

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**RELATOS DE EXPERIÊNCIA: HUMANIZAÇÃO AOS PACIENTES**  
**INTERNADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**GISELE VEIGA DE SOUZA**

**ORIENTADORA: SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI**

**PORTO ALEGRE**

**2018**

GISELE VEIGA DE SOUZA

RELATOS DE EXPERIÊNCIA: HUMANIZAÇÃO AOS PACIENTES  
INTERNADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Relato de experiência apresentado ao Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em saúde – Escola GHC, sendo requisito fundamental da conclusão do Curso Técnico em Enfermagem da Escola do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Sofia Louise Santin Barilli

PORTO ALEGRE

2018

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a minha família que me apoiou nestes anos de muita luta. Agradeço ao colinho e aos abraços na hora certa da minha mãe Vera Lúcia. Aos puxões de orelha, à paciência para me levar ao estágio que meu marido Brian Ronzani teve, muitas vezes cansado e sem dormir.

Agradeço a compreensão dos meus dois filhos Alexandre e Nicolle que souberam entender a ausência da mamãe, principalmente nos momentos em que todas as outras mães estiveram presentes. Foi por eles que voltei a estudar, e por eles que não desisti.

Agradeço também ao carinho e dedicação das professoras Maristela Losekann e Rita Nascimento, que por muitas vezes me encorajavam com palavras doces, viam em mim qualidades que eu acreditava serem defeitos, deram força e ânimo para continuar estudando, e despertaram em mim o desejo de ser uma profissional igual a elas. Agradeço à professora Sofia Louise Santin Barilli por todo o carinho e paciência para me orientar neste trabalho de conclusão de curso.

Agradeço a Deus por ter me mostrado o caminho correto a seguir em dias difíceis em que pensei em desistir de tudo. Sem fé, perseverança e a luz de Deus na minha vida e não estaria concluindo este curso.

## RESUMO

Os cuidados paliativos são essenciais a pacientes com diagnóstico de doenças que não têm cura; proporcionam alívio de dor e sofrimento, além de maior qualidade de vida, quando implementados de maneira correta. Este trabalho de conclusão de curso traz uma breve revisão sobre os cuidados paliativos e alguns de seus principais aspectos, além de relato de duas experiências vivenciadas no primeiro e terceiro semestres do estágio curricular do Curso Técnico em Enfermagem do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Tais experiências mostram a importância do cuidado humanizado realizado pelo técnico de enfermagem em pacientes neste contexto. Por meio destas vivências, desenvolvi muito mais o lado humanizado, aprendi que este cuidado, além de técnicas e cuidados de higiene e conforto, envolve compaixão entre a equipe e os pacientes e familiares.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Humanização da Assistência. Assistência Integral à Saúde. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

EV: ENDOVENOSO

EVD: ENDOVENOSO DIRETO

GHC: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

HNSC: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

INCA: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER

IRA: INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

J.A: NOME FICTÍCIO DO PACIENTE

M.A: NOME FICTÍCIO DO PACIENTE

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TA: TENSÃO ARTERIAL

VO: VIA ORAL

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 COMO OCORREM OS CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3 HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL</b>	<b>11</b>
<b>4 RELATOS DAS VIVÊNCIAS .....</b>	<b>13</b>
4.1 Primeiro relato.....	13
4.2 Segundo relato.....	17
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO A – FOLDER EXPLICATIVO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS DA ANCP.....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO B – FOLDER EXPLICATIVO SOBRE OS DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DO GHC.....</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos, segundo a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP) (2015), são implementados com o objetivo de aliviar o sofrimento e agregar qualidade à vida a pacientes que possuem doenças incuráveis. Partindo deste princípio, há um conjunto de ações planejadas por uma equipe multiprofissional para prestar uma atenção humanizada ao paciente paliativo e sua família. A literatura já define anteriormente:

cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias diante do problema associado a doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (adaptado de Organização Mundial da Saúde, 2002).

Durante o estágio para a formação em técnico de enfermagem, vivenciamos algumas experiências relacionadas a esta temática. A escolha foi motivada pela vontade e o dever de querer sempre o melhor para todos, pelo fato de que estar em cuidados paliativos não significa necessariamente “morte”, “sofrimento” e “abandono”, mas sim proporcionar àquele ser humano conforto, assistência digna e melhor qualidade de vida.

Assim, este trabalho de conclusão de curso tem por finalidade relatar tais vivências, que ocorreram nos campos de estágio durante o primeiro e terceiro semestres nos setores 3°C2 e 4°B2 do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Por meio destes relatos, será possível identificar duas experiências, uma positiva, mostrando como realmente deve ser realizada a assistência integral ao paciente em cuidados paliativos. O outro caso relata situações nas quais o cuidado realizado pelo técnico de enfermagem, na minha opinião, não foi integral e humanizado.

## 2 COMO OCORREM OS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são aqueles realizados para manter a qualidade de vida do paciente quando investir na cura de uma patologia já não resulta mais em melhorias. Deve-se enxergar o paciente como um todo, identificando necessidades físicas, farmacológicas e psicológicas, sem esquecer que todo ser humano necessita de atenção e carinho. De acordo com Frossard e Silva (2016), o sofrimento do paciente incorpora diferentes dimensões tais como: física, psicológica, social e espiritual. Para isso, existe todo um planejamento para formular o cuidado, interligando diferentes profissionais, como os que compõem a equipe de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros, promovendo assim um cuidado completo e de acordo com cada necessidade.

Para tanto, os profissionais envolvidos necessitam de preparo constante para lidar com essas situações, pois muitas vezes, a ação do cuidado paliativo, que é investir na qualidade de vida sem expectativa de cura, acaba conflitando com as crenças pessoais de cada profissional, levando em consideração o modo como ele enxerga o ato de morrer, e isto também interfere nos cuidados.

Segundo Fonseca, Cruz e Dias Neto (2012), desde a formação, as ações dos profissionais de saúde são direcionadas para a cura da doença, do ponto de vista estritamente técnico, e não para lidar com o indivíduo doente em processo de transição. Esta atitude de relutância em admitir claramente a naturalidade da ocorrência da morte traduz-se na desumanização dos cuidados.

O fator mais importante é a compreensão da evolução do processo da doença, portanto a equipe deve estar muito bem preparada para todas as situações que possam ocorrer, e a família estar bem esclarecida e acompanhada psicologicamente, para que os impactos consigam ser enfrentados. Neste contexto, a ANCP (2015), juntamente com a Comissão Permanente de cuidados paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, desenvolveu um manual traduzido e adaptado de acordo com o original de Ohio Health, cedido pelo Dr. Frank D. Ferris (ANEXO A).

Esse manual tem o intuito de proporcionar à família esclarecimentos sobre o que são os cuidados paliativos, a forma como ocorrem e quem são os pacientes que necessitam deste cuidado.

No HNSC, há um material distribuído às famílias de pacientes oncológicos (ANEXO B) que tem por finalidade o esclarecimento dos direitos civis do paciente, pois muitas vezes as famílias passam por dificuldades financeiras justamente por não saberem desses direitos com relação a benefícios assistenciais.

A Dra. Ana Claudia Arantes em O que são cuidados paliativos (2013), preconiza que a atenção paliativa prestada com qualidade requer envolvimento dos familiares, amigos e pessoas próximas, até mesmo porque os cuidados paliativos não precisam ser necessariamente implementados somente no ambiente hospitalar, mas também podem ser realizados no domicílio, o que facilita a aproximação dos familiares, propiciando maior conforto e bem estar, além de causar a sensação de menor sofrimento quando comparado ao ambiente hospitalar. Para que este processo ocorra de maneira tranquila, são necessárias também ações de cuidado voltadas à família, que necessita de apoio para saber como enfrentar a doença e o luto.

O envolvimento familiar no cuidado promove benefícios ao paciente, pois poder estar com alguém com quem se tem vínculo em atividades como deambulação, alimentação e banho, proporciona mais conforto ao paciente em cuidados paliativos.

A sobrecarga familiar e a perda de controle da situação da doença são alguns dos maiores motivos para a internação hospitalar, pois um paciente em estágio terminal demanda muitos cuidados e, até mesmo, custos elevados que às vezes a família não tem condições de manter. Por vezes, perante o diagnóstico de uma doença incurável, o indivíduo pode perder alguns papéis sociais importantes, estar sujeito a mudanças na sua aparência e funcionamento corporal e natural (FONSECA, CRUZ, DIAS NETO, 2012). Algumas vezes, isso marca o início do processo de negação tanto da doença quanto da morte; após, surgem o entendimento e a percepção da doença, e em seguida as dúvidas e expectativas relacionadas aos cuidados paliativos.

Mas o grande ponto a ser relatado é como a humanização em Cuidados paliativos pode mudar completamente a visão do cuidado, tanto para o profissional que consegue sentir que faz o correto e o melhor para o próximo, quanto para o paciente, que se sente acolhido pelo profissional. De acordo com Fonseca, Cruz e

Dias Neto (2012), praticamente todos os doentes frisaram o apoio dos profissionais como um aspecto de grande relevância para a vivência do processo de doença.

Os doentes valorizam atitudes que promovem um apoio psicossocial e afetivo relevante como o profissionalismo das equipes, a informação permanente sobre a situação clínica, o trabalho entre a equipe multidisciplinar. As lembranças do carinho, a atenção no cuidado, o respeito às particularidades e dignidade são valores que carregamos a vida toda e não é porque estamos no final da vida que não iremos receber. O respeito pela vida, mesmo que seja por pouco tempo, e a dignidade são o melhor que podemos oferecer a qualquer pessoa em cuidados paliativos.

### 3 HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Os cuidados paliativos surgiram no Brasil em meados dos anos 70, inspirados nos cuidados já realizados na Inglaterra e nos Estados Unidos. Em 1990, o Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo implantou o primeiro curso sobre este cuidado na Escola Paulista de Medicina, já com uma visão mais aprimorada e mais completa sobre o tratamento paliativo, porém ainda de forma experimental (ANCP, 2017).

Em 1998, consolida-se o Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), que tinha por objetivo principal os cuidados paliativos através do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico que junto ao Conselho de Bioética cuidam de questões morais, filosóficas e práticas terapêuticas dos pacientes que recebem este cuidado.

Já em 2002, a Dra. Maria Goretti Sales Maciel inaugura a primeira enfermaria de cuidados paliativos no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Mas foi em 2005 que a ANCP tornou a prática de cuidados paliativos criteriosa, estabelecendo parâmetros de qualidade para a prestação destes cuidados.

Conforme a Dra. Ana Claudia Arantes em O que são cuidados paliativos (2013), os cuidados paliativos possuem o intuito de garantir a universalidade de acesso a todos os pacientes que tenham doenças graves e que possam não ter cura, visam o alívio de sofrimento e da dor, para assim obter melhor qualidade de vida.

Atualmente no Brasil ainda há muitas dúvidas sobre cuidados paliativos, na grande maioria das vezes ao se tocar no assunto as pessoas fogem por conta de associar o assunto a morte, sendo que estes cuidados são justamente para que se possa ter uma “vida” melhor. Este receio/preconceito parte principalmente dos profissionais de saúde, e deveríamos ser os mais interessados para saber como lidar frente às necessidades do paciente paliativo. Conforme levantamento realizado:

“Ainda se confunde atendimento paliativo com eutanásia e há um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para o alívio da dor” (ANCP, 2017).

Grande parte do déficit de conhecimento sobre o tema se dá no momento da formação dos profissionais, pois existem poucos espaços de discussão sobre o tema na graduação e nos cursos, além de poucos cursos de especialização e pós-

graduação afins, bem como informações mais subjetivas do que são estes cuidados. Na grande maioria das vezes, os profissionais não conseguem administrar os cuidados paliativos de forma humanizada, justamente por não conseguirem reconhecer o quanto este cuidado se faz necessário e as particularidades de cada caso.

A ANCP (2017) luta para que os estes cuidados se multipliquem em diversos estados do Brasil, pois além dos benefícios proporcionados aos pacientes e familiares, também reduzem custos dos serviços de saúde.

## 4 RELATOS DAS VIVÊNCIAS

### 4.1 Primeiro Relato

A primeira experiência ocorreu na unidade de internação 3°C2, onde pude prestar cuidados à senhora M.A., de 96 anos, que respondia aos chamados em poucos momentos, na maior parte das vezes não coerente e até algumas vezes agressiva. Além disso, possuía uma pele extremamente sensível, com muitas equimoses e hematomas causados pelas inúmeras coletas de sangue e acessos venosos. Parecia uma senhora muito debilitada, mas que ao olhar, já se percebia que era bem cuidada, estava de banho tomado, bem penteada, com o leito bem arrumado e limpo e, embora contida pelos momentos de agitação, demonstrava um ar de conforto e serenidade.

Ao assumir seus cuidados de enfermagem, a professora orientadora de estágio me sinalizou que ela passaria a ser uma “paciente conforto”, ou seja, que entraria em cuidados paliativos, porém ainda utilizaria medicamentos para investimento total pelo fato de ainda não terem tido contato com os familiares para explicar tal situação. Fiquei bem assustada por medo de esta paciente vir a óbito durante meus cuidados; orei, respirei fundo e fui trabalhar.

Como os cuidados de higiene já tinham sido realizados, fiquei responsável por administrar os medicamentos. Todos os que precisei administrar eram por via oral e macerados. Por estar muito fraca, a senhora M.A. mal conseguia abrir a boca para ingerir os medicamentos, mas consegui ingerir todos. Isto me preocupou pelo risco de engasgo e aspiração. Então informei a enfermeira e ela por vez comunicou ao médico para que fosse reavaliada.

O médico então substituiu alguns medicamentos via oral para endovenosos (EV), com o objetivo de diminuir o risco para a paciente, então fiquei responsável somente pela verificação dos sinais vitais, pois ainda não tinha autorização para administrar medicamentos EV, por ainda não haver tido a teoria e prática com este tipo de medicamentos.

Na semana seguinte, a professora optou por distribuir os alunos com os mesmos pacientes, para que pudéssemos enxergar sua evolução de uma semana para a outra. Revisei o prontuário da paciente e estava evoluído pela equipe médica

em relação à orientação da família sobre deixar de investir na paciente para fins de melhora; estavam prescritos apenas medicamentos para dor.

Por mais que agora eu tivesse a consciência de que a família já estava ciente sobre os cuidados paliativos, eu ainda tinha esperança de entrar no quarto e ver a paciente sentada no leito, sorrindo e conversando, porém quando entrei no quarto e olhei para o leito, fiquei com ares de interrogação, pois vi de longe outra senhora deitada no leito. Fui atrás da professora e falei que olhei de longe e não vi a senhora M.A. e sim outra senhora no leito. A professora então me acompanhou e ao chegar bem próximo vi traços parecidos com os da senhora M.A, mas foi ao achar a pulseira de identificação colada embaixo da contenção mecânica que tive a certeza de que era realmente ela.

Fiquei muito abalada com a evolução da minha paciente, ela estava em anasarca (edema generalizado), no caso dela provocado por insuficiência renal aguda, além dos problemas cardíacos e neoplasia. Apresentava lesões de rompimento da pele nos membros superiores devido ao edema, com drenagem de exsudato. Acabei por colocar fraldas descartáveis abertas embaixo dos braços para que não ficasse com as vestes molhadas.

Conforme a avaliação do médico sobre o débito urinário que era praticamente igual a zero em um período de seis horas, foi solicitada a passagem de sonda vesical de demora. Organizei o material necessário e fui realizar a higiene perineal da senhora M.A. Neste momento, levei um susto, pois havia uma “bola rosada” praticamente saindo para fora do orifício vaginal, a professora me explicou que tratava do útero dela que tinha se deslocado e que era muito comum acontecer com a idade mais avançada, após várias gestações ou doenças do sistema reprodutor feminino.

Após a sondagem, pude realizar o banho no leito com auxílio de uma de minhas colegas de estágio, e a senhora M.A dormia o tempo todo, mas no momento do banho percebemos seu desconforto ao nosso manejo. Ela mal se movimentava, porém fazia uma força enorme em uma das mãos para tentar nos beliscar, indicando que não se sentia bem em estar sendo movimentada. Depois de terminarmos o banho, resolvi voltar ao quarto e tentar estimular a senhora M.A., pois senti dentro de mim que eu precisava disso, já que em nenhum dos dias vi algum familiar presente.

Ao conversar com ela, percebia em sua face expressões diferentes, perguntei se sentia dor e ela fez fúrias de dor, pedi para que apertasse minha mão se estivesse com dor e ela me confirmou apertando. Saí do quarto engasgada, com muita vontade de chorar, pois se não houver alguém que faça essas abordagens entre um medicamento e outro, a dor pode retornar e ela não conseguir manifestar. Comuniquei a professora, e ela administrou o medicamento Dipirona EV, então fiquei com a paciente mais algum tempo para ver como estavam seus sinais vitais. Sua pressão arterial estava 90/40mmHg, temperatura de 35°C, comuniquei novamente a professora que os sinais estavam anormais, mas aí obtive a explicação que dali para frente seria assim, cada vez mais a pressão arterial iria baixar até ela evoluir para o óbito.

Neste dia saí do estágio muito triste, pois dentro de mim ainda havia um pingote de esperança de sua melhora, mas depois que entendi que nada mais poderia ser feito em relação à cura, quis poder proporcionar carinho à senhora M.A. Todos os manejos que realizei foram conversando e explicando o que iria acontecer, por mais que ela não me devolvesse uma resposta. Senti que fiz o correto, fiz o que gostaria que tivessem feito por mim, mesmo meu coração pedindo pra ela ficar bem.

Na semana seguinte, a paciente M.A. já não estava mais lá, abri a porta do quarto e olhei para o leito e havia uma moça mais jovem ocupando o espaço. Olhei para a professora e ela só me disse que estava tudo bem e que a senhora M.A. não sofreria mais, soltei um sorriso amarelo, engoli a emoção e fui cuidar de outras pessoas que também iriam precisar de atenção, carinho e cuidados.

Sempre senti medo de uma pessoa morrer perto de mim, de presenciar uma situação assustadora que o desfecho fosse o óbito, como ocorre de maneira lúdica nos filmes. Fui para casa neste dia pensativa, pois não assisti o momento do óbito da paciente, fiquei me questionando se ela sentiu dor, se estava sozinha ou se algum familiar ou pessoa da equipe estava com ela naquele momento.

Eu não saberia como proceder caso tivesse ocorrido comigo, mas talvez estivesse ao lado dela no momento da partida, orando e pedindo para que não sofresse mais. Durante o primeiro estágio, não havíamos conversado sobre como enfrentar situações como essa. Na verdade, ninguém verbalizou que os pacientes poderiam morrer. Assim, eu tinha o pensamento de que prestaria cuidados a

peessoas doentes, que logo sairiam do hospital, mas que não seria necessário cuidar de alguém que a única certeza era a morte.

## 4.2 Segundo Relato

Este caso ocorreu no 4ºB2, onde estagiei no terceiro semestre. Antes de assumir os pacientes, a professora orientadora de estágio nos passou alguns pontos importantes para ver quais seriam os cuidados necessários.

A professora me disse que o Sr. J.A. seria um “presente”, porque sabia que eu iria me dar bem com ele, porém todas as vezes que ela falava assim era porque os pacientes eram bem complexos. Quando ela me passou que ele necessitaria de cuidados paliativos, não estava se alimentando direito, e que não havia ingerido quase nada nos últimos dois dias, além do que era colocado via sonda nasoentérica, pensei que ele estava realmente muito mal e o medo dele falecer nas minhas mãos tomou conta de mim.

Peguei o prontuário do paciente e li evoluções dos últimos dias, as quais estavam bem incompletas, e relatavam a falta de aceitação da dieta VO, mas não mensuravam se era pouca, parcial ou nenhuma aceitação.

Entreí no quarto, dei bom dia aos outros pacientes com um sorriso trêmulo de medo e me dirigi ao paciente. Ele estava dormindo, com um ar de cansado e aparentemente sujo no rosto e nas mãos, que foram os primeiros lugares para onde olhei.

Acordei-o para poder verificar os sinais vitais e fazer a medicação EV. Falei com ele tentando estimular uma conversa e tentando criar uma aproximação e, para minha surpresa, fui recebida com um sorriso pequeno, meio sem forças.

A primeira coisa que providenciei foi a higiene oral, e neste momento eu fiquei um tanto transtornada, pois parecia haver desleixo de quem o cuidava. A cavidade estava muito suja. Ao fazer o enxágue com gaze e água, o paciente começou a sugar a gaze sinalizando sede; fiquei muito apreensiva, pois parecia que aquele senhor mal conseguia ingerir alimentos e água não por falta de inapetência ou falta de sede, mas sim por estar com a boca totalmente ressecada.

Dirigi-me à professora e perguntei como eu poderia dar água para o paciente, pois não havia canudo nem água para beber no quarto, então a professora me orientou a fazer um canudo utilizando uma sonda de aspiração e pegar água na copa.

Nunca pensei que eu pudesse sentir uma alegria tão grande de ver alguém tomando água. Depois disso, ele começou a conversar baixinho, falou que sentia fome e eu prontamente o ajudei a se alimentar. Vieram da copa um chá espessado e um mingau de leite. Ofereci e ele aceitou praticamente tudo, e me agradeceu.

Eu corri em direção à professora para contar e ela veio até o quarto para ver como ele estava e constatou a gradual melhora. Nós duas ficamos com um sentimento tão gostoso de vê-lo reagindo bem aos cuidados.

Depois, organizei o material para o banho, dirigi-me ao quarto, quando um médico me chamou para saber da evolução dele, quando falei que se alimentou, tomou água e conversou, a expressão facial de surpresa do médico foi muito engraçada, fomos juntos ao quarto para ele avaliar o paciente.

Ele conseguiu conversar com o Sr. J.A. Ele respondia baixinho, mas disse que não sentia dor, fome e que estava bem. Eu continuei os meus cuidados e realizei o banho de leito com o auxílio de uma colega que também foi muito atenciosa.

O médico falou da necessidade de uma ecografia do tórax e pediu para antes do banho chamá-lo, para não ser necessário movimentar tanto o paciente novamente depois do banho. A ecografia foi realizada e finalizamos o banho, percebemos no rosto dele o alívio e o conforto, estava bem penteado e cheiroso.

No almoço, ele aceitou bem pouco, porém foi compreensível, pois o pouco que ingeriu já pesou. Quando os familiares chegaram, eu estava verificando novamente os sinais vitais e todos perguntando como ele estava. Falei que os sinais estavam estáveis, que tinha se alimentado hoje e sido banhado. O espanto deles foi similar ao do médico. Ele até conversou um pouco com a família, mas relaxou tanto que dormiu a tarde toda, soube disso porque criei afeto por ele e solicitei para a técnica que ficou com ele depois que fui embora me informar como ele passaria a tarde.

Neste dia, o sentimento de dever cumprido tomou conta de mim. Saí do hospital querendo voltar pra lá no outro dia para cuidar dele. No outro dia, os cuidados dele ficaram a cargo de um colega de estágio; eu ajudei no que pude, porque me apeguei no Sr. J.A. Sei que devemos evitar, mas foi por meio deste sentimento de apego que consegui passar para ele confiança e carinho, e tenho a certeza de que foi recíproco.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de alguém em cuidados paliativos envolve muito mais do que técnica, é necessário muita sensibilidade com as questões do outro e sua família. É um momento difícil para todos e cabe a nós, técnicos de enfermagem, dar todo o suporte a estas pessoas, já que somos o elo mais próximo de toda a equipe.

Os pacientes em cuidados paliativos e sua família necessitam de um olhar humanizado e integral, pois são cercados de medos e inseguranças, e receber apoio da equipe de cuidado é fundamental e tranquilizador.

Com este trabalho, e por meio das vivências, pude relacionar as práticas corretas e humanizadas e diferenciá-las daquelas onde faltou afeto e assim, refletir sobre os cuidados paliativos de maneira positiva e negativa.

Acredito que somos capazes de fazer a diferença, mas enquanto tratarmos o próximo como sendo só mais um, sem respeitar as individualidades de cada paciente o cuidado fica prejudicado, não só nos cuidados paliativos, mas também de modo geral.

Interar-se sobre as necessidades individuais do paciente é o primeiro passo no planejamento do cuidado, e este é o primeiro passo da equipe multidisciplinar para garantir uma assistência qualificada e eficaz.

## REFERÊNCIAS

O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?. [ Produzido por Oncoguia Tv].Arantes, Ana Cláudia. 2013. 1 vídeo (241 min.). Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=Fa4ctd1uxNc>>. Acesso em: 24 maio. 2018.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). ANCP e cuidados paliativos no Brasil, 2017. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

O que são Cuidados Paliativos?. Folder 2015. Disponível em:

<[https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/1421326099\\_Folder\\_Online\\_SBGG\\_.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/1421326099_Folder_Online_SBGG_.pdf)>.

Acesso em: 16 abr. 2018.

FONSECA, Margarida; CRUZ, Arménio; NETO, David. Expectativas dos doentes face ao internamento numa unidade de cuidados paliativos. **Revista de**

**Enfermagem Referência**, Coimbra n. 7, p.191-198, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200020&lang=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200020&lang=pt)>. Acesso em: 21 abr. 2018.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza; SILVA, Emanuel Cristiano de Souza.

Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Revista Katálysis**, Florianópolis. v. 19, n. 2, p.281-288, set. 2016.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802016000200281&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802016000200281&lang=pt)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **National cancer control programmes:**

polices and managerial guidelines. 2nd ed.Geneva: OMS 2002. Disponível em:

<<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2018.

# ANEXO A – FOLDER EXPLICATIVO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS DA ANCP



## O que são Cuidados Paliativos?

Cuidados Paliativos visam aliviar o sofrimento e agregar qualidade à vida e ao processo de morrer.

### Cuidados Paliativos auxiliam pacientes e familiares a:

- lidar com questões físicas, psicológicas, sociais, espirituais e de ordem prática, com seus medos, suas expectativas, necessidades e esperanças;
- preparar-se para a autodeterminação no manejo do processo de morrer e do final da vida;
- lidar com as perdas durante a doença e o período de luto;
- alcançar o seu potencial máximo, mesmo diante da adversidade.



**Cuidados Paliativos ALIVIAR** todos os problemas existentes; **PREVENIR** a ocorrência de novos problemas; **PROMOVER** oportunidades para experiências significativas e valiosas, crescimento pessoal e espiritual e autorrealização.

**Cuidados Paliativos** são indicados para todos os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida por **qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, seja qual for a idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas.** **Cuidados Paliativos** podem complementar e ampliar os tratamentos modificadores da doença

ou podem tornar-se o foco total do cuidado. São prestados mais efetivamente por uma equipe interdisciplinar, p. ex., médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, capelães e voluntários que sejam competentes e habilidosos em todos os aspectos do processo de cuidar relacionados à sua área de atuação.



**Cuidados Paliativos** devem estar inseridos na abordagem a pessoas idosas, pois contemplam a integralidade da pessoa. Idosos têm maior prevalência de doenças cronicodegenerativas para as quais não existe tratamento curativo e que podem prolongar-se por décadas, p. ex. câncer, demência, insuficiência cardíaca, fragilidade.

**Cuidados Paliativos** não são um apêndice do tratamento da pessoa idosa; são um fundamento da assistência. "Sua atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, mediante o reconhecimento precoce, uma avaliação precisa e criteriosa e o tratamento impecável da dor e de outros sintomas e das demandas de natureza física, psicossocial ou espiritual" (Organização Mundial de Saúde).



Fonte: ANCP, 2015.

# Hospice é uma filosofia do cuidado

Refere-se à aplicação de **Cuidados Paliativos intensivos para pacientes com doenças avançadas, próximos ao final da vida, englobando apoio aos seus familiares durante o processo da doença e do luto.**

**Hospice não significa, necessariamente, um lugar físico.** Pacientes indicados para um atendimento no estilo hospice são aqueles com doença em fase avançada e estimativa de vida de seis meses ou menos. O conceito de hospice refere-se

a cuidados prestados ao final da vida, incluindo a assistência durante o processo de morrer, e se estende ao acolhimento de familiares em luto. No Brasil, existem raros hospices que, por enquanto, são dedicados principalmente ao atendimento de pacientes com câncer.

## Cuidados Paliativos



## Cuidados ao Fim da Vida

Existe diferença entre esses dois termos. **Cuidados Paliativos** devem ser aplicados desde a definição de uma doença incurável e progressiva, em concomitância a outros tratamentos pertinentes. **Cuidados ao Fim da Vida** são uma parte importante dos Cuidados Paliativos que se refere à assistência que a pessoa deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que fica claro que ela se encontra em estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte.

### Cuidados ao Fim da Vida

contemplam o idoso quando ele se despede da vida, com foco na sua biografia. A atenção integral à pessoa vai muito além do controle de sintomas e inclui:

- o respeito à sua vontade e às suas preferências;
- o estímulo à presença de familiares e amigos;
- a facilitação das reconciliações;
- a resolução de pendências;
- a assistência espiritual.

## Possibilidades do Cuidado ao Fim da Vida

### 1. Cuidados básicos de rotina

são prestados no dia a dia do paciente no domicílio, que pode ser sua residência, uma instituição de longa permanência ou qualquer ambiente onde o paciente esteja morando.

### 2. Cuidados paliativos intensivos

são prestados na residência, em hospital ou instituição de longa permanência quando é necessária a assistência em tempo integral para:

- gerenciar dor, outros sintomas ou problemas comuns à fase final da doença;
- prover cuidados durante as últimas horas de vida, quando os sintomas podem mudar rapidamente.



### 3. Cuidados aos cuidadores e profissionais

são destinados a familiares, cuidadores e profissionais da saúde, com o objetivo de:

- prestar atenção àqueles que estejam em sobrecarga, incapazes de oferecer cuidados adequados;
- atender aos familiares e cuidadores com o foco nas duas modalidades do luto: antecipatório e posterior à morte do paciente;
- acolher a equipe profissional que está sob estresse nos momentos finais da vida do paciente.

**SBGG**  
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
www.sbgg.org.br

Apoio  
**ANCP**  
Associação Nacional de Cuidados Paliativos  
www.paliativo.org.br

Material original de Ohio Health, gentilmente cedido pelo Dr. Frank D. Ferris, traduzido e adaptado pela Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG (2015)

Fonte: ANCP, 2015.

## ANEXO B – FOLDER EXPLICATIVO SOBRE OS DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DO GHC

**AAPECAN:** Associação de Apoio a Pessoas com Câncer

**Documentos para o cadastro:**


- RG ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Laudo do médico oncologista com CID10 (Código Internacional de Doenças);
- Carteirainha do SUS (Sistema Único de Saúde);
- RG ou Certidão de Nascimento de filhos e residentes do mesmo endereço;
- Comprovante de renda da pessoa com câncer e de todos os que residem com ela acima de 18 anos;
- Comprovante de residência (água, luz, aluguel ou telefone).

**Acolhimento: segunda-feira e quinta-feira no período da manhã a partir das 8:00.**

Oferece acompanhamento psicológico e social, hospedagem e refeições diárias a pessoas vindas de outros municípios para tratamento oncológico como quimioterapia e radioterapia conforme avaliação social. O serviço está disponível em: Uruguaiana, Camaquã, Lajeado, Lagoa Vermelha, Bento Gonçalves, Farroupilha, Santa Cruz do Sul, Ijuí, Porto Alegre, Santa Maria, Bagé, Rio Grande, Pelotas, Caxias do Sul.

<http://www.aapecan.com.br/quem-somos/>

Endereço: Av. Ceará, 1260 - Porto Alegre/RS  
Bairro: Bairro São João  
CEP: 90240-511  
Telefone: (51) 3014.9500 - 3343.0222




**AMBULATÓRIO SERVIÇO SOCIAL ONCOLOGIA/ HEMATOLOGIA**  
1º andar - HNSC  
Sextas-feira – das 08:00 às 09:30hs


**SERVIÇO SOCIAL INTERNAÇÃO - HNSC**  
Horário: das 7:00 às 19:00hs  
Segundas à Sextas-feira  
Telefone: 51- 3357 2322

**Assistente Social Suelen C. de Moraes**  
**Assistente Social Ingrid C. Burque**

**Material elaborado por:**  
**Assistente Social Amanda C. Duarte da Silva**  
**Assistente Social Maria Cristina N. de Barros**

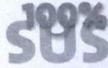



**SERVIÇO SOCIAL**  
**ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E FAMILIARES**



**DIREITOS DO PACIENTE COM CÂNCER**

**HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**  
Av. Francisco Trein, nº 596  
Porto Alegre, RS

### DIREITOS DO PACIENTE COM CÂNCER

- Saque FGTS
- Saque PIS/PASEP (inscritos até 1988)
- Compra de Veículos Adaptados ou Especiais conforme necessidade comprovada em perícia no DETRAN-RS.
  - Isenção do IPI
  - Isenção do ICMS
  - Isenção do IPVA
- Quitação de Financiamento de Imóvel
- Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria
- Aposentadoria por Invalidez, Auxílio-Doença e Benefício de Prestação Continuada (BPC) conforme orientação do INSS. [www.inss.com.br](http://www.inss.com.br)
- Cirurgia de Reconstrução Mamária
- Andamento Judiciário Prioritário
- Necessidade de solicitação por parte do advogado ou defensor público.
- Prioridade de atendimento em estabelecimentos comerciais e bancários.
- Quando comprovada deficiência ou necessidade.

**Conforme a Lei 12.732/12 o paciente com câncer tem o direito de iniciar o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico definido.**

**Diets para sonda nasoenteral e bolsas de colostomias são fornecidas gratuitamente pelo SUS.**

Porto Alegre: Encaminhamento na Farmácia Especial do Estado.  
Interior e Região Metropolitana: Encaminhamento na Secretaria de Saúde do Município.

#### FGTS - Documentação Necessária:

1. documento de identificação do beneficiário e de seu dependente (quando for o caso);
  2. Carteira de Trabalho (fls., foto, identificação, registros, opção do FGTS e declaração de dependência);
  3. comprovante de inscrição no PIS/PASEP;
  4. laudo histopatológico ou anatomopatológico
  5. atestado médico;
- O atestado médico terá validade de 30 dias e deverá conter os seguintes dados:
- diagnóstico expresso da doença;
  - CID (Código Internacional de Doenças);
  - Menção da frase "Entendemos que o paciente supra referido está enquadrado nas exigências da Lei 8.922/94, que alterou a redação do artigo 20, da Lei 8.036/90";
  - CRM e assinatura, sobre carimbo, do médico.
6. comprovação da condição de dependência do portador da doença, quando for caso.

#### PIS/ PASEP - Documentação Necessária:

1. documento de identificação do beneficiário e de seu dependente (quando for o caso);
  2. Carteira de Trabalho (fls., foto, identificação, registros, opção do FGTS e declaração de dependência);
  3. comprovante de inscrição no PIS/PASEP;
  4. laudo histopatológico ou anatomopatológico
  5. atestado médico;
- O atestado médico terá validade de 30 dias e deverá conter os seguintes dados:
- diagnóstico expresso da doença;
  - CID (Código Internacional de Doenças);
  - menção da frase "Entendemos que o paciente referido está enquadrado nas exigências do artigo 10 e seguintes do Decretos 78.276, de 17/08/1976, e princípios da Lei 8.922/94, de 25/07/1994, bem como na Resolução 01, de 15/10/1996, do Conselho Diretor do PIS/ PASEP.
  - atual estágio clínico da doença e do doente;
  - CRM e assinatura, sobre carimbo, do médico.
6. comprovação da condição de dependência do portador da doença, quando for caso.

#### Auxílio Doença

Cumprir as exigências legais e apresentar os seguintes documentos:

- Carteira de Trabalho ou documentos que comprovem sua contribuição ao INSS;
- Exame médico (anatomopatológico) que descreva a doença;
- Laudo médico seu atual estado clínico (com CID) e seqüelas do tratamento (debilidades, restrições, etc.).

#### Benefício de Prestação Continuada (BPC)

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social (Lei 8.742/93)

- Número de Identificação do Trabalhador – NIT (PIS/PASEP) ou número de inscrição do Contribuinte Individual/Doméstico/Facultativo/Trabalhador Rural, se possuir;
  - Documento de identificação (Carteira de Identidade e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social);
  - Cadastro de Pessoa Física (CPF);
  - Certidão de Nascimento ou Casamento;
  - Certidão de Óbito do cônjuge falecido, se o beneficiário for viúvo;
  - Comprovante de rendimentos dos membros do grupo familiar;
  - Curatela, quando maior de 21 anos e incapaz para a prática dos atos da vida civil;
  - Tutela, no caso de menor de 21 anos filho de pais falecidos ou desaparecidos;
  - Estar inscrito no Cadastro Único.
- Para realizar cadastro procurar o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) mais próximo da residência.
- \*\* Formulários – retirar em qualquer posto da Previdência Social ou obter pela internet:**
- Requerimento de Benefício Assistencial – Lei 8.742/93;
  - Declaração sobre a Composição do Grupo e da Renda Familiar do Idoso e da Pessoa Portadora de Deficiência;
  - procuração (se for o caso), acompanhada de identificação e CPF do procurador.

Fonte: Palestra da semana da enfermagem do GHC, 2018.