

CUIDADOS PALIATIVOS E O PREPARO PARA O ÓBITO NO DOMICILIO: Relato de Experiência

Salete de Jesus Souza Rizzatti¹
Melissa Agostini Lampert²
Cecília Maria Brondani²
Liamar Donati²
Izabel Cristina Hofmann²
Rosana Huppes Engel³

RESUMO

Este relato aborda os cuidados paliativos e o preparo para o óbito no domicílio. Devido ao aumento da perspectiva de vida e os crescentes problemas sociais, principalmente aos relacionados às doenças crônicas, tem-se um olhar diferenciado para a prática de cuidados paliativos, buscando uma melhor qualidade de vida para doentes terminais. O Serviço de Internação Domiciliar do HUSM, busca a diminuição das reinternações e a humanização da assistência, incluindo a família no processo do cuidado, com o objetivo de proporcionar atendimento integral aos doentes do serviço. Até dezembro de 2010 atendeu-se 715 doentes. Destes, 126 em fase terminal e tiveram óbito durante a internação. Do total de óbitos 75 ocorreram no domicílio e 51, no hospital. Observa-se que, mesmo trabalhando com os familiares questões relacionadas à finitude no domicílio, estes se mostram inseguros em relação aos cuidados com o doente, resistindo à ideia de deixá-los em casa, com a família.

Palavras-chave: Enfermagem, cuidados paliativos, serviços de assistência domiciliar

¹ Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/UFSM/RS. Serviço de Internação Domiciliar do HUSM – SIDHUSM – relator: e-mail: salaterizzatti@gmail.com

² Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/UFSM/RS. Serviço de Internação Domiciliar do HUSM – SIDHUSM

³ Programa Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – CCS – UFSM

INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento populacional é a mudança mais marcante observada nos países em desenvolvimento. Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o Brasil continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81 anos (IBGE, 2008). Relacionado ao aumento da expectativa de vida, cresceram os problemas sociais, principalmente com a manutenção da saúde da pessoa idosa. As mudanças nos hábitos e estilos de vida têm contribuído para o aumento e incidência de doenças crônico-degenerativas. Além disso, a população idosa tornou-se vulnerável ao desenvolvimento destas doenças devido ao surgimento de sequelas e incapacidades funcionais fisiológicas (MARCON et al, 2004). Ressalta-se, ainda, que essa transição epidemiológica não alterou somente o padrão do cuidado à saúde do idoso, como também a atenção à população em geral. Em vista disso, indivíduos jovens portadores de doenças crônico-degenerativas necessitam da mesma atenção à saúde que o idoso. À proporção que a prevalência de doenças crônicas aumenta, a dependência tende a crescer (MARCO-PITO et al., 2005). Conseqüentemente surge o termo envelhecimento funcional, em que a redução da capacidade funcional determina o envelhecimento do indivíduo, diferenciando-se do envelhecimento fisiológico (cronológico). No Brasil, segundo o Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde, durante o ano de 2006 ocorreram 1.031.691 óbitos, sendo aproximadamente 725 mil decorrentes de doenças crônico-degenerativas e neoplásicas, e que causaram sofrimento intenso às pessoas acometidas. Estima-se que mais de 690 mil pessoas morreram em hospitais e 224 mil em casa (ANCP, 2009). Diante desse cenário abordamos a prática de cuidados paliativos como uma nova forma de cuidar e que emerge em um contexto cercado de complexas tecnologias que buscam prolongar a vida a todo custo, muitas vezes em detrimento da qualidade de vida das pessoas acometidas por doenças que ameaçam a continuidade da vida. Nesse sentido, define-se cuidados paliativos como uma modalidade terapêutica interdisciplinar destinada às

pessoas com enfermidades avançadas, progressivas e incuráveis. Esses cuidados têm como finalidade a assistência integral da pessoa, considerando suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais (SALES e ALENCASTRE, 2003; PESINI, 2006). Podem ser prestados em unidades hospitalares, em instituições específicas, ou no domicílio do doente. Independente do local da prestação dos cuidados, todos os serviços devem se embasar nos seguintes princípios, definidos pela Organização Mundial da Saúde em 2002: possibilitar o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte um processo natural, não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do doente, oferecer um sistema de suporte com abordagem multiprofissional para auxiliar os doentes e familiares durante a doença e o luto (ANCP, 2009). Existe uma tendência para que os doentes terminais sejam transferidos do hospital para o domicílio. Considerando este como o melhor local para o doente que está em fase final de vida. No entanto, segundo Oliveira (2010) é preciso considerar algumas questões culturais relacionadas ao óbito no domicílio, como por exemplo, a sobrecarga do familiar cuidador, que se sente sozinho e com a sensação de que seu familiar não vai receber o atendimento que merece na hora da morte; bem como, a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a morte do doente e permanecer cuidando, mesmo quando a cura não é mais possível. Frente ao exposto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de um serviço de internação domiciliar aos doentes em cuidados paliativos e o preparo para o óbito no domicílio.

METODOLOGIA

O Serviço de Internação Domiciliar do HUSM (SIDHUSM) foi criado em 2005 e objetiva a desospitalização, a diminuição das reinternações e a humanização da assistência, incluindo a família no processo do cuidado. Atende pacientes com ênfase na reabilitação e com possibilidade de cura e/ou aqueles que se encontram em fase terminal de doenças. O modelo de assistência desenvol-

vido pelo serviço enfoca a interdisciplinaridade. Os profissionais, de acordo com seu campo de conhecimento e habilidades específicas, definem a abordagem por meio do plano terapêutico individual, com o objetivo de proporcionar atendimento integral aos doentes do serviço. Conta com médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médicos residentes da clínica médica, acadêmicos dos cursos de enfermagem, de medicina e de serviço social, bem como, profissionais da Residência Multiprofissional. Para participar do programa o doente deve concordar com a internação domiciliar e dispor de um cuidador que se responsabilize pelos cuidados no domicílio. O encaminhamento do usuário ao serviço é realizado pelo médico assistente. Após ser realizada a avaliação da equipe e a identificação do cuidador responsável, este, antes da alta hospitalar do doente, é orientado pelos diferentes profissionais com relação aos cuidados a serem prestados no domicílio. O plano terapêutico é definido a partir das visitas domiciliares realizadas semanalmente, as quais possibilitam avaliar o contexto socioeconômico da família, o grau de instrução do cuidador, a disponibilidade de recursos materiais no espaço domiciliar e a complexidade do cuidado. Posteriormente em *round*, a equipe discute e traça o plano de cuidado, estabelecendo as responsabilidades dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado (ENGEL, 2010). A alta domiciliar acontece quando o doente recuperou suas condições físicas ou sociais, ultrapassou o tempo máximo de internação domiciliar (60 dias), necessitou de reinternação hospitalar, foi a óbito ou quando é possível transferir o doente para as equipes de Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família. Ao ser identificada a condição de terminalidade do sujeito e conseqüente necessidade de cuidados paliativos, a equipe do SIDHUSM tem como rotina a abordagem do óbito, apropriando-se de recursos da Educação em Saúde para assegurar a melhor qualidade de vida, assim como enfatizar que o domicílio do doente é o local de sua maior identidade e onde geralmente as relações de vida se mostram mais fortalecidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até dezembro de 2010 o serviço atendeu 715 doentes, destes 126 (17,62%) estavam em fase terminal e tiveram óbito durante a internação. Do total de óbitos 75 (59,52%) ocorreram no domicílio e 51 (40,47%) destes, no hospital. Observa-se que, mesmo trabalhando com os familiares questões relacionadas à finitude no domicílio, estes se mostram inseguros em relação aos cuidados com o doente, bem como com a morte no domicílio, resistindo à ideia de deixá-los em casa, com a família. Nesse sentido, ressaltamos que 40,47% dos doentes atendidos no SIDHUSM na eminência do óbito foram reconduzidos ao hospital, porque a família teve receio de que a morte ocorresse sem assistência, o que poderia resultar em grande sofrimento. Em razão disso, a equipe multiprofissional que atua no serviço procura, por meio da aproximação e do diálogo com os familiares de doentes terminais, ajudá-los a encontrar suporte em um momento de tanta fragilidade, bem como desenvolver ações educativas de acordo com o contexto familiar em que o mesmo está inserido. A preocupação dos profissionais não se restringe à capacitação do cuidador familiar em relação às atividades instrumentais necessárias para a realização do cuidado ao paciente terminal no domicílio, há também a necessidade de encaminhar e resolver questões burocráticas relacionadas ao óbito no domicílio, tais como serviços funerários, aviso e declaração do óbito, entre outras. Dessa forma, o cuidado no domicílio de um doente terminal é uma tarefa árdua e difícil. O sofrimento decorrente da responsabilidade de cuidar de um familiar doente mobiliza toda a energia do cuidador na realização dessa atividade. Estes precisam desempenhar, simultaneamente, uma diversidade de tarefas, além de cuidar do seu familiar. A colaboração de outras pessoas, membros da família, amigos e profissionais de saúde é uma estratégia salutar para auxiliar no desenvolvimento dessa atividade, diminuindo a sobrecarga física, emocional, econômica e social do cuidador (BRONDANI et al, 2010). Nesse sentido, é importante a presença de uma rede de apoio social aos cuidadores, pois a tarefa de cuidar no domicílio torna-se mais leve quando o cuidador pode contar com a colaboração de outras pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que os cuidadores dos usuários atendidos pelo SIDHUSM, na sua maioria, mostram-se envolvidos com o cuidado, porém muitas vezes sentem-se desencorajados pelo desgaste e pelas dificuldades que cotidianamente tendem a enfrentar no seu trabalho. Sem ajuda e respaldo, solitários e desprovidos de atenção, grande parte destes cuidadores não possui a estrutura adequada de que necessitam, precisando, na maioria das vezes, lançar mão de recursos próprios para a assistência a seus familiares dependentes. Nesse sentido, o envelhecimento populacional brasileiro, a cronicidade de doenças e consequente condição de terminalidade de alguns sujeitos, fazem com que seja necessário o estabelecimento de medidas governamentais de assistência social e de saúde para propiciar a manutenção da família enquanto unidade essencial provedora de cuidados a seus integrantes.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativo. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, 340 p.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272> Acesso em 09 de jun. de 2011.
- BRONDANI CM, et all. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet]. v.19, n.3, p.504-10 2010. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416099012>. Acesso em: 18 dez. 2010.
- ENGEL, R.H. Acesso dos usuários com lesão de pele egressos SIDHUSM na rede de atenção básica de Santa Maria/RS. Rosana Huppel Engel; orientadora Teresinha Heck Weiller – Santa Maria, 2010. 57f.
- MARCOPITO, LF et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. v.39,n.5, p.378-45, 2005.
- MARCON, S. S. et al. Característica da doença crônica em famílias residentes da região norte do município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v.26, n.1, p. 83-93, 2004.
- OLIVEIRA, SG. Representações sociais da internação domiciliar na terminalidade: o olhar do cuidador familiar. [dissertação]. Santa Maria (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2010.
- PESSINI, L. Bioética: um grito por dignidade de viver. São Paulo: Paulinas; 2006
- SALES, CA, ALENCASTRE MB. Cuidados Paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. *Rev. Bras. Enferm*. v.56, n.5, p. 566-569, 2003;