

ENFERMAGEM E TERMINALIDADE: A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO À FAMÍLIA DO ADULTO ONCOLÓGICO PORTADOR DE CÂNCER DE LÍNGUA

RIBEIRO, Amanda Araujo¹; MUNIZ, Rosani Manfrin²; KRANN, Rafaela³; GROSSELLI, Fernanda⁴

¹Acadêmica 5º Semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
Email:amandaribeiro923@gmail.com ;

²Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
Email:romaniz@terra.com.br;

³Acadêmica 5º Semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
Email:rafaelakrann@yahoo.com.br;

⁴Acadêmica 5º Semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
Email:nandinhagrosselli@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias de cavidade oral são o sétimo tipo de câncer mais comuns em pacientes do sexo masculino, tendo sua manifestação entre os 60 e 80 anos. Possui etiologia multifatorial, porém está fortemente ligado ao uso concomitante de tabaco e álcool (SANTOS, 2008). Na cavidade oral, a língua é a região mais frequentemente afetada por neoplasias (ANTUNES, 2007).

De início assintomático o câncer de língua torna-se de difícil detecção precoce. O sintoma mais usual é uma massa indolor ou úlcera de bordas elevadas que não cicatriza por mais de duas semanas. Com a evolução da doença, pode ocorrer algia, dificuldade de mastigação, deglutição e fala (SMELTZER, 2009).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 9.990 novos casos de câncer de língua em homens para o corrente ano. Essa estimativa indica um risco de 4 casos a cada 100.000 homens.

O tratamento para pacientes acometidos por essa patologia é dependente da localização da lesão e da sua extensão bem como do comprometimento dos linfonodos, podendo ser cirúrgico e/ou radioterápico (BRASIL, 2012).

O prognóstico é dependente da localização do tumor e do comprometimento dos linfonodos, sendo de: 35- 85% nos tumores de estágio I; 26-77% no estágio II; 10-50% no estágio III; 0-26% no estágio IV (BRASIL, 2012).

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

O presente estudo de caso foi realizado na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas no município de Pelotas/RS desenvolvido durante o componente curricular da Unidade do Cuidado de Enfermagem IV B: Adulto e Família, compreendendo o período de 28 de março até 15 de junho deste ano. Foi desenvolvido com um paciente reinternado por câncer de língua em terminalidade e sua família.

Paciente masculino, 67 anos, natural de um município do sul do Rio Grande do Sul, residente da área rural no município de Pelotas, aposentado, pai de uma filha, casado, sem antecedentes de câncer na família. Etilista e tabagista. Possui Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM II), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Dislipidemia e Depressão em tratamento prévio. Paciente com diagnóstico neoplasia de língua, submetido à glossectomia parcial e esvaziamento cervical nível 1, 2 e 3. Cirurgia realizada no dia

11 de abril de 2012. No dia 16 de abril de 2012 dirigiu-se ao Pronto Socorro de Pelotas referindo presença de secreção purulenta com odor fétido em dreno e ferida operatória na região cervical direita. Acompanhante relata que o paciente retirou a sonda nasoentérica e abriu os pontos da ferida operatória com os próprios dedos. Refere ainda, que o mesmo estava desorientado pela tarde. O paciente foi reinternado no dia 17 de abril de 2012 na Clínica Cirúrgica do Hospital Escola, apresentando piora do quadro clínico, secreção e sinais flogísticos em sítio cirúrgico. Acamado, torporoso, desorientado, não comunicativo, emagrecido, acompanhado pela esposa e pela filha. Normotenso (140/80 mmHg); normocárdico (80 bpm); eupnéico (16 mrpm); afebril (37⁰C). Cabelos curtos, grisalhos, lisos, com distribuição homogênea, sem presença de parasitas, couro cabeludo íntegro, crânio simétrico; face normocorada, sem anormalidades, sobrancelhas simétricas com distribuição homogênea de pêlos, cílios homogêneos. Pavilhão auricular íntegro, orelhas simétricas, meato externo sem cerúmen, acuidade auditiva preservada. Cavidade nasal com sonda nasoentérica (SNE) em posição gástrica e cateter nasal com oxigenoterapia a 2 litros/min. Lábios com mucosa íntegra, ausência da arcada dentária superior e inferior. Pescoço alinhado, com ferida operatória (FO) na lateral direita. Ausculta cardíaca com sons normofonéticos regulares e a dois tempos. Tórax simétrico, expansão torácica preservada durante a respiração. Ausculta pulmonar anterior com murmúrios vesiculares presentes em toda extensão sem ruídos adventícios. Abdome flácido e depressível à palpação, sem dor, com ruídos hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes. MMSS: simétricos, sensibilidade e força motora prejudicadas, presença de acesso venoso periférico em antebraço esquerdo com infusão contínua de soro fisiológico 0,9% (1000 ml, 45 gotas/minuto), presença de equimoses. MMII: simétricos, sensibilidade e força motora prejudicadas, edema +++/4 no pé direito e edema +/4 em pé esquerdo, unhas com fungos. Veio à óbito no dia 21 de abril de 2012.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A terminalidade é quando não existem mais possibilidades clínicas de retorno do paciente à sua condição de saúde pregressa e a morte torna-se inevitável (GUTIERREZ, 2001).

O conceito de família pode ser definido como conjunto de pessoas que convivem por determinado período podendo ou não possuir laços consanguíneos, sendo sua tarefa essencial o cuidado e a proteção dos membros (CARVALHO, 2008).

Segundo Mendes (2009) cada família possui sua maneira de enfrentar a perda de um ente próximo, essa reação está diretamente condicionada ao contexto social e a função desse membro no grupo familiar. Os familiares podem apresentar estresse, distúrbios de humor e ansiedade durante o processo de perda. Em geral, a família reflete as emoções do doente devido à ligação emocional construída entre os membros. Depois da perda desse membro, é importante o enfermeiro mostrar-se disponível e disposto a ajudar, pois, o período de luto pode levar meses para terminar e essa família precisará de apoio.

O enfermeiro tem papel fundamental no processo de morte, visto que é o profissional que possui um maior contato com o doente e sua família, sendo sua função evitar procedimentos que causem dor e/ou desconforto ao paciente respeitando os princípios éticos da profissão e a vontade do paciente, além de

garantir que a família possa expressar suas emoções nesse momento (LOPES, 2008). Sua maior contribuição nesse contexto é a de partilhar as emoções do enfermo e da sua família antes da chegada da morte, deixando que eles extravasem seus sentimentos. Quanto mais o enfermeiro permitir que a família expresse suas emoções, mais essa família se sentirá reconfortada diante da perda. (MENDES, 2009).

O óbito do paciente associado à fragilidade da família, despertou-nos para a questão do cuidado à família enlutada. Foram desenvolvidas as seguintes ações: dar acolhimento, deixar a pessoa falar, desabafar, chorar; estar presente física e emocionalmente: abraçar, tocar e segurar as mãos; acolher raivas, culpas, temores; estimular família a expressar suas emoções e sentimentos; descobrir a existência de alguém que possa resolver os problemas práticos da situação; poupar a família do excesso de ajuda externa, pois o excesso de estímulos vindo do exterior do núcleo familiar pode ser estressante; realizar o encaminhamento para a psicoterapia e referenciar a família a UBS da sua localidade; encorajar a retomar suas funções diárias e assumir as responsabilidades do falecido de modo gradativo; estimular a retomada dos laços sociais, bem como a participação em grupos comunitários e atividades do seu interesse.

4 CONCLUSÃO

A vivência na prática permite perceber que tão importante quanto o diagnóstico médico e os cuidados de enfermagem, é o olhar cuidadoso e diferenciado para a família do paciente, que sofre com o impacto da doença e sobrecarrega-se com a nova rotina e cuidados a serem realizados. A importância da criação de vínculo com a família para que ela sinta-se à vontade para expressar suas emoções. E, principalmente, o respeito ao tempo que a família vai levar para reorganizar sua rotina.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Boca. Tratamento. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/tratamento_profissional>. Acesso em 13 de julho de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Boca. Regiões anatômicas e prognósticos. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/regioes_anatomicas_e_prognosticos>. Acesso em 13 de julho de 2012.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 97- 102, 2008.

FONSECA, João Vicente César; RABELO, Teresa. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.64, n.1, p. 180-184, 2011.

GUTIERREZ, Pillar L. O que é terminalidade? **Rev. Ass. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n.2, p. 85- 109, 2001.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente Terminal, Família e Equipe de saúde. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151- 173, 2009.

SANTOS, Maria da Conceição Jasmins Pereira Lopes dos. **Dor no doente oncológico no doente terminal: Análise de uma Experiência de Cuidar**. Dissertação (Mestrado em Oncologia). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 07 de fevereiro de 2008.

SANTOS, Pedro André de Andrade; RIBEIRO, Betania Fachetti; MEDEIROS, Ana Câncer de Língua em Adulto Jovem: Forte Associação entre Tabaco e Álcool. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.353-355, 2008.

SILVA, André Luiz Picolli. O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. **Interação em Psicologia**, Florianópolis, v.7, n.1, p.27-35, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H et al. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 4v

SOUSA, Daniele Martins de; SOARES, Erida de Oliveira; COSTA, Kamyla Maria de Souza; PACÍFICO, Alexandra Lílian de Carvalho; PARAENT, Adriana da Cunha Menezes. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Teresina, v.18, n.1, p.41-47, 2009.