

Seção 5

“Todo cuidado é pouco”

Porém, tragicamente, os piores casos - aquelas pessoas que estavam nos últimos estágios de alguma doença, os que estavam morrendo - eram os que recebiam o pior tratamento. Eram colocados nos quartos mais distantes dos postos de enfermagem. Eram obrigados a ficar deitados sob luzes fortes que não podiam desligar. Não podiam receber visitas, exceto durante os horários permitidos. Deixava-se que morressem sozinhos, como se a morte fosse contagiosa (KÜBLER- ROSS, 1998, p. 132).

Na seção 5 aborda-se o cuidado a uma paciente em estado terminal, condição que exige atenção especial por parte da equipe de saúde em relação ao paciente e sua família.

Ao final desta seção espera-se que você seja capaz de:

- Compreender os princípios que regem os cuidados paliativos.
- Compreender o processo de manuseio das principais condições que acometem os pacientes em cuidados paliativos.
- Preencher, de forma correta, a declaração de óbito de pessoas sob os cuidados da equipe de saúde.

O caso Dona Letícia

Dona Letícia, 50 anos, vem recebendo assistência domiciliar da Equipe Verde. Encontra-se em cuidado paliativo devido a câncer de mama. Vive com a filha, Gisele, e o marido Arnaldo. A Dra. Renata, médica da equipe, foi realizar a visita domiciliar programada na casa de Dona Letícia, acompanhada pela agente comunitária Sônia. Dona Letícia, há três semanas, foi encaminhada pela Dra. Renata para internação hospitalar devido a derrame pleural secundário à metástase pulmonar.

Na ocasião, Dona Letícia apresentou dor torácica moderada ventilatório-dependente e dispneia leve à noite, além de tosse pouco produtiva. Foi encaminhada pela Dra. Renata ao Hospital Municipal de Curupira, onde permaneceu internada por duas semanas. No relatório de alta consta que o derrame pleural foi drenado e a paciente submetida a algumas sessões de radioterapia paliativa. A família relata que os médicos do hospital disseram “que nada mais poderia ser feito e que dariam alta para que ela morresse em casa”.

Atenção básica e cuidados paliativos

A Atenção Básica tem importante papel na continuidade do acompanhamento e tratamento dos pacientes em cuidados paliativos, especialmente no momento em que não pode mais ser ofertado tratamento curativo, em especial nas regiões de difícil acesso a centros de referência. São aqueles pacientes que retornam para suas casas, pois “nada mais há a ser feito”.

Uma questão a ser considerada é que o domicílio costuma ser o local de preferência, em algum momento, de tratamento, por parte significativa dos pacientes ou familiares e que pacientes costumam preferir ir para suas casas na fase terminal da doença.

Para que essa interação entre equipe, família e paciente possa ocorrer, é necessário tempo disponível por parte da equipe, com uma agenda que facilite sua atuação domiciliar. A disponibilidade de tempo para atendimento no domicílio é um aspecto de grande relevância, uma vez que, pela própria natureza do tipo de paciente atendido, as visitas da equipe consomem considerável tempo. Ademais, a equipe que vai ao domicílio precisa estar disponível a qualquer momento, ajudando e transmitindo confiança aos familiares. A prática adequada dos cuidados paliativos preconiza atenção individualizada ao doente e à sua família e busca pela excelência no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento.

Sabe-se que quanto mais próximo da morte estiver o paciente, maiores serão suas necessidades e dos familiares, exigindo consultas mais frequentes. Portanto, quando os últimos dias de vida do paciente estão se aproximando, deve ocorrer intensificação das visitas domiciliares.

O foco da atenção em cuidados paliativos não deve ser a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser com direito à informação e à autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento.

Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, a partir de prevenção e alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A prática dos cuidados paliativos ampara-se no **controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual**. Os princípios do controle desses sintomas baseiam-se em:

- Avaliar antes de tratar.
- Explicar as causas dos sintomas.
- Não esperar que o doente se queixe.
- Adotar estratégia terapêutica mista.
- Monitorizar os sintomas.
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas.
- Cuidar dos detalhes.
- Estar disponível.

Nas situações em que o doente tem alta dependência, os cuidados paliativos se impõem. Torna-se imperioso o trabalho de educação para ações como os cuidados no leito e também a prevenção de feridas, os cuidados com a alimentação, as adaptações da oferta de alimentos e a comunicação amorosa. Os medicamentos que retardavam a evolução da doença devem ser suspensos, assim como se deve ter parcimônia no tratamento de intercorrências, evitando-se as intervenções agressivas. Deve-se estar atento ao controle da dor que o imobilismo e os procedimentos de conforto podem provocar, como os curativos, as mobilizações, as trocas e as aspirações de vias aéreas superiores.

Continuando com os cuidados...

Dona Letícia relata persistência de dor torácica ventilatório-dependente e tosse leve, pouco produtiva. Refere, também, melhora do apetite após a internação e tratamento. Avaliada em relação à sua dor, classifica-a em cinco na escala visual numérica.

A Dra. Renata inicia codeína 30 mg, que deverá ter efeito satisfatório para o controle da dor e da tosse. Mantém contato com a equipe hospitalar responsável pelos cuidados à Dona Letícia. Dona Letícia deverá se submeter a sessões de radioterapia paliativa e controle do derrame pleural.

Controle de dor

O controle da dor, em cuidados paliativos, deve ser baseado em avaliação cuidadosa, com elucidação das possíveis causas e dos efeitos desse sintoma na vida do paciente, em investigação dos fatores

psicossociais que possam estar influenciando e no impacto desses sobre o paciente. A anamnese e o exame clínico cuidadosos são fundamentais e investigações laboratoriais ou radiológicas podem ser necessárias.

Os princípios do controle da dor em pacientes com câncer foram sistematizados pela World Health Organization - WHO (1996). Nesse documento a WHO desenvolveu uma escada analgésica (analgesic ladder) de três degraus para guiar o uso sequencial de drogas, que pretende aliviar a dor do câncer em 80% dos casos.

As vias de administração dos analgésicos podem ser:

Pela boca: a via oral é a de escolha para a administração de medicação analgésica e outras, sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções. Dá ao paciente mais controle sobre sua situação e autonomia para o autocuidado.

Pelo relógio: medicação analgésica para dor moderada a intensa deve ser administrada a intervalos fixos de tempo. Não esperar o paciente sentir dor para administrar a próxima dose da medicação.

Pela escada (analgesic ladder): a escada analgésica de três degraus para guiar o uso sequencial de drogas, no tratamento da dor de câncer (Figura 1).

Para as pessoas, as necessidades pessoais para analgesia variam enormemente. A dosagem e escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica de sua dor. A dose certa de morfina é aquela que alivia a dor sem efeitos colaterais intoleráveis.

Uso de adjuvantes

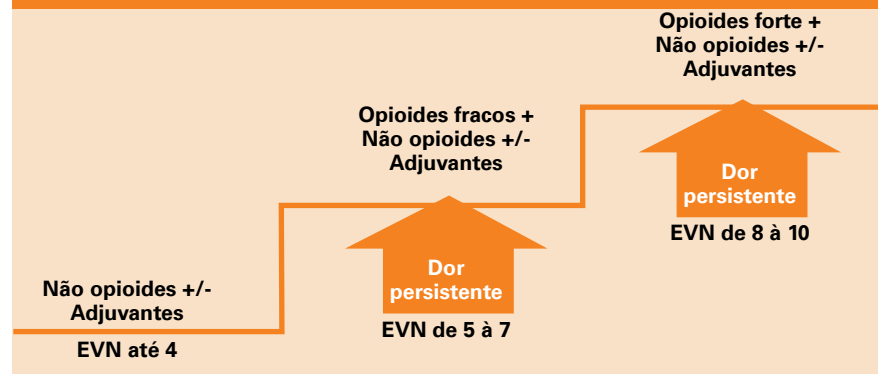
- Para aumentar a analgesia (corticosteroides, anticonvulsivantes).
- para controlar efeitos adversos dos opiáceos (antieméticos, laxativos).
- para controlar sintomas que estão contribuindo para a dor do paciente, como ansiedade, depressão, insônia.

Atenção aos detalhes: dar ao paciente e cuidadores instruções precisas, tanto escritas quanto orientadas verbalmente, sobre os nomes dos medicamentos, sua indicação, dosagem, intervalo entre as tomadas e possíveis efeitos colaterais.

Segundo orientação da Organização Mundial da Saúde, a escada analgésica orienta sobre a escolha do tratamento farmacológico da dor da seguinte forma:

- Três grandes classes de drogas - não opioides, opioides fracos e opioides fortes - são utilizadas sozinhas ou em combinação.
- Em ordem crescente, como os degraus de uma escada.
- De acordo com a intensidade e tipo de dor.

Figura 1 – Tratamento da dor: escada analgésica (*Analgesic ladder*), OMS



Fonte: Oliveira (2008).
EVN: Escala Visual Numérica.

Para avaliar a intensidade e a gravidade da dor, a Escala Visual Numérica (EVN) é comumente usada, pelo pouco tempo que requer para ser respondida e pelo fato de poder ser rápida e repetidamente utilizada durante o acompanhamento do paciente.

A EVN possui números de zero a 10, em ordem crescente da esquerda para a direita, em uma fita. Nela, zero significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. Assim, o paciente deve escolher o número que melhor representa a sua dor.

Para saber mais...

Orientações para intervenções farmacológicas em pacientes com dor, assim como noções mais aprofundadas em cuidados paliativos, podem ser obtidas a partir da leitura do manual: Cuidado paliativo. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/livros-e-revistas/livro_cuidado_paliativo.pdf>

Figura 2 - Escolha do analgésico segundo a intensidade da dor: Escala Visual Numérica (EVN)

Escala visual numérica (EVN)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Até 4: em geral tem boa resposta com não opiáceos e AINH +/- adjuvantes										
5 - 7 uso de opiáceos fracos +/- não opiáceos +/- adjuvantes										
8 - 10: uso de opiáceos fortes +/- não opiáceos +/- adjuvantes										

Fonte: Oliveira (2008).

Para avaliar a intensidade e a gravidade da dor, a Escala Visual Numérica (EVN) é comumente usada, pelo pouco tempo que requer para

ser respondida e pelo fato de poder ser rápida e repetidamente utilizada durante o acompanhamento do paciente.

A EVN possui números de zero a 10, em ordem crescente da esquerda para a direita, em uma fita. Nela, zero significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. Assim, o paciente deve escolher o número que melhor representa a sua dor.

Os cuidados da família...

Gisele, filha de Dona Letícia, encontra-se aflita, pois observou que a pele de Dona Letícia está muito sensível e vermelha na região glútea e tem medo que comece alguma ferida. A mesma foi orientada pelo enfermeiro Pedro Henrique sobre os procedimentos para prevenir úlceras por pressão e, em virtude disto, encontra-se atenta.

Alguns cuidados para prevenção de úlceras por pressão

- Mudanças de decúbito frequentes, hidratação da pele, incentivo à deambulação e exposição ao sol no período da manhã.
- Manutenção da higiene do paciente com sabão neutro.
- A cama deve ser limpa e seca, com roupas de tecido não irritantes, lisos, não engomados e sempre esticados evitando dobras. Coberturas plásticas ou protetores de cama não devem ter seu uso aceito; protegem a cama, porém podem causar sudorese, levando à maceração da pele do paciente.
- Uso de travesseiros ou almofadas no reposicionamento para proporcionar alinhamento corporal correto, aliviando a pressão em diversos pontos do corpo, principalmente sobre proeminências ósseas.
- Uso de colchão próprio, como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água, que redistribui o peso corporal, reduzindo a pressão à medida que a paciente afunda no fluido, propiciando uma superfície adicional que auxilia na sustentação do corpo, além de reduzir o peso corporal por unidade de área.
- A mudança de decúbito realizada a cada duas horas, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão no local.
- A paciente deve ser posicionada corretamente, evitando-se que seja “arrastada” durante a movimentação, e sim que seja erguida utilizando-se o lençol móvel, a fim de evitar lesões causadas por fricção e força de cisalhamento.

Para saber mais...

Sobre bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer de mama, veja o módulo “Saúde da Mulher” (COELHO; PORTO, 2009).

Reverendo a história de D. Letícia...

Dona Letícia é acompanhada pela Equipe Verde há dois anos, tempo este que coincide com o seu diagnóstico de câncer de mama avançado. Dona Letícia morava anteriormente em outro município e diz que frequentava a unidade de saúde regularmente. Quando questionada sobre a realização periódica de “exames de prevenção” sobre câncer de mama, relata que nunca havia tido suas mamas examinadas por profissional de saúde anteriormente ao diagnóstico de câncer. Na época observou grande nódulo na mama direita e na região axilar, quando procurou a unidade de saúde, onde foi feito diagnóstico de câncer de mama e encaminhada para tratamento. Em sua história familiar constatam-se: irmã falecida com câncer de mama há oito anos e mãe hipertensa.

O caso de Dona Letícia é mais comum do que se imagina: diagnóstico tardio do câncer de mama. A maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados, diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento. No caso de Dona Letícia, o atraso no diagnóstico se deu em razão da não realização do exame clínico das mamas, que deveria ser realizado anualmente, assim como a mamografia, pois a mesma pertence a um grupo de risco de câncer de mama (irmã faleceu devido a câncer de mama).

Novo encontro, novos esclarecimentos...

Dona Letícia relata diagnóstico de hanseníase há quatro anos, tendo recebido tratamento por 12 meses. Fazia controle na unidade de saúde perto de onde morava e descreve muita preocupação por parte dos profissionais que a atendiam em relação ao seu tratamento para hanseníase. Refere que sofreu muito durante o tratamento, pois apresentou quadro de neurite, evoluindo com mão em garra. Dona Letícia diz que: “com o problema da hanseníase, eu e os profissionais que me atendiam esquecemos o restante do corpo e o câncer de mama foi descoberto tarde demais”.

Para refletir...

Em virtude do diagnóstico de hanseníase, os profissionais de saúde se concentraram no tratamento da doença, negligenciando outros aspectos importantes da saúde da paciente. É muito comum que, em pessoas com determinadas condições de saúde que exigem muito empenho da

equipe, problemas de saúde mental, tuberculose, hanseníase, déficits neurológicos e alguns aspectos preventivos relacionados à saúde sejam esquecidos, pelos profissionais da Atenção Primária. A abordagem de outras condições e práticas preventivas, tais como exame preventivo do colo uterino, exame clínico das mamas e da próstata, entre outros, pode, assim, impedir a integralidade na atenção.

Dona Letícia, durante o tratamento de hanseníase, teve um surto reacional e evoluiu com deformidade da mão e incapacidade...

A hanseníase é causa importante de incapacidade física permanente entre as doenças infecto-contagiosas. A maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase são o diagnóstico e o tratamento oportunos dos casos, antes de ocorrerem lesões nervosas. O tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades. A doença e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias, em muitas sociedades.

Um pouco mais sobre Dona Letícia...

Dona Letícia teve dois filhos, Gisele (29 anos) e Aldair (25 anos), que fora assassinado há três anos, envolvido com tráfico de drogas. Ela diz que desde a morte do filho sua vida nunca mais foi a mesma, pois ficou muito desiludida, embora jamais estivesse deprimida. D. Letícia é casada com Sr. Arnaldo (55 anos) há 30 anos, com quem tem ótimo relacionamento. Foi colecistectomizada há seis anos, devido à colelitíase. Tem, como visto, histórico de hanseníase há quatro anos, evoluindo com comprometimento funcional da mão esquerda. No seu calendário vacinal, registram-se *influenza*, antipneumocócica e antitetânica em dia. Sempre trabalhou como “do lar”.

Durante a visita domiciliar...

Os profissionais da Equipe Verde abordam a família, nos aspectos relativos à doença de D. Letícia. Os familiares compartilham seus medos e suas expectativas, mas dizem estar preparados para a morte de Dona Letícia. Sr. Arnaldo e Gisele se manifestam preocupados quanto à

possibilidade do falecimento de Dona Letícia acontecer em horário em que a unidade de saúde se encontrasse fechada e de terem que levá-la à Medicina Legal para fornecimento da declaração de óbito. A Dra. Renata tranquiliza a família e diz que, caso aconteça o óbito, ela se dispõe a vir até o domicílio da família, se a unidade estiver em horário de funcionamento e, caso contrário, deixará a diretoria da Policlínica de Curupira avisada e o médico de plantão fornecerá a declaração de óbito. A família se mostra bastante tranquila com essa possibilidade. Dona Letícia tem recebido visitas de seu Pastor e dos membros da Igreja que frequenta e diz que está preparada para a morte, pois, de acordo com sua crença, “estará junto de Deus após a morte e terá alívio de seu sofrimento”.

O preenchimento da Declaração de Óbito

A emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do País (BRASIL, 2007). Assim, a responsabilidade do seu preenchimento, por questões legais mais do que médicas, causa desconforto a alguns médicos, principalmente no início da profissão. Esse temor, muitas vezes infundado, pode gerar grande desconforto para a família quando ocorre o óbito do doente, pois a busca por um profissional médico que ateste o óbito pode ser demorada e insatisfatória. A Dra. Renata acompanha o caso de Dona Letícia e caso o óbito aconteça em domicílio, em horário de trabalho, é a pessoa mais indicada para preencher a DO.

O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução CFM nº 1.779/2005, estabelece que: “É dever do médico atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, ainda que o mesmo ocorra fora do ambiente hospitalar, exceto quando se tratar de morte violenta ou suspeita”.

Após uma semana, durante a visita domiciliar...

A Dra. Renata, o enfermeiro Pedro Henrique e a ACS Sônia retornam à casa de Dona Letícia e a encontram bem disposta e referindo melhora significativa dos sintomas dolorosos e respiratórios. Na escala numérica de dor refere “um”. No momento, está em uso de codeína. A Dra. Renata

Para saber mais...

Para esclarecer dúvidas sobre o preenchimento da declaração de óbito, acesse as publicações: **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito** (BRASIL, 2011) e a **declaração de óbito: documento necessário e importante** (BRASIL, 2007). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf>.

alerta à família para comunicar-se com a equipe em caso de piora da dor, para a reavaliação da medicação analgésica. Pedro Henrique aborda Sr. Arnaldo e Gisele para verificar se estão bem. Eles afirmam que sim. A equipe agenda a visita para o período de uma semana, ou antes, se houver demanda da família. Pedro Henrique observa melhora da área de hiperemia em região trocantérica e reforça orientações para a prevenção de feridas.

Gisele diz que a agente Sônia sempre passa em sua casa para ver Dona Letícia e em qualquer problema eles farão contato. Agradece muito o cuidado e o carinho que a equipe está tendo com sua família, fato que tem contribuído para sua tranquilidade e de sua mãe.

Finalizando...

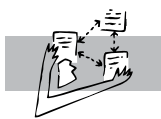
A boa comunicação com a família tem por objetivo manter todos os envolvidos no cuidado ao paciente e conscientes de todo o processo. Família bem informada torna-se excelente parceira no cuidar, detecta situações de risco precocemente e previne complicações e novas dependências.

A assistência à família inclui a orientação e observação do grau de participação dos componentes da família; ouvir, esclarecer dúvidas quanto aos cuidados prestados ao doente e, principalmente, ensinar-lhes os cuidados no domicílio e supervisioná-los; oferecer suporte emocional e acompanhamento até a fase final e, posteriormente, na fase de luto. Deve levar em consideração e registrar a vontade da pessoa em relação aos “[...] novos recursos tecnológicos (que) permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios [...]” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

As pessoas sempre me perguntam como é a morte. Digo-lhes que é sublime. É a coisa mais fácil que terão de fazer.

A vida é dura. A vida é luta. Viver é como ir para a escola. Dão a você muitas lições para estudar. Quanto mais você aprende, mais difíceis ficam as lições.

Aquela experiência foi uma dessas lições. Já que não adiantava negar a perda, eu a aceitei. [...] Quando aprendemos as lições, a dor se vai (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 18-19).



Atividade 6

Cuidados paliativos

A qualidade da atenção à saúde do paciente em cuidados paliativos e de sua família exige trabalho multidisciplinar, além da utilização dos recursos disponíveis na comunidade.

Descreva as ações realizadas pela sua equipe para o atendimento ao paciente em cuidado paliativo, no sentido de minimizar os problemas relacionados à doença e à prevenção de possíveis agravos, e as intervenções junto à família.

Na análise descritiva, considere os recursos que são destinados à atenção aos usuários em cuidado paliativo, os fatores facilitadores e dificultadores dessa atenção e a atuação da família nesse contexto, de acordo com a realidade do seu município.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Atividade 7

Diretiva antecipada de vontade

A Resolução no 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

Leia-a e discuta com seus colegas suas implicações dessa no cuidado das pessoas, especialmente adultas e idosas.