX a morte é vista como um tabu deixando de ser um momento para ser um processo - a morte esperada no leito é hoje algo que acontece no hospital, o paciente frequentemente já está inconsciente numa UTI, não tendo mais o direito de decidir por sua morte, proíbe-se até o seu último direito, o de saber quando o seu fim se aproxima⁽¹⁰⁾.

A UTI foi criada e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes críticos: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipe com conhecimento e experiência para cuidar desses pacientes e lidar com essa aparelhagem específica⁽¹¹⁾.

Entende-se, portanto, que este cuidar envolve a busca da cura, mas também o saber lidar com a morte em relação àquele paciente em estado crítico, com os familiares e também com si próprio, como ser humano que se depara cotidianamente com a morte. Por isso torna-se importante conhecer um pouco mais sobre as reações e relações do profissional enfermeiro(a) com a morte quando exercendo o cuidado em UTI.

O interesse em estudar o cuidado ao paciente no processo de morrer na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) partiu da atuação de um dos autores deste trabalho. Suas inquietações diante da ação do cuidar, em face do processo de morrer, surgiram durante o curso de graduação em enfermagem quando iniciou suas atividades de pesquisa na área de tanatologia. Vários eram os questionamentos com relação ao cuidado, especialmente quando se tratava da pessoa doente, internada numa UTI, no processo de morte e morrer.

OBJETIVO

Caracterizar o desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem na UTI ao Paciente Fora de Possibilidade de Cura (PFPC) pelos enfermeiros(as).

MÉTODO

O método exploratório-descritivo com abordagem qualitativa foi escolhido como o mais adequado ao objetivo do estudo. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo de relações e dos processos⁽¹²⁾. Adotou-se a entrevista semi-estruturada, individual e gravada, tendo como questão norteadora: Como você presta a assistência

do cuidar/cuidado de enfermagem ao Paciente Fora de Possibilidade de Cura - PFPC na UTI?

Local de estudo

O estudo foi realizado numa Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de ensino da cidade de Salvador-BA, o qual foi escolhido por ser uma unidade de referência no Estado da Bahia, de grande porte, com 22 leitos de UTI Geral - Adulto.

Os sujeitos da pesquisa

Participaram desse estudo dez enfermeiras, dentre cerca de vinte profissionais atuantes, selecionadas de maneira a atender o critério estabelecido de no mínimo dois anos de atuação em UTI. O número de sujeitos pesquisados foi definido com a saturação das respostas. Vale ressaltar que a saturação ocorre quando as informações que estão sendo compartilhadas com os pesquisadores se tornam repetitivas⁽¹³⁾.

Para assegurar o anonimato dos sujeitos do estudo foram utilizados como pseudônimos, nomes de espécies de borboletas, tais como *Delias hyparete*, *Parthenos salentia*, *Actias luna*, *Samia Cynthua*, *Vanessa Atalante*, *Gonepteryx cleopata*, *Heraclides astyalus* e *Parthenos sylvia*, as quais traduzem um simbolismo relacionado com a morte⁽¹⁴⁾.

O projeto de pesquisa foi previamente autorizado pela instituição escolhida para a aplicação, em seguida sofreu análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da SESAB, enquadrando-o na categoria de aprovado, parecer nº 267/2008 com data de 09 de julho de 2008 e por fim foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos.

Coleta de dados

A coleta dos dados aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2008. O estudo foi iniciado após contato com as enfermeiras que se dispuseram em colaborar voluntariamente nesse estudo, esclarecendo-lhes previamente sobre o objetivo, a metodologia, assim como a garantia do anonimato e o sigilo das informações; por fim, foi enfatizado que teriam a liberdade plena de se recusarem a participar do mesmo a qualquer momento.

Análise dos dados

Após a coleta dos dados foi realizada a sistematização do texto transcrito, onde os dados foram tratados através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, que por sua vez é *um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*⁽¹⁵⁾.

Os dados foram organizados tendo em vista os seguintes passos da análise de conteúdo proposta por Bardin: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento

dos resultados e interpretação. Desse modo, a partir de exaustivas leituras das respostas das entrevistadas, foram identificadas as expressões-chave de cada resposta contida nas falas, e os pontos semelhantes e divergentes.

Emergiram quatro categorias que compõem o corpus de discussão deste estudo, a saber: cuidado indiferenciado, cuidado técnico, cuidado com atenção, respeito, dignidade e cuidado relacionado à família

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebe-se que na prática cotidiana o trabalho da enfermagem tende a uma assistência tecnicista, fragmentada e impregnada por normas e rotinas⁽¹⁶⁾. Desta forma, quando questionados acerca da sua prática do cuidar/cuidado de enfermagem ao PFPC na UTI, os entrevistados responderam guiados por uma prática de como deve ser o cuidado a partir de normalizações e rotinas e muito pouco expressando a sua atitude diária diante da sua prática assistencial. Observou-se também a super valorização do tecnológico em detrimento da essência do cuidado humano, em prol de um processo de morte e de morrer com dignidade.

É coerente entender que as questões que envolvem a morte, em particular as questões de ordem subjetiva, sempre figuraram entre as maiores dificuldades experimentadas pelos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros quando necessitam prestar cuidados ao paciente em processo de morte⁽⁸⁾.

A atitude diária, ou seja, a conduta dos entrevistados tendeu a valorizar mais a assistência tecnicista, indo de encontro com o que ressalta o estudo⁽¹⁷⁾, ao destacar que o paciente deve ser visto como um ser único, individual, não simplesmente sob a ótica de uma determinada patologia.

Uma prática tendo a doença como fio condutor das ações da Enfermagem, não faz a interrelação entre o que vive a pessoa que precisa dos cuidados e o que estes representam nos seus diferentes estatutos e papéis sociais⁽¹⁸⁾. Percebe-se que cada vez mais o enfermeiro se afasta do doente por centrar-se num cuidado técnico, prestando um cuidado profissional conduzido quase que exclusivamente pela tecnologia que direciona o modelo biomédico.

As categorias a seguir, emergiram das formas de cuidados identificadas nas falas das enfermeiras, levando-se em consideração um estudo⁽¹⁹⁾ em que mapeou várias maneiras de cuidar/cuidado, dos quais selecionamos aqueles relacionados ao estudo, como: cuidar decisório, cuidar solidário, cuidar contínuo e o cuidar desafiador.

Cuidado indiferenciado

Essa foi a categoria mais marcante nos discursos por revelar a não preocupação com o ser humano como ser

único, a partir de uma assistência não individualizada. Vale ressaltar que na sua maioria as entrevistadas, ao responderem a questão de como presta a assistência ao PFPC, responderam que é uma assistência normal, equivalente àquela prestada ao paciente que tem possibilidade de cura, como fica evidenciado nas seguintes falas:

Sim, eu procuro cuidar do mesmo jeito, né, como se tivesse cuidando de um paciente viável, digamos assim (Actias luna).

[...] Nenhum pouco diferente de qualquer outro ser humano que possa estar sob os meus cuidados dentro da UTI (Samia cynthia).

Olhe, eu cuido da mesma forma que qualquer paciente com possibilidade de cura, porque nós não somos Deus, pra determinar a hora que aquele paciente vai partir (Delia hyparete).

No cotidiano da assistência de enfermagem pode se perceber que o cuidado do PFPC não recebe nenhuma prioridade na assistência, ou quando recebe não é direcionada à sua condição de pessoa – ser humano, mas em função da complexidade do aparato tecnológico que o paciente esta usando. Por exemplo, no momento da elaboração da escala diária de serviços, eventualmente essa prioridade poderá ser observada, se o paciente estiver em uso de muitos recursos tecnológicos ao seu redor⁽⁷⁾.

Assim considera-se necessário pensar em outras maneiras de cuidado, como o *cuidar decisório*⁽¹⁹⁾, que se baseia na observação rigorosa do paciente, numa abordagem racional, na relação de vida e morte, onde ressuscitar ou oferecer uma morte com dignidade é uma situação difícil. E ainda o *cuidar solidário*⁽¹⁹⁾, o qual procura resgatar a essência da vida, mesmo sem possibilidade de cura, buscase um sentido para o paciente enquanto há vida. Estas perspectivas não foram identificadas nas falas das entrevistadas, predominando nas respostas a ausência de um cuidado individualizado, um cuidado especial àquele que esta em processo de morte.

Deste modo, faz-se necessário ter sempre em mente que se deve evitar dizer nesses momentos: *infelizmente não há nada mais que possamos fazer pelo seu (sua) ente querido (a)*. Mas, pelo contrário, existe muita coisa a se fazer! A pergunta mais apropriada que o profissional deve fazer nessa hora é: *o que mais eu posso fazer para ajudar vocês durante esses momentos difíceis?*⁽²⁰⁾.

Cuidado técnico

Evidencia-se grande ênfase dada ao hipertecnicismo e muito pouco presente, se não dizermos ausente, o cuidado a nível emocional e espiritual em relação ao paciente.

Faz os curativos, que a gente faz, troca os curativos, as medicações, avalia o paciente, né, são tudo monitorizado, a gente tá avaliando ele, comunicando algumas intercorrências ao médico (Vanessa atalanta).

[...] a gente trabalha do mesmo jeito, faz as mesmas coisas, troca os curativos, troca os curativos diariamente, faz

todas as medicações, tudo que tá ainda sendo prescrito [...] algumas ações a gente deixa de ter, por exemplo, tipo, um curativo especial, assim, de hidrocolóide para proteção a gente acaba não botando (Actias luna).

É [ruído] igual aos outros pacientes que a gente cuida, assim tipo, o banho, higiene, o que tá prescrito, a assistência de um paciente que está dentro das possibilidades de cura (Gonepteryx cleopata).

As falas das entrevistadas privilegiam os cuidados técnicos, situação muito presente nas unidades de cuidados intensivos - serviços de ponta, onde o enfermeiro pode justificar seu afastamento do paciente e até mesmo dos cuidados, por existir as tarefas técnicas, de alta complexidade, tarefas essas que toma todo o tempo do profissional enfermeiro⁽¹⁸⁾.

Em estudo realizado com profissionais de saúde⁽⁸⁾, dentre estes, enfermeiros, pôde-se depreender que nos cursos de enfermagem há pouca ênfase às questões ligadas à emoção e espiritualidade, e que são mais enfatizados os aspectos técnicos e práticos na formação do enfermeiro.

As práticas de enfermagem envolvendo cuidados técnicos como higiene, hidratação, medicação entre outros, tornam-se rotineiras, mantendo-se iguais por vários dias, sem alterações significantes em seu conteúdo⁽⁷⁾. Isso caracteriza um *cuidar contínuo*⁽¹⁹⁾, no qual há uma predominância do cuidado mecanicista, apesar de toda discussão em torno de uma assistência de enfermagem que respeite a individualidade do paciente.

Notou-se claramente nas falas a prevalência da dimensão técnica do cuidado, no entanto, uma entrevistada se destacou, conforme o discurso que se segue, mostrando que a vivência diária na assistência em terapia intensiva, torna os profissionais, muitas vezes mecanicistas. Esse risco requer uma vigilância constante e força de vontade do profissional para não se deixar alienar pela tecnologia, uma vez que a rotina diária da monitorização favorece o mecanicismo, tornando o paciente um conglomerado paramétrico.

A gente fica muito frio, trabalhando em UTI, né? A gente vê tanto, tanto paciente, tanta doença, tanta coisa que a gente fica meio imune a essas coisas, a gente já olha pra todos os pacientes e acaba só vendo doença, doença, doença, que se acostuma com isso (Heraclides astyalus).

Um autor⁽⁷⁾ corrobora essa fala quando chama a atenção de que a equipe de saúde é sempre impessoal e suas decisões são anônimas. O próprio termo equipe já sugere esse anonimato, e quando se relaciona ao PFPC essa impessoalidade é percebida com maior intensidade.

Cuidado com atenção, respeito e dignidade

O estudo também revelou enfermeiras que estão atentas às demandas dos PFPC. Esta categoria evidencia que a assistência do cuidar prestada aos PFPC é uma busca a possibilitar uma assistência com qualidade, proporcionando momentos de dignidade e paz para o paciente que aguarda o seu momento final.

Agora uma coisa, na hora que esse paciente tiver que ir embora, tentar ser o mais humano possível [...] tentar prestar um tipo de assistência mais humanizada possível no que depender da minha intervenção naquele momento (Parthenos salentia).

[...] a gente tem de nivelar por cima e não por baixo, cuidar do doente com dignidade até a hora que [pausa] (Delias hyparete).

Converso muito com o paciente, são os pacientes que me, me atraem a atenção especialmente, porque eu acho que mesmo os PFPC escutam, sentem e eu tenho que tratar ele como se ele tivesse sentindo tudo que eu tivesse fazendo por ele (Heraclides astyalus).

Os profissionais de saúde são aqueles que têm a incumbência em zelar por uma assistência de qualidade no cuidar/cuidado ao PFPC, de modo a lhes proporcionar uma morte com dignidade. No entanto esse fato foi evidenciado por uma minoria. Nas falas dos entrevistados percebe-se a necessidade que o paciente tem de alguém que dedique um tempo para lhe escutar, que aceite por um instante falar sobre a sua doença, a real situação. Alguém que fale sem eufemismo, com conhecimento de que o paciente sabe de sua situação, que vai direto ao assunto, com linguagem clara e simples, fale sobre questões que o PFPC quer e tenha desejo real de conversar. Esse ser exerce um papel de confortador, de fortaleza, de esperança⁽²¹⁾.

É um *cuidar desafiador*⁽¹⁹⁾, um desafio diário em lidar com o estado de piora do paciente, a aceitação, o medo, a ansiedade e a confiança, cuidando do paciente fora de possibilidade de cura, mas não fora de possibilidade de cuidados.

Cuidado relacionado à família

É fundamental não só, mas principalmente dentro de uma UTI, compreender a família como extensão do doente. Conforme evidenciado nesta categoria, os familiares foram citados como necessitados dos cuidados de enfermagem para melhor compreenderem e minimizar o seu sofrimento diante do processo de morte e morrer. Estes resultados demonstraram a preocupação dos entrevistados com os familiares, como fica evidenciado nas falas:

Nós deveríamos dar um apoio maior a família também, sendo que em UTI, principalmente aqui, como o serviço é muito, é muito serviço né? A gente acaba não dando tanto apoio assim pra família né? (Parthenos sylvia).

Maior atenção a família desse paciente, ao bem estar do paciente e a família [...] se preocupo mais com a família, que a família sofre muito mais que o paciente, e assim, não tirando a esperança da família, mas deixar ela ciente do que está acontecendo (Heraclides astyalus).

A gente disponibiliza uma visita do familiar fora do horário [ruído] quanto a essa parte, sim, a parte da humanização a gente tá trabalhando isso, eles vão passar, eles não vão ver mais a pessoa né? (Gonepteryx cleopatra).

É importante essa relação do familiar com os profissionais de saúde⁽²¹⁾, uma busca de apoio e confiança, tanto através de procedimentos técnicos como através de uma atenção diferenciada, prestada pela equipe, o que nas falas dos informantes é valorizado.

Os profissionais da saúde, especialmente a Enfermagem, por sua peculiaridade de estar com o paciente as 24 horas do dia e sua proximidade com os familiares, têm a difícil responsabilidade de preparar a família para o prognóstico, muitas vezes não satisfatório, do seu ente querido⁽²²⁾.

O que é demonstrado pelos entrevistados é o momento da morte como o mais difícil para os familiares, por isso a equipe assistencial tem um papel muito importante se souber entender que o sofrimento é algo vivenciado de forma única e muito pessoal para cada uma das pessoas envolvidas e ligadas a esse contexto. E por isso o respeito ocupa um lugar de destaque nesse momento⁽²³⁻²⁴⁾.

CONCLUSÃO

A partir das entrevistas realizadas com enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino da cidade de Salvador, foi possível constituir quatro categorias de análise, buscando compreender como estas profissionais desenvolvem o cuidar/cuidado de enfermagem com o PFPC na UTI.

Os resultados do estudo indicam que as enfermeiras demonstram uma dificuldade em compreender que o paciente fora de possibilidade de cura é uma pessoa com particularidades, em face de sua condição de finalização da vida. Assim, além do cuidado individualizado, que é inerente a todo ser humano, este paciente – PFPC necessita

de maior atenção e apoio, em especial aos seus familiares, que precisam elaborar o seu processo de luto. Uma atenção com respeito e verdades, tendo consciência da condição do paciente.

Chama atenção no estudo, a supervalorização dada aos cuidados técnicos, em detrimento de um cuidado envolvendo as dimensões psicossocioespirituais. Valendo salientar que o conteúdo programático fornecido pela graduação desses profissionais não integra de forma significativa a bagagem de conhecimentos necessários ao cuidado dos pacientes fora de possibilidade de cura – cuidados paliativos.

Contudo, houve uma grande demonstração de respeito a pessoa que se encontra em processo de morte e morrer, e chamou-nos atenção a preocupação maior com os familiares, estes que demonstram grande sofrimento diante da perda do seu ente querido, fato este que evidencia a grande valorização que é dada a vida.

Cuidar do paciente em processo de morte/morrer deve ser considerado tão gratificante quanto à ressuscitação de um paciente que teve uma parada cardíaca, considerando-se a morte como parte da vida. Proporcionar uma boa morte é prestar os cuidados de enfermagem com dignidade e respeito, uma terminalidade com o mínimo de sofrimento e sem dor.

Frente aos resultados considera-se imprescindível que o enfermeiro entenda a morte como parte do ciclo vital e, assim, seja repensado o cuidar/cuidado como a essência da Enfermagem, discutindo a temática da morte tanto no meio acadêmico quanto na prática diária, pensando o cuidar como um momento no qual o cuidado ao paciente fora de possibilidade de cura se faz necessário, para que a vida possa estabelecer os seus limites.

REFERÊNCIAS

1. Arruda EN, Marcelino SR. Cuidando e confortando. In: Nascimento-Schulze CM, organizando. Dimensões da dor no câncer. São Paulo: Robe; 1997. p.157-89.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
3. Pessini L. Como lidar com o paciente terminal. 5ª ed. São Paulo: Santuário; 2003.
4. Araújo MMT. Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
5. Araújo MMT, Silva MJP. Cuidados paliativos na UTI: possibilidade de humanização do processo de morrer. Rev Soc Bras Câncer. 2006;3(11):40-4.
6. White DB, Luce JM. Palliative care in the intensive care unit: barriers, advances and unmet needs. Crit Care Clin. 2004;20(3):329-43.
7. Boemer MR. A morte e o morrer. 3ª ed. Ribeirão Preto: Holos; 1998.
8. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
9. Santos FS. Conceituando morte. In: Santos FS, organizador. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 301-18.
10. Ariè P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
11. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

-
12. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
 13. Lobido-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. Métodos de coleta de dados; p.174-85.
 14. Kubler-Ross E. A roda da vida: memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: GMT; 1998.
 15. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
 16. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):660-7.
 17. Huf DD. A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian; 2002.
 18. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1999.
 19. Coelho MJ. Maneiras de cuidar em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59(6):745-51.
 20. Garros D. A "good" death in pediatric ICU: is it possible? J Pediatr (Rio J). 2003; 79(2):243-54.
 21. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosas e aos seus próprios pacientes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
 22. Silva RS, Campos ERA, Pereira A. Dying with dignity feelings of nurse who care for patients that dying at Intensive Care Unit. Rev Enferm UFPE. 2009;3(3):131-6.
 23. Paulini MM, Tavares GR. Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer. IGT na Rede [Internet]. 2007 [citado 2008 jan.1];4(1). Disponível em: <http://www.igt.psc.br/revistas/seer/ojs/viewarticle.php?id=115>
 24. Lima AAF. A morte, o tempo e o cuidar. In: Silva MJP, organizadora. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004. p.159-68.