

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM FASE TERMINAL DE CÂNCER

Maria Inês Leal Ghezzi *

RESUMO: O presente trabalho aborda aspectos fundamentais do ponto de vista emocional e físico, na assistência de enfermagem ao paciente em fase terminal de câncer.

INTRODUÇÃO

Considera-se paciente terminal todo aquele paciente em fase final de qualquer doença. Neste trabalho nos limitaremos especificamente ao paciente portador de câncer.

O objetivo comum e básico da equipe de enfermagem ao assistir o paciente terminal é de lhe proporcionar uma sobrevida satisfatória não só do ponto de vista emocional como físico.

Como isto representa um desafio a todos elementos da área da saúde, realizamos um estudo em três hospitais gerais de Porto Alegre, com a finalidade de detectar aspectos fundamentais que possibilitem o alcance do objetivo acima descrito. Para tanto, verificamos que o planejamento da atenção de enfermagem deve ser baseada em três fatores:

- A) Percepção da equipe de enfermagem em relação ao paciente terminal;
- B) Reação do paciente ao diagnóstico e conduta de enfermagem ao paciente em fase terminal;
- C) Considerações gerais a cerca da dor.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Abordando inicialmente o item A: "Percepção da equipe de enfermagem em relação ao paciente terminal", constatou-se, através de levantamento realizado junto a enfermeiras e auxiliares de enfermagem, que aproximadamente 65% refere: "uma maior dificuldade em prestarem assistência de enfermagem ao paciente terminal", caracterizando-a como medo, revolta, depressão e pena.

* Enfermeira, Professora do Curso de Auxiliares de Enfermagem da Escola SENAC de Porto Alegre.

Identificamos também que cerca de 70% dos elementos da equipe de enfermagem (auxiliares e atendentes de enfermagem) oferecem resistência em terem esses pacientes em sua escala de trabalho, demonstrando um comportamento defensivo da realidade.

Observamos uma diminuição de qualidade na assistência de enfermagem quando se tratava de paciente terminal.

Kübler-Ross⁵ se refere a percepção da enfermagem em relação à morte, afirmando: "o mais importante é a atitude que assumimos e a capacidade de encarar a doença fatal e a morte. Se não somos capazes de encarar a morte com serenidade, como ajudar os nossos pacientes?"

Na realidade sentimos que o comportamento do paciente e familiares no que se refere a adaptação e possível aceitação à doença, dependerá além de outros fatores adiante mencionados, a atitude evidenciada pelos elementos da equipe multiprofissional frente ao diagnóstico. Portanto torna-se indispensável que seja desenvolvido um trabalho sistemático de esclarecimento e apoio que oportunize a enfermagem examinar seus sentimentos e dificuldades em relação a situação morte. A partir daí, talvez estejamos aptos a prestar melhor auxílio ao paciente, uma vez que devemos lembrar que nem os profissionais da área da saúde nascem e vivem aceitando naturalmente a morte como uma realidade. É necessário que isso seja trabalhado, elaborado, e de alguma forma, aceito como realidade inevitável.

Goepp-Hammond² refere-se especificamente a percepção social do câncer, dizendo que: "em nossa sociedade esta doença possui conotações muito negativas, preferindo a maioria dos indivíduos receberem um diagnóstico de infarto de miocárdio a câncer". Esta reação deve-se basicamente a três motivos prováveis:

- medo de sofrimento prolongado;
- medo de deformidades e comprometimento das funções normais;
- ausência de um tratamento definitivo.

Como consequência à percepção negativa que a grande maioria dos elementos da equipe de enfermagem possuem com referência ao câncer, observamos uma deficiente integração enfermagem-médico-família, acarretando um relacionamento insuficiente e inseguro com o paciente terminal.

Passando a analisar o seguinte item: "Reação do paciente ao diagnóstico e conduta de enfermagem", sabe-se que antigamente a equipe multiprofissional ocultava do paciente o diagnóstico de câncer, "para evitar que sofram", ou mesmo como uma reação de auto-defesa da equipe, impossibilitando um envolvimento maior com o paciente. Entretanto esta atitude foi se modificando e atualmente observa-se que, ao explicar ao paciente a natureza de sua doença, a maioria sente-se aliviado em poder compartilhar seus temores com enfermagem, familiares e médicos.

Basicamente a adaptação do paciente à doença, dependerá de alguns fatores como: quem ele é, sua atitude interna frente à vida, sua escala de valores, se possui religião, idade, estrutura familiar, posicionamento social e, principalmente percepção do paciente a cerca do câncer.

Um parâmetro prático para antecipar o grau de aceitação do paciente à doença é verificar, no momento do histórico de enfermagem, como este paciente enfrentou no passado crises importantes e cruciais da vida.

Entretanto podemos antecipar que a grande maioria dos pacientes, ao tomar conhecimento que a sua doença tem um prognóstico reservado, reage dizendo: "Não pode ser verdade!"

Kübler-Ross⁵ sugere cinco etapas pelas quais a maioria das pessoas atravessam quando conscientizam que estão prestes a morrer. São elas: "repúdio à morte, revolta ante a morte, questionamento da morte, depressão e aceitação da morte. Recomenda que para ajudar esses pacientes, é necessário conversar com eles de forma positiva, ajudando-lhes a encarar a morte, atendê-los em seus valores, buscando não somente cuidar de suas demonstrações de dependência, mas sobretudo, procurando dignificar a pessoa do paciente por meio de todos os cuidados. Acrescenta o fato de que, tomar consciência da proximidade da morte constitui uma surpresa brutal, e por mais que se diga que o paciente está preparado para este desenlace sua reação é, em grande número de casos, desconcertante".

Desde o momento em que o paciente toma conhecimento do seu diagnóstico até o desenvolvimento dos diversos estágios da doença, torna-se fundamental a equipe de enfermagem proporcionar condições para o paciente expressar seus temores a cerca da dor, impotência e morte que se constituem nas angústias mais comuns do paciente terminal. E aí torna-se imprescindível a equipe de enfermagem estar preparada para o questionamento e juntamente com a equipe médica consigam superar suas próprias apreensões a cerca da morte e mesmo reconhecer suas limitações frente à doença, e dessa forma o paciente possa receber uma ajuda mais eficaz.

Henderson⁴ considerou que o "enfermeiro por mais conhecimentos que possua e se esforce, não interpretará ou satisfará totalmente as necessidades do indivíduo. É algo difícil e delicado assistir o paciente em situação de vida-morte por estar o enfermeiro sujeito a emoções várias, que podem perturbar um diálogo sereno e construtivo".

As etapas terminais de vida possuem diferentes significados subjetivos relacionados a experiências de vida passada e ambiente atual. Estes aspectos irão delinear o perfil emocional do nosso paciente e a partir dele a enfermagem deve elaborar seu plano de ação.

A enfermidade ocorrendo no adulto, o paciente externa um sentimento de frustração por não poder continuar suas atividades normais e so-

bretudo demonstra preocupação com o aspecto financeiro da família. Na infância, observa-se uma maior necessidade de atenção e amor dirigido aos familiares. Ele solicita com mais intensidade e continuamente os pais ou substitutos. Quando o ancião é atingido, observamos uma reação muito parecida com a da criança, pois as necessidades de nutrição, segurança e amor se tornam prementes e os filhos assumem o lugar dos pais.

Portanto, analisando as reações observamos que elas diferem de acordo com a faixa etária, além dos fatores já relacionados e que a assistência de enfermagem deverá ser dirigida a partir das necessidades específicas de cada paciente, sua realidade de vida atual e sobretudo respeitando o comportamento escolhido pelo paciente para suportar a proximidade da morte.

Costa¹ refere-se a conduta dos enfermeiros frente a situação de morte, dizendo existir uma "tendência dos enfermeiros em não tratar o paciente numa visão global de suas necessidades, concentrando a atenção em cuidados físicos, numa aparente fuga do problema angustiante que é a morte".

Acredita-se que um comportamento por parte da enfermagem caracterizado por sinceridade, apoio e paciência são a base de um relacionamento mais positivo com o paciente, oportunizando-lhe uma reorganização interna frente a realidade: MORTE.

É importante transmitir ao paciente uma mensagem de fé, falar-lhe de uso de medicamentos e tratamentos. A esperança nunca deverá ser abafada e, sempre que possível, assegurar-lhe que, nessa batalha, ele nunca estará só mas sim acompanhado constantemente pelo médico, enfermagem e familiares.

A família deste paciente assume um papel significativo. Devemos lembrar que ela não é apenas um aglomerado de pessoas que vivem juntas. Constituem um sistema de emoções que entrará em desequilíbrio quando um dos membros for acometido por uma doença fatal. A enfermagem encontrará uma família superprotetora à disposição do paciente ou uma família hostil e indiferente à gravidade da doença. Cabe também à enfermagem identificar se a família está auxiliando o paciente, sempre lembrando contudo que, na maioria das vezes, o paciente preferirá ter o familiar por perto, mesmo que para nós ele represente uma ajuda negativa. Envolver os familiares na ajuda do paciente, também é função da enfermagem.

Passaremos a comentar alguns aspectos relacionados com a dor (uma vez que é a queixa mais comum desse paciente) como último fator a ser considerado no planejamento da atenção de enfermagem ao paciente em fase terminal.

A dor é uma experiência emocional subjetiva e a reação do paciente frente a ela varia de acordo com o estado emocional em que ele se encontra.

O medo, a depressão, a ansiedade e a irritação são estímulos emocionais que aumentam a dor.

O paciente capta a atitude de aparente indiferença da equipe à dor e isto agrava o medo, a impressão de incurabilidade e o rechaço.

Primeiramente a enfermagem deve compreender o mecanismo da dor no paciente canceroso. Ocorre devido a:

- compressão de plexos nervosos pelo tumor;
- fratura patológica de ossos próximos a nervos;
- infiltração de nervos e vasos sanguíneos por células tumorais;
- obstrução de víceras particularmente sistema gastrointestinal e genitourinário;
- oclusão total ou parcial de vasos sanguíneos por tumor adjacente determinando engurjitação venosa e isquemia;
- necrose e infecção.

Os pacientes cancerosos em fase terminal farão uso de analgésicos narcóticos que são drogas naturais ou sintéticas que aliviam a dor sem produzir perda de consciência e que possuem potencial para produzir deficiência física.

Conforme Goodman³, este tipo de medicação como por exemplo a codeína, sulfato de morfina e demerol exercem seu efeito primário sobre o sistema nervoso central, mas não se conhece com exatidão o mecanismo bioquímico pelo qual se produz seus efeitos.

Swerdlow⁷ acredita que os opiáceos atuem sobre o diencefalo e lóbulos frontais do cérebro, modificando a resposta do sistema central à dor e afetando a resposta emocional (percepção) do paciente à dor.

É importante estarmos cientes dos paraefeitos produzidos por essas drogas. Do ponto de vista respiratório, elas originam depressão respiratória pela ação direta sobre os quimiorreceptores dos centros respiratórios e talo encefálico, deprimindo também os centros do bulbo que regula a frequência respiratória. Clinicamente a depressão respiratória se caracteriza por respirações lentas, irregulares e periódicas. Como é comum metástase pulmonar, é importante estarmos atentos ao grau de insuficiência respiratória do paciente que fará uso dos opiáceos.

Do ponto de vista gastrointestinal, essas drogas reduzem a secreção gástrica, biliar e pancreática, retardando a digestão. O peristaltismo se torna mais lento, ocorrendo constipação. O tônus da musculatura lisa do trato biliar especialmente ao nível do esfíncter de Oddi aumenta determinando maior pressão ao nível do colédoco, provocando cólica biliar. As náuseas e vômitos são comuns.

Analisando os efeitos produzidos pelos opiáceos no sistema urinário, observamos um aumento do tônus da musculatura lisa deste sistema, poden-

do produzir espasmos. Há também, aumento do tônus do esfínter vesical, dificultando as micções. Conforme Papper⁶, a diminuição da excreção urinária ocorre devido a diminuição do fluxo renal e uma maior reabsorção dos túbulos renais.

Quanto à ação do analgésico narcótico no sistema cardio-vascular, verificamos que quando o mesmo é administrado em doses terapêuticas e o paciente permanece em decúbito dorsal, normalmente não se verificam alterações. Mas se o paciente levantar-se, observa-se lipotímia e vasodilatação periférica.

CONCLUSÃO

Face ao exposto, conclui-se que:

- Existe por parte da equipe de enfermagem uma atitude de resistência em assistir ao paciente terminal, devido a proximidade da morte que se constitui numa realidade não aceita pela maioria dos indivíduos.
- Este despreparo poderia ser minimizado se fossem realizados grupos sistemáticos durante os quais as dificuldades encontradas pelos diversos elementos da equipe fossem conscientizadas, discutidas e trabalhadas.
- A enfermeira deve atuar mais direta e ativamente no cuidado a pacientes graves e situações de morte.
- A enfermagem deve aceitar como provável o sofrimento que a ela caberá, ao assistir o paciente terminal.
- A atitude escolhida pelo paciente para enfrentar a morte pode não nos parecer a ideal, mas devemos entender e respeitá-lo, não insistindo em mudar seu comportamento.
- Os familiares são extremamente afetados com o diagnóstico de câncer, devendo ser informados a respeito da evolução da doença.
- Não existe uma conduta de enfermagem padrão e ideal ao lidarmos com o paciente portador de câncer. Podemos sintetizar dizendo que quando o paciente se encontra em fase inicial da doença, devemos falar-lhe de possível cura. Quando se encontra na fase intermediária de provável controle. E quando em fase terminal, asseguramos a palição.

SUMMARY: This paper examines the principal aspects of the emotional and physical view in nursing assistance to the patient who is in the last state of cancer.

BILBIOGRAFIA

1. COSTA, Luiza Aparecida Teixeira. *Situações Vida Morte*, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1971. 58p. Diss. Mest.
2. GOEPP-HAMMOND. *Seminário de Oncologia - Terapia de Apoyo del Paciente Canceroso*. Buenos Aires, Editorial Medica Panamericana, 1977.
3. GOODMAN, L.S. & GILMAN, A. *The Pharmacologic Basis of Therapeutics*. 4th.ed. New York, Macmillan, 1970, 1831p.
4. HENDERSON, Apud & COSTA, Luiza Aparecida Teixeira. *Situações Vida e Morte*, Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1971. 98p.
5. KUBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*, Rio de Janeiro, Martins Fontes, 1981. 290p.
6. PAPPER, S. & PAPPER, E.M. The effects of preanesthetics, anesthetics and pos-operative drugs on renal function. *Clin. Pharmacol. Therap.*, 5 : 205, 1964. Apud. GOEPP-HAMOND. *Seminários de Oncologia - Terapia de Apoyo del Paciente Canceroso*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1977.
7. SWERDLOW, M. *General Analgesics used in Pain relief: Pharmacology*, Br. J. Anaesth, 1967.
8. YEAWORTH, Rosalee and Col. Attitudes of nursing students toward the dying patient. Apud. COSTA, Luiza Aparecida Teixeira. *Situações Vida Morte*, Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1971. 98p. Diss Mest.

Endereço do Autor: Maria Inês Leal Ghezzi
Author's Adress: Av. Iguassu, 270 Ap. 602
Fone: 31-4792
90.000 - PORTO ALEGRE (RS).