

Terminalidade em um centro de terapia intensiva oncológico: um relato de experiência

RESUMO

O estudo busca descrever a realidade vivenciada por enfermeiras ao cuidar de pacientes com câncer terminal em um centro de terapia intensiva em um hospital terciário especializado no Município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na abordagem de um Estudo de Caso Único, que surge em consonância à pesquisa denominada a "Carga de trabalho de enfermagem e variáveis clínicas em unidade de terapia intensiva oncológica". Como resultados, evidenciou-se que os cuidados de enfermagem se destacam com a proximidade da morte, como: melhoria do suporte familiar, intensificação da avaliação e o controle da dor, estabelecer conforto respiratório, intensificação da higiene e os cuidados com a pele. Conclui-se que os cuidados de enfermagem não cessam, com a implementação do limite de esforço terapêutico, ao contrário, nota-se um aprimoramento dos cuidados que se estende para o pós-óbito.

DESCRITORES: Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This study aims to describe the reality lived by nurses for taking care of terminal cancer patients in an intensive care center in a tertiary hospital in Rio de Janeiro. It is a qualitative result, in the approach of a Single Case Study, which arises in line with the research called "Nursing work load and clinical variables in intensive care unit oncology". As results, it was evidenced that nursing care stands out with the proximity of death, such as: improvement of family support, intensification of assessment and pain control, establishing respiratory comfort, hygiene enhancement and skin care. It is concluded that nursing care does not cease with the implementation of the limit of therapeutic effort, on the contrary, it is noticed an improvement of the care that extends to the post-death.

DESCRIPTORS: Palliative Care; Oncology Nursing; Intensive Care Units.

RESUMEN

El estudio busca describir la realidad vivenciada por enfermeras al cuidar de pacientes con cáncer terminal en un centro de terapia intensiva en un hospital terciario especializado en el Municipio de Río de Janeiro. Se trata de una investigación cualitativa, en el abordaje de un Estudio de Caso Único, que surge en consonancia a la investigación denominada "Carga de trabajo de enfermería y variables clínicas en unidad de terapia intensiva oncológica". Como resultados se evidenció que los cuidados de enfermería se destacan con la proximidad de la muerte, como: mejora del soporte familiar, intensificación de la evaluación y el control del dolor, establecimiento de confort respiratorio, intensificación de la higiene y el cuidado de la piel. Se concluye que los cuidados de enfermería no cesan con la implementación del límite de esfuerzo terapéutico, al contrario, se nota un perfeccionamiento de los cuidados que se extiende hacia el post-óbito.

DESCRIPTORES: Cuidados Paliativos; Enfermería Oncológica; Unidade de Cuidados Intensivos.

Raquel de Souza Soares

Enfermeira. Mestranda do Programa de Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (PACCS/UFF). Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer (INCA). RJ, Brasil.

Daianny Arrais de Oliveira da Cunha

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS/UFF). Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer (INCA). RJ, Brasil.

Aretha Pereira de Oliveira

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense (UFF). Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer (INCA). RJ, Brasil.

Patrícia dos Santos Claro Fuly

Enfermeira. Doutora. Orientadora e Docente permanente do Programa de Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (PACCS/UFF) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Centro de terapia intensiva (CTI) é o local equipado com alta tecnologia e cujo objetivo é o cuidado do paciente gravemente enfermo, com uma ou múltiplas comorbidades. No CTI oncológico, pela gravidade dos pacientes atendidos, há um grande dilema ético acerca do limite das medidas consideradas terapêuticas. Existe um paradigma entre os cuidados críticos e os cuidados paliativos dentro de um setor de tratamento intensivo, o que torna comum os casos de obstinação terapêutica, principalmente na proximidade dos cuidados ao fim de vida(1).

O cuidado paliativo deveria ser iniciado logo no diagnóstico de doença que ameace a vida(2). No entanto, nem sempre é oferecido ao paciente e à família a oportunidade de discutir sobre os limites terapêuticos, e no Brasil, não há uma inserção política institucional do direito a não ressuscitação e do limite das medidas de prolongamento da vida(3). Assim, nesta perspectiva, poderia ser conversado com o paciente e a

família sobre as possibilidades terapêuticas com seus benefícios e efeitos colaterais, e, se iniciar a discussão sobre os desejos do paciente caso o tratamento não obtivesse o efeito esperado ou se houvesse um agravamento à saúde irreversível. Existem meios legais, como as diretivas antecipadas de vontade (testamento vital e o mandato duradouro), pelos quais o paciente deixa expressa a vontade relacionada à enfermidade e a todo tratamento a ser desenvolvido(5). Tendo os documentos legais em mãos, a equipe de saúde poderia melhorar a qualidade da assistência.

Enfatiza-se pouco a qualidade da morte, e os pacientes acabam partindo em um ambiente frio e solitário. A qualidade da morte envolve o preparo do paciente e do familiar para a proximidade da morte, dá-se o conforto para os sintomas incapacitantes, conforto espiritual e emocional, seguir as diretivas antecipadas de vontade e dar acesso a informação(10).

O cuidar de paciente terminal em um ambiente cercado de medidas tecnológicas avançadas com a finalidade de prolongar

a vida, nos leva a viver a dualidade como equipe de saúde, sobre a possibilidade de investimento pleno e o limite de esforços terapêuticos. Existe uma dificuldade na aceitação da morte com naturalidade.

Portanto, surge o seguinte questionamento: Como é a experiência das enfermeiras no cuidado do paciente terminal no centro de tratamento intensivo e quais os cuidados de enfermagem implementados na minimização do sofrimento?

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo descrever a realidade do cuidado de enfermagem frente aos pacientes com câncer terminal em um centro de terapia intensiva de um hospital terciário especializado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, acerca da experiência vivenciada em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), situado no município do Rio de Janeiro.

A coleta de dados foi realizada de setembro a dezembro de 2016, por meio de observação participante e, conseqüente, preenchimento diário de instrumento de coleta de dados. A amostra foi constituída por todos os pacientes admitidos no CTI com diagnóstico de câncer (n=55), independentemente do tipo de tumor e topografia, de ambos os sexos e com idade superior ou igual a 18 anos, que permaneceram internados por um tempo mínimo 24 horas. As readmissões foram excluídas(7).

Com base na observação diária e análise dos dados obtidos, foi possível traçar o perfil da clientela atendida no CTI do referido hospital e observar uma baixa taxa de adesão aos cuidados paliativos exclusivos, em dissonância à taxa de mortalidade.

O estudo emergiu do projeto de pesquisa intitulado “Carga de trabalho de enfermagem e variáveis clínicas em unidade de terapia intensiva oncológica”, aprovado em



Crédito: Projetoado por Freepik

18 de abril de 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (CEP/UFF) sob o parecer n.º 1.287.755, e do INCA sob o parecer n.º 1.504.415, respeitando a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que disserta sobre pesquisa com seres humanos(11).

O Hospital do Câncer I (HC I) é a maior unidade do INCA, prestando assistência gratuita para pacientes acometidos pelo câncer. Desde 1957, a unidade funciona na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, com equipes multiprofissionais qualificadas responsáveis pelo diagnóstico de câncer, tratamento e reabilitação.

O CTI situado no HC I possui 10 leitos de alta complexidade, atendendo tanto ao complexo HC I (Hospital do Câncer I) quanto às demais unidades do INCA, caso seja necessário.

Cabe destaque que cada unidade do INCA atende a um perfil de clientela. O HC I atende as seguintes clínicas: urologia, abdômen, tórax, neurocirurgia, cabeça e pescoço, pediatria, oncologia clínica e hematologia; o HC II atende pacientes com câncer ginecológico e tecido ósseo e conectivo; o HCIII comporta os casos de câncer de mama; HC IV é a unidade que atende exclusivamente os pacientes em cuidados paliativos; e o Centro de transplante de medula óssea (CEMO – HC V) que atende apenas os pacientes transplantados.

O caso do CTI adulto do INCA é singular, considerando a heterogeneidade da população atendida, no que se refere à característica da doença, seu curso clínico e diferentes paradigmas de cuidado, sobretudo no que concerne ao chamado esforço terapêutico frente à impossibilidade de cura.

A equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Quanto à especialização na área específica, destaca-se que no CTI atuam profissionais com especializações em cuidados intensivos, não sendo obrigatório para atuar no setor a especialização em oncologia.

A visão paradigmática que orienta a prática em um CTI é, em geral, curativa. No

entanto, se tratando de uma unidade que atende pacientes oncológicos, o entendimento quanto ao diagnóstico oncológico, bem como o estadiamento da doença, se faz necessário para determinar o ponto em que o paciente não se beneficia mais dos cuidados intensivos exclusivos e passa a necessitar de uma abordagem diferenciada que trata os sintomas que o paciente apresenta, bem como a melhor qualidade de vida possível. Os cuidados paliativos oferecem esta visão diferenciada quando o avanço da doença impede que o paciente seja curado.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos, durante a coleta foi possível traçar o perfil dos pacientes atendidos, identificou-se que 50,91% pacientes são do sexo feminino e 49,09% do sexo masculino. Em relação à procedência, a maioria dos pacientes (32,73%) foram encaminhados pelas enfermarias/unidades de internação, seguidos da unidade de pós-operatório (27,27%), emergência (23,64%), 14,55% do centro cirúrgico e 1,82% de unidades externas ao HCI.

Com relação ao tratamento adotado, observa-se predomínio de 85,45% de pacientes não paliativos e 14,55% paliativo exclusivo. Em relação à condição de saída, 7,27% dos pacientes continuaram interna-

dos após o fim do estudo, 58,18% tiveram alta e 34,55% evoluíram a óbito.

DISCUSSÃO

Na rotina do cuidar do paciente de alta complexidade, a equipe de enfermagem é aquela que acompanha todas as etapas durante a internação, até mesmo quando a cura não é mais possível. Um dos desafios do enfermeiro ao cuidar do paciente oncológico no CTI é conseguir estabelecer, junto com a equipe de saúde, o limite da manutenção artificial da vida como um benefício terapêutico. Faz parte da prática da terapia intensiva a realização de múltiplos procedimentos invasivos, como: sondagem, punções venosas e arteriais, diálise, que possuem aplicabilidade em pacientes quando há viabilidade clínica. Porém, os mesmos perdem o sentido no paciente sem possibilidade de cura.

Para que seja estabelecido o limite de esforço terapêutico, é importante um consenso entre a equipe de saúde sobre a ausência de possibilidade de melhora terapêutica. Além disso, a família precisa estar ciente da irreversibilidade do quadro clínico e aceitar o início das medidas de conforto em detrimento dos procedimentos invasivos. O



Crédito: Projetado por Freepik

Os pacientes internados no CTI, considerados como cuidados paliativos exclusivos, são o que tiveram quadros clínicos irreversíveis, falha do desmame ventilatório e múltiplas metástases. O fato de estarem dependentes da ventilação mecânica impossibilita o não retorno à enfermaria

adiamento das medidas de conforto ocasiona, muitas vezes, o prolongamento do sofrimento do paciente.

Os pacientes internados no CTI, considerados como cuidados paliativos exclusivos, são o que tiveram quadros clínicos irreversíveis, falha do desmame ventilatório e múltiplas metástases. O fato de estarem dependentes da ventilação mecânica impossibilita o não retorno à enfermaria, ou mesmo a transferência para unidade de cuidado paliativo exclusivo (HC IV).

Evidencia-se que poucos pacientes recebem palição exclusiva durante o período de internação no CTI, mesmo mediante a alta taxa de mortalidade. E neste contexto, observa-se que a equipe de saúde, por não ser constituída por oncologistas, tem dificuldades de instituir a palição exclusiva mediante às múltiplas possibilidades de manutenção artificial da vida.

Dentro deste contexto, insere-se a equi-

pe de enfermagem, que pela maior proximidade através da prática do cuidado, é mais sensível ao sofrimento dos pacientes e familiares.

Desse modo, a abordagem paliativa deverá ser conduzida pela equipe de intensivistas. Na prática, as condutas de enfermagem passam a dar ênfase ao conforto. Alguns cuidados de enfermagem se destacam como: suporte familiar, a avaliação e o controle da dor, conforto respiratório, higiene e os cuidados com a pele.

Para assegurar o conforto da família, não há restrições de horário ou mesmo um limite para o número de visitantes. Sempre que necessário, é solicitado apoio e suporte psicológico e espiritual. Se for desejo do paciente e da família, o INCA, possui um Núcleo de Assistência Espiritual que visita ao paciente e a família, em respeito a crença de cada um.

Para o controle da dor, todos os pacientes são avaliados diariamente através da escala Behavioral Pain Scale (BPS). Em seguida, a analgesia deve ser ajustada de acordo com a necessidade. É comum, na proximidade da morte, ser necessário a intensificação da analgesia ou o início de sedação quando o sintoma apresenta refratariedade às medidas anteriormente implementadas. Os analgésicos mais utilizados no setor são dipirona, tramadol, morfina e fentanila. A morfina e a fentanila são opióides fortes administrados de forma contínua (dripping) e ajustados em consenso com a equipe de saúde.

Além disso, nos pacientes em ventilação mecânica, mantém-se a sedação paliativa. O paciente é avaliado diariamente pela escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). Se apresentar agitação ou sinais de desconforto respiratório, sinaliza-se a equipe médica a necessidade de ajuste da medicação. O midazolam é benzodiazepínico de escolha padrão.

Quando o paciente inicia as medidas paliativas, é preciso manter suporte ventilatório compatível ao fisiológico desde que não gere qualquer desconforto. Caso contrário, se torna necessário o ajuste dos parâmetros ventilatórios. A avaliação diária dos parâmetros ventilatórios é realizada pelo

fisioterapeuta, enfermeiro e médico para posterior ajuste.

Manter vias aéreas pervias é uma medida de conforto que deve ser intensificada nos cuidados de fim de vida. A frequência depende da necessidade para a manutenção do conforto do paciente. A retenção de secreção nas vias aéreas superiores é comum, devido ao relaxamento do músculo faríngeo e o rebaixamento do nível de consciência(8).

A higiene corporal do paciente é realizada diariamente de acordo com as normas para o controle de infecção, que indica o banho a seco como medida ideal. Logo após o banho, a rotina de troca de curativos é realizada pelo enfermeiro. A higiene oral é realizada três vezes ao dia em todos os pacientes, sendo intensificada de acordo com a necessidade.

A hidratação da pele é importante devido a progressão da doença tornando-a frágil. É comum o aparecimento de lesões abrasivas causadas por dispositivos hospitalares. É importante que após a higiene corporal a pele seja hidratada de preferência com creme contendo ácido graxo essencial.

A assistência de enfermagem não diminui quando o paciente entra em fase final de vida, ao contrário, é possível que haja um aumento razoável na carga de trabalho à medida que a morte se aproxima. Há necessidade de intensificação dos cuidados, principalmente relacionados à higiene devido os pacientes apresentarem dependência total nesta fase. É necessário melhorar a qualidade da higiene corporal e oral visando o conforto tanto para o próprio paciente quanto para a família. Da mesma forma, a tendência ao acúmulo de secreções em óstios de acessos e feridas, gerando necessidade de maior número de troca de curativos.

Em contrapartida, alguns procedimentos técnicos podem ser descontinuados, como a coleta de sangue para gasometria, medida de pressão arterial invasiva, substituição de acessos venosos centrais por acessos periféricos, e desbridamento de lesões por pressão (LPP). Outro ponto abordado é a manutenção de uma posição de conforto em detrimento à mudança de decúbito. A manutenção de um estado de conforto é

a prioridade no cuidado ao paciente paliativo(8).

Outro aspecto importante diz respeito aos sentimentos dos familiares diante da ameaça de perda que perpassa por algumas etapas, como a negação do diagnóstico de morte iminente seguido do sentimento de raiva direcionada a eles próprios, a Deus e à equipe de saúde. Em momento posterior, desenvolvem mecanismos de barganha, até o momento da aceitação do inevitável(3). Cada família administrará o processo de perda e luto de forma diferente, sendo importante que a equipe de enfermagem esteja preparada para lidar com essas fases.

É um momento delicado para a família, que assume a responsabilidade sobre a vida do paciente. Observa-se que não existe um atendimento ao paciente e à família que aborde os cuidados paliativos no momento do diagnóstico do câncer, bem como a possibilidade de expressar suas vontades com relação aos procedimentos invasivos a que possam ser submetidos de forma indiscriminadas. Existem duas possibilidades de expor a vontade, mesmo antes do adoecimento, através do testamento vital ou diretiva antecipada de vontade e do mandato duradouro.

O testamento vital é um documento em que o paciente define a que tipo de tratamentos e procedimentos deseja ser subme-

tido quando a reversão do quadro clínico não for mais possível. E o mandato duradouro refere-se à nomeação de uma pessoa na tomada de decisões sobre os cuidados da sua saúde, no momento em que por algum motivo esteja incapacitado(7).

Também é difícil para os profissionais de saúde a reflexão sobre o limite de esforço terapêutico (LET), a qual se justifica quando as circunstâncias do paciente nos trazem a certeza que não existe mais possibilidade terapêutica(9).

No Brasil, a legislação aponta que de acordo com a Resolução n.º 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM):

“O médico pode limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos que posterguem a vida de paciente em fase terminal de doença incurável, respeitada a vontade da pessoa e de seu representante legal, podendo ser facultada aos médicos a sua realização mediante o consentimento da família” (4).

Segundo o código de ética, a Enfermagem, em consonância com a equipe multiprofissional, nos casos de doenças graves, incuráveis e com risco iminente de morte, deve oferecer todos os cuidados paliativos necessários para promover o bem-estar

físico, psíquico e emocional, respeitada a vontade da pessoa ou do seu representante legal(3).

Atualmente, ainda se adia o limite de esforço terapêutico, provavelmente por desconhecimento da legalidade das medidas ou os profissionais apresentam dificuldades em conduzir o processo de comunicação com o familiar.

CONCLUSÃO

Para a equipe de enfermagem, tanto o planejamento quanto a execução do cuidado demandam elevada carga de trabalho. Diante da finitude, podemos sugerir que a carga de trabalho se mantém elevada. No entanto, os procedimentos invasivos são restringidos e surge uma demanda maior pela promoção do conforto. Registra-se a importância do cuidado e da higiene com o corpo, entendendo-se que o mesmo deve ser preservado e respeitado em todos os momentos. Um outro aspecto importante é a abordagem acerca dos cuidados paliativos desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, assim como a escrita do testamento vital ou o mandato duradouro. As possibilidades citadas podem auxiliar tanto os profissionais quanto os familiares no que diz respeito à vontade do paciente durante o tratamento, ou mesmo, quando este já não seja mais viável. ■

REFERÊNCIAS

- 1.Santos DCL, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KGM, Gaspar RB. Care planning for patients receiving palliative care in an oncology intensive care unit. *Acta paul. enferm.* 2017; 30(3):295-300.
- 2.Organização Mundial de Saúde. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.* Geneva: WHO; 2017.
- 3.Melo AGC, Caponero R. O futuro em cuidados paliativos. In: Santos FS. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas.* São Paulo: Atheneu; 2011.
- 4.Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução n.º 1.805 de 09 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União* 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169.
- 5.Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. Bioét.* 2014; 22(1):94-104.
- 6.Instituto Nacional de Câncer. *Hospital do Câncer I (HCI) [Internet].* [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=147.
- 7.Cunha DAO, Cunha RL, Santos MLSC, Oliveira EM, Soares RS, Fuly PSC. Profile of patients admitted in an oncological intensive therapy unit. *Cienc Cuid Saude.* 2018; 17(2).
- 8.Campbell ML. *Nurse to Nurse: Cuidados paliativos em enfermagem.* Porto Alegre: AMGH editora; 2011.
- 9.Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta bioeth.* 2012;18(2):163-171.
- 10.Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado AHA, Tabet CG, Almeida GG et al. Living will: What do healthcare professionals think about it? *Rev. Bioét.* 2015; 23(3):572-582.
- 11.Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.* Brasília, *Diário Oficial da União*, 12 dez. 2012.