



Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

A MORTE E O LUTO

Unidade III Humanização e finitude – Abordagem Multidisciplinar



Olá!
Seja bem-vindo a unidade III –
Humanização e finitude –
Abordagem Multidisciplinar

Aqui discutiremos a humanização e controle de sintomas com abordagem multidisciplinar, a comunicação de más notícias e por fim, a morte no domicílio, orientando como proceder na operacionalização do funeral.

Clique aqui para conhecer os objetivos dessa unidade

OBJETIVOS

Os objetivos dessa unidade são:

- Compreender o papel da equipe interdisciplinar frente aos cuidados paliativos, à morte e ao luto;
- Compreender a abordagem multidisciplinar, de forma humanizada, a fins de aliviar os sintomas;
- Elencar os cuidados necessários na comunicação de más notícias;
- Reconhecer os cuidados frente ao óbito no domicílio.

Tópico 01 Introdução

Para pensar o cuidado no processo de finitude é preciso incorporar a atuação de vários profissionais na perspectiva do trabalho em equipe interprofissional.

“É objetivo da equipe interdisciplinar da saúde/enfermagem atuar junto ao ser cuidado, família e/ou comunidade, identificando os problemas pertinentes, selecionando, implementando e avaliando os meios para a solução desses problemas. E que essa solução de problemas seja realmente decisão dos seres cuidados, dos seres cuidadores, da família e da comunidade, de todos os envolvidos. A pesquisa é uma ferramenta que impulsiona esse tipo de ação, e que se faz necessária ocorrer por meio da interdisciplinaridade na saúde/enfermagem” (SANTOS, 2007).



O conceito de interprofissionalidade fica mais claro quando se considera que um conhecimento dialoga com outros conhecimentos, por meio de questionamento, confirmação, complementação, negação e ampliação, constituindo-se em um encontro e cooperação entre duas ou mais áreas profissionais.

Para Boemer (2009) a finitude humana representa um momento ímpar do existir, onde emergem ambigüidades e fragilidades tanto para a pessoa que vivencia a condição como para os profissionais de saúde, tornando difícil o enfrentamento. Para os profissionais da saúde, a morte remete ao sentimento de impotência. A formação dos profissionais não tem dado ênfase para o adequado preparo para lidar com a morte e, para isso, é preciso instrumentalizá-los para compreender o humano para além da visão técnico- científica, racional, objetiva e que traduz o ser humano como uma doença.



Para compreender o homem na sua totalidade é preciso romper com essa visão fragmentada e transformar a relação com a pessoa que vivencia o processo de finitude, de forma que os profissionais da saúde possam tomar suas tarefas com capacidade crítica, criatividade, sensibilidade e compromisso. A partir disso, repensar a respeito dessa relação e contemplar na ação a integralidade e a complexidade que lhes são inerentes, por meio do resgate do humano, permeado por relações solidárias.

Para Py, Oliveira (2009), os profissionais da saúde para lidar com o envelhecimento e a morte, devem pôr-se em “estado de escuta” e em “estado de disponibilidade” muito para além do discurso e método científico. Neste caso, para as autoras o ofício deve ser exercido com solidariedade para com alguém que tem nome, história, sonhos, desejos, angustia e temores. Por outro lado se encontra em um “corpo decadente” e que se esvai dia após dia.



Frente a isso, a ação deve pautar-se de forma incondicional na ética do respeito ao outro e na dignidade humana. Acrescentam que não se tem uma receita para isso, mas é importante, mais silêncio do que palavras, plena disponibilidade para a escuta de forma que possam brotar questionamentos sobre o sofrimento, dúvidas, medo, lembranças e desejos.

O aspecto mais importante é o respeito à autonomia do sujeito, o que se “refere ao respeito à vontade e ao direito de autogovernar-se, favorecendo que a pessoa possa participar ativamente dos cuidados à sua vida”. Acrescenta-se que o respeito à autonomia também compreende o compartilhamento de conhecimento e informação da equipe de saúde para

o paciente, de forma que ele possa compreender e se instrumentalizar para a tomada de decisão que melhor lhe convier (Kovásc, 2003).

Inerente ao processo de humanização à pessoa em processo de morte e morrer, encontra-se o que se denomina de cuidados paliativos, já discutidos anteriormente.

O Controle de Sintomas

Uma das ações fundamentais do trabalho da equipe é o dar conforto ao paciente. O controle dos principais sintomas como dor (já visto no módulo de condições crônicas), náusea, vômito, constipação, dispneia, delirium, fadiga requer um trabalho de equipe interprofissional

Dica

Saiba mais sobre a atuação o controle de sintomas e sobre a atuação de cada profissional da equipe na parte 2 do manual da ANCP.

Tópico 02 A comunicação de más notícias

Na comunicação de más notícias, salienta-se a importância de resgatar inicialmente o sentido da comunicação, suas interfaces e sua complexidade. Considerada como um processo de criação e de recriação da informação, de troca e de partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas, é transmitida de maneira consciente ou inconsciente, de modo verbal e/ ou não verbal, pela maneira de agir dos envolvidos.



Comunicar consiste em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós (PHANEUF, 2005).

A "má notícia é toda a notícia que modifica radicalmente e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro. Quanto maior a distância entre as expectativas do doente e a realidade médica, pior parecerá à notícia" (Pereira, 2009). Está fortemente associada à situação de perda que significa a retirada ou a ausência de algo (objeto ou pessoa) importante na vida de um indivíduo.

Para comunicar más notícias sugere-se que sejam seguidos os seguintes princípios:

- Preparar o ambiente;
- Demonstrar disponibilidade e capacidade de escuta (mostrar que está a ouvir: repetir e reiterar);
- Fornecer informação clara e aberta sobre os fatos e as circunstâncias;
- Responder às questões de forma apropriada, o que inclui respostas empáticas (identificar as emoções, a sua causa e reconhecê-las) e o silêncio, demonstrando interesse e disposição para ajudar;
- Estabelecer uma relação de confiança e respeito;
- Encorajar a expressão dos sentimentos, emoções e pensamentos, sem juízos de valor;
- Ajudar a pessoa a consciencializar-se daquilo que está a viver e a reconhecer os sentimentos e emoções;
- Deixar a pessoa sentir-se triste;
- Evitar desviar atenção para outras situações análogas ou fazer comparações, não minimizar a perda;
- Não esconder os nossos próprios sentimentos;
- Acompanhar e apoiar a pessoa e/ou família na tomada de decisões;
- Evitar frases triviais - "É a vida"; "todos temos de morrer um dia"; "as coisas vão melhorar"; "és muito jovem ainda podes refazer a tua vida"; "foi melhor assim"; "isto é a melhor solução"; "a senhora é nova pode ter outros filhos";
- O que se pode dizer: "Estou triste por você"; "isto deve ser difícil para você"; "O que posso fazer por você"; "Estou aqui disposta a ouvi-la"; "lamento que o seu bebê tenha

falecido”;

- Permitir que a pessoa repita a história tantas vezes quanto necessário;
- Ajudar a reorientar prioridades, a restaurar a autoconfiança e a aprender a viver num mundo diferente;
- Evitar o isolamento e a solidão – encorajar o retorno às atividades da vida diária, emprego, visita a familiares e amigos, fazer exercício, participar em atividades sociais;
- Encaminhar para recursos da comunidade – apoio espiritual, grupos de ajuda.

Fonte: PEREIRA, ATG; FORTES, IFL; MENDES, JMG. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. Rev. Enferm. UFPE on line. Recife, 7 (1): 227-35, jan., 2013.

Tópico 03 A morte em domicílio

A maioria dos óbitos em idosos ainda acontecem em instituições, sejam elas hospitalares ou não. O que encontramos são familiares sem preparo físico, social, cultura e espiritual para que esta realidade se modifique.



A morte seja nossa ou de outros, é uma realidade difícil de aceitar porque nos remete ao caráter limitado da vida. Quando temos vínculo e afinidade com o idoso, a morte nos parece uma condição muito mais difícil de vivenciar, pois mesmo em situações de extremo sofrimento frente a patologias crônicas, ainda assim, preferiríamos estar junto ao ente querido.

As atitudes negativas frente à morte são habitualmente relacionadas pelo medo do desconhecido, sentimento de punição, castigo ou fracasso, esses devem ser tratadas de forma clara e humanizada, para que possam significar a morte mais tranquilamente.

Atualmente, frente às diversas possibilidades de conforto e de assistência apropriada e contínua, as pessoas quando em fase final da vida, demonstram a possibilidade de viver esta fase perto de seus entes queridos e com atendimento, segundo suas necessidades.

Também deve ser levado em consideração o desejo, o respeito à dignidade do ser humano e as possibilidades de um acompanhamento multidisciplinar de qualidade a este indivíduo e de suporte aos familiares.



Esta decisão deve ser tomada de forma a confortar não apenas ao paciente em questão, mas a todos os envolvidos nesta situação, para que esta não se torne um sofrimento maior.

Alguns dados podem fazer a diferença frente aos cuidados a esses indivíduos nesta fase, tais como espiritualidade, personalidade, atitudes, valores, autoimagem, problemas antigos não resolvidos, hábitos de vida entre outros.

A maior parte dos idosos sabe que vão morrer, mesmo que não o aceitem. Em geral a deterioração é o primeiro indício, mas mesmo assim não manifestam qualquer sintoma físico perceptível. Muitas vezes dizem adeus ao invés de bom dia ou boa noite; distribuem seus objetos pessoais como presentes aos seus próximos, desejam rever pessoas que foram importantes em sua trajetória, à agitação e ansiedade muitas vezes estão presentes, alguns chegam a referir que o sentimento que o fim está muito próximo.

Nosso papel no domicílio é ajudá-lo neste momento a morrer com dignidade, sem sofrimento, em paz, em ambiente tranquilo, aliviar a dor e outros sintomas por meios terapêuticos e farmacológicos apropriados. Morrer é uma arte que cada um realiza de acordo com a sua personalidade.

Enfim, as últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A parada respiratória normalmente precede a parada cardíaca. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

Depois de constado o óbito é hora de apoiar a família nas providências em relação ao preparo do corpo, documentos para o atestado de óbito e funeral.

ANDRADE, L. Providências práticas para toda a família, in: Manual de cuidados paliativos/ Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 282. 2009.

Tópico 04 **Concluindo...**



Encerramos a Unidade III. Discutimos sobre a postura do profissional de saúde diante da morte iminente do paciente, sobre o cuidado multiprofissional a ser adotado nessa fase, o diálogo que deve ser estabelecido acerca do processo de finitude e a humanização do mesmo, debatendo, ainda, sobre a possibilidade da morte em domicílio.

Esperamos que esse diálogo possa enriquecer sua prática profissional e que seja, ainda, um ponto de reflexão acerca da relação com o paciente em estágio terminal.

1. Na comunicação de más notícias, salienta-se a importância de resgatar inicialmente o sentido da comunicação, suas interfaces e sua complexidade. Diante desses princípios assinale a alternativa correta.
 - a) Limite um tempo pra que possam conversar com os familiares e com o paciente.
 - b) Manter uma atitude hierárquica. Afinal, o profissional detém o saber.
 - c) Mantenha a calma e tente atenuar a situação com frases do tipo "é a vida", "todos temos de morrer".
 - d) Acompanhar e apoiar a pessoa e/ou família na tomada de decisões.
 - e) Encaminhar para recursos da comunidade, apoio espiritual deve ser desencorajado.

Referências

Agra LMC, Albuquerque LHM. Tanatologia: uma reflexão sobre a morte e o morrer. Pesquisa Psicológica [serial online] 2008: <http://>

Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

KOVÁCS, Maria Julia. BIOÉTICA NAS QUESTÕES DA VIDA E DA MORTE. Psicologia USP, 2003, 14(2), 115-167

Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

MORIN, Edgar. O Homem e a Morte. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1997

PEREIRA, V. Comunicar o fim de vida... o papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. Revista Enformação [Internet]. 2009 <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/176/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2014.pdf>

PHANEUF, M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência; 2005.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; LUNARDI, Valéria Lerch; ERDMANN, Alacoque Lorezini; CALLONI, Humberto. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. Volume 5, janeiro a junho de 2007 . p.13-22.

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da and POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. Acta paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 144-149. ISSN 1982-0194.

www.pesquisapsicologica.pro.br