

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR:

O papel do enfermeiro

ANDRADE, A. E.; BERNDT, L. K.; ROSA, L. M.; ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J. S.; RADÜNZ, V.; TOURINHO, F.;
Departamento de Enfermagem – Projeto de Extensão:
Atenção Oncológica na Atenção Básica de Florianópolis: a Enfermagem da UFSC
auxiliando os enfermeiros nas demandas de qualificação



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA

ASPECTOS HISTÓRICOS

- Historicamente conhecido pelo termo **Hospice** que abrigavam peregrinos e viajantes;
- Propagação da prática através de organizações religiosas;
- No século XIX caracterizou-se os hospitais;
- Em 1879 criado primeira fundação por Irmãs de Caridade Irlandesas;
- Em 1905 abertura do “St Joseph’s Hospice” em Londres.

ASPECTOS HISTÓRICOS

- **MOVIMENTO HOSPICE MODERNO:**

- ✓ Pela enfermeira inglesa Dame Cicely Saunders;
- ✓ Em 1947 cuidou de um paciente em fase terminal de câncer e o visitou até sua morte, tendo com ele longas conversas, sendo este o ponto de partida para uma **“NOVA FORMA DE CUIDAR”**;
- ✓ Em 1967 funda o “St. Christopher’s Hospice” para assistência aos doentes, desenvolvimento de ensino e pesquisa.

CUIDADO PALIATIVO MODERNO

- Entre 1958 e 1965 primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer avançado;
- Estudo baseado em anotações clínicas e relatos dos pacientes;
- Resultado: efetivo **alívio da dor** quando foram realizados esquema de administração de drogas analgésicas em relação a analgesia “se necessário”;
- Em 1982 o Comitê de Câncer da OMS definiu políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer em todos os países.

CONCEITUANDO...

- Em 2002 a OMS definiu cuidados paliativos como:

“Abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.”



CUIDADOS PALIATIVOS: *acertos e erros*

| Baseado em princípios | Baseado em protocolos |
|--|--------------------------------|
| Doença que ameaça a vida | Terminalidade |
| Tratamento que modifica ou não a doença | Impossibilidade de cura |
| Cuidado desde o diagnóstico | |
| Cuidado espiritual | |
| Assistência ao luto | |

CUIDADOS PALIATIVOS: *princípios*

1. Promoção do alívio da dor e demais sintomas;
2. Afirmar a vida e considerar a morte um processo natural;
3. Não acelerar nem adiantar a morte;
4. Abordar aspectos psicológicos e espirituais;
5. Oferecer suporte que possibilite a vida ativa;
6. Oferecer suporte para os familiares durante a doença e no luto;
7. Abordagem multiprofissional do paciente e familiares, incluindo acompanhamento no luto;

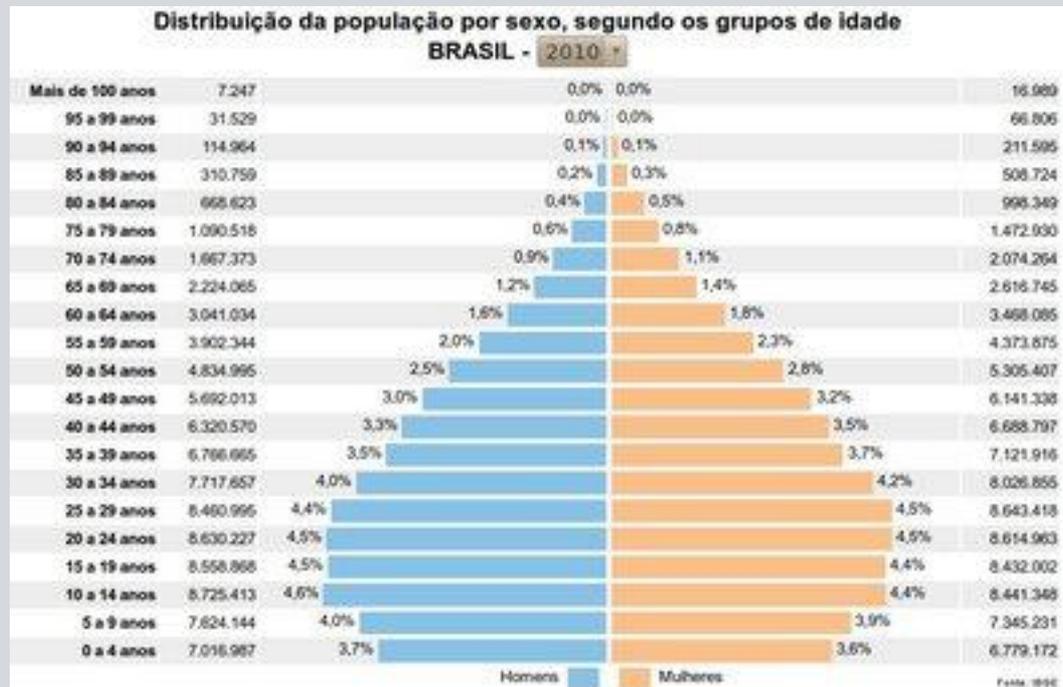
CUIDADOS PALIATIVOS: *princípios*

8. Promover qualidade de vida e influenciar de maneira positiva a continuidade da doença;
9. Executar precocemente as intervenções necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.



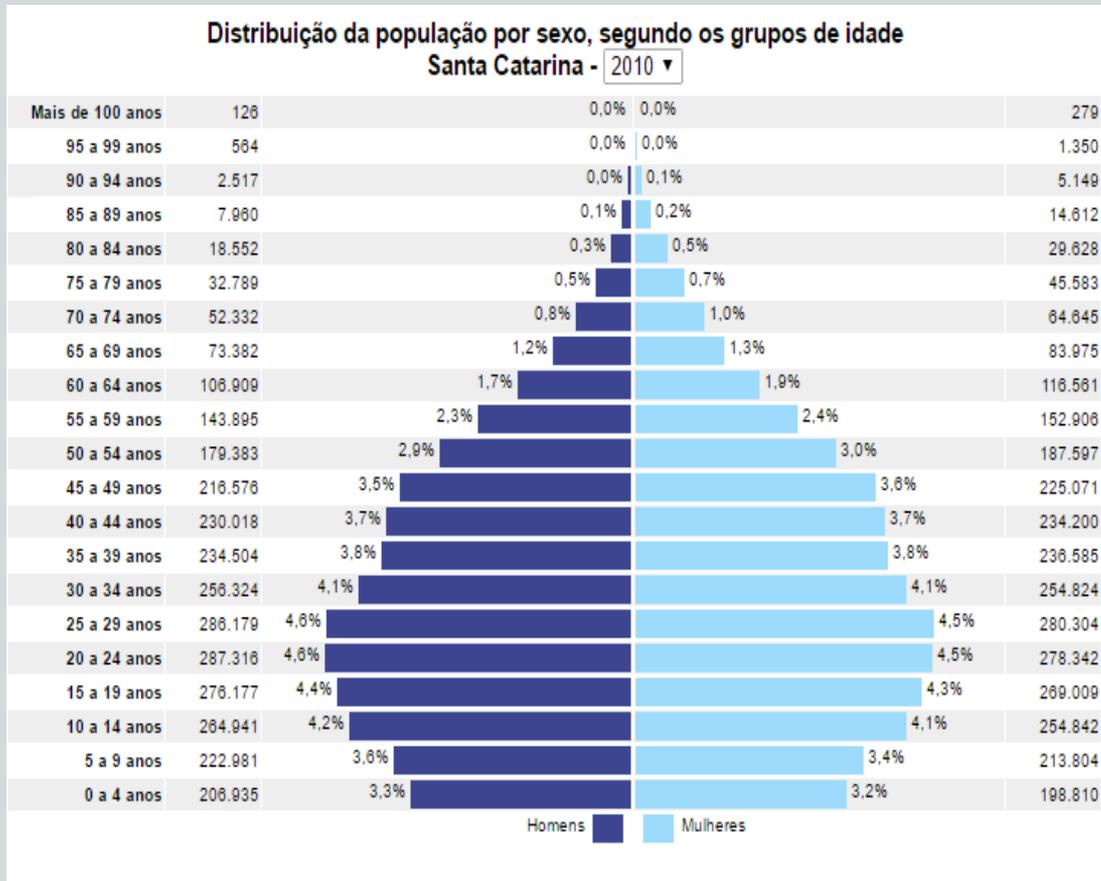
EPIDEMIOLOGIA

Progressivo envelhecimento → **AUMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICO-DEGENARATIVAS** → **CUIDADOS PALIATIVOS**



EPIDEMIOLOGIA

- Envelhecimento em Santa Catarina:



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Nesse contexto, evidencia-se a importância dos Cuidados Paliativos, bem como da reorganização dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar sua oferta.

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

- Estima-se quase **600 mil** casos novos de câncer para 2016 no Brasil

| Localização Primária da Neoplasia Maligna | Estimativa dos Casos Novos | | | | | | | |
|---|----------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| | Homens | | | | Mulheres | | | |
| | Estados | | Capitais | | Estados | | Capitais | |
| | Casos | Taxa Bruta | Casos | Taxa Bruta | Casos | Taxa Bruta | Casos | Taxa Bruta |
| Próstata | 61.200 | 61,82 | 13.940 | 64,93 | - | - | - | - |
| Mama Feminina | - | - | - | - | 57.960 | 56,20 | 18.990 | 79,37 |
| Colo do Útero | - | - | - | - | 16.340 | 15,85 | 4.550 | 19,07 |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão | 17.330 | 17,49 | 4.430 | 20,59 | 10.890 | 10,54 | 3.230 | 13,49 |
| Cólon e Reto | 16.660 | 16,84 | 5.560 | 25,80 | 17.620 | 17,10 | 6.210 | 25,95 |
| Estômago | 12.920 | 13,04 | 3.130 | 14,54 | 7.600 | 7,37 | 2.180 | 9,07 |
| Cavidade Oral | 11.140 | 11,27 | 2.780 | 12,95 | 4.350 | 4,21 | 1.230 | 5,04 |
| Laringe | 6.360 | 6,43 | 1.600 | 7,50 | 990 | 0,94 | 320 | 0,97 |
| Bexiga | 7.200 | 7,26 | 2.110 | 9,79 | 2.470 | 2,39 | 830 | 3,21 |
| Esôfago | 7.950 | 8,04 | 1.460 | 6,75 | 2.860 | 2,76 | 610 | 2,27 |
| Ovário | - | - | - | - | 6.150 | 5,95 | 2.170 | 8,92 |
| Linfoma de Hodgkin | 1.460 | 1,46 | 450 | 1,74 | 1.010 | 0,93 | 400 | 1,33 |
| Linfoma não Hodgkin | 5.210 | 5,27 | 1.550 | 7,15 | 5.030 | 4,88 | 1.670 | 7,02 |
| Glândula Tireoide | 1.090 | 1,08 | 350 | 1,27 | 5.870 | 5,70 | 1.800 | 7,46 |
| Sistema Nervoso Central | 5.440 | 5,50 | 1.290 | 5,86 | 4.830 | 4,68 | 1.250 | 5,20 |
| Leucemias | 5.540 | 5,63 | 1.370 | 6,38 | 4.530 | 4,38 | 1.180 | 4,88 |
| Corpo do Útero | - | - | - | - | 6.950 | 6,74 | 2.530 | 10,47 |
| Pele Melanoma | 3.000 | 3,03 | 840 | 3,86 | 2.670 | 2,59 | 740 | 2,96 |
| Outras Localizações | 51.850 | 52,38 | 11.890 | 55,45 | 47.840 | 46,36 | 11.820 | 49,33 |
| Subtotal | 214.350 | 216,48 | 52.750 | 245,63 | 205.960 | 199,57 | 61.710 | 257,55 |
| Pele não Melanoma | 80.850 | 81,66 | 17.370 | 80,90 | 94.910 | 91,98 | 21.910 | 91,65 |
| Todas as Neoplasias | 295.200 | 298,13 | 70.120 | 326,51 | 300.870 | 291,54 | 83.620 | 348,99 |

Fonte: INCA, 2016.

ATENÇÃO DOMICILIAR

- Conjunto de atividades ambulatoriais, programadas e continuadas por ações preventivas e /ou assistenciais com participação da Equipe Multiprofissional.
- Público: pacientes portadores de **doença avançada, em progressão**, necessitando de **monitoramento e plano de cuidados**;
- Considerados cuidados de nível 1;
- Realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF);
- Mantém referência e contra referência com a equipe especializada;
- É geralmente a **preferência do paciente** ser cuidado em sua casa.

ATENÇÃO DOMICILIAR

- **Motivos da expansão do serviço:**

- **Transição demográfica:** envelhecimento populacional.
- **Mudança no perfil epidemiológico:** aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
- Custos crescentes no sistema hospitalar.
- **Aumento de exigências:** maior privacidade, individualização e humanização.
- **Necessidade de maior integração:** entre equipe, paciente e sua família.

ATENÇÃO DOMICILIAR

- **Critérios para o cuidado domiciliar:**

- Ter diagnóstico definido;
- Ter plano terapêutico definido e registrado;
- Ter domicílio com condições mínimas de higiene;
- Ter cuidador que compreenda as orientações;
- Ter a permissão do paciente e/ou familiar para permanecer no domicílio.



ATENÇÃO DOMICILIAR

| VANTAGENS | DESVANTAGENS |
|--|---|
| Preferência do paciente | Algumas drogas indisponíveis de imediato |
| Sensação de conforto e proteção | Distância das redes de saúde complementares |
| Cuidados totalmente voltados ao paciente | Dificuldade em conseguir declaração de óbito caso o paciente faleça em casa |

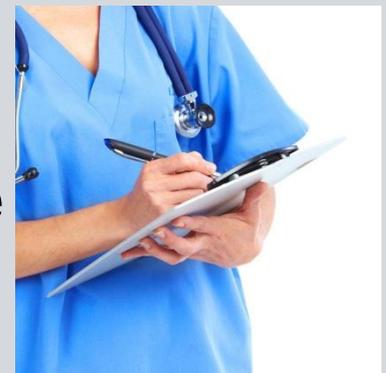
O PAPEL DO ENFERMEIRO

De acordo com o **Conselho Internacional de Enfermagem**, o enfermeiro deve:



O PAPEL DO ENFERMEIRO

- ✓ Avaliar sistematicamente os **sinais e sintomas** e intensidade;
- ✓ Estar atento não só aos sintomas físicos;
- ✓ Prevenir complicações indesejáveis;
- ✓
- ✓ Ter a arte no manejo das feridas;
- ✓ Saber como lidar com as limitações que cada dia.



AVALIAÇÃO DO PACIENTE

- **Ações práticas: aplicação de instrumentos e escalas de avaliação**
- **PaP Score – Palliative Prognostic Score:** estima a sobrevida no período de 30 dias a partir da avaliação clínica e laboratorial.
- **Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky:** permite conhecer a capacidade do paciente para poder realizar atividades cotidianas.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

- **Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS:** avalia a intensidade dos sintomas.
- **Avaliação socioeconômica:** permite traçar o perfil socioeconômico de pacientes e de seu núcleo familiar.
- **Escala de Ansiedade e Depressão (HAD):** pode ser autoaplicado com 14 itens, integrado por subescalas de 7 itens para depressão e 7 itens para ansiedade.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Avaliação dos sintomas

- Instrumento mais utilizado: ESAS
- Lista 10 escalas numéricas que avaliam a intensidade dos sintomas;
- A cada sintoma o paciente dá uma nota de 0 (ausência de sintoma) a 10 (maior intensidade);
- Pode ser realizado pelo cuidador, caso o paciente esteja impossibilitado;
- Aplica-se de acordo com a rotina do serviço ou segundo a condição do paciente;
- Além do ESAS registra-se o motivo principal da consulta.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

ESAS - Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton

| MÍNIMO SINTOMA | INTENSIDADE | MÁXIMO SINTOMA |
|------------------|------------------------|-------------------|
| Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máxima dor |
| Sem cansaço | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máximo cansaço |
| Sem náuseas | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máxima náusea |
| Sem depressão | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máxima depressão |
| Sem ansiedade | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máxima ansiedade |
| Sem sonolência | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máxima sonolência |
| Bom apetite | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sem apetite |
| Máximo bem-estar | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máximo mal-estar |
| Sem dispneia | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máxima dispneia |
| Sem insônia | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Máxima insônia |

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Terapêuticas adotadas a partir da avaliação clínica

- Administrar e verificar medicamentos e doses;
- Verificar início ou suspensão de medidas;
- Realizar solicitações de exames;
- Avaliar necessidades de intervenções psíquicas;
- Avaliar necessidades sociais;
- Avaliar necessidade de intervenções com a família;
- Avaliar necessidades espirituais;
- Avaliar se houve efeito esperado das ações.

PLANO DE CUIDADOS

- Explicar as causas dos sintomas;
- Preservar a autonomia do paciente;
- Monitorizar sintomas periodicamente;
- Reavaliar as terapêuticas regularmente;
- Estar disponível (apoio, tomada de decisões, conversas com familiares);
- Aplicar, orientar ou ensinar recursos não medicamentosos: psicoterapia, acupuntura, massagens, técnicas de relaxamento, musicoterapia e terapia ocupacional.



TERAPÊUTICAS NÃO MEDICAMENTOSAS

- **Imposição de mãos, toque terapêutico, massagens relaxantes:**
- Estudos realizados através da análise de uma série de casos, identificou que essas práticas são benéficas para o alívio da dor oncológica.
- A massagem melhora a circulação (aumento do fluxo sanguíneo e linfático), relaxa a musculatura no local, proporciona conforto e bem-estar e alivia a tensão psíquica.



TERAPÊUTICAS NÃO MEDICAMENTOSAS

- **TÉCNICAS DE RELAXAMENTO:**

- Focar atenção na respiração (inspirar pelo nariz, reter o oxigênio, e expirar pela boca);
- Contrair e relaxar grupos musculares (1 a 2 vezes ao dia durante 20 minutos);
- Verbalizar frases afirmativas e agradáveis (“Minha mente está calma”, “Meus músculos estão relaxados”, etc.);
- Focar atenção em outro estímulo que não a dor (ouvir música, assistir a um filme, cantar ou fazer contas mentalmente, ler);



As técnicas que utilizam a respiração e que estimulam outros canais sensoriais como a audição, a visão, e o tato, removem a atenção das áreas de tensão.

TERAPÊUTICAS NÃO MEDICAMENTOSAS

- **IMAGINAÇÃO DIRIGIDA:**

- Criação de cenas agradáveis, visualização, sonhar acordado, viagem imaginária à praia ou ao campo;
- Objetiva **produzir relaxamento**, ter a **sensação de bem-estar**, retirar o foco e **diminuir a percepção da dor**;



A mente, através dos pensamentos, imagens, crenças, memórias e emoções, pode alterar a estrutura bioquímica e o sistema nervoso, sendo que esta interação é constante e involuntária.



ASSISTÊNCIA NO LUTO



- O luto é um **processo** individual e dinâmico relacionado ao significado da relação e vínculo, **não devendo ser enquadrado a fases** e etapas;
- O processo de luto é iniciado a partir do recebimento do diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, denominado de luto antecipatório;
- Intervenções realizadas no luto antecipatório pode podem prevenir o surgimento de problemas no luto pós-morte.

INTERVENÇÕES NO LUTO ANTECIPATÓRIO

- Levar em consideração o valor afetivo do paciente pelo familiar;
- Manter boa comunicação;
- Auxiliar o familiar a tornar-se mais consciente de que a perda ocorreu;
- Auxiliar os familiares a expressarem seus sentimentos (raiva, culpa, ansiedade, desamparo, tristeza);
- Ajudar o a familiar a viver sem a pessoa falecida, facilitando a tomada de decisões independentes;
- Fornecer tempo para o luto, auxiliando o familiar a entender e aceitar essa necessidade.

INTERVENÇÕES NO LUTO PÓS-MORTE

- Encorajar a família a planejar a participar dos rituais memoriais;
- Realizar telefonema de condolência na primeira semana
- Oferecer um momento de acolhida, dentro ou fora do ambiente de saúde;
- Enviar uma carta de condolências após 15 dias;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para serviço especializado;
- Estimular a participação em grupos de apoios;
- Reconhecer a importância da espiritualidade para a manutenção da saúde mental;
- Estimular a espiritualidade fundamentando-se dentro do sistema de crenças da família.

PARA COMPLEMENTAR SEU APRENDIZADO:

- Manual de Cuidados Paliativos ANCP – 2ª. Ed. – edição ampliada e revisada 2012.
- Cartilha - **Vamos falar de Cuidados Paliativos.**

Estas são produções da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ACNP, que estão disponíveis na bibliografia de apoio neste ambiente virtual.



REFERÊNCIAS

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas 2016**. – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

MATSUMOTO, Dalva Yukie et al. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. Brasil: Niura Fernanda Souza, 2012. Cap. 1. p. 23-30.

MULLER, Marisa Campio et al. Técnicas de relaxamento e visualização na psicologia da saúde. **Rev. De Psicologia da IMED**, Rio Grande do Sul, v.1, n.1, p.24-33, 2009. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/37/36>>; Acesso em: 15 de junho de 2016.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Matos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006.

SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Monica Trovo; FIRMINO, Flávia. Enfermagem. Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Cap. 3. pag. 61-62.

SOUZA, Hieda Ludugério de et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. Bioét.**, v. 23, n. 2, p.349-359, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232074>.