

Como cuidar de um doente em fase avançada de doença

Caring for sick people in advanced phases of a disease

El cuidar de la gente enferma en fases avanzadas de una enfermedad

Tania Mara de Moraes*

RESUMO: Apesar dos avanços tecnológicos existentes atualmente, ainda temos um grande número de doenças, para as quais, mesmo após os esforços realizados para seu combate, alcançam um estágio em que não é mais possível a cura. Esse fato costuma trazer desconforto não apenas para o paciente e seus familiares, mas também para a equipe que o atende. Por uma revisão bibliográfica, no período de 1992-2008, foi realizado este estudo que, teve como objetivo aprimorar conhecimentos sobre o cuidar de um paciente em fase avançada de doença, bem como da assistência a seus familiares. Muitas mudanças ocorrem na vida de um paciente a partir de um diagnóstico de que não há mais cura para sua doença. Como profissionais da saúde, precisamos estar aptos para atendê-los considerando suas necessidades físicas, psico-afetivas e espirituais, dentro de padrões éticos. Precisamos compreender o que ocorre com esse paciente e seus familiares, respeitando-os e buscando atendê-los em suas reais necessidades, contribuindo para que ele obtenha uma melhora em sua qualidade de vida, independentemente do tempo restante e, conseqüentemente, venha a ter uma morte com dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: Doente terminal. Cuidados paliativos. Bioética.

ABSTRACT: Even though there are currently many technological advances, still we have a great number of diseases for which, even after the efforts carried through for combating, there is a moment where cure is not possible anymore. This causes discomfort not only for patients and their relatives but also for the caring team. This study is a bibliographical survey covering the period 1992-2008 aiming to improve knowledge on taking care of a patient in advanced phases of a disease, as well as on support for patients' relatives. Many changes occur in the life of a patient from the moment a diagnosis of a non curable disease is done. As health professionals, we need to be able to care for them considering physical, psycho-affective and spiritual necessities, according to ethical standards. We need to understand what occurs with this patient and her family, respecting them and seeking to care for their real necessities, contributing for them to improve their quality of life, notwithstanding the life time remaining so that they have a death with dignity.

KEYWORDS: Terminally ill. Hospice care. Bioethics.

RESUMEN: Aunque tenemos hoy muchos avances tecnológicos, sigue todavía una gran cantidad de enfermedades para las cuales, incluso con los grandes esfuerzos para combatir, la curación en algún momento no es posible. Esto causa malestar no sólo para los pacientes y sus parientes pero también para la equipe médica. Este estudio es un examen bibliográfico que cubre el período 1992-2008 y busca mejorar el conocimiento acerca del cuidado de un paciente en fases avanzadas de una enfermedad, así como en la ayuda para parientes de los pacientes en esa situación. Muchos cambios ocurren en la vida de un paciente a partir del momento en que se hace la diagnosis de una enfermedad no curable. Como profesionales de salud, necesitamos poder cuidar de ellos considerando necesidades físicas, psicológicas, afectivas y espirituales, según estándares éticos. Necesitamos entender qué ocurre con este paciente y su familia, respetándolos e intentando cuidar de sus necesidades verdaderas, contribuyendo para que mejoren su calidad de vida, a pesar del poco tiempo de vida que tienen de modo que puedan tener una muerte con dignidad.

PALABRAS LLAVE: Enfermo terminal. Cuidados paliativos. Bioética.

Introdução

Atualmente, mesmo com os avanços tecnológicos desenvolvidos, ainda temos um grande número de doenças para as quais mesmo após os esforços realizados para seu combate, alcançam um estágio onde não é possível mais a cura. Para os profissionais da saúde em geral, este é um momento delicado, pois estamos acostumados a curar nossos pacientes e a perspectiva de que isto não seja possível pode ser

desanimadora. Em minha vivência profissional, pude atuar muito tempo junto a estes pacientes, sempre pude observar a importância de nossa atuação junto a estes pacientes, contribuindo para a melhora de sua qualidade de vida, independentemente do tempo de vida restante, ao invés de cultivar sentimentos de frustração e impotência. O convívio com estes doentes e seus familiares contribuiu muito não apenas para meu crescimento profissional, mas também pessoal.

A enfermagem sempre focalizou o cuidar do ser humano. Nas últimas décadas, esse papel tem sido incrementado por novos conhecimentos científicos e pelas mudanças tecnológicas na área da saúde, o que leva o enfermeiro à aquisição de mais responsabilidades perante o cuidar do paciente. Porém devemos nos lembrar que quando consideramos este cuidado, observamos que não é apenas o corpo que adocece, mas a pessoa em sua totalidade, o que exige a pres-

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. E-mail: tmoraes@attglobal.net

tação de um cuidado humanizado baseado em aspectos éticos.¹

Quando um doente recebe a notícia que sua doença não tem mais possibilidade de cura ou já está em estágio avançado, muitos questionamentos e dúvidas surgem em sua mente, por exemplo: por que isto está acontecendo comigo, como será minha vida agora, quando vou morrer? Todos estes questionamentos costumam trazer muita angústia a estes doentes.

Os familiares destes doentes também enfrentam muitas dificuldades em lidar esta situação, muitas dúvidas surgem, gerando sentimentos de ansiedade, incertezas, impotência frente aos fatos e a grande preocupação: o que fazer agora? Estas reações são afetadas por aspectos culturais, socioeconômicos, crenças e valores pessoais que devem ser compreendidos e respeitados por quem deseja assisti-los.

Ao pensarmos no cuidado a uma pessoa com doença em fase avançada, devemos considerar que necessitamos dar prioridade as suas necessidades. Estas necessidades na maioria das vezes não estão apenas no aspecto físico relacionado à doença, mas também nos aspectos afetivos, emocionais, psicológicos e espirituais envolvidos.

O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida. Mas será que estamos realmente preparados para lidar com este sofrimento?

Geralmente o profissional de saúde espera sempre a cura do doente, tendo dificuldades de lidar com a situação desta cura não ser possível. Devemos considerar também o fato de que atender um paciente terminal faz com que o profissional lembre-se da sua própria finitude e tenha que lidar com seus conceitos e emoções com relação a morte. Nestas situações muitas vezes o profissional de saúde acaba por se afastar deste doente,

estabelecendo barreiras na comunicação com eles e seus familiares, dificultando desta forma a realização de um atendimento de qualidade, contribuindo para que o doente se sinta “abandonado pela equipe”, piorando ainda mais a situação em que este se encontra.

A filosofia de cuidados denominada de Cuidados Paliativos, que vem sendo implantada em todo mundo, deve ser considerada no atendimento a estes pacientes

Cuidados paliativos

A OMS define Cuidados Paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, aliviando problemas relacionados a uma doença sem perspectiva de cura, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, que significa uma precoce identificação e manejo impecável no tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual².

Segundo o Instituto Nacional do Câncer) “cuidados paliativos são cuidados ativos prestados a pacientes e às suas famílias quando se estabelece que o doente já não se beneficiará de tratamento antitumoral³.

Seus princípios incluem: não apressar nem postergar a morte, oferecer alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, integrar aspectos psicológicos e espirituais do tratamento do paciente, oferecer apoio para ajudar a família durante a doença do paciente a após sua morte⁴.

Esta filosofia de cuidados deve ser prestada por uma equipe multiprofissional, com objetivos bem definidos e comprometimento em atendê-lo em suas reais necessidades

Os alicerces dos cuidados paliativos abrangem três grandes áreas:

- Honestidade e sinceridade em lidar com a realidade da morte e o morrer;
- Comprometimento em avaliar todos os fatores necessários ao conforto do paciente e de seus familiares;
- Desejo de contemplar essas necessidades pelo envolvimento ativo de outros profissionais capacitados para esse fim⁵.

Atualmente os cuidados paliativos constituem um desafio para as instituições e os profissionais de saúde, pois exigem o desenvolvimento de diversas competências relacionadas com o cuidado. Competências essas relacionadas a atitude e comunicação, que assumem um papel de destaque, já que se refletem diretamente nos pacientes, familiares e nos próprios enfermeiros⁶.

O conhecimento do que ocorre com o doente, seus familiares e com a equipe que o atende nos permitirá refletir sobre como poderemos auxiliar o doente em fase avançada de doença, proporcionando a ele e a seus familiares o atendimento de suas reais necessidades.

Reações comumente apresentadas pelo paciente em fase avançada de doença e por seus familiares

Quando um paciente percebe que sua doença está avançando muitos pensamentos e emoções podem surgir, dentre eles o medo do sofrimento, do que ainda irá acontecer, de como será sua vida dali em diante, medo de sentir dor, de que esta não seja aliviada, medo da dependência, não é fácil para ninguém depender de outros para atividades que antes eram realizadas sem auxílio, com a progressão da doença, muitas vezes estes indivíduos necessitarão de auxílio para locomover-se, para alimentar-se e

até para sua higiene pessoal, o que geralmente é muito constrangedor. Soma-se a isto a preocupação com o futuro de seus familiares e o medo da morte, muito comum por tratar-se de algo desconhecido.

Outras reações comuns são a raiva e o desânimo frente a situação.

Há uma crença arraigada de que o processo de morte é sempre acompanhado de dor e de sofrimento insuportáveis. Esta situação faz com que os familiares e amigos afastam-se do paciente, temendo o sofrimento e a sensação de impotência, de nada poderem fazer a respeito⁷.

Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura no estágio avançado da doença apresentam sentimentos como o choque, negação, raiva, aceitação entre outros.

As reações apresentadas pelo doente em fase avançada de doença variam de pessoa para pessoa, cada um reage às situações difíceis da vida de uma forma, de acordo com seus valores, crenças, modo de vida que teve até aquele momento.

Demonstrar compreensão pelo seu estado, suas reações e incentivá-lo a tomar atitudes positivas frente a uma situação tão difícil serão com certeza de grande valia para todos.

Todos estes medos associados aos sintomas trazidos pela doença e as reações dos familiares e da equipe de saúde podem gerar grande estresse a este paciente. Quando o compreendemos e o incentivamos a conversar sobre o assunto, respeitando suas emoções e reações frente a situação, estaremos contribuindo para que ele consiga encontrar um modo de lidar com a situação com menos sofrimento.

A família como parte integrante de nossa vida não pode ser esquecida quando pensamos em atender um doente fora de possibilidade de cura.

A partir do diagnóstico que um familiar possui uma doença difícil

de ser curada, muitas alterações ocorrem no meio familiar, principalmente com os membros mais próximos desse doente.

Durante as fases de tratamento, os familiares referem-se a queixas de estresse oriundas de presenciarem o sofrimento emocional e físico do paciente e também do envolvimento com as demandas e consequências do tratamento, como internações hospitalares, realização de exames, ou seja ele passa a participar de uma rotina de vida⁸.

Outra questão a ser considerada é o comportamento exercido, muitas vezes pelos familiares no sentido de ocultar seus sentimentos, tentando fingir que nada está acontecendo, que estão bem, para assim transmitir ao paciente a impressão que está tudo bem. Com esta atitude dos familiares, o doente em geral sente maior dificuldade em expressar suas dúvidas, tristezas, com receio de magoar ou preocupar seus familiares. Com isso se torna difícil o diálogo que poderia contribuir para amenizar as angústias sentidas neste momento⁸.

Além disto, com o passar do tempo eles veem seu ente querido piorar apesar do tratamento que está sendo realizado, surge a angústia, muitas vezes a revolta “Por que isto está acontecendo?”.

Sentimentos de impotência são comuns e pensamentos do tipo “Que mais que eu posso fazer?”, “Como tudo isto vai terminar?” podem surgir.

Esses pensamentos apesar de contribuir para o aparecimento de ansiedade, angústia, tristeza, são normais devido a situação enfrentada por esses familiares. Neste momento é de grande importância o apoio espiritual de acordo com a religiosidade de cada um e o auxílio dos profissionais de saúde no que se refere a fornecer as informações necessárias e estar disponível para ouvir estes familiares. Sempre de-

vemos nos lembrar que ninguém adoece sozinho e como profissionais da saúde precisamos estar preparados para oferecer um assistência adequada a estas famílias

Importância da comunicação

Ao atendermos o paciente e seus familiares devemos nos lembrar que a comunicação é um instrumento básico de enfermagem e torna-se fundamental desenvolver neste processo não só a comunicação verbal, mas também a não verbal

Além das palavras existem outros itens que influenciam na comunicação⁴.

Muitas vezes não temos ideia de como é importante essa conversa com este doente, em muitas situações ele apenas precisa ser ouvido e se sentir compreendido, se sentir apoiado por quem está próximo, isto pode trazer alívio para seu sofrimento.

Esta conversa nem sempre é fácil, pois algumas preocupações, medos podem ser expostos, mas se o doente não puder expressá-los para quem está próximo, para quem ele irá expressá-las.

Outras vezes ele pode não ter vontade de falar, nestes momentos uma presença amigável segurando em sua mão pode ser muito confortador. O respeito pelo momento que a pessoa está vivenciando também é importante, aceitar o seu desejo de conversar ou não já é um sinal de respeito a sua pessoa. Outras vezes ele pode querer falar, mas tem medo de não ser compreendido, ser mal interpretado por quem o escuta, demonstrar compreensão pela sua situação é importante neste momento. Não adianta dizer frases como “não se preocupe, isto não é nada” ou “isto vai passar logo”. Este tipo de frase já desencoraja a pessoa a expor o que está sentindo.

Frases do tipo: O que o está preocupando? Como você está se sentindo com esta situação e “é normal que você se sinta deste modo” podem ser úteis, pois além de permitir que ele se expresse, diga o que está pensando e sentindo, demonstra nosso interesse e compreensão com seus pensamentos e sentimentos.

A pessoa que cuida também precisa de cuidados, pois cuidar de um doente em fase avançada de doença não é fácil, principalmente se for uma pessoa querida.

É de grande importância que esta pessoa tenha também alguém para conversar, alguém em quem ele possa confiar, que o compreenda, esta pessoa pode ser um outro familiar, um amigo, um religioso ou um profissional da saúde. O importante é que seja uma pessoa com condições de ouvi-lo e compreendê-lo, respeitando também seus sentimentos e pensamentos.

Um fator importante que interfere nos resultados da comunicação que estabelecemos é o “não julgamento” das reações do outro. Nem sempre as pessoas reagem do modo como esperamos, ele pode reagir de um modo que consideramos errado ou até absurdo, porém se queremos realmente auxiliá-lo, devemos primeiro ouvi-la sem julgamentos, pois não sabemos na realidade como reagiremos se vivenciássemos aquela situação, ou seja, não estamos no lugar do outro, portanto o melhor é evitar julgamentos. Após ouvi-lo iremos verificar se existe alguma coisa para dizer ou fazer para auxiliá-la caso não exista, ao menos permitimos que ele se expresse o que já poderá ter sido útil.

Como profissionais da saúde nem sempre sabemos o que dizer ao doente ou a seus familiares para aliviar seu sofrimento, porém ao estabelecermos uma relação de confiança, demonstrar disponibilidade, atenção e apoio, já estaremos fazendo algo para auxiliá-los⁹.

Importância do apoio espiritual

Conceituar espiritualidade é uma tarefa complexa, pois envolve significados individuais e coletivos, propósitos e valores humanos, tais como compaixão, amor, honestidade, cuidado, sabedoria entre outros. Conceituando-a de modo amplo, a espiritualidade pode ser compreendida como o propósito da vida do indivíduo, ou seja, aquilo que move o ser humano adiante, é uma busca contínua para tentar responder grandes questões humanas, tais como: Quem sou eu? Qual é o meu propósito no universo? Qual é o significado da existência humana¹⁰.

A espiritualidade pode ser definida como aquilo que permite que uma pessoa vivencie um sentido transcendental da vida¹¹.

Muitas questões podem surgir, quando o paciente percebe que está mais próximo da morte, tais como: e agora o que vai acontecer comigo? Como vão ficar meus familiares? Será que na hora da morte eu vou sofrer muito? Estes e outros questionamentos são comuns pois é um momento em que muitas vezes ocorre o questionamento sobre qual é a finalidade real da vida? Independentemente de crenças e valores religiosos, na maioria das vezes, neste momento o doente irá refletir sobre sua vida, o que fez, o que não fez, os objetivos e sonhos que realizou ou não, neste momento de reflexão muitas vezes vem o arrependimento por alguma situação vivenciada, quando isto ocorre e o doente expressa vontade de ver ou falar com alguém, devemos na medida do possível, procurar atendê-lo. Muitas vezes alguns minutos de conversa com alguém pode solucionar, diminuir ou eliminar magoas que foram cultivadas durante toda uma vida. A possibilidade de rever alguém, desculpar-se ou apenas expressar seus sentimentos para

esta pessoa, costuma trazer grande alívio para o doente, possibilitando que sua morte seja mais tranquila.

Devemos nos preocupar em atender este doente em todas as suas necessidades procurando dar atenção às necessidades de sua alma, pois muitas vezes, nesta fase elas terão maior importância para esse doente do que as necessidades físicas.

Compreender o sofrimento desta alma neste momento em que se sente próxima a deixar a vida que conhece, para vivenciar algo desconhecido nos possibilitará fornecer o apoio e conforto que ela necessita, dentro do que nos for possível.

Nesta fase da vida, independentemente dos pensamentos, sentimentos, reações que este doente possa apresentar é muito importante ele se sentir compreendido e respeitado e ser tratado com atenção e bondade.

Normalmente como seres humanos precisamos nos sentir aceitos, compreendidos, amados isto não se modifica com um estágio avançado de doença.

Muitas pessoas não têm o hábito de refletir sobre o sentido da vida, sobre a presença de Deus ou de uma força superior que permeia, ou seja, faz parte de nossa vida e é exatamente este momento difícil de doença que poderá lhe possibilitar uma busca por respostas ou reflexão sobre estes temas. Este tempo de reflexão e muitas vezes de descobertas pode trazer conforto a este doente, auxiliando-o a lidar melhor com a situação.

Muitas vezes confundimos o apoio espiritual com o apoio religioso, realmente eles geralmente caminham juntos, mas devemos compreender que quando nos referimos a apoio espiritual estamos nos referindo é a apoiar o interior de sua pessoa, a sua “alma” e isto pode ocorrer independentemente do aspecto religioso, não importa

se essa pessoa possui ou não uma religião, caso ela possua é importante respeitá-la e propiciar que ela receba a visita e apoio de representantes de sua religião. Mesmo que ela não possua uma religião ela pode e deve receber apoio para sua alma, este apoio será muito importante para que ela se sinta mais confortada perante a situação que vivencia e como poderemos oferecer este apoio? Fazendo com que ela se sinta valorizada, querida, respeitada, estas demonstrações de contribuirão para que o final de sua vida e sua morte ocorram de um modo mais tranquilo. Devemos lembrar que o apoio espiritual é importante em todas as fases da doença. Aliás a espiritualidade permeia, toda nossa vida, somos almas em um corpo, somos filhos de Deus e o ideal é que procuremos sempre esta ligação com uma força superior, que busquemos compreender o sentido da vida, pois nos auxiliará a viver melhor e conseqüentemente a morrer melhor⁹.

O apoio espiritual deve se estender também aos familiares, principalmente ao cuidador, não apenas durante a fase de doença, mas também após a morte de seu ente querido. Neste momento deveremos ouvi-lo apoiá-lo e buscar atendê-lo em suas necessidades, contribuindo para que seu sofrimento seja amenizado, e com o passar do tempo ele possa readaptar-se a sua rotina de vida.

Como podemos observar o cuidar de um doente em fase avançada de doença envolve vários aspectos, porém devemos considerar que ao atender este paciente e seus familiares, devemos considerá-lo de modo holístico e ético, para que nossa atuação possa realmente ser eficaz.

Controle de sintomas

Quando pensamos no cuidado a uma pessoa com doença em fase

avançada, devemos considerar que necessitamos dar prioridade as suas necessidades.

Devemos perguntar ao doente “O que o está incomodando?”, “Como posso ajudar?”, deste modo será mais fácil atendê-lo em suas reais necessidades.

Quando se fala, por exemplo, em paciente com câncer fora de possibilidades de cura, sob cuidados paliativos, devemos nos lembrar que uma diversidade de sintomas é possível. Eles podem ser decorrentes da própria doença, de sequelas e complicações do tratamento, ou decorrentes de doenças ou tratamentos associados. Deste modo, precisamos estar atentos a presença destes sintomas e ao seu tratamento, bem como realizar revisões periódicas, pois a mudança de prioridade pode ocorrer de um dia para outro, como, por exemplo, em um dia o sintoma que esta causando mais desconforto é a dor, em outro dia a dor pode já ter sido controlada e o sintoma que mais incomoda pode ser a constipação intestinal.

A seguir algumas considerações sobre os sintomas mais comuns.

Anorexia/ caquexia

A Anorexia é o segundo sintoma mais comum em cuidados paliativos, ocorre em 65-85% dos casos cujo manejo tem como objetivo a melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares e a manutenção da integridade física, uma vez que não é o objetivo a melhora do estado nutricional do paciente. Pode ser definida como uma diminuição na ingestão de comida, sendo uma das principais características da síndrome da caquexia e um fator de contribuição para a caquexia¹².

É de grande valia a orientação da família com relação a anorexia, pois uma das grandes preocupações que em geral a família apresenta

ocorre quando o paciente diminui a ingestão de alimentos, deve-se explicar as causas e orientar uma dieta fracionada, ou seja, pequenas quantidades de alimentos a intervalos regulares.

A caquexia é um complexo e debilitante estado involuntário de perda de peso que complica a evolução da doença maligna presente em 80% dos pacientes oncológicos fora de possibilidades de cura¹³.

Devemos considerar que a alteração da imagem corporal reflete diretamente na sensação emocional de bem-estar e muitas vezes essa é a principal preocupação dos pacientes com doenças incuráveis em fase avançada e, geralmente, vem acompanhada de ansiedade, distúrbios de ajustamento e depressão.

Neste caso devemos orientar a atenção ao ajuste das roupas, próteses dentárias, a instalação de corrimão nas dependências da casa para facilitar a adaptação do paciente à situação.

Dor

Atualmente a dor já é considerada o quinto sinal vital, ocorrendo em 60-90% dos pacientes com câncer avançado, que deve ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial¹⁴.

A dor de um paciente portador de uma doença fora de possibilidades de cura pode ser agravada pelo fato de anunciar-lhe a proximidade da sua morte. Admitir a importância do alívio da dor desde o início do tratamento da doença até as últimas horas de vida é condição fundamental¹⁵.

Para que um adequado controle da dor seja realizado é importante uma acurada avaliação do quadro algico, bem como utilização de terapêutica orientada pela OMS,

respeitando-se a individualidade de cada um.

A dor deve ser avaliada detalhadamente quanto à sua intensidade, duração, características físicas, ritmo, fatores desencadeantes e atenuantes. As avaliações devem ser periódicas.

Deve-se escolher o método mais adequado à compreensão do paciente e este deve ser utilizado por todos os membros da equipe. Esta avaliação também será útil na avaliação da terapêutica empregada, ou seja, a terapêutica esta proporcionando alívio completo, ou apenas parcial.

A terapia mais utilizada para o tratamento da dor oncológica, que podem ser aplicados à dor crônica de qualquer natureza, é baseada na Escala Analgésica proposta pela OMS. Segundo esses princípios a dor deve ser tratada respeitando a ordem descrita abaixo¹⁶:

- **Opióides Fortes:** utilizada para dor severa, apresentam efeitos colaterais intensos como náuseas, vômitos, constipação intestinal, sonolência, prurido, depressão respiratória e confusão mental. Diante desses sintomas o enfermeiro elabora o plano de cuidados relacionado a cada ocorrência. São exemplos de opiáceos fortes: morfina, fentanil transdérmico, oxiconona e metadona);
- **Opióides Fracos:** utilizado para dor moderada, com efeitos colaterais semelhantes aos opióides fortes. São exemplos dessa classe de medicamentos: codeína e tramadol;
- **Não Opióides:** utilizados para a dor leve, com efeitos colaterais como desconforto gastrointestinal, alteração da hemostasia e coagulação os quais podem ser minimizados, com a administração do medicamento com leite ou durante as refeições.

São exemplos: dipirona, paracetamol, AINH).

Além dessas medicações existem algumas classes que são chamadas de adjuvantes, são medicações que auxiliam no controle da dor, atuando em sistemas paralelos. As classes normalmente utilizadas são os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina); anticonvulsivantes (gabapentina, carbamazepina); neurolépticos (haloperidol, clorpromazina e levomepromazina); benzodiazepínicos, inibidores do canal de cálcio, bifosfatos, ketamina¹⁶.

Outro aspecto a ser considerado é o controle dos efeitos colaterais mais apresentados pelos analgésicos, caso este controle não seja eficaz pode interferir no sucesso da terapêutica.

Constipação

A constipação intestinal é um sintoma frequente, sua prevalência está associada ao uso de opióides¹⁷.

Suas causas também podem estar associada diretamente a obstrução, lesão neurológica, hipercalemia e suas causas secundárias podem estar relacionadas a dieta pobre em fibras, desidratação, astenia, falta de atividade física.

Muitas vezes este paciente necessitará da prescrição de um laxativo, de acordo com o protocolo da Instituição, especialmente nos casos da utilização de analgésicos opióides para controle da dor, estes, entre outros efeitos, inibem o peristaltismo intestinal ocasionando a constipação, geralmente no momento da prescrição do opóide, também é prescrito um esquema laxativo.

Náuseas/ vômitos

Náusea é uma sensação desagradável que ocorre na parte gastrointestinal alta que pode ou não estar associada com vômito. Vômi-

to é a expulsão do conteúdo gastrointestinal pela boca¹⁷.

Estes sintomas estão presentes em 40-50% dos pacientes e sua causa estão ligadas a hepatomegalias ou grandes tumores, compressão gástrica por ascite, estreitamento, obstrução intestinal, quimioterapia e radioterapia⁵.

O enfermeiro deve trabalhar juntamente com a equipe de nutrição para fracionar a dieta e ingestão predominante de líquidos; posicionar o paciente em decúbito lateral (prevenção de broncoaspiração); além da administração medicamentosa conforme prescrição médica¹⁸.

Dispneia

É caracterizada pela dificuldade de respirar, o paciente apresenta uma sensação de falta de ar, sua prevalência é de 55%, porém sua prevalência aumenta a medida em que a enfermidade se agrava. Esse sintoma também vai depender da localização do sintoma, sendo geralmente de origem multifatorial¹⁷.

A dispneia é uma manifestação clínica comum em 50% dos pacientes em estágio avançado da doença. O mecanismo de controle situa-se no SNC e tem dois componentes: o voluntário, que se localiza no cortex cerebral, e o autônomo, localizado o IV ventrículo. A dispneia pode ser causada por alterações decorrentes de metástase pulmonar, neoplasia de base, anemia, infecções respiratórias, podendo ocorrer derrame pleural, linfagite, tosse produtiva¹³.

A utilização de algumas medicações por prescrição médica podem aliviar a sensação de dispneia (morfina), benzodiazepínicos (efeito ansiolítico e relaxante muscular) a hyoscina (diminui a secreção relaxa a musculatura lisa e diminui o broncoespasmo)¹².

O enfermeiro tem papel ativo no controle deste sintoma oferecendo oxigenoterapia de acordo com a necessidade do paciente; manter o paciente em decúbito elevado e em posição confortável; realizar mudança de decúbito constante proporcionando maior oxigenação e perfusão pulmonar, dentre outros¹⁷.

A administração de medicamentos conforme orientação médica, o proporcionar um ambiente tranquilo e o apoio e orientação dos familiares neste momento são de grande importância.

Atuação da equipe multidisciplinar

Prestar assistência ao paciente fora de possibilidades de cura é ter convicção de que sempre podemos oferecer conforto à pessoa independente da evolução da sua doença¹³.

Nunca podemos dizer a um doente ou a seu familiar que “nada mais pode ser feito” nesta fase de doença, podemos não ter mais o que fazer para curá-lo, mas sempre temos o que fazer para aliviar seu sofrimento.

O que acontece geralmente com esse profissional quando se vê diante de um doente que não tem mais possibilidade de cura?

Algumas vezes eles temem um contato mais próximo com esse doente, devido às perguntas que podem ser feitas e o medo de não saber respondê-las adequadamente.

Por exemplo: você acha que eu vou morrer logo? O que poderemos responder? Será que precisamos como profissional de saúde ter respostas exatas para tudo? Algumas sugestões para esta resposta: não sei, não temos como dar uma resposta exata a essa pergunta, sua doença está avançada, porém estamos fazendo todo possível para auxiliá-lo. Em geral quando o doente

faz esta pergunta, ele conhece a resposta, o que é mais importante é demonstrar que ele não será abandonado nem deixará de ser cuidado neste momento.

Outro fator que interfere nas reações da equipe são as dificuldades de lidar com o lado emocional do paciente e de seus familiares e com o grau de sofrimento que apresentam. Muitas vezes temos dificuldades de lidar com nossos próprios sentimentos e emoções frente à perda e mesmo frente à morte. Esses fatores acabam contribuindo para um “afastamento” desse profissional e para a colocação de barreiras na comunicação como doente e seus familiares.

O enfermeiro deve buscar comunicar-se efetivamente com o paciente, ouvindo-o sempre que possível, ajudando-o a expressar seus sentimentos e ideias.

Fatores como: valores e crenças, formação profissional, características de personalidade, recursos materiais e humanos interferem no grau de dificuldade da equipe em atender estes doentes. A equipe deve aprender a examinar a situação, modificar o que for possível, aceitar o que não pode ser modificado e auxiliar o doente e familiar a lidar da melhor forma com a situação.

A seleção dos profissionais para este atendimento também é importante, alguns itens a serem considerados são: interesse em participar da equipe, competência, compromisso com o cuidar e facilidade de comunicação.

O doente em fase avançada de doença necessita de atendimento e apoio de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro e sua equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogo e assistente social, considera-se esta a equipe mínima ideal para atendimento destes doentes sendo também de grande importância a presença do fisioterapeuta, tera-

peuta ocupacional nutricionais, não nos esquecendo do valor de atuação dos religiosos e voluntários. Cada um devera desempenhar o seu papel, priorizando os objetivos de atendimento as necessidades do doente⁹.

Todos os pacientes têm direito ao melhor cuidado possível nessas circunstâncias. A equipe deve ter como objetivos¹³:

- Dialogar sobre as opções com o paciente e sua família;
- Oferecer suporte para ajustar-se a crescente inabilidade física;
- Proporcionar adequação às atividades de vida diária;
- Estimular o autocuidado;
- Estimular a participação dos familiares;
- Sugerir o acompanhamento de psicológico do paciente e sua família;
- Sugerir assistência espiritual do paciente e sua família.

Quando os nossos conhecimentos nada mais podem fazer para salvar a pessoa do inevitável, a nossa demonstração de respeito, compreensão e afeto, podem contribuir muito para o alívio de seu sofrimento

Considerações finais

Cuidar de um paciente em fase avançada de doença não é fácil, pois devemos atendê-lo em todas as suas necessidades: físicas, psicoafetivas, espirituais. Isto requer do profissional de saúde comprometimento, sensibilidade, facilidade de comunicação, além de conhecimentos técnico-científicos. Muitas vezes esperamos pela cura de nosso paciente e quando isto não é possível podemos nos sentir impotentes perante a situação. Devemos também considerar a demanda emocional solicitada pelo paciente e seus familiares, todos estes itens podem

dificultar o atendimento a estes pacientes. Porém não podemos nos esquecer de que um paciente em fase avançada de doença esta vivo

e requer cuidados como os demais pacientes. Há necessidade de aprimorarmos nossos conhecimentos sobre o cuidado a ser oferecido a

estes pacientes para que possamos contribuir para que ele tenha uma sobrevida com qualidade e uma morte com dignidade

REFERÊNCIAS

1. Beresin R. O cuidar na enfermagem: aspectos psicológicos. In: Farah OGD, Sá AC. Psicologia aplicada a enfermagem. Barueri, SP: Manole; 2008. p. 1-3.
 2. Who. Definition of palliative care. [citado 21 Dez 2006]. Disponível em: <http://www.int/cancer/palliative/definition/en/>
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos oncológicos. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
 4. Silva YB. Paciente fora de possibilidades terapêuticas oncológicas. In: Ayoud AC, Fontes ALC, Silva MAA, Alves NRC, Gigliote P, Silva YB. Planejando o cuidar em enfermagem oncológica. São Paulo: Lemar; 2000. p. 231-5.
 5. Mohallen AGC, Rodrigues AB. Enfermagem Oncológica. São Paulo: Manole; 2007.
 6. Guedes JAD. A enfermagem nos Cuidados Paliativos. Online Braz J Nurs. 2007 [citado 13 Ago 2008];6(2). Disponível em: <http://www.uff.br/ojs-2.1.1/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007.740/198>
 7. Kovács MJ. Morte e Desenvolvimento humano. São Paulo: Caso do Psicólogo; 1992.
 8. Penna MLT. Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. In: Filho JM, Burd M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 379-90.
 9. Moraes T. Como cuidar de um doente terminal: orientação para cuidadores. São Paulo: 2008. p. 84-6.
 10. Sá AC. Espiritualidade. In: Farah OGD, Sá AC, organizadores. Psicologia aplicada a enfermagem. Barueri: Manole; 2009. p. 145-6.
 11. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med. 2000;3:129-37.
 12. Guimarães JR. O manual de Oncologia. São Paulo: BBS Editora; 2004
 13. Ayoub AC. Bases da Enfermagem em Quimioterapia. São Paulo: Lemar; 2000.
 14. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latinoam Enf. 2002 [citado 9 Set 2008];10(2):446-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13355.pdf>
 15. Driver LC, Bruera E. The MD Anderson palliative care handbook. Houston: The University of Texas MD Anderson Center; 2002.
 16. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: 1996.
 17. Astudillo W. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005.
 18. Santos AFL, Ramos AM. Nutrição e Câncer. Prat Hosp. 2007;50:37-8.
-

Recebido em 3 de fevereiro de 2009
Versão atualizada em 26 de fevereiro de 2009
Aprovado em 18 de março de 2009