REMED®
MEDICAMENTOS ESPECIAIS

APRESENTA

CUIDADOS PALIATIVOS PARA O PACIENTE ONCOLÓGICO

BEATRIZ FÁTIMA PEREIRA GUARAGNA
RAQUEL SILVEIRA EINHARDT



ÍNDICE

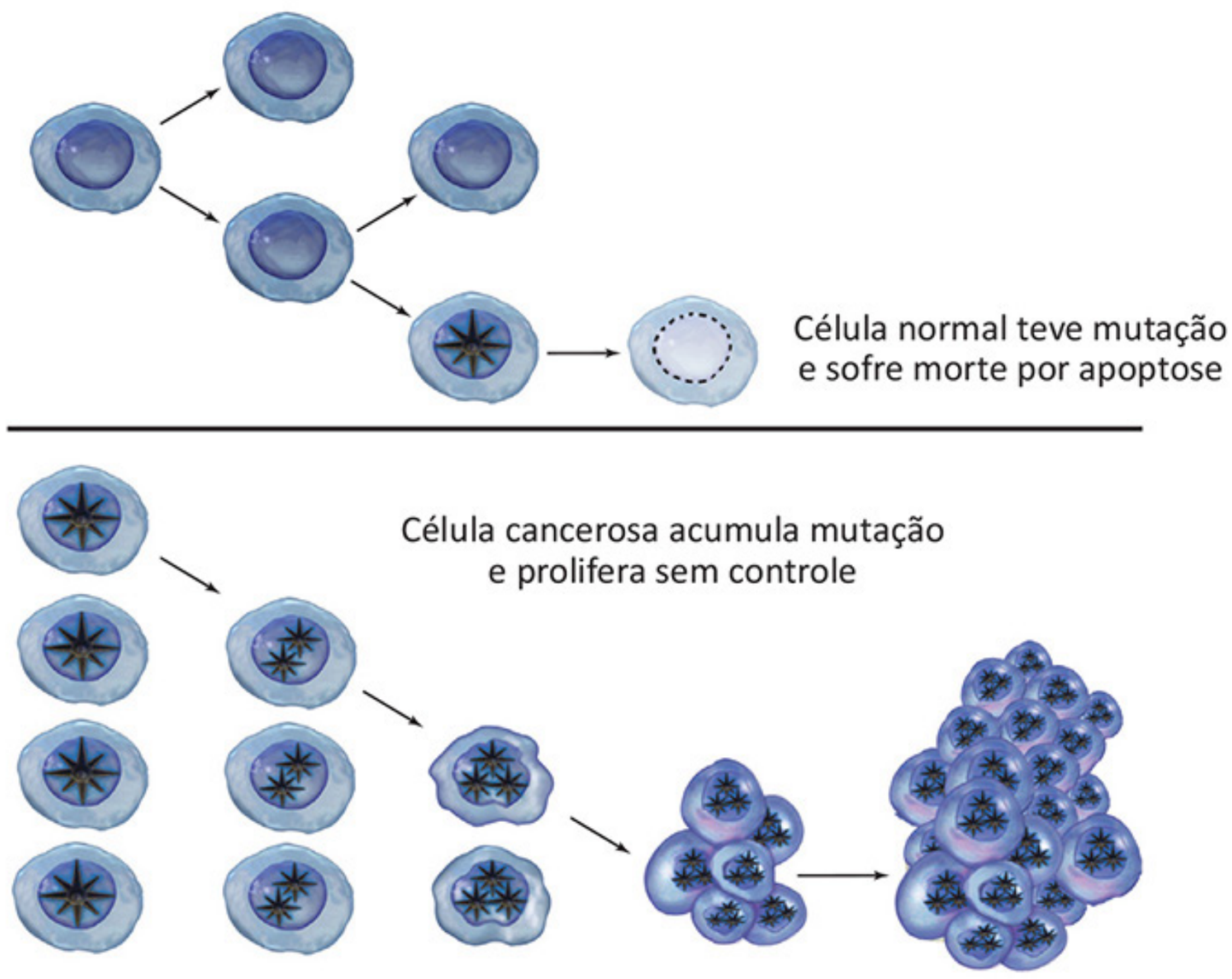
INTRODUÇÃO.....03
PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ASSISTÊNCIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....06
1 - PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO E ALÍVIO DOS SINTOMAS.....06
1.1 - FADIGA.....06
1.2 - ANOREXIA.....06
1.3 - NÁUSEAS/VÔMITOS.....06
1.4 - DELIRIUM.....06
1.5 - DOR.....07
1.6 - DISPNEIA.....07
2 - SUPORTE À FAMÍLIA.....08
3 - ESCUTA E PRESENÇA.....09
4 - RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE.....10
5 - DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE.....11
6 - E O CUIDADOR?.....12
7 - ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL.....13
PARA REFLEXÃO.....14
REFERÊNCIAS.....15



ONCOLOGIA é um ramo da ciência médica que lida com tumores e com câncer. A palavra Oncologia origina-se da junção da palavra grega "onkos" (onco) que significa massa, volume, tumor e do termo "logia" que significa estudo, portanto oncologia é o estudo dos tumores. Assim, o paciente oncológico é aquele que é diagnosticado com câncer.

CÂNCER, por sua vez, é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

FIGURA 1 - DIVISÃO CELULAR

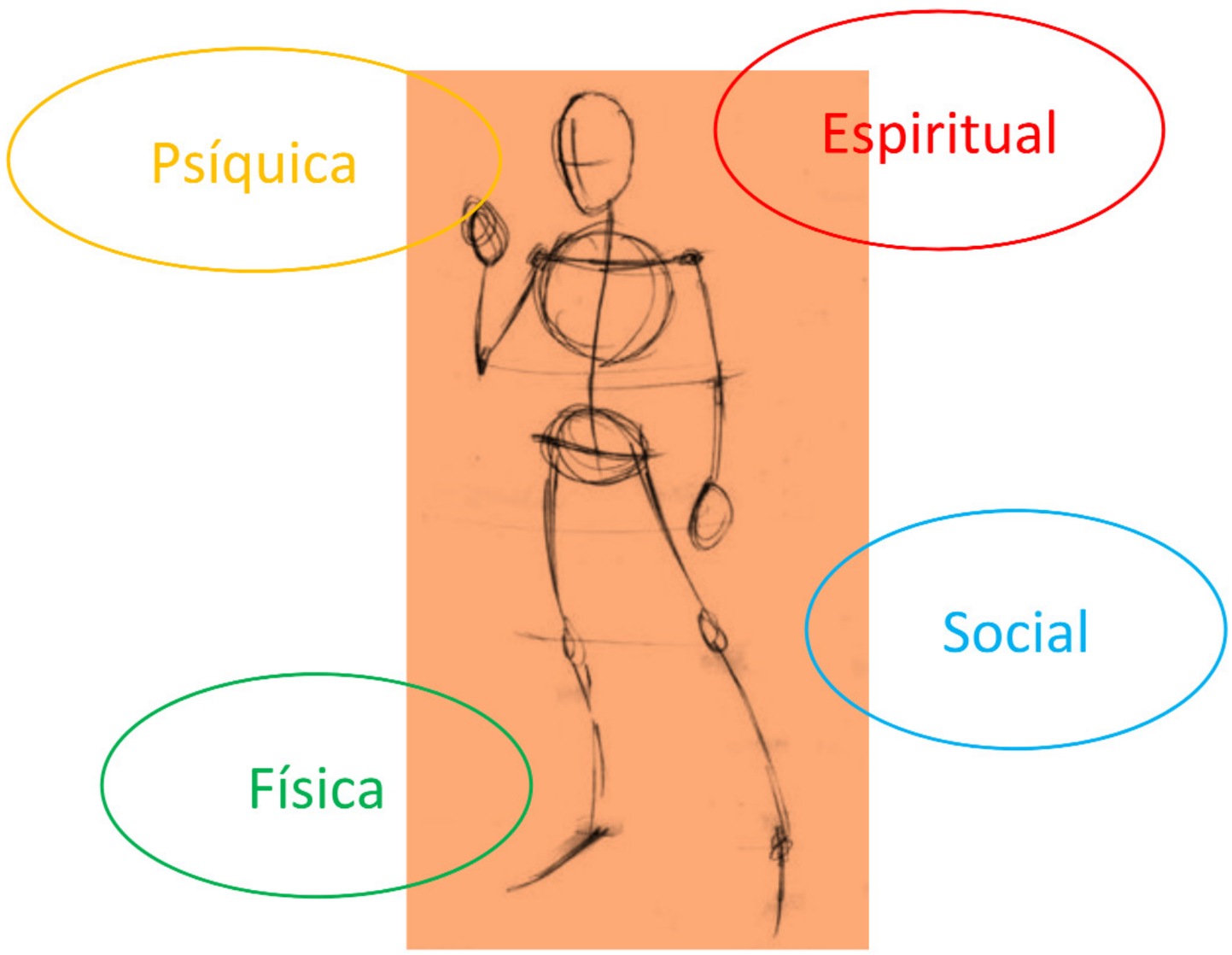


Disponível em: https://www.vencerocancer.org.br/cancer/o-que-e/metastase/



CUIDADOS PALIATIVOS, consistem na assistência, promovida por uma equipe multiprofissional, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

FIGURA 2 - DIMENSÕES DA PESSOA



Oferecem não apenas a possibilidade de suspender tratamentos considerados fúteis, mas a realidade tangível de ampliação do cuidado oferecido por profissionais que podem cuidar dos sofrimentos físicos, sintomas da progressão da doença ou sequelas de tratamentos agressivos. A terminalidade pode se prolongar por muito tempo, é uma condição clínica que advém de uma doença grave, incurável e sem possibilidade de controle.



Entende-se como FINAL DE VIDA aquele período em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico pode ser definido em dias ou semanas. Neste momento, os cuidados paliativos tornam-se imprescindíveis e complexos o suficiente para criar uma demanda específica e contínua ao doente e sua família, para prevenir uma morte caótica e com grande sofrimento. O caminho da informação adequada, da formação de equipes multiprofissionais competentes, da reafirmação dos princípios dos cuidados paliativos e da demonstração de resultados positivos desta modalidade de tratamento, se constituem na melhor forma de transpor barreiras ainda existentes para implantação de uma política de cuidados paliativos efetiva e integrante de todas as políticas públicas de saúde.



O objetivo não é curar, mas sim oferecer medidas de conforto com suporte e gerenciamento de sintomas.



PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ASSISTÊNCIA NO CUIDADO PALIATIVO

1. PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO E CONTROLE DOS SINTOMAS

É necessário considerar sintoma, tudo aquilo que o paciente relata como problema.

1.1. FADIGA

A fadiga relacionada ao câncer caracteriza-se por sensação de cansaço, esgotamento e fraqueza que é desproporcional à atividade realizada. É um importante preditor para a perda da capacidade funcional.

1.2. ANOREXIA

Perda do apetite se apresenta em 80% dos casos e, muitas vezes, é mais evidente em pacientes terminais.

1.3. NÁUSEAS/VÔMITOS

Sensação de mal-estar, seguida por vontade de vomitar, em geral vêm acompanhada de sudorese, aumento da produção de saliva e refluxo.

1.4. DELIRIUM

É a complicação neuro psiquiátrica mais comum em cuidados paliativos, é caracterizada por alteração do nível de consciência, atenção, pensamento, percepção, memória, emoção e ciclo sono e vigília.



1.5. DOR

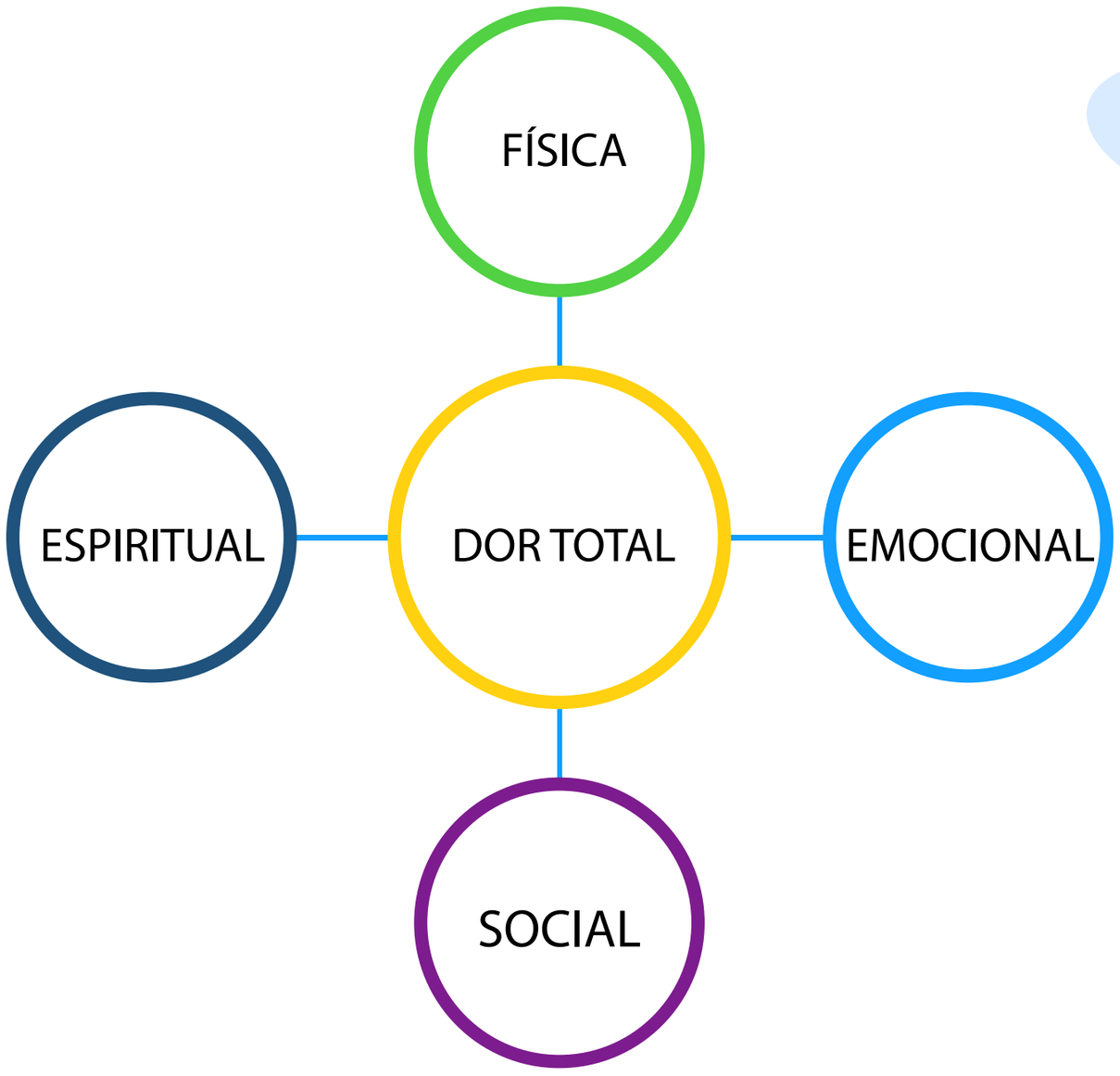
Aproximadamente metade das pessoas com câncer apresentam dor durante o tratamento, no estágio inicial alguns pacientes já apresentam dor significativa. Quando acontece o surgimento de metástases a prevalência da dor aumenta de 25% a 30% e, nas fases avançadas da doença, de 60% a 90%.

1.5.1

Cicely Saunders criou o conceito de Dor Total, onde o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais.



FIGURA 3 – CONCEITO DE DOR TOTAL



Fonte: Saunders C, Sykes N. The management of terminal malignant disease. 3 ed, Londres:Edward Arnold, 1993.



1.6. DISPNEIA

Desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam de intensidade, é descrita ainda como sensação de asfixia e "falta de ar".

2. SUPORTE À FAMÍLIA

Enquanto a doença afeta individualmente o paciente, suas consequências afetam a família e todos ao redor do paciente, sendo um processo que constitui um desafio e que altera os papéis de todos os familiares.

2.1.

A família é a primeira rede de apoio social de um indivíduo e constitui espaço de proteção diante dos descompassos e tensões da vida cotidiana. Assim, o adequado suporte a este núcleo gera sentimentos de pertencimento, cuidado e estima, além de proporcionar recursos emocionais para lidar com situações estressantes.

2.2.

As intervenções em cuidados paliativos devem ser realizadas por equipe multiprofissional. Já que a complexidade envolvida na assistência é alta, se busca minimizar o sofrimento dos pacientes e seus familiares, uma vez que considera a relação entre eles no processo de adoecimento e de fim de vida.



2.3.

Mesmo que existam as especificidades de cada área multiprofissional, todos os componentes da equipe devem ser capazes de identificar sintomas e entender que escuta, apoio e orientação aos familiares são inerentes ao cuidado. Diante de uma doença grave e morte inevitável, a família adoece junto, o acolhimento e a escuta são elementos que podem contribuir para o fortalecimento das relações entre paciente e seus entes queridos.

3. ESCUTA E PRESENÇA

Uma comunicação efetiva e centrada nas necessidades do doente pode contribuir de forma valiosa para o controle de desconforto físico, minimizando o sofrimento do paciente. A comunicação é uma habilidade capaz de diminuir a ansiedade por meio da oferta de informações e explicações adequadas e é uma aptidão que pode ser desenvolvida e aperfeiçoada. A boa comunicação é atributo necessário à equipe nos cuidados paliativos.

3.1.

Poder conversar sobre o que assusta acerca do significado da morte, receber toque humano, ser tratado da maneira que quiser, estar presente e inteiro pelo e para o paciente.





3.2.

Trabalhar com os que vão morrer dá a todos que o fazem uma oportunidade direta de praticar a compaixão na ação e na situação onde ela provavelmente é mais necessária.

4. RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

A religião pode ser entendida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar a aproximação com o sagrado.

Espiritualidade refere-se à busca pessoal pelas questões fundamentais da vida e seu significado, procura respostas sobre o sagrado e o transcendente.

Não necessariamente está relacionada a práticas formais de ritos ligados a alguma religião, nem tampouco a formação de grupos, podendo ser algo vivido na intimidade, algo pessoal.

4.1.

Existe uma relação entre espiritualidade e saúde. As crenças religiosas e as necessidades espirituais influenciam no processo de morrer, e valorizar a espiritualidade do indivíduo enriquece a relação da equipe com o paciente.



5. DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE

São instruções escritas que o paciente prepara para ajudar a guiar seu cuidado médico. São aplicadas a situações específicas como doença terminal ou um dano irreversível.

Autonomia, respeito à pessoa e lealdade são princípios bioéticos que fundamentam as diretrizes antecipadas.

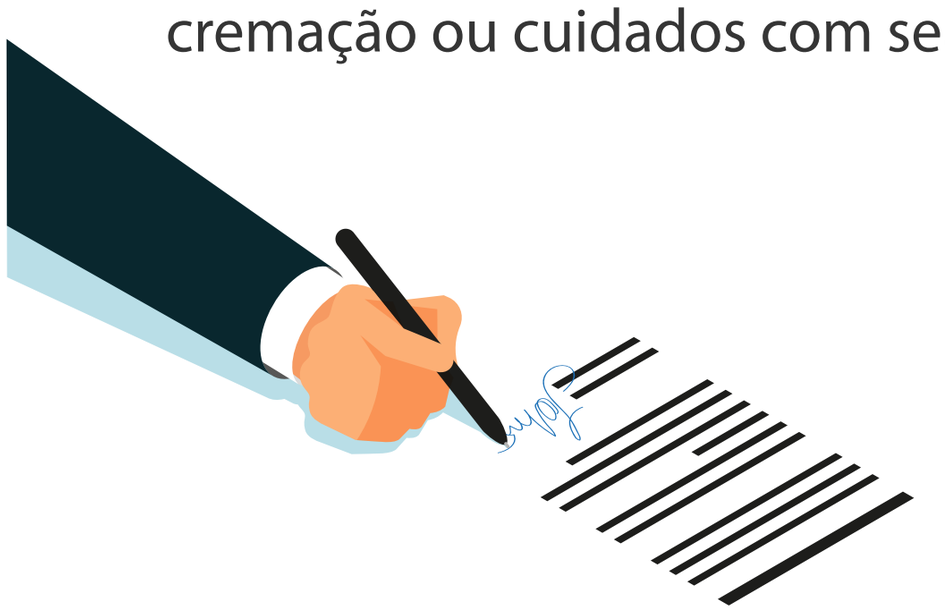
As consequências benéficas são: redução do medo de situações inaceitáveis e aumento da autoestima do paciente, além da melhora na comunicação e autoconfiança entre médico e paciente.

5.1.

São reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM 1.995/2012) e representam um suporte ético e legal para que os profissionais da saúde respeitem a vontade da pessoa que designa um representante para a tomada de decisões.

5.2.

Na última parte do documento, a pessoa descreve como quer ser cuidada, abordando aspectos do dia a dia, relativos ao ambiente, doação de órgãos e desejo de cremação ou cuidados com seu funeral.





6. E O CUIDADOR?

O cuidador passa por fases de aceitação semelhantes aos pacientes. Como profissional de saúde, ele encara o paradigma científico que o impõe como regra a busca da cura. Enquanto como familiar, enfrenta a dificuldade de admitir e aceitar a atual situação.

6.1.

A progressão de uma doença incurável e a dependência progressiva que ela acarreta no paciente exigem do cuidador disposição física, amorosidade, disponibilidade, resiliência e muitas outras habilidades.

Um cuidador que apresente sobrecarga precisa de estratégias para redução do estresse. Entre estas, falar francamente sobre as dificuldades e sobre seus sentimentos costuma ajudar. Receber apoio de colegas e acompanhamento psicológico para momentos mais críticos pode também ser de grande valia.

6.2.

É importante que cada serviço crie seus espaços de apoio para cuidar do cuidador. Isto é importante não apenas para facilitar suas tarefas, mas também para proporcionar a oportunidade de que uma experiência emocional e estressante seja tão positiva quanto possível.

A forma como as pessoas vivenciam a morte de um ente querido influencia a maneira como elas, algum dia, vão encarar sua própria finitude.

Um olhar atento para ele permite identificar evidências de sobrecarga e oferece a possibilidade de criar recursos para ampará-los profissionalmente.



ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Mais do que uma modalidade de tratamento, o cuidado paliativo simboliza a manifestação da cultura de cuidado integral e humanizado em todas as fases vivenciadas pelos pacientes diagnosticados com câncer. Neste contexto, torna-se fundamental a participação de profissionais de diferentes áreas atuando de forma integrada. Para isto a comunicação em equipe é essencial, abdicando de posturas hierárquicas e solitárias para a tomada de decisão a respeito da linha de tratamento a ser seguida .

De acordo com cada cenário, há um modelo assistencial a ser seguido:

- Nas enfermarias é mais comum grupos consultores compostos por especialistas em cuidados paliativos que atuam em conjunto com a equipe assistente. Esse grupo deve ser composto minimamente por: um(a) médico(a); um(a) enfermeiro(a); um(a) psicólogo(a); um(a) assistente social. Quando disponível, deve-se ampliar o rol de profissionais que atuam em parceria com essa equipe, incluindo: nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêuticos, entre outros.

- Enquanto que na linha ambulatorial, além dos profissionais supracitados, é crescente o ingresso de capelães, musicoterapeutas e profissionais de práticas integrativas nas equipes de cuidados paliativos, ampliando as possibilidades terapêuticas e fortalecendo a integralidade do cuidado.



PARA REFLEXÃO...

A melhor coisa que podemos fazer por alguém na hora da morte é estar presente.

Ao lado dessa pessoa, diante dela, para ela e por ela. Um estado de presença que saiba transformar o sentimento de fracasso diante da doença em sentimento de orgulho pela coragem de enfrentar a finitude.

Se a pessoa que está morrendo se sentir valiosa, no sentido de ser importante, de fazer diferença na própria vida e sentir que está fazendo diferença na vida de quem está cuidando dela, ela honrará este tempo.





REFERÊNCIAS

- Instituto Oncoguia
- Instituto Nacional de Câncer (INCA / MS)
- Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Guaragna BFP, Tigre A, Nascimento IM. Práticas em oncologia: uma abordagem para enfermeiros e profissionais de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2020.
- Corrêa MSTS, Faria LDBB, Siqueira GSM, Reis PED, Pinheiro RN. Diretrizes Oncológicas 2. [livro online]. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica. 2019.
- Luciana DadaltoL. Testamento Vital. 4ª ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco 2018.
- Espíndola AV, Quintana AM , Farias CP, München MAB. Relações familiares no contexto de cuidados paliativos. Rev. Bioét. vol.26 no.3 Brasília Jul./Set. 2018 Doi: 10.1590/1983-80422018263256
- Furtado MEMF, Leite DMC. Cuidados Paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. Interface (Botucatu)
- de Melo CM. Cuidados Paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. Rev. Bioét. [online]. 2015, vol.23, n.2, pp.340-348. ISSN 1983-8042.
- Arantes ACQ. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: Casa da Palavra 2016.
- Pessini L. Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. 6 ed. São Paulo: Loyola 2014.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer, 3ª ed, São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Rinpoche S, Lisboa, LC. O livro Tibetano do viver e do morrer. Ed 16. Editora Palas Athen. 2017



CUIDADOS PALIATIVOS PARA O PACIENTE ONCOLÓGICO

BEATRIZ FÁTIMA PEREIRA GUARAGNA
RAQUEL SILVEIRA EINHARDT



TODOS OS DIREITOS RESERVADOS ÀS AUTORAS.

BEATRIZ FÁTIMA PEREIRA GUARAGNA – Coren 66034
Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica;
Especialista em Acupuntura;
Chefia das unidades de Quimioterapia, Radioterapia e Hospital Dia do HCPA;
Membro da Comissão de Qualidade e Segurança da Oncologia HCPA
Enfermeira da Unidade de Cuidados Paliativos HCPA 2000/2012
bguaragna@hcpa.edu.br

RAQUEL SILVEIRA EINHARDT
Acadêmica de Enfermagem da UFRGS
Estagiária do Serviço de Quimioterapia do HCPA
kelseinhardt@gmail.com

10 anos

HÁ 10 ANOS A SUA DELIVERY
DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS
EM TODO O BRASIL.

Conheça nossas sedes:

Porto Alegre:
Rua Jari, 244
Bairro Passo D'Areia

Florianópolis:
Av. Pref. Osmar Cunha, 281
Loja 2 - Centro

Londrina:
Centro Médico Bandeirantes
Av. Bandeirantes, 500
Sala 410 - Vila Ipiranga

Atendimento Nacional Capitais e Regiões Metropolitanas:

0800 200 2429