

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA - A POLITÉCNICA

Instituto Superior de Humanidade Ciências e Tecnologia

Curso: Licenciatura em Enfermagem

**PACIENTE FORA DA POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA E ASSISTÊNCIA  
APÓS ÓBITO**

Camila Abobacar Danane

Quelimane

2020

# Índice

Capítulo I .....	5
1. Introdução .....	5
Capítulo II .....	6
2. Pacientes fora de possibilidades terapêuticas .....	6
2.1. Quando um paciente pode ser considerado fora da possibilidade terapêutica .....	7
2.2. Patologia frequente para este tipo de paciente .....	8
2.3. Cuidados paliativos perante ao paciente fora de possibilidade terapêutica .....	9
2.3.1. Tipos de suporte oferecidos em cuidados paliativos.....	10
2.4. O Enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica. ....	12
3. Assistência após óbito.....	16
3.1. Principais acções de enfermagem .....	17
3.2. Durante o óbito imediato.....	17
3.3. Preparo do corpo pós-óbito: .....	18
Capítulo III.....	21
4. Conclusão.....	21
Referências.....	22

## **Resumo**

Este trabalho tem como objeto o processo de morte/morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais no ambiente domiciliar e suas implicações para o cuidado do outro. Na presente revisão bibliográfica, realizou-se uma revisão integrativa. Utilizou-se a análise de conteúdo temático da qual emergiu duas unidades: pacientes fora de possibilidades terapêuticas e assistência após morte. Os profissionais de enfermagem são os que mais tempo permanecem junto ao do paciente e também dos familiares, constituindo-se em verdadeiros elos, os principais responsáveis em promover a interação de todos os envolvidos e buscar recursos que possibilitem à pessoa enferma melhor qualidade de vida. O nascimento, assim como a morte, faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico.

**Palavras Chaves:** Paciente, assistência, vida e morte.

## **Abstract**

This work has as the process of death / die of patients outside current therapeutic possibilities in the home environment and its implications for the care of the other. In the present bibliographic review, an integrative review was performed. The analog of analogue of which has been emerged from two units: patients outside therapeutic possibilities and assistance after death. Nursing professionals are the longer time to remain with the patient and also of the family, constituting true, the main responsible to promote the interaction of all involved and to find resources that allow the person nurse better quality of life. The birth, as well as death, is part of the human process's life process. So it is something extremely natural of the biological point of view.

**Keywords:** Patient, Assistance, Life and Death.

# Capítulo I

## 1. Introdução

Este trabalho tem como objecto paciente fora de possibilidade terapêutica e processo de morte/morrer no ambiente hospitalar e suas implicações para o cuidado do ser humano. Também tem como finalidade de produzir conhecimentos sobre o paciente fora da possibilidade terapêuticas e a morte, o objectivo é servir de exame oral e com um requisito de obtenção de grau de licenciatura em enfermagem. A evidência da morte é uma constante em nossas vidas, e essa noção exerce efeito transformador na associação com o viver. É inevitável e faz parte do ciclo da vida de todo ser humano, mas nunca é aceitável, principalmente quando envolve os sentimentos de todo o grupo familiar. O paciente fora de possibilidades terapêuticas é rotulado como sendo “terminal”. Isso traz a falsa ideia de que nada pode ser feito. Porém, o paciente em fase terminal está vivo e tem necessidades especiais que, se os profissionais de saúde estiverem dispostos a descobrir quais são, podem ser atendidas e proporcionarão conforto durante essa vivência. O cuidado humano é algo que não pode ser prescrito, não segue receitas. Ele é sentido, vivido, experienciado. Isto implica em respeitar a si mesmo como ser humano e também como profissional. O cuidado é uma característica humana, sendo realizado não apenas como uma tarefa, como curar uma ferida ou aliviar um desconforto. A função do enfermeiro perante a família do paciente é de cuidado e atenção para manter o ambiente tranquilo. Apesar de a morte ser uma realidade em seu dia-a-dia, nota-se um obstáculo dos profissionais enfermeiros ao lidar com tal situação. A meta do enfermeiro é a melhora do paciente, mas ocorrendo o percurso contrário, a morte do cliente é interpretada como sendo uma falha, fracasso; tanto pelo profissional quanto por outros.

## Capítulo II

### 2. Pacientes fora de possibilidades terapêuticas

Apesar de a eutanásia ser um acto intencional de proporcionar alguém uma morte indolor para aliviar sofrimento causada por uma doença incurável ou dolorosa ainda é extremamente proibida no nosso país, pelo que, o correcto é recorrer pelos cuidados de enfermagem, de modo a aliviar o sofrimento ou a dor humana.

As acções de cuidados incluídas no aspecto humanístico e na terapia paliativa vão adiante do desempenho de determinados procedimentos técnicos. Pequenos gestos no ato de cuidar, como um simples toque, um gesto de carinho, faz o paciente apreciar pequenas ações e momentos. Assim dando maior qualidade ao tempo de vida que ele tem.

Perante as seguintes colocações, é essencial a necessidade dos pacientes oncológicos receberem cuidados além de sua patologia crónico-degenerativa.

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a melhor proposta para encarar o sofrimento do paciente e também como respaldo da saúde do enfermeiro.

O cuidado holístico envolve uma relação de acolhimento e confiança, vínculo entre profissional e paciente.

A razão que impulsiona o profissional na realização do cuidar inclui a necessidade de uma relação de afectividade e um cuidado único do ser humano em situação delicada, são pessoas especiais cheias de incertezas exigindo para seu cuidado um conhecimento técnico-científico.

Um dos grandes desafios constituiu-se em aprender a olhar como é realizada a assistência baseada em cuidados, não apenas técnico, mas também fundamentados nos princípios da humanização.

É notório, que o enfermeiro se preocupa com o cuidado da pessoa em uma variedade de momentos associado à saúde. O investimento na humanização proporciona uma qualidade no atendimento aos pacientes e familiares, dispondo uma maneira melhor em saber lidar com os sentimentos dos outros e com suas próprias emoções. Sabe-se que é necessário ampliar a

quantidade e a qualidade de informações, através de pesquisas que ampliam o crescimento profissional.

Dentro do hospital a equipe de saúde encobre a morte, dissimulando esta situação até mesmo para a família, fazendo rapidamente o preparo do corpo e legitimando o novo status social por meio do atestado de óbito.

O enfermeiro ao presenciar o processo de morte ele dispõe de todas suas forças para apoiar a família, participando do sofrimento sentido pela mesma, com o intuito de amparar, tentando compreender os sentimentos envolvidos. Durante a despedida propor um ambiente tranquilo, privacidade, acatar ao tempo de despedida, comunicar sutilmente o óbito, favorecer uma experiência menos dolorosa à família diante da perda.

Resgatar o humano dentro do processo de morte e do morrer, embora essencial a perspectiva do cuidado à pessoa e não apenas ao corpo biológico, não se apresenta como tarefa fácil.

Apesar do avanço tecnológico no diagnóstico e tratamento, o paciente ainda desenvolve sofrimento, impotência, indignação e medo devido o câncer estar vinculado ao processo de terminal idade.

A humanização do morrer apoia a concepção de que a morte não é um inimigo a ser combatida, ela faz parte do ciclo da vida e do adoecimento; e os cuidados paliativos têm por objectivo o bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura é impossível.

## **2.1. Quando um paciente pode ser considerado fora da possibilidade terapêutica**

Pode-se considerar um paciente fora da possibilidade terapêutica quando conclui-se que este tem uma doença incurável, através de exames clínicos.

Apesar do avanço da ciência, se auscultarmos mais atentamente a realidade sociológica atual nas comunidades de nossa convivência cultural, certamente vamos entender a dificuldade e a profundidade do tema. Casabona, sobre isso, afirma que “tem de se deixar assentado que a realidade se apresenta com uma complexidade muito superior, que dificulta a valorização da oportunidade da decisão a tomar. Afirmações como ‘incurável’, ‘proximidade de morte’,

‘perspetiva de cura’, ‘prolongamento da vida’, etc., são posições muito relativas e de uma referência em muitas ocasiões, pouco confiáveis. Daí a delicadeza e a hesitação necessárias na hora de enfrentar-se com o caso concreto”.

Definir paciente terminal não tem sido tarefa tão fácil como aparentemente pode dar a entender. Inclusive a expressão terminal, no presente momento, é complexa e arriscada, porque um paciente portador de uma enfermidade de evolução fatal e grave pode, em determinados instantes, voltar às suas atividades, como, por exemplo, os portadores de neoplasias mais severas que têm uma sobrevida estimável – às vezes por tempo prolongado, graças ao avanço vertiginoso das terapêuticas hoje empregadas. Seu conceito, portanto, é impreciso, até porque a própria vida já é por si mesmo terminal. Diz-se que um paciente é incurável quando este passa por todos os tratamentos das patologias e exames clínicos e não apresenta melhoria.

Mesmo assim, a tendência é considerar paciente terminal aquele que, na evolução de sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições, portanto de cura ou de prolongamento da sobrevivência, necessitando apenas de cuidados que faculte o máximo de conforto e bem-estar, conforme estabelece a Declaração de Veneza, adotada pela 35ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em outubro de 1983. Segundo Holland é terminal aquele paciente que apresenta duas características fundamentais: a da incurabilidade e a do fracasso terapêutico dos recursos médicos.

## **2.2. Patologia frequente para este tipo de paciente**

Câncer é um grupo de mais de 200 doenças caracterizadas pelo crescimento celular descontrolado e desregulado. Pode ocorrer em pessoas de todas as idades e de todas as etnias e é um problema de saúde importante (Lewis et al., 2004).

Câncer em estagio final com metástases pode resultar em muitos problemas estruturais e funcionais dependendo das áreas ou dos sistemas do organismo afectado. As complicações potenciais também dependem do local atingido. Somente aqueles especificas ao câncer em estagio final são discutidas neste plano de cuidados. Alem disso, o cliente e as pessoas significativas enfrentam múltiplos desafios de dor perda e diminuição funcional.

## **Leucemia**

É um câncer relacionado com o sangue, especificamente com as células da medula essea, que pode ser crônico ou agudo e agressivo. Responde por 3% de todos os diagnósticos de câncer (Rogers,2005). As células originadas nas colunas-tronco perdem sua capacidade de diferenciação e o desenvolvimento celular normal (Rogers,2005).

### **2.3. Cuidados paliativos perante ao paciente fora de possibilidade terapêutica**

(American Cancer Society, em 10/05/2019) os cuidados paliativos se centram na qualidade e não na duração da vida. Oferecem assistência humana e compassiva para os pacientes que se encontram nas últimas fases de uma doença que não pode mais ser curada para que possam viver o mais confortavelmente possível e com a máxima qualidade.

A filosofia dos cuidados paliativos aceita a morte como o estágio final da vida: ela afirma a vida e não acelera nem adia a morte. Os cuidados paliativos focam na pessoa e não na doença, tratando e controlando os sintomas, para que os últimos dias de vida sejam dignos e com qualidade, cercado de seus entes queridos. Está também focada na família para a tomada de decisões.

#### **Início de cuidados paliativos**

Os cuidados paliativos são realizados quando o tratamento curativo não está mais atuando, ou seja, quando deixa de fazer o efeito esperado de cura ou redução do tumor. Os cuidados paliativos podem ser realizados em casa do paciente, no um hospital ou unidade de saúde, ou em um hospice. Seu principal objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente no final da vida. A decisão para o início dos cuidados paliativos é uma decisão conjunta de paciente, familiares e médico.

O **cuidado paliativo** é uma conduta para o tratamento da pessoa gravemente doente que faz parte, há muito, do cuidado do câncer. Mais recentemente, foi expandido para abordar o tratamento abrangente de sintomas, cuidado psicossocial e apoio espiritual necessários para melhorar a qualidade de vida de pacientes com diagnósticos diferentes do câncer.

Um dos problemas com os cuidados paliativos é que, muitas vezes, ele é iniciado de forma tardia. Às vezes, o médico, o paciente ou a família rejeitam essa alternativa porque acreditam que dessa forma o paciente está desistindo ou que não existe mais esperança. Isso não é verdade. Se o paciente melhorar ou se a doença entrar em remissão, ele terá alta e continuará a realizar o tratamento contra o câncer. Mas o que os cuidados paliativos oferecem é uma vida de qualidade, possibilitando que o paciente viva melhor a cada dia durante os últimos estágios de uma doença avançada

### **2.3.1. Tipos de suporte oferecidos em cuidados paliativos**

(American Cancer Society, em 10/05/2019) geralmente, os serviços de cuidados paliativos oferecem todas as opções abaixo, mas podem ter diferentes abordagens para o que realizam, assim como equipe de trabalho e tipos de suporte oferecidos. Por isso é sempre bom que o enfermeiro se informe antes mesmo de fazer a sua escolha.

- **Controle dos sintomas**

Como parte dos suportes oferecidos, os cuidados paliativos avaliam como o câncer está afetando o paciente e ajudam a aliviar os sintomas, a dor e o estresse. Oferecem opções aos pacientes e permitem que eles e seus cuidadores participem do planejamento de seus cuidados. Trata-se de garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas. Os profissionais que compõem a equipe de cuidados paliativos podem ajudar a gerenciar problemas mentais, físicos, emocionais, sociais e espirituais que eventualmente possam ocorrer.

O objetivo do controle da dor e de outros sintomas é ajudar o paciente a se sentir mais confortável, permitindo que os sintomas fiquem controlados de modo a obter mais qualidade de vida. Isso significa que a dor e os efeitos colaterais serão gerenciados para ter a certeza de que o paciente não apresente sintomas, no entanto, fique suficientemente alerta para compartilhar com as pessoas ao seu redor e para poder tomar decisões importantes.

- **Internamento do paciente**

Mesmo quando o paciente estiver realizando os cuidados paliativos em casa, pode ser que em alguns momentos seja necessário um internamento hospitalar ou em um hospice (instituições de internamento com espaço físico próprio para acompanhamento, tratamento a doentes em situação

clínica complexa e de sofrimento decorrentes da doença severa avançada ou incurável). A equipe de cuidados paliativos acompanharão o internamento e estará envolvida em seus cuidados e no de seus familiares. Em caso de alta, o paciente voltará a receber cuidados junto com seus familiares em casa.

- **Cuidado espiritual**

Uma vez que as pessoas têm diferentes crenças religiosas, assim como necessidades espirituais, o cuidado espiritual é configurado para atender as necessidades específicas de cada paciente. Isso inclui ajudar o paciente a encontrar o significado da finitude, permitindo que ele se despeça ou ainda realize algum ritual ou cerimônia religiosa.

- **Reuniões familiares**

Reuniões familiares conduzidas, muitas vezes, por uma enfermeira ou assistente social mantêm os familiares do paciente informados sobre sua condição e o que esperar. Essas reuniões possibilitam compartilhar sentimentos, dá a oportunidade de falar sobre o que está acontecendo, permite tirar dúvidas e ajuda a abordar a necessidade de aprender a lidar com a finitude e o processo da morte. Os membros de uma família podem encontrar apoio e um grande alívio nesses encontros. Atualizações diárias sobre o paciente podem, também, ser obtidas informalmente em conversas com a equipe de enfermagem.

- **Coordenação dos cuidados**

A equipe interdisciplinar de cuidados paliativos coordena e supervisiona todos os aspectos do cuidado do paciente, 7 dias por semana, 24 horas por dia. Essa equipe é responsável por certificar-se de que todos os envolvidos compartilham as informações sobre o paciente. Isso pode incluir a internação, o home care, o médico e outros profissionais da comunidade, como farmacêuticos, clero e pessoal do serviço funerário. O paciente e seus cuidadores são incentivados a entrar em contato com sua equipe de cuidados paliativos, de imediato, caso ocorra algum problema, a qualquer hora do dia ou da noite. Há sempre alguém de plantão para ajudar em tudo o que possa eventualmente acontecer. Os cuidados paliativos mostram para o paciente e seus familiares que não estão sozinhos e que a ajuda da equipe pode ser obtida a qualquer momento.

- **Substituição temporária**

Para pacientes que recebem cuidados em casa, pode ser oferecida a substituição temporária para permitir que amigos e familiares possam ficar por um tempo afastados dos cuidados ao paciente. A substituição temporária pode ser feita em períodos de até 5 dias, quando o paciente passa a receber os cuidados paliativos em uma casa de repouso ou hospital. As famílias podem planejar uns dias para relaxar, ir a algum evento ou simplesmente descansar em casa.

- **Luto**

É o momento após uma perda. A equipe de cuidados paliativos trabalha com familiares e cuidadores para ajudá-los durante o processo de luto. Um voluntário treinado, um membro do clero ou conselheiro profissional pode dar o suporte por meio de visitas, telefonemas ou outro contato, bem como por meio de grupos de apoio. Caso necessário, a equipe de cuidados paliativos pode indicar aos familiares e amigos outro profissional. Muitas vezes os cuidados com o luto podem se estender por um ano após a morte do paciente.

#### **2.4. O Enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica.**

A função do enfermeiro perante o paciente é de cuidado e atenção buscando manter um ambiente tranquilo, mesmo a morte fazendo parte de seu cotidiano, o enfermeiro sente-se impotente vivenciando tal situação.

Baseado em atitudes éticas, o cuidar do paciente oncológico exige a presença do enfermeiro com um olhar direcionado e atento, incluindo zelo e cuidados especiais. Na relação paciente e profissional é essencial saber ouvir, esclarecer e acompanhar decisões de forma ética, favorecendo um tratamento de qualidade. É essencial que o enfermeiro reexamine sua atuação diante da morte e do morrer para estar disposto e aberto para tratar com tranquilidade e acolhimento a família em suas necessidades.

A interação com o paciente torna o enfermeiro capaz de entender o que o paciente quer ou não dizer. A linguagem desempenha uma função característica de grande valor, além do que diz o paciente, a entonação de voz, sua expressão facial, gestos, todos estes são constituintes de sua fala. Essa composição é intencional, mas fundamental para a compreensão do enfermeiro.

Diante da concordância de opiniões, entendemos que o enfermeiro além de possuir um conhecimento técnico – científico, ele necessita de compreender o paciente com um ser holístico, avaliando não somente a patologia como também seu aspecto psíquico.

Jacqueline Camilo da Costa (2008): sabe-se que os graduados almejam prestar um cuidado humanizado aos pacientes terminais, assim como suas famílias que acompanham este processo, porém, grande parte sente dificuldades em lidar com tal situação, sem saber como abordar os familiares e menos ainda como lidar com os próprios sentimentos.

Sendo assim torna-se indispensável que as instituições de ensino acrescentem em sua grade curricular um setor específico para oncologia, como lidar com suas terminalidades e sentimentos envolvidos pelos profissionais.

Jacqueline Camilo da Costa (2008): muitos enfermeiros reconhecem que trabalhar em oncologia exige muito, tanto fisicamente, quanto psicologicamente, levando a um desgaste físico e existencial. Admite a necessidade de ajuda buscando meios para minimizar esse sofrimento, como terapias, reuniões, discussões e reconhecem que deveria haver um acompanhamento por parte dos hospitais.

O National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP, 2009) identificou os oito domínios principais, apresentados a seguir, que fundamentam uma conduta mais abrangente e humana do cuidado na fase terminal. Estes incluem:

**Estrutura e processos do cuidado:** O plano de cuidado adequado baseia-se em uma avaliação interdisciplinar abrangente do paciente e da família.

**Aspectos físicos do cuidado:** A dor, os outros sintomas e os efeitos colaterais são tratados com base na melhor evidência disponível, com atenção para a dor e sintomas específicos para a doença, que são aplicados de maneira habilidosa e sistêmica.

**Aspectos psicológicos e psiquiátricos do cuidado:** O estado psicológico é avaliado e tratado com base na melhor evidência disponível, a qual é aplicada de forma habilidosa e sistemática. Quando necessário, as questões psiquiátricas são abordadas e tratadas.

**Aspectos sociais do cuidado:** A avaliação interdisciplinar abrangente identifica as necessidades sociais dos pacientes e de suas famílias, sendo desenvolvido um plano de cuidado para responder a essas necessidades da maneira mais efectiva possível.

**Aspectos espirituais, religiosos e existenciais do cuidado:** As dimensões espirituais e existenciais são avaliadas e respondidas com base na melhor evidência disponível, a qual é aplicada de forma habilidosa e sistemática.

**Aspectos culturais do cuidado:** O programa de cuidados paliativos avalia e tenta satisfazer as necessidades do paciente, da família e da comunidade de uma maneira culturalmente sensível.

**Cuidado do paciente iminente em fase terminal:** Os sinais e sintomas da morte iminente são reconhecidos e comunicados em linguagem apropriada, conforme o grau de desenvolvimento, para os filhos e pacientes com incapacidades cognitivas, observando as preferências familiares. O cuidado apropriado para essa fase da doença é fornecido para o paciente e família.

**Aspectos éticos e legais do cuidado:** As metas, preferências e escolhas do paciente são respeitadas dentro dos limites das leis estaduais e federais aplicáveis, dentro dos padrões actualmente aceites dos cuidados médicos, e formam a base para o plano de cuidado.

### **Possíveis sintomas de um paciente fora da possibilidade terapêutica e a assistência de enfermagem**

**Dor** - Prestar cuidados para dor, como administrar analgésicos. Estes analgésicos poderão ser do grupo opiáceos (analgésicos associados a morfina que para além de tirar a dor também pode combater a inflamação) e não opiáceos (classes compostas por medicamentos que actuam contra dor ou febre, mas sem capacidade de combater inflamação). Os analgésicos não opiáceos são eficazes a nível da dor muscular óssea dor de dente e dor de cabeça.

**Desconforto na pele e mucosas** – Preste cuidados a pele, se necessário, e acordo com o conforto ou preferência do paciente. Apliquei loção a pele; coloque roupas de cama limpas e secas para reduzir irritantes.

**Desconforto nas mucosas** – Forneça cuidado oral, incluído a língua, a cada 2 a 4 horas, com escovas macias ou cotonetes com espuma na ponta e usando pasta de dentes não abrasiva ou água. Aplique uma fina camada de protector labial. Aplique analgésicos tópicos as lesões orais.

**Irritação da córnea fadiga** – Lubrificantes ópticos ou lágrimas artificiais reduzem o ressecamento da córnea. O cuidado ocular com água quente remove crostas das margens das pálpebras.

**Fadiga** – Equilibre períodos de actividades e descanso de acordo com as prioridades a hora do dia preferida pelo paciente. Economize a energia do paciente, modificando ambiente (Kehl, 2008).

**Ansiedade** – Trate a causa subjacente; forneça um ambiente calmo e de apoio, uma escuta activa; use benzodiazepínicos para a ansiedade aguda (Pasacreta et. Al., 2010).

**Náusea** – Administre antieméticos ou agentes pro-motilidade; suspenda fármacos ou alimentos que causam náuseas; forneça cuidados orais pelo menos a cada 2 a 4 horas; ofereça uma dieta de líquidos claros e lascas de gelo; evite líquidos que aumentam a acidez do estômago (Acreman).

**Constipação** – Use um laxante estimulante com os opioides. Faça alterações dietéticas conforme preferido ou tolerado; aumente a ingestão de líquidos, se tolerada (Enck, 2009).

**Diarreia** – Avalie se há impactação fecal. Converse com o profissional de saúde a respeito da possibilidade de mudar o fármaco, se este for identificado como a causa. Proteja a pele com produto de barreira cutânea (Kyle, 2010).

**Incontinência urinaria** – Proteja a pele de irritações ou lesões, mantendo lençóis e roupas secos. Use sonda vesical de demora ou cateteres de preservativos para o conforto ou a prevenção de problemas de pele (Kyle, 2010).

**Nutrição alterada** – Ofereça pequenas porções dos alimentos preferidos do paciente. Trate a causa subjacente da anorexia se o paciente ainda quiser comer. Não fosse o paciente a alimentar-se (Acreman, 2009).

**Desidratação** – Reduza o desconforto da desidratação; dê comida na boca pelo menos a cada 2 a 4 horas; ofereça pedaços de gelo ou um pano húmido para lábios. Mantenha os lábios e a língua húmidos.

**Padrões respiratórios ineficientes (p. ex., dispneia, falta de ar)** – Trate ou controle a causa subjacente. Posicione para o conforto e excursão respiratória máxima; forneça oxigênio suplementar, se isso for confortante; reduza a ansiedade ou febre; e proporcione um manejo eficaz da dor. Use ventilador para a circulação do ar, estimulando o nervo trigêmeo na bochecha, o que diminui a sensação de dispneia. Administre ansiolíticos, broncodilatadores, corticoides inalados ou opioides para suprimir a tosse e facilitar a respiração e apreensão (Balkstra, 2010).

**Respiração ruidosa ( esteror)** – Eleve a cabeça para facilitar a drenagem postural. Vire o paciente de um lado para outro para mobilizar e drenar secreções. Interrompa a ingestão oral; evite a aspiração do pulmão, por causa do desconforto ineficácia. Os fármacos anticolinérgicos algumas vezes são uteis (Hipp e Letizia, 2009).

### **3. Assistência após óbito**

Zafalon. G. M., (2009): **alguns conceitos importantes em relação ao óbito:**

**Óbito** – É o desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Existem 6 tipos de óbito que passa a citar.

- **Óbito por causa natural**
- **Óbito por causa externa**
- **Óbito hospitalar**
- **Óbito sem assistência médica**
- **Óbito fetal, morte fetal ou perda fetal**
- **Morte materna**

#### **Óbito e pós-óbito**

Damaris P. C. B. (2020): A morte não é um acontecimento que deve ser temido ou enfrentado a todo custo diante de doenças progressivas e intratáveis, contudo, deve ser compreendida como um aspecto natural do avanço de muitas doenças e até da trajetória da própria vida.

A partir desse novo olhar a ser construído, os profissionais inseridos no cuidado direto devem estar preparados para identificar pacientes que se aproximam do momento final de vida, pois a

identificação da proximidade da morte permite a elaboração de um novo plano de cuidados onde as ações são direcionadas para o conforto e bem estar do paciente e acolhimento dos familiares diante do sofrimento e luto.

Damaris P. C. B. (2020): Como função prática, certificar o óbito é responsabilidade da equipe médica, no entanto, todo o cuidado a ser prestado no pós-óbito é função da equipe de enfermagem. Segundo o Art. 19 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), os profissionais têm o dever de respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

### **3.1. Principais ações de enfermagem**

Idealmente, uma vez que é identificado a proximidade com a fase final de vida os pacientes devem ser mantidos em quartos individuais onde familiares orientados sobre o processo possam ficar próximos. Visitas devem ser liberadas de acordo com o que foi estabelecido entre familiares e desejo prévio do paciente.

O ambiente deve ser calmo, com pouco trânsito de pessoas e as intervenções devem ser minimamente invasivas com objetivo de manter o paciente confortável até o momento de partida.

### **3.2. Durante o óbito imediato**

Segundo Damaris P. C. B. (2020): **Objetivo:** Acolher familiares e deixar o paciente em posição digna em um ambiente calmo.

- A equipe médica deve certificar a morte;
- A comunicação da morte pode ser realizada pelo enfermeiro e deve ser balizada de acordo com protocolo da instituição;
- Desligar aparelhos ou equipamentos que emitem sinais sonoros;
- Proteger a privacidade do paciente e familiares. Em quartos compartilhados deve-se utilizar biombos e restringir o trânsito de pessoas neste momento;
- Pedir licença à família durante o manuseio do familiar que acabou de partir;
- Desconectar dispositivos que estejam em funcionamento durante o óbito (ex.: infusão de medicações);
- Manter o silêncio e ambiente calmo;

- Acolher familiares, ofertar conforto;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e braços posicionados ao lado do corpo, retirar travesseiros e almofadas;
- Cobrir com um lençol até o ombro;
- Elevar levemente a cabeceira;
- Se necessário, colocar prótese dentária;
- Cerrar os olhos e fechar a boca (obs: se necessário posicionar um coxim abaixo da mandíbula);
- Respeitar o momento da família se despedir;
- Perguntar se familiares querem um momento à sós com o paciente e explicar a necessidade de cuidados de enfermagem após o momento de despedida;
- Respeitar rituais religiosos e espiritualidade da família.

### **3.3. Preparo do corpo pós-óbito:**

A Damaris P. C. B. (2020): defende ainda que: Objectivo do preparo do corpo pós – óbito é: deixar o corpo limpo e organizado, posicionado para sepultamento.

- Comunicar familiares sobre a necessidade de preparar o corpo;
- Solicitar que aguardem do lado de fora do quarto;
- Orientar e esclarecer dúvidas;
- Se necessário, encaminhar ao serviço de assistência social para orientações gerais;
- Questionar algum costume ou ritual que deva ser respeitado;
- Reunir material próximo ao paciente;
- Utilizar Equipamentos de Protecção Individual (EPIs);
- Seguir o protocolo institucional para o tamponamento, oclusão de orifícios e drenagem de fluídos.
- Retirar dispositivos e cateteres;
- Realizar curativos se necessários;
- Manter a aparência mais próximo do natural antes do enrijecimento cadavérico (rigor mortis), decúbito dorsal, mãos juntas acima da região epigástrica e pés juntos;
- Identificar o corpo de acordo com padrão da instituição;

- Cobrir com a proteção padrão da instituição (ex: lençol) para o trânsito até lugar destinado. Desde que possível evitar o encaminhamento na frente dos familiares;
- Retirar EPIs e higienizar as mãos;
- Materiais devem ser descartados ou encaminhados ao expurgo;
- Os pertences do paciente devem ser reunidos e entregues ao familiar responsável.
- Realizar anotações de enfermagem: data e horário do óbito, detalhes importantes, nome do médico que constatou o óbito, cuidados realizados, horário de transferência, quem recebeu os pertences e intercorrências que forem importantes;
- Solicitar limpeza terminal do leito.

### **Materiais necessários no processo pós óbito.**

- ✓ Equipamentos de Proteção Individual – EPI (máscara cirúrgica, óculos protetor, avental e luvas de procedimento)
- ✓ Biombo
- ✓ Bandeja
- ✓ Sistema de aspiração montado (cateter de aspiração de 10 a 14 french, extensões de silicone, frascos redutor de pressão e de coletor intermediário e rede de vácuo), se necessário
- ✓ Pinça longa (Cheron)
- ✓ Tesoura ou bisturi, se necessário
- ✓ Algodão e/ou gaze não esterilizada
- ✓ Atadura crepe (3)
- ✓ Fita adesiva/esparadrapo com os dados de identificação do cliente (nome completo, registro geral, data de nascimento, data e horário do óbito, setor e número do leito, nome do responsável pelos cuidados)
- ✓ Compressa de banho, se necessário
- ✓ Papel-toalha (2), se necessário
- ✓ Sabonete líquido, se necessário e Bacia com água, se necessário
- ✓ Recipiente para o descarte dos materiais
- ✓ Lençol (2)
- ✓ Hamper
- ✓ Prótese dentária, se houver

- ✓ Maca sem colchão
- ✓ Materiais para desinfecção terminal do leito, conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) “Limpeza e desinfecção terminal de unidade”.

## Capítulo III

### 4. Conclusão

No contexto estudado, apreendeu-se que os profissionais entendem que o trabalho com pacientes oncológicos, fora de possibilidade de cura, é mais que cuidar do físico. No entanto, eles não estão preparados para o cuidado emocional. A estratégia utilizada para sobreviver no dia-a-dia de trabalho nem sempre visa segurança do paciente, sendo mencionadas como dificuldades a estrutura física inadequada para o convívio do paciente com a família. Compreender a experiência dos profissionais no trabalho com pacientes em fase terminal implica em contribuir para mudanças no preparo desse profissional, disponibilizando-o mais para a interação com o paciente e família. Cabe ao enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, em conjunto com a equipe interdisciplinar, incluir momentos de reuniões com o grupo de profissionais para que estes possam também ser cuidados, com discussões sobre conflitos vividos no dia a dia do trabalho. Isto poderá melhorar sobremaneira a qualidade da assistência aos pacientes fora de possibilidade de cura e o bem-estar dos profissionais.

Os cuidados prestados ao paciente fora de possibilidade de cura, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), visam a promoção de conforto e bem-estar, e são basicamente voltados para higiene, alimentação, curativos e cuidados gerais, assim como para a atenção à analgesia, para o alívio do sofrimento ou dor, a estes se acrescenta o cuidado emocional e espiritual que implica em amparar, apoiar e confortar a unidade paciente/família desde a descoberta do câncer avançado, tornando o profissional ainda mais presente no processo de terminalidade e depois, durante o período de luto.

Para aspectos práticos do cotidiano dos profissionais de enfermagem é importante que cada instituição possua treinamentos e protocolos que padronizem as ações durante o momento do óbito. Além disso, é importante lembrar que os profissionais de saúde não estão imunes ao luto ou a dor da perda, sendo assim, recomenda-se que as instituições possuam programas de suporte técnico e psicossocial aos profissionais expostos diariamente a situações de sofrimento.

## Referências

(American Cancer Society, em 10/05/2019) livremente traduzido e adaptado pela Equipe do Instituto Oncoguia. <http://www.oncoguia.org.br/mobile/conteudo/o-que-sao-cuidados-paliativos/7742/112/>. Acesso as 22hrs.14-05-2020.

Acrema. S (2009), Nutrition in palliative care, Br J Cominut Nurs.

Brunner e Suddarth (2012), Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro

Camilo. J. C. (2008): o enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticancológicas

Damaris P. C. B. (2020). Cuidados de enfermagem durante o óbito e pós-óbito. <https://www.google.com/amp/s/pebmed.com.br/quais-os-cuidados-de-enfermagem-durante-o-obito-e-pos-obito/amp/> acessado 14horas.de12 de Maio de 2020.

Enck R. (2009), An overview of constipation and newer therapies, Am J Hospice Palliar Med.

Falcão. A., Gonçalves A. P., Cinira. C., Rabello. L. D., Sousa. D. A., Carvalho. C. M., Francisco. E. A. B., Carmem. E. D., Zafalon. G. M., (2009). A Declaração de Óbito Documento necessário e importante: Série A. Normas e Manuais Técnicos (3ª ed.) Brasília.

Louis, Buleschek GM, Butcher HK, Dochterman JM. (2008). Rótulos de classificação da intervenção 5ª ed.

Martinez Q. A., Montoro C. E González M. (2010). Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem.

Moraes T. (2009). Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. O Mundo da Saúde.

Potter. P. (). Fundamentos de enfermagem. 8ª ed. Adaptado a realidade brasileira.

Waldow VR. (2001), Cuidado humano: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto.

Waldow VR. (2006.), Cuidar: expressão humanizadora na enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes.