

O Uso da Teoria de Orem sobre Dificuldades no Auto Cuidado no Final da Vida

Marilyn Smith-Stoner, RN, PhD

Professora-Assistente de Enfermagem

California State University Fullerton

447 Sherie Ct,

Beaumont, CA 92223-1543

714-278-7893

Fax 714-278-3338

mstoner@fullerton.edu

A Dra. Smith-Stoner é uma enfermeira que atua na área de cuidados paliativos desde 1992 e tem viajado pela Ásia e pelo Brasil nos últimos dois anos promovendo os cuidados paliativos no final da vida. Ela ensina enfermagem na California State University Fullerton e é autorizada a realizar treinamentos pela End-of-Life Nursing Education Consortium. Este artigo faz parte de um projeto internacional de educação em cuidados paliativos patrocinado pela Casa Amitaba, Centro Budista Chagdud Gonpa, em Três Coroas (RS), Brasil.

O Uso dos Requisitos de Auto Cuidado de Orem no Final da Vida

Introdução

Lidar com a morte é uma situação desafiadora para o cuidado de enfermagem. O uso de teorias de enfermagem proporciona um método eficaz de discussão sobre o cuidado de enfermagem entre os profissionais, e com os pacientes e seus familiares. Este artigo discute o uso de partes selecionadas da Teoria de Enfermagem de Orem sobre a Dificuldades no Auto Cuidado. Na Teoria sobre a Dificuldade no Auto Cuidado, Orem descreve oito Requisitos Universais de Auto Cuidado (RUAC. Em inglês, USCR), que servem como diretrizes para a educação dos pacientes e de seus familiares sobre o processo do morrer. Estes RUACs são: ar, comida, água, eliminação, atividade e repouso, solidão e interação social, prevenção de riscos e normalidade.

A teoria da Dificuldade no Auto Cuidado tem sido usada no cuidado de adultos (Laferruere, 1995) e crianças (Moore e Beckwitt, 2004). Ao longo dos dez anos em que venho cuidando de pacientes no final da vida, o uso dos Requisitos Universais de Auto Cuidado tem melhorado consistentemente a qualidade da comunicação com os pacientes e com outras(os) enfermeiras(os). Embora neste artigo o foco seja o cuidado com o paciente que está morrendo, este modelo pode ser usado para todos os pacientes.

Teoria de Orem sobre a Deficiência no Auto Cuidado

Dorothea Orem desenvolveu suas teorias a partir da observação do cuidado de enfermagem em uma série de funções. Suas três teorias (Auto Cuidado, Dificuldades no Auto Cuidado e Sistemas de Enfermagem) focam-se em ajudar os pacientes ou os cuidadores de pacientes dependentes a manter a independência (Orem & Taylor, 2001). Em conversas mantidas com a Dra. Orem sobre a adaptação de partes de sua teoria para uso em situações específicas, ela sugere que as(os) enfermeiras(os) "tirem o que puderem" das teorias. Em minha experiência com o uso dos RUACs, percebi que eles fornecem um método eficaz de comunicação com pacientes e familiares. Os RUACs também fornecem um método uniforme para a discussão das necessidades de cuidado do paciente. Quando as(os) enfermeiras(os) usam palavras diferentes para descrever o mesmo evento, o resultado pode ser a confusão. Por exemplo, se a enfermeira está tentando educar o paciente e a família sobre a adaptação à decrescente capacidade funcional causada pela doença terminal, uma enfermeira pode dizer "quando você for para casa você poderá..." e outra enfermeira pode descrever "o retorno ao trabalho". Usando o

RUAC, as enfermeiras poderão falar sobre "**atividade e repouso**". Visto que essas são necessidades universais, elas se aplicam a todos os pacientes.

Dando aos Pacientes "Más Notícias" sobre a Morte

Nos Estados Unidos é obrigatório por lei dizer aos pacientes quando sua condição é terminal. No entanto, ninguém pode ter certeza de quando um paciente vai morrer. Foram desenvolvidas diretrizes nacionais para auxiliar na determinação do momento em que muitas doenças comuns tornam-se terminais. Essas diretrizes são amplamente acessíveis na web e estão constantemente sendo testadas em pesquisas. Um *site* excelente para pesquisar essas diretrizes é o <http://pennhealth.com/homecare/eligibility>. Um exemplo dos critérios centrais para a determinação da terminalidade são uma perda de peso maior que 10% em 6 meses e uma albumina sérica menor do que 2,5 mg/dl. Também há critérios específicos para cada doença.

Uma observação sobre o termo *hospice*. Nos Estados Unidos, o termo *hospice* é usado para indicar que um paciente está no período de 6 meses que antecede o final da vida. Embora ninguém possa ter certeza quando alguém morrerá, essa é uma avaliação clínica baseada nos dados médicos disponíveis. *Hospice* pode ser um programa formal de cuidado conduzido na casa do paciente, uma unidade dedicada a pessoas que estão morrendo ou instalações para cuidado prolongado. *Hospice* também é uma filosofia que acredita que toda pessoa deve "viver até que morra". Uma descrição completa sobre

hospice está além do âmbito deste artigo, mas será apresentada em publicações futuras.

Falando com os Pacientes sobre a Morte

Muitas(os) enfermeiras(os) e outros profissionais da saúde relutam em falar com os pacientes sobre a morte (Berry & Griffie, 2001). As enfermeiras(os) nos Estados Unidos, tanto estudantes quanto profissionais experientes, recebem um treinamento especial para falar com os pacientes sobre o processo do morrer e da morte. Uma iniciativa nacional chamada *End of Life Nursing Education Consortium* (Consórcio de Educação de Enfermagem para o Final da Vida) (<http://aacn.nche.edu/elnec>) é um projeto cooperativo de muitas organizações visando educar todas as(os) enfermeiras(os) sobre as necessidades do paciente no final da vida. Uma parte deste programa foi apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, durante um seminário sobre tópicos especiais em abril de 2005, coordenado pela Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima.

O uso de uma linguagem comum é muito útil na discussão do processo do morrer e da morte. Tanto enfermeiras(os) quanto pacientes podem sentir angústia ao discutir o declínio inevitável associado à morte. O uso de uma linguagem consistente, isenta de termos médicos, é uma entre várias formas de confortar o paciente. Veja a Tabela 1 para sugestões do uso do modelo na comunicação com pacientes que estão morrendo.

A enfermeira também pode usar os RUACs para documentar o declínio da capacidade funcional do paciente. Será usado o exemplo da eliminação, que freqüentemente é um problema com a proximidade da morte. A avaliação da eficácia das intervenções da enfermagem pode ser medida mais precisamente com um método comum de monitoração da capacidade funcional do paciente. A progressão que leva da independência até a dependência na eliminação fisiológica freqüentemente segue o seguinte processo:

1. Independente = capaz de cuidar das próprias necessidades.
2. Precisa de ajuda para ir ao banheiro, mas ainda consegue urinar e evacuar sem dificuldade. A enfermeira ou cuidador ajuda o paciente a realizar funções de auto cuidado.
3. O paciente está muito fraco para ir ao banheiro, mas ainda consegue sair da cama usando um móvel como apoio (ex.: a cômoda de cabeceira).
4. O paciente é incapaz de sair da cama, pode precisar de uma "comadre" ou "papagaio".
5. O paciente não consegue usar a comadre, mas usa fraldas e pode estar com um cateter urinário inserido.

Essa forma de monitorar a eliminação é uma aplicação da teoria de Orem. Encorajar todos os membros da equipe a usar a mesma linguagem é útil para o paciente e para a família. Além disso, a monitoração constante das eliminações fisiológicas dá à família uma forma de medir o declínio do paciente. Quando um familiar pergunta que mudança houve na condição do paciente, o

RUAC da eliminação fornece uma maneira valiosa de demonstrar mudanças que são facilmente entendidas por todos.

Monitoramento da Dor

Manter o nível de conforto do paciente é uma parte essencial de todo cuidado de enfermagem. A avaliação da dor permeia a avaliação contínua de todos os RUACs. Escalas tradicionais para avaliação da dor são usadas para monitorar a dor do paciente e a eficácia das intervenções. São usados medicamentos, particularmente opióides, no cuidado paliativo no final da vida. Outras intervenções não são farmacológicas, como mudanças de posição, musicoterapia e proporcionar um ambiente calmo.

Os RUACs podem munir a equipe de enfermagem com uma lista de itens que devem ser checados para monitorar holisticamente o impacto de uma intervenção. Quando são usados parâmetros constantes, cada mudança feita no plano de cuidado do paciente pode ser ajustada rápida e eficientemente. Por exemplo, a administração de morfina em intervalos regulares, que é a abordagem padrão para o alívio da dor nos Estados Unidos (Miller, Nelson, & Mezey, 2000).

Ar/Respiração

A enfermeira usa os RUACs para modificar o plano de cuidado. Em primeiro lugar, a enfermeira avalia mudanças na respiração *ar* ou na circulação. Visto que a morfina tem o efeito inicial de sedar o paciente, a enfermeira explica ao paciente o efeito sedativo temporário dos opióides e a necessidade de limitar a

atividade física pesada ao tomar a droga pela primeira vez. Educá-lo no sentido de movimentar-se regularmente e respirar fundo ajuda a manter os pulmões limpos nos estágios iniciais de declínio. No final, o paciente parará de respirar como resultado do processo da doença. É importante educar o paciente e especialmente a família sobre as mudanças no padrão de respiração (Cheyne Stokes) associadas com a morte.

Comida

Em geral os pacientes podem continuar comendo o que gostam quando estão tomando medicamentos, mas no início da administração de opióides, podem ter seu apetite reduzido ou sofrer náuseas leves. A náusea desaparece depois de algumas horas. Os pacientes devem ser instruídos acerca dos efeitos colaterais passageiros dos opióides antes de iniciar a medicação.

Água

Os pacientes freqüentemente ficam com a boca seca quando tomam diversos tipos de medicamentos, inclusive a morfina. A educação sobre como lidar com a xerostomia associada aos opióides se torna parte do plano de ensino da enfermeira. É útil encorajar o paciente a beber qualquer tipo de líquido desejado ou chupar bala de limão ou hortelã.

Eliminação

A complicação mais comum associada ao uso de opióides é a constipação. De posse desse conhecimento, a enfermeira deve assegurar-se que o médico prescreva uma medicação para estimular o hábito intestinal para

ser dada diariamente ao paciente enquanto ele estiver tomando opióides. A enfermeira educa o paciente sobre a necessidade de tomar a medicação para prevenir a constipação consistentemente e NÃO esperar até ficar constipado. A prática comum nos Estados Unidos é que quando um paciente não consegue mais engolir os laxantes, eles são dados via anal, mesmo que o paciente não esteja comendo. Os resíduos normais do metabolismo ainda produzem movimentos intestinais. Quando a eliminação não é manejada apropriadamente em pacientes que estão morrendo, o resultado é dor e desconforto.

Atividade e Repouso

O medo de se tornar dependente dos outros é uma preocupação comum dos pacientes que estão morrendo (NHPCO, 1996). Um controle adequado da dor pode melhorar a capacidade funcional. Encoraje os pacientes e familiares a combinar uma rotina diária com atividades, conforme desejarem. O sono também é auxiliado pela manutenção de um padrão regular de atividade. O ajuste das doses dos medicamentos para possibilitar um funcionamento ótimo promove a independência.

Solidão e Interação Social

É fundamental que haja um equilíbrio entre o tempo de quietude em que o paciente fica sozinho e o tempo que ele passa junto a familiares e amigos, para que as necessidades do paciente que está morrendo e de sua família sejam atendidas. O paciente e a família conseguem manter uma qualidade melhor em suas interações quando a enfermeira os ajuda a planejar oportunidades para as duas coisas. A enfermeira pode instruir o paciente e a família a respeito do

cronograma de medicamentos e tratamentos. Quando o paciente e a família conseguem entender o que está incluído no plano de cuidado, as visitas podem acontecer em horários específicos e durar um tempo determinado. Sem um plano, os pacientes podem ficar exaustos e, com isso, incapazes de manter um relacionamento, mesmo com as pessoas mais próximas a eles.

Riscos

A prevenção de riscos auxilia o autocuidado e a independência. As(os) enfermeiras(os) chamam a atenção do paciente e da família para o uso adequado do equipamento médico, para técnicas eficazes de levantamento e outros métodos básicos de proporcionar cuidado. Para os pacientes que estão em casa, é feita uma avaliação meticulosa da casa para garantir a eliminação dos riscos.

Normalidade

Talvez nenhum dos outros RUACs seja tão importante quanto a manutenção de uma rotina o mais normal possível. Perguntar aos pacientes sobre as atividades que ainda estão por fazer é uma das muitas intervenções potenciais para promover a normalidade. Encorajar os pacientes a focarem-se na capacidade funcional que ainda lhes resta e nas contribuições positivas para a família e amigos ajuda a promover a normalidade. O conceito de sofrimento como sendo o sexto sinal vital está começando a emergir (<http://www.oncologyex.com>). O aumento do sofrimento compromete a normalidade. Já existem muitas ferramentas validadas para medir a qualidade de vida, o que ajuda a identificar o impacto de uma doença em todos os níveis

da vida do paciente. Uma ferramenta específica, o Questionário McGill sobre Qualidade de Vida (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Rowe, and Tong, 1997), está sendo traduzida para o português.

Enfermagem baseada em evidências.

A adaptação de uma teoria de enfermagem estabelecida para organizar, dirigir e avaliar o cuidado de enfermagem de pacientes no final da vida é um modelo eficaz de prover cuidado. É necessário que as(os) enfermeiras(os) demonstrem a eficácia de seu cuidado como maneira de desenvolver ainda mais a ciência da enfermagem e a habilidade profissional. Qualquer um dos RUACs pode ser usado como medida da eficácia do cuidado de enfermagem.

Resumo

O cuidado com pacientes e suas famílias no final da vida é uma situação desafiadora para o cuidado de enfermagem. Partes da Teoria de Orem sobre Dificuldades no Auto Cuidado fornecem um método consistente para organizar, fornecer e avaliar o cuidado de enfermagem com pacientes que estão morrendo. Encoraja-se as(os) enfermeiras(os) a usar a parte da teoria discutida neste capítulo e adaptá-la ao seu ambiente de cuidado. Auxiliar os pacientes a manter a sua independência é uma forma de promover qualidade de vida e adaptação ao declínio físico e mental associado à morte. Talvez as(os) enfermeiras(os) precisem primeiro buscar formação adicional sobre o cuidado

de pessoas que estão morrendo para sentirem-se confiantes no apoio que darão ao paciente e à família. É necessário que se pesquise mais para determinar os métodos mais eficazes de cuidado no final da vida no Brasil.

Tabela 1 Discussão do Processo do Morrer usando RUAC

RUAC	Uso aplicado à conversação
Ar/Respiração	<p>"É normal sentir mudanças na sua respiração à medida que você se aproxima da morte. Se você sentir qualquer desconforto com o ar passando por seus pulmões, me avise que eu providenciarei auxílio imediatamente."</p> <p>A dor é geralmente considerada parte do RUAC de Ar/Respiração e há tipos tradicionais de avaliação da dor para esta categoria.</p>
Comida	<p>"À medida que se aproximam da morte, a maioria das pessoas não quer comer nenhum tipo de comida. Coma tudo o que deseja. Eu direi à sua família para não forçá-lo a comer se não desejar."</p>
Água	<p>"Assim como a comida, a água e outros líquidos podem ser ingeridos quando você sentir vontade. Vou ensinar sua família a manter a sua boca limpa e úmida. Manter os lábios úmidos também aumentará o seu conforto."</p>
Eliminação	<p>"À medida que você se torna menos ativo e come e bebe menos, você terá menos necessidade de eliminar comida e líquidos. Nós lhe daremos medicação para evitar que fique constipado."</p>

Atividade e Repouso	“Fique tão ativo quanto puder. Faça tudo o que você quiser e puder fazer. Esta é uma parte importante de sua vida. Nós queremos ajudá-lo a viver até que você morra. Ficando mais ativo, é mais fácil descansar e dormir. Se você precisar de algo para dormir, nós podemos pedir ao médico que prescreva algo.”
Solidão e Interação Social	“Muitas pessoas querem ficar sós ao se aproximarem da morte. A necessidade de estar com pessoas e interagir diminui. À medida que começam a pensar sobre a passagem e o que virá depois, um tempo de quietude é muito benéfico. Se você quiser ficar sozinho, peça a seus amigos e familiares para limitarem suas visitas a horários e dias específicos da semana.”
Riscos	“Talvez você note que precisa de ajuda para lidar com seu equipamento médico e com o ambiente caseiro à medida que sua condição vai mudando. Se você usar oxigênio, é importante não usá-lo enquanto você ou seus amigos estiverem fumando.”
Normalidade	“Nós queremos lhe ajudar a ter uma vida o mais normal possível durante este tempo. Vamos falar sobre as coisas que trazem alegria e significado para a sua vida e determinar como podemos ajudá-lo da melhor forma a manter essas atividades.”

ci 4/9/08 8:33 PM

Deleted:

Referências

- 1) Berry, P., & Griffie, J. (2001). *Planning for the actual death*. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of Palliative Nursing*. New York, NY: Oxford University Press.
- 2) Cohen, R., Mount, B., Bruera, E., Provost, M., Rowe, J. and Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*(11), 3-23.
- 3) Laferriere, R. (1995). Orem's theory in practice: Hospice nursing care. *Home Healthcare Nurse*, 13(5), 50-54.
- 4) Miller, C. C., Nelson, C. C., & Mezey, M. (2000). Comfort and pain relief in dementia: Awakening a new beneficence. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(9), 32-40.
- 5) Moore, J. & Beckwitt, A. (2004). Children with cancer and their parents: Self-care dependent care practices. *Issues in Pediatric Nursing*, 27(1), 1-17.
- 6) National Hospice and Palliative Care Organization. (1996). Press release: New findings address escalating end-of-life debate. Alexandria, VA: Author.

7) Orem, D. & Taylor, S. (2001). *Nursing Concepts of Practice* 6th Ed. Mosby,
New York.