

A importância da visita domiciliar realizada por enfermeiros em pacientes oncológicos em cuidados paliativos

The importance of home visits by nurses to cancer patients undergoing palliative care

Juliana de Andrade Cordeiro¹

Rodrigo Otávio de Faria²

RESUMO

Este artigo trata da visitar domiciliar, por enfermeiro, à paciente oncológico em cuidados paliativos. Neste contexto, teve-se como objetivo principal demonstrar a importância dessa visita no tocante ao tratamento e a qualidade de vida do paciente. Para refletir sobre a relevância dos cuidados paliativos na assistência aos doentes com neoplasias em seus domicílios, privilegiando a visita domiciliar do enfermeiro, buscou-se suporte teórico na literatura investigada. Como fio condutor da pesquisa, levantou-se o problema que segue: qual a relevância da visita domiciliar do enfermeiro ao paciente oncológico em cuidados paliativos no tocante ao tratamento e a qualidade de vida do mesmo? Dentre as hipóteses aventadas destaca-se: o paciente oncológico em estado terminal quando atendidos ou assistidos no domicilio, pelo enfermeiro, tende a se sentir mais confortado por estar junto aos seus familiares. Assim, para suprir as necessidades do paciente fora de possibilidades de cura surgiu o cuidado paliativo, voltado para o conforto e alívio da dor daquele que os experiencia. Quando da realização da visita domiciliar o enfermeiro poderá perceber a influência das relações familiares nos cuidados, na administração dos medicamentos, na identificação das necessidades físicas, sociais, econômicas, espirituais e emocionais do paciente.

Palavras-chave: Enfermeiro. Visita Domiciliar. Pacientes Oncológicos. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

This article discusses home visits by nurses to cancer patients undergoing palliative care. In this context, the main objective was to demonstrate the importance of this visit in terms of the patient's treatment and quality of life. To reflect on the relevance of palliative care in assisting patients with cancer in their homes, prioritizing home visits by nurses, theoretical support was sought in the literature studied. The following question arose as the guiding principle of the research: what is the relevance of home visits by nurses to cancer patients undergoing palliative care in terms of their treatment and quality of life? Among the hypotheses raised, the following stands out: terminally ill cancer patients, when treated or assisted at home by nurses, tend to feel more comforted by being with their family members. Thus, to meet the needs of patients beyond the reach of cure, palliative care emerged, focused on providing comfort and pain relief to those experiencing the pain. During home visits, nurses can identify the influence of family relationships on care delivery, medication administration, and the identification of the patient's physical, social, economic, spiritual, and emotional needs.

Keywords: Nurse. Home Visit. Oncology Patients. Palliative Care.

INTRODUÇÃO

A maioria dos cânceres no Brasil é diagnosticado em estádios avançados e, portanto, a sobrevida dos pacientes é baixa, o que significa que há um grande contingente que necessita

¹ Enfermeira. Pós-graduanda em Oncologia Multiprofissional pelo IBPEX.

² Farmacêutico, Dr. em Bioquímica pela UFPR e professor do IBPEX.

de cuidados paliativos. Os modelos de cuidados paliativos que têm sido experimentados, na sua grande maioria, são centrados nos hospitais que tratam câncer e a principal restrição é que têm abrangência apenas local, quando a demanda é predominantemente regional. Contudo, com a descentralização da saúde os cuidados paliativos passaram a ser extensivos aos domicílios dos pacientes enviados para casa para terminar seus dias com a família.

Diante do exposto, levantou-se o seguinte problema: qual a relevância da visita domiciliar do enfermeiro ao paciente oncológico em cuidados paliativos no tocante ao tratamento e a qualidade de vida do mesmo?

Na tentativa de responder ao problema levantaram-se as seguintes hipóteses: O paciente oncológico em estado terminal quando atendido ou assistido no domicílio, pelo enfermeiro, tende a se sentir mais confortado por estar junto aos seus familiares; o paciente tratado no domicílio se sente mais amparado e resignado com a terminalidade da vida; a família do paciente assistido no domicílio pelo enfermeiro entende melhor a doença e procurar seguir a risca as orientações medicamentosas.

Em sendo assim, teve-se como objetivo fundamental demonstrar a relevância da visita domiciliar do enfermeiro ao paciente oncológico em cuidados paliativos no tocante ao tratamento e a qualidade de vida do mesmo.

A hospitalização de um ente querido por motivo de doença grave e inesperada, via de regra, acarreta desequilíbrios na estrutura familiar, inclusive porque a família exerce um papel importante na recuperação do paciente e, muitas vezes, suas necessidades são desconhecidas pelo enfermeiro.

Em caso de paciente oncológico em fase de terminalidade a doença e a hospitalização podem desencadear uma situação de crise para o paciente e para a família. Embora cada pessoa responda individual ou diferentemente às implicações de uma doença inesperada e a hospitalização, cada um enfrenta de alguma maneira a ameaça ao seu bem estar físico, a mudança de papéis e a perda ou distanciamento do suporte familiar.

A adoção de cuidados paliativos, bem como a visita sistemática do enfermeiro, em domicílio, deverá mediar essa situação tão dolorosa tanto para paciente quanto para seus familiares, qual seja: a morte iminente. Nestes casos a atuação do enfermeiro é multifacetada, envolvendo aspectos clínicos, afetivos, psicológicos, éticos e espirituais.

Para esses pacientes e suas famílias a visita domiciliar do enfermeiro deve preconizar a adoção de medidas clínicas que visem propiciar ao paciente oncológico prestes a vir a óbito a garantia de melhor qualidade de vida através da atuação ativa e integral no controle da dor e outros sintomas.

1 Cuidados Paliativos Enquanto Mobilidade Terapêutica

Os cuidados paliativos têm como finalidade proporcionar ao paciente e sua família uma melhor qualidade de vida possível. Contudo, “apesar da grande ênfase desses cuidados estar voltada para o doente em fase terminal da enfermidade, muitos de seus princípios são aplicados também em etapas iniciais da doença, em combinação com as terapêuticas específicas ao processo patológico”. (SALES; ALENCASTRE, 2003, p. 566).

A Organização Mundial da Saúde, OMS define os cuidados paliativos como medidas que podem aumentar “a qualidade de vida de pacientes [...] que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”. (MARCUCCI, 2005, p. 67).

Asseveram Simoni e Santos (2003, p. 171) que: “as definições de cuidado paliativo da Organização Mundial da Saúde (OMS) estão calcadas no modelo de tratamento do câncer, embora possam ser aplicadas a outros tipos de doença”. Percebe-se que a OMS adota uma definição de cunho universalista onde o alívio da dor, a redução do sofrimento e a oferta de cuidado paliativo para aqueles que não podem ser curados, até o momento, acham-se entre as principais prioridades para a ação internacional em saúde.

Os cuidados paliativos adotam uma abordagem humanista e integrada para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida.

Cuidados paliativos é um termo adotado na modernidade para o cuidado em fim de vida. É um termo vinculado à morte ritualizada nos hospitais dos grandes centros urbanos, embora não esteja necessariamente associada ao fim de vida medicalizado. Uma das grandes dificuldades ao tratar o tema é a abordagem da desocultação da morte associada a doenças imunológicas, como a AIDS, e a representação social sobre a dor. Não estando associado a uma doença específica, o cuidado paliativo é tradicionalmente objeto de reflexão, principalmente na área médica da oncologia. (SIMONI; SANTOS, 2003, p. 170).

A origem do termo situa-se em uma discussão da prática médica acerca do lidar com pacientes ditos terminais. Desta forma, o cuidado paliativo distingue-se do curativo pela noção médica de paciente “terminal” ou “fora de possibilidades terapêuticas”.

No que diz respeito às suas peculiaridades os cuidados paliativos possuem as seguintes características, conforme lecionam Rodrigues, Zago e Caliri (2005):

- a) Assistência integral do ser humano:
 - ✓ Controle da dor crônica; e,
 - ✓ Equipe interdisciplinar.
- b) Morte como processo natural:
 - ✓ Preparo do paciente para a morte;
 - ✓ Autonomia e ortotanásia;
 - ✓ Alívio do sofrimento;
- c) Cenário de atendimento:
 - ✓ Hospital; e,
 - ✓ Domicílio.
- d) Comunicação:
 - ✓ Franca e honesta; e,
 - ✓ Visam o cuidado e não a cura.

É pertinente afirmar que os cuidados paliativos devem ser pensados e procedidos embasados em uma abordagem humanista e integrada para o tratamento de pacientes em estado terminal, objetivando amenizar o sofrimento e a dor deles.

2 O Câncer no Brasil

O câncer, qualquer que seja sua etiologia, é reconhecido como uma doença crônica que atinge milhões de pessoas em todo o mundo, independente de classe social, cultura ou religião. Enfatiza Camargo (2000) que o saber de que se é portador de câncer é, em geral, aterrador, pois, apesar dos avanços terapêuticos permitindo uma melhoria na taxa de sobrevida e qualidade de vida, permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutiladora e mortal.

Em 2006, esperavam-se 234.570 casos novos para o sexo masculino e 237.480 para sexo feminino. Estimava-se que o câncer de pele não melanoma seria o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama feminina, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e colo do útero. (MENEZES et al, 2007, p. 3).

Leciona Koseki (2002, p. 13) que:

A maioria dos cânceres no Brasil é diagnosticada em estádios avançados e, portanto, a sobrevida dos pacientes é baixa, o que significa que há um grande contingente que necessita de cuidados paliativos. [...]. No Brasil, tanto o

câncer de mama como o do colo do útero ainda são diagnosticados em estádios avançados, o que contribui para o aumento da mortalidade e redução da sobrevida.

Dessa forma, fica clara a necessidade e a propriedade de intervenções de enfermagem que auxiliem as pessoas no enfrentamento da doença e suas consequências, visando à reabilitação e à melhoria da qualidade de vida.

3 O Paciente Oncológico em Estado Terminal

Prelecionam Pereira e Reis (2007, p. 225) que “o paciente terminal oncológico ou em cuidado ao fim da vida é aquele fora de possibilidade de cura, em que se esgotaram as opções de tratamento antiblástico específico, com quadro clínico irreversível, e que apresenta uma perspectiva de sobrevida curta, de semanas a dias”.

Em decorrência da progressão da doença, pode ainda se apresentar com alterações cognitivas graves, sem evidência de consciência de si mesmo ou do meio, e uma total incapacidade de interagir com os outros.

Para esses pacientes e suas famílias, preconiza-se a adoção de medidas clínicas que visem à garantia de melhor qualidade de vida através da atuação ativa e integral no controle da dor e outros sintomas. A ação profissional deve ser pautada na atenção e no respeito aos princípios bioéticos de beneficência, não-maleficência, autonomia do paciente e justiça, e adequada e racional utilização de recursos na definição dos cuidados.

3 A Situação dos Cuidados Paliativos no Sistema de Saúde Público Brasileiro

É flagrante o fato que a modalidade assistencial predominante para os pacientes com câncer no Brasil é aquela baseada na assistência hospitalar, que também é onerosa ao Sistema Único de Saúde, SUS. (BRASIL, 1997). É sabido que “os modelos de cuidados paliativos que têm sido experimentados são centrados nos hospitais que tratam câncer e a principal restrição é que têm abrangência apenas local, quando a demanda é predominantemente regional”. (KOSEKI, 2002, p. 19-20). Os hospitais, de maneira geral, estão estruturados para o tratamento eficiente de doenças agudas e exacerbações das doenças crônicas.

Quando se torna evidente que a cura já não é possível, a estrutura hospitalar, com freqüência, falha em proporcionar tratamentos alternativos. Às vezes, mesmo quando não há mais condições de recuperação, o tratamento focalizado no prolongamento da vida é mantido,

trazendo sofrimentos desnecessários para o doente e criando tensão emocional e dificuldades financeiras para a família. Embora os hospitais de tratamento de doenças agudas não sejam os locais preferidos para muitos doentes terminarem suas vidas, atualmente mais da metade dos adultos morrem em instituições como estas (REZENE, 2000, p. 24).

Leciona Koseki (2002) que no Brasil, os cânceres de maior incidência nas mulheres são os de mama e do colo de útero, tanto mais curáveis quanto mais precocemente forem efetuados os diagnósticos. Apesar das campanhas de prevenção, um contingente significativo continua sendo diagnosticado em estádios avançados (III e IV), quando as taxas de cura são baixas e as pacientes necessitam de tratamentos sintomáticos ou de cuidados paliativos, além das terapias oncológicas curativas.

O carcinoma de ovário, ainda que não esteja entre os mais incidentes, apresenta, na fase inicial, sintomatologia inespecífica e não há programa de rastreamento adequado para realizar o seu diagnóstico precoce (BRASIL, 2001).

4 Vantagens e Desvantagens da Descentralização dos Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos têm em solo pátrio um grande incentivador dessa prática. Trata-se do professor Figueiredo. Este profissional tem sido incentivador do ensino dos cuidados paliativos e da criação de serviços de cuidados no Brasil. “Entre eles, consta o seu próprio ambulatório na UNIFESP; o Ambulatório em Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o da Unidade de Cuidados Paliativos no Instituto de Infectologia Emílio Ribas”. (FIGUEIREDO, 2003, p. 170).

Segundo o mesmo autor, esses serviços, na maioria das vezes, iniciaram suas ações com o controle da dor e, posteriormente incluíram os cuidados paliativos entre os seus serviços disponibilizados. Eles estão inseridos em instituições hospitalares públicas e clínicas privadas.

Segundo Caponero, (2002) foi fundada em 1997 a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), na cidade de São Paulo, para agregar os profissionais atuantes em cuidados paliativos. Participam dessa associação: médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, religiosos, nutricionistas, entre outros. Dentre os objetivos da ABCP citam-se:

- ✓ Proporcionar a vinculação científica e profissional equipe da saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade;

- ✓ Aperfeiçoar a qualidade da atenção aos enfermos;
- ✓ Fomentar as pesquisas no campo dos cuidados paliativos por meio de congressos, seminários, conferências, visando elevar o nível técnico-científico de todos os profissionais da saúde;
- ✓ Desenvolver, assessorar e prestar assistência técnica sobre conteúdo, programas curriculares e acadêmicos da educação na área da saúde;
- ✓ Estudar e discutir problemas éticos e suas implicações na prática dos cuidados paliativos, e promover o bem estar da comunidade, preservando a melhoria da qualidade de vida dos enfermos, nos diversos níveis de saúde.

É procedente salientar que a Portaria nº. 19/GM, datada de 03 de janeiro de 2002, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, (art. 1º) e, cujas determinações exaradas são as seguintes:

- a - Articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;
- b - Estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;
- c - Articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos;
- d - Desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativa, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos;
- e - Desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria.

Observa-se a preocupação institucional em promover ações em prol do bem-estar de pacientes em estado terminal. Segundo Koseki (2002) trabalhar a concepção de cuidados paliativos em nível institucional, conduz ao conceito de *hospice* que, segundo a autora citada, tem o seguinte significado:

O conceito de hospice ampliou-se e, em 1977, formou-se o National Hospice Organization (NHO), representando, atualmente, mais de 650 hospices. Em suas normas, a NHO define hospice como um programa de cuidados paliativos e de serviços de suporte que proporciona cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais a pessoas que se encontram em fase terminal da doença e também a seus familiares. (p. 25):

Enfatiza Koseki (2002) que nos Estados Unidos, há quatro modelos básicos, a saber:

- ✓ Cuidados domiciliares, com base na comunidade;
- ✓ Consultas de pacientes, com base hospitalar e cuidados domiciliares;
- ✓ Consultas de pacientes com base hospitalar e cuidados domiciliares, com uma pequena Unidade de Cuidados Paliativos para internação;
- ✓ Instituição autônoma de cuidados paliativos.

Koseki (2002) destaca um ponto importante no que diz respeito aos cuidados paliativos em nível institucional, ou seja, a autora defende a descentralização dessa terapia, argumentando que no tocante às vantagens da descentralização do programa de cuidados paliativos para pacientes fora de possibilidade de cura podem ser divididas em dois segmentos, sendo um referente à paciente e seus familiares e outro ao hospital de câncer e o SUS.

Para as pacientes e familiares, o atendimento no próprio município evitará o desgaste das longas jornadas de suas residências até o CAISM, muitas vezes desnecessárias e que causam sofrimento, dificuldades e agravamento do estado clínico das pacientes. Quanto mais os pacientes forem acompanhados ou mantidos por mais tempo em suas residências, estarão sendo valorizados os aspectos biopsicossociais e humanitários dessa relação, priorizando o seu convívio com familiares e amigos, otimizando o seu conforto físico e psicológico, proporcionando qualidade no período de sobrevida e uma morte assistida com dignidade. (KOSEKI, 2002, p. 29).

Do que se conhece informalmente, o modelo de cuidados paliativos centrado no hospital é o que predomina, apesar do alcance limitado. Como consequência, parte da capacidade operacional dos hospitais é ocupada com a assistência paliativa, o que restringe a entrada de casos novos, retardando o tratamento oncológico curativo e gerando mais pacientes com necessidade de cuidados paliativos.

Cabe destacar que a estruturação do SUS favorece o desenvolvimento de parcerias entre os centros mais especializados e os municípios, visando à descentralização e a expansão de assistência e cuidados a pacientes.

Ao longo da década de 90, o SUS vem consolidando a regionalização de serviços de saúde para os municípios. A base legal para tal descentralização e delegação de competência foi estabelecida pela Lei Orgânica de Saúde, de 1990, e pelas Normas Operacionais, principalmente as de 1993 (NOB-SUS 93), 1996 (NOB-SUS 96) e 2001 (NOAS-2001), que regulamentam e operacionalizam o SUS. (CAPONERO, 2002, p. 32-33).

Desta forma, os serviços de saúde devem se organizar hierarquicamente, sendo da competência dos municípios a gestão e a execução dos serviços de menor complexidade.

5 A Morte do Paciente em Fase de Terminalidade no Próprio Domicílio

É factual que o doente com sintomas sob controle, em estado terminal, deseje morrer no domicílio ao lado da família, deve ser igualmente sabido que para que um paciente nessa situação possa permanecer em sua moradia, depende de seu estado físico e há necessidade de boa estrutura familiar.

Via de regra, quando se faz referência à estrutura familiar, além do fator da afetividade encontra-se igualmente ligado a esta condição a questão financeira, que, em si tratando de doença terminal, assume patamares significativos.

Cuidar representa desafios a serem superados, envolvendo longos períodos de tempo dispensados ao paciente, desgastes físicos, custos financeiros, sobrecarga emocional, riscos mentais e físicos. “A fase terminal é tida como a mais difícil e angustiante. Na última semana de vida, os principais problemas dos pacientes, geralmente, são administrar a dor, a insuficiência respiratória, a confusão, seguidos por ansiedade e depressão”. (REZENDE, 2000, p. 62).

Neste sentido, recomendam Menezes (et al, 2007) que tendo em vista a distribuição demográfica, epidemiológica e sociocultural do câncer no Brasil, mister se faz articular de forma sistemática o cuidado em oncologia, em situações de pobreza e baixo desenvolvimento humano, constituem um desafio para a enfermagem, visto que as ações necessárias para prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação vão da baixa à alta complexidade.

Ao enfatizar questões relativas à pobreza é procedente destacar o desmonte do Estado do Bem-Estar, onde as políticas sociais até então entendidas como direito dos cidadãos assegurados pelo Estado, passassem a ser vistas e gerenciadas pelo modelo de gestão privado, baseado na lógica do mercado do sistema capitalista, isto é, da eficiência, da competição, dos resultados e da lucratividade.

Salienta-se que a pobreza é um fenômeno social complexo e pode ser definida, de forma simples, como a situação na qual as necessidades da pessoa não são atendidas de forma adequada. “Ressaltamos que tanto a identificação de necessidades quanto o suprimento incorrem na relativização desses termos que nos apontam para a dimensão subjetiva das necessidades singulares de cada um e o seu suprimento num dado contexto social”. (MENEZES, et al, 2007, p. 19).

6 A Importância da Atuação do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico Terminal: Ênfase à Visita Domiciliar

Diferente de outras patologias crônicas, a representação do câncer assume grandes proporções relacionadas com desesperança, ansiedade, dor e antevisão de uma morte sofrida. Desde a angústia do diagnóstico à constatação de que a doença está evoluindo fora de controle, determinam-se diferentes contextos que terão consequências distintas envolvendo família, amigos e o próprio paciente.

Os cuidados que o paciente com câncer terminal exige são predominantemente cuidados peculiares da Enfermagem, como por exemplo, os de higiene, alimentação, curativos e atenção sobre a efetividade da analgesia, entre outros, que basicamente se voltam para as necessidades de diminuição do sofrimento. (FIRMINO, 2004 apud LAVOR, 2006, p. 25-26).

Um dos paradigmas que norteiam os cuidados paliativos em oncologia é indubitavelmente o enfoque terapêutico baseado numa melhor qualidade de vida para o paciente e o alívio dos sintomas presentes, portanto, tais cuidados não têm objetivo curativo, nem buscam retardar ou apressar a morte.

Com base neste cenário, evidem-se esforços em prol da compreensão de como os enfermeiros compreendem a visita domiciliar e, como são trabalhados os diversos contextos domiciliares.

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar que à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou planejamento de ações. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 647).

Asseveram Siqueira (et al, 2008) que o respeito aos aspectos éticos deve pautar as ações do enfermeiro, respeitando o quadro clínico do paciente, sua condição física, espiritual bem como de seus familiares. Mesmo consciente que não há uma cura para aquele paciente, ao mesmo devem ser dispensados atenção e zelo, cobrindo o sofrimento com tratamentos específicos, como, por exemplo, aqueles destinados ao alívio da dor.

O enfermeiro quando da visita domiciliar ao paciente terminal, deve ter em mente que: “o cuidado é sempre específico e relacionado ao contexto na qual se insere, criando possibilidades envolvidas com desenvolvimento que existe no cuidado, onde o que importa é

a pessoa ou o evento que a mesma está passando e não a doença em si". (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 645).

É pertinente enfatizar que os objetivos da visita domiciliar realizada pelo enfermeiro nessa fase na qual não há cura são inúmeros e podem abordar os mais diferentes aspectos presentes no contexto de morte, dentre estes: atender às necessidades psicológicas da pessoa, auxiliar no processo de tomada de decisões e resoluções de possíveis problemas pendentes, ajudar a família a lidar com as emoções que se inserem no contexto de morte e separação e colaborar (e zelar) para que o tratamento oferecido à pessoa respeite sua dignidade e melhore sua qualidade de vida, ainda que diante da terminalidade iminente.

Com base nesses paradigmas é pertinente salientar que a visita domiciliar feita pelo enfermeiro ao paciente oncológico em estado de terminalidade implica em um enfoque holístico ao paciente não considerando apenas a dimensão física, mas também os fatores psicossociais do existir humano.

Uma questão chave a ser trabalhada pelo enfermeiro quando dispensar cuidado paliativo ao paciente é o tratamento da dor e do sofrimento desse (do paciente). Esta problemática não é apenas uma questão técnica, é na verdade, uma das questões éticas mais discutidas atualmente e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e até mesmo espiritual.

O enfermeiro também deve estar técnica e emocionalmente preparado para o enfrentamento do processo de perda, principalmente quando estiver trabalhando em visitas domiciliares.

O profissional tem que estar preparado para seguir alguns referenciais éticos em relação ao enfrentamento da perda. Um dos principais referenciais, o da verdade, é de extrema importância na relação interpessoal profissional de saúde X paciente e seus familiares. Deve-se comunicar a verdade ao paciente e seus familiares, possibilitando a participação nas decisões dos mesmos e o início do processo de enlutamento, já que no caso do cuidado paliativo, a morte é iminente. (SIQUEIRA, 2008, P. 23).

Consoante Rezende (2000) omitir e/ou negar ao paciente e à família a sua condição de saúde é impedir que eles enfrentem seus medos, impedindo desse modo, a evolução de cada um em direção ao processo da terminalidade. E quando o momento da morte chega, é natural que eles, ao invés de sentirem paz, tranquilidade, aceitação, sintam e externem raiva por terem sido enganados.

Dentro desse diapasão é perceptível a dificuldade em comunicar a verdade em casos de prognósticos de terminalidade iminente. Urge então, a necessidade de qualificação de

muitos enfermeiros no sentido de saberem trabalhar adequadamente essas questões, pois tais respostas devem ser discutidas com muita cautela e acurada sensibilidade.

Outro ponto importante a destacar é o de não abandonar, trazendo então o real significado do paliativo, o de assistir mesmo não tendo cura. Em relação à capacitação dos enfermeiros, Rezende (2000, p. 56) assevera que “há a necessidade não só de formas de proporcionar medidas que melhorem a qualidade de vida ao paciente, mas também do entendimento do próprio profissional que a morte não significa erro no cuidado, falha na assistência”.

7. A Visita Domiciliar Privilegiada no Contexto do SUS

Com os diversos avanços na área da saúde e com o aumento da qualidade de vida das pessoas, muitos problemas de saúde foram resolvidos, amenizados, curados ou retardados. A prevenção, a promoção, novos tratamentos, têm contribuído para diminuir os agravos nessa área.

No entanto, para muitos profissionais da saúde, a questão da perda, continua sendo vista através da lógica tecnicista. Neste sentido, a questão da dor geralmente é negligenciada pelos profissionais de saúde e educadores.

O que se vê é o tratamento ainda tecnicista em relação à dor, os avanços se dão através de novas drogas analgésicas e não no entendimento da dor de cada um, muitas vezes não sendo necessário nenhuma intervenção farmacológica. [...] Na concepção de alguns especialistas a dor pode ser dividida em aguda e crônica, sendo apenas uma definição em relação ao tempo de reclamação do paciente, enfim, não recebe a atenção devida na assistência contemporânea. (SIQUEIRA, 2008, p. 19).

No âmbito do SUS as diretrizes e valores que conduzem a assistência à saúde estão sofrendo modificações, buscando como paradigmas fatores como a qualidade de vida, em conformidade com as indicações oriundas da demanda social, um exemplo desse panorama é a Estratégia da Saúde da Família, ESF, na prevenção da assistência domiciliar à saúde, privilegiando nestas circunstâncias a visita domiciliar.

[...] A visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma, visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas,

preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 646).

Entende-se que a Constituição da República de 1988, ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado visando promover eqüidade social, determina que a organização do SUS se estruture segundo os princípios do acesso universal, da atenção integral, da descentralização administrativa das ações, da co-responsabilização e do controle social. Desse modo, políticos, gestores, técnicos e usuários têm buscado implementar mudanças sistemáticas tanto do ponto de vista das leis como dos mecanismos de gestão.

Particularizando tais ações para o paciente com câncer em fase terminal a ação profissional deve ser pautada para o tratamento da dor, do alívio do sofrimento, do apoio a família e na melhor qualidade de vida ante do óbito.

CONCLUSÃO

Na existência humana a pessoa não planeja (nem mesmo pensa) na sua finitude, principalmente no que diz respeito ao surgimento de um câncer. Assim, apesar de considerar a doença um processo biológico normal da evolução humana, a descoberta de uma neoplasia maligna ou a simples possibilidade de confirmação do diagnóstico, em um ente querido, provoca no seio familiar uma série de vicissitudes relacionadas ao medo de perdê-lo.

Nesses momentos, o mundo, como horizonte do cotidiano humano, surge diante da pessoa e de seus familiares e amigos aniquilando não apenas as coisas particulares à sua volta, mas também seus sonhos de viver um porvir prazeroso, que passa a apontar para o nada, pois o câncer traz consigo, ao longo do tempo, o estigma social de doença incurável.

A terminalidade conduz à necessidade de apoio e cuidados paliativos a serem dispensados pelo enfermeiro não só no âmbito do hospital, mas também no domicílio. O paciente quando é liberado para ficar com a família por não ter mais possibilidade de cura demanda cuidados especiais (paliativos) que devem ser administrados por um enfermeiro em seu domicílio em conjunto com a família.

Esses cuidados paliativos devem ficar sob a supervisão de um enfermeiro que passa a visitar o paciente em sua residência não só para tratar dele, mas também para prestar apoio e solidariedade a família que precisa nessa hora de conforto e de esclarecimento para proceder de forma correta com a dosagem da medicação e demais procedimentos.

Ficou evidente a relevância dos cuidados paliativos, bem como a importância da visita domiciliar do enfermeiro aos pacientes com câncer em estado terminal. A família e o

paciente buscam apoio nesse profissional na tentativa de aceitar com resignação o fim próximo. É evidente que o enfermeiro não fica emocionalmente incólume a essa situação, pois como ser humano que é também tem suas angústias e medos, daí a necessidade de ser bem preparado para desenvolver esse trabalho de caráter técnico, holístico e humanitário.

Destaca-se que cuidados paliativos desenvolvidos nos domicílios diante de paciente oncológico em estado terminal, permitem que muitos enfermeiros se tornem mais conscientes, reconhecendo as condições de vida da população atendida por eles, e, talvez, mais sensíveis às dificuldades e ao sofrimento, concluindo que a sua atuação poderá fazer a diferença na manutenção da saúde para viver, assim, como na preparação e aceitação para a morte, visto que, o ser humano não é preparado para aceitar passiva e docilmente a perda de um ente querido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA), Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer (Pro-Onco). *O problema do câncer no Brasil*, 4 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ: INCA/Pro-Onco, 1997.

CAMARGO, T. C. **O Ex-sistir Feminino Enfrentando a Quimioterapia para o Câncer de Mama**: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ: 2000.

CAPONERO, R. Muito Além da Cura de Uma Doença. Profissionais Lutam para Humanizar o Sofrimento Humano. **Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 21, p. 29-34, mai./jun. 2002.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil de 1988. Vade Mecum Acadêmico de Direito. Anne Joyce Angher (Org.). 3. ed. São Paulo: Rideel, 2006. LEI Nº. 8.069 de 13 de julho de 1990. Coleção de Leis Rideel, 2006.

FIGUEIREDO, M. T. Educação em Cuidados Paliativos: uma experiência brasileira. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n. 1, p. 165-170, jan./mar. 2003.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 645 – 653, Florianópolis, out./dez. 2006.

KOSEKI, N. M. **Descentralização do Atendimento a Pacientes Com Câncer Avançado Sem Possibilidade de Cura**. (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: 2002.

LAVOR, M. F. S. **Cuidados Paliativos na Atenção Básica**: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006.

MARCELINO, S. R; MERCÊS, N. N. A. **Enfermagem Oncológica**: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio. Blumenau, SC: Nova Letra, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCUCCI, F. C. I. O Papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos a Pacientes Com Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 51, ano 1, p. 67-77, 2005.

MENEZES, M. F. B. et al. Câncer, Pobreza e Desenvolvimento Humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, set./out., 2007. (número especial).

PEREIRA, M. T.; REIS, T. C. S. A Não-Ressuscitação, do Ponto de Vista do Médico, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 2, p. 225-229, 2007.

REZENDE, V. L. **Reflexões Sobre a Vida e a Morte**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2000.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F; CALIRI, M. H. Uma Análise do Conceito de Cuidados paliativos no Brasil. **Mundo Saúde**, v. 29, ano 2, p. 147-154, abr./jun. 2005.

SALES, C. A.; ALENCASTRE, M. B. Cuidados Paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 56, ano 5, p. 566-569, Brasília, set./out. 2003,

SIMONI, M. SANTOS, M. L. Considerações Sobre Cuidado Paliativo e Trabalho Hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, p. 169-194, São Paulo, 2003.

SIQUEIRA, K. A. et al. **Bioética e Cuidados Paliativos**: um desafio para a enfermagem. Enfermagem. Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI), Itajaí, SC, 2008.