

# DOENTE COM NEOPLASIA TERMINAL DO CÓLON

## PROCESSO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AUTONOMIA DO DOENTE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO HOSPITAL DE SÃO MARCOS

Directora: Dra. Maria Sameiro Ferreira

SERVIÇO DE MEDICINA NORTE

EMA PATRÍCIA MARTINS ALVES\*  
ANTÓNIO JAIME DA SILVA MOURA NETO\*\*

### RESUMO

Neste estudo de caso inserido no ciclo de reflexões de enfermagem 2006, realizado no Serviço de Medicina Norte, aborda-se o processo clínico de enfermagem de uma doente com neoplasia terminal do cólon que manifestou com insistência a vontade de falecer na sua casa.

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIA DO CÓLON; PROCESSO DE ENFERMAGEM; AUTONOMIA; COMPETÊNCIA.

### SUMMARY

In this study case placed in the cycle of nursing reflections 2006, done in Unity of Medicina Norte, it is approached the clinical nursing process from a patient with terminal cancer in the colon, who expressed insistently the will of dying in her home.

KEY-WORDS: CANCER; CÓLON; NURSING PROCESS; AUTONOMY; COMPETENCE.

### 0. INTRODUÇÃO

O Serviço de Medicina Norte, no seu plano de formação em serviço, incluiu, para o ano de 2006, um ciclo de reflexões de enfermagem sobre casos clínicos verificados no Serviço e respectivos cuidados de enfermagem prestados. O caso clínico a que se refere este trabalho foi

um dos inseridos nesse ciclo e foi seleccionado pela sensibilidade despertada em toda a equipa de enfermagem e também devido aos contornos éticos envolvidos, nomeadamente relacionados com a questão da "competência" da doente para assumir determinadas decisões, sendo enfatizada a solicitação para poder morrer em casa, vontade essa que não foi satisfeita, por decisão unilateral da família.

\* Enfermeira Graduada.

\*\* Enfermeiro-Chefe.

## 1. CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, casada, com dois filhos, empregada fabril, trinta e três anos de idade. Admitida no Serviço de Urgência a 21 de Março de 2006 por degradação do estado geral, dispneia, aumento do volume abdominal e vómitos. No Serviço de Urgência foi efectuada punção venosa periférica para exames analíticos e como medida de suporte foi administrada oxigenoterapia. Ficou com soroterapia em curso e foi observada por pneumologia que solicitou radiografia pulmonar. O RX torácico revelou um derrame pleural extenso, tendo sido realizada uma toracocentese exploradora e evacuada. Foi admitida no Serviço de Medicina Norte a 21 de Março de 2006, com o diagnóstico de "Neoplasia Disseminada Recidivante do Cólon".

## 2. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA DOENÇA

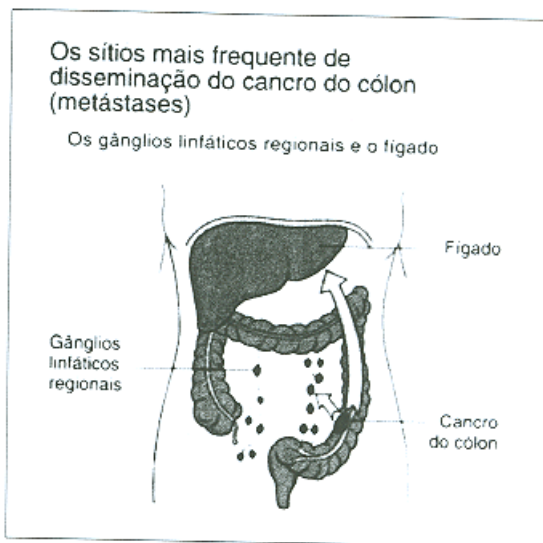
O cancro colorrectal é a segunda causa mais frequente de cancro e a segunda causa de morte por cancro nos países ocidentais.

Situações em que existe maior risco de cancro colorrectal:

- História familiar de cancro do cólon ou recto;
- História familiar de polipose ou doença semelhante (síndrome de Gardner);
- Colite ulcerosa ou doença de Chron;
- Dieta alimentar pobre em fibras, rica em proteínas animais, gorduras e hidratos de carbono refinados, como o açúcar (dieta ocidental).

Inicia-se como uma inflamação em forma de botão na superfície mucosa intestinal ou num pólipó após a qual cresce e invade a parede intestinal e os gânglios linfáticos próximos. Dado

que o sangue da parede intestinal passa pelo fígado, este cancro faz precocemente metástases neste órgão.



Desenvolve-se lentamente e leva muito tempo a propagar-se o suficiente para desenvolver sintomas. Dependendo da localização do cancro, podem surgir:

- Cansaço e fraqueza por anemia intensa (cólon ascendente);
- Obstipação e dejeções diarreicas alternadamente ou obstrução (cólon descendente);
- As fezes podem estar misturadas com sangue, mas poucas vezes à vista desarmada;
- Hemorragia no decorrer de uma evacuação, sensação de que o intestino não se despejou por completo, dores ao sentar-se (recto).

O tratamento passa pela eliminação cirúrgica de um grande segmento do intestino afectado e dos gânglios linfáticos associados e é

feita em cerca de 70% dos casos. A radioterapia e a quimioterapia constituem tratamento adjuvante e depende do número de gânglios linfáticos afectados.

O prognóstico depende da propagação da neoplasia, atingindo a sobrevivência que se descreve no **quadro I**.

Propagação da neoplasia	Sobrevivência aos 5 anos (%)
Cancro só no revestimento interior do intestino (mucosa)	90%
Cancro que penetra na camada muscular do intestino	80%
Cancro propagado aos gânglios linfáticos	30%

Quadro I

Nota: se não for possível eliminar toda a massa tumoral cirurgicamente, a sobrevivência é de aproximadamente sete meses.

### 3. PROCESSO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

#### 3.1. Apreciação inicial

##### 3.1.1. Antecedentes pessoais

Até ao diagnóstico de neoplasia maligna do recto não são descritos antecedentes patológicos relevantes (internamentos anteriores por duas cesarianas e uma extracção de quisto sacrococcígeo).

- Dieta variada e equilibrada, com quatro refeições/dia.
- Hábitos alcoólicos ocasionais.
- Sem hábitos tabágicos.
- Sem alergias medicamentosas (ou outras) conhecidas.

##### 3.1.2. Antecedentes familiares

Irrelevantes

#### 3.1.3. História da doença actual

Em Dezembro de 2004 recorreu ao médico assistente por aparecimento de sangue vivo misturado com as fezes, associada com obstipação. Foi realizada uma colonoscopia que relatou: *"No recto, aos 10 cm da margem anal, parede rectal com aspecto necrótico, ulcerado e friável a biópsia, com extensão proximal de +/- 5 cm e ocupando metade da circunferência luminal."* O relatório da biópsia revelou um adenocarcinoma de padrão mucinoso. Realizado TAC pélvica pré-operatório (em 7 de Dezembro de 2004) que revelou: *"(...) imagem nodular com cerca de 4 cm (...) que pode traduzir lesão neoplásica hepática"*. Em 16 de Dezembro de 2004 foi submetida a ressecção anterior do recto-sigmóide, com anastomose, tendo como relatório da exploração: *"Tumor de grandes dimensões, móvel, não aderente a estruturas vizinhas, no recto superior; aderência a trompa e ovário esquerdos; metástases hepáticas em ambos os lobos"*. Foram ainda detectadas neoplasias secundárias do peritонеu e retroperitонеu e ainda do pulmão e pleura.

Na consulta de grupo do dia 14 de Fevereiro de 2005 foi proposta quimioterapia, radioterapia e a ressecção de metástases hepáticas, cuja impossibilidade se viria a revelar.

Em 16 de Fevereiro de 2005 foi submetida a inserção de dispositivo de acesso vascular totalmente implantado – Implantofix<sup>®</sup> –, e iniciou quimioterapia em Fevereiro de 2005, tendo completado treze ciclos.

A 24 de Janeiro de 2006 foi realizada uma TAC toraco-abdomino-pélvico que revelou *"(...) densificação dos planos pélvicos, anteriormente e superiormente à região da anastomose, sugestivos de recidiva tumoral, com aparentes áreas necróticas atingindo 9 cm de diâmetros, (...) múltiplos nódulos hepáticos sugestivos de metástases, (...) formações nodulares na base do pulmão direito, compatíveis com focos secundários"*.



Internamento em 27 de Fevereiro de 2006, no Serviço de Medicina I – Mulheres, por dispneia e aumento do volume abdominal. Foi submetida a toracocentese esquerda evacuadora paliativa. Tentada quimioterapia paliativa que a doente não tolerou. Alta precoce por insistência da doente.

### 3.1.4. Exame físico

À entrada no Serviço de Medicina Norte a doente apresentava-se consciente, orientada, pouco colaborante por dificuldade na mobilização. Apresentava dispneia ligeira em repouso e cianose discreta. Abdómen muito volumoso, referindo obstipação de duas semanas. Trazia soroterapia em curso, oxigenoterapia e sistema e drenagem torácica, ligado a saco colector.

Sinais vitais à entrada no Serviço:

- Ta – 123/68mmHg;
- Pulso – 145 ppm;
- Temperatura axilar, 36,8°C;
- Saturação periférica de O<sub>2</sub>, 98%;
- Dor moderada e intensa.

## 3.2. Diagnósticos de enfermagem

### 3.2.1. Dispneia em repouso

Dispneia em repouso pouco acentuada.

### 3.2.2. Ferida cirúrgica

Ferida cirúrgica no tórax esquerdo por toracocentese.

### 3.2.3. Dor

Dor no tórax e abdominal moderada a intensa.

### 3.2.4. Obstipação

Obstipação de duas semanas.

### 3.2.5. Infecção

Alguns riscos de infecção.

## 3.3. Intervenções de enfermagem (quadro II)

Intervenção de enfermagem	Horário	Data de início
Monitorizar saturação O <sub>2</sub>	1x turno	21/03/2006
Monitorizar frequência cardíaca	1x turno	21/03/2006
Monitorizar temperatura corporal	1x turno	21/03/2006
Monitorizar tensão arterial	1x turno	21/03/2006
Monitorizar eliminação de líquido através do dreno	S/horário	21/03/2006
Vigiar eliminação intestinal	S/horário	21/03/2006
Vigiar eliminação urinária	S/horário	21/03/2006
Vigiar a pele no local de inserção do cateter venoso periférico	S/horário	21/03/2006
Vigiar a pele no local de inserção do dreno torácico	S/horário	21/03/2006
Vigiar dor	S/horário	21/03/2006
Vigiar penso da ferida	S/horário	21/03/2006
Assistir nos cuidados de higiene	Manhã	21/03/2006
Assistir na transferência	Manhã	21/03/2006
Assistir a pessoa a alimentar-se	S/horário	21/03/2006
Vigiar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica	S/horário	25/03/2006
Monitorizar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica	S/horário	25/03/2006

Quadro II

## 3.4. Desfecho do caso

Em 25 de Março de 2006 iniciou um quadro de vômitos fecalóides(?) e sangue digerido que manteve até ao fim do internamento. Enquanto consciente fez vários pedidos de produtos alimentares, para os quais não tinha capa-

cidade de tolerância, tendo sido, no entanto, na sua maior parte, satisfeitos (embora seguida a ingestão de mal-estar gástrico e consequente drenagem gástrica). A doente foi sofrendo uma degradação progressiva do estado geral. Teve acompanhamento permanente de um familiar durante todo o internamento. Verbalizou em todo o internamento a vontade de ter alta, só não o tendo feito por não consentimento da família, tendo em conta o mau-estado geral da doente. A doente faleceu acompanhada pela família no dia 30 de Março de 2006, após algumas horas em estado agónico.

#### 4. QUESTÃO ÉTICA RELEVANTE

**A doente verbalizou durante todo o internamento a vontade de ter alta, só não a tendo por vontade familiar.**

Que motivos terão levado a família a manter a doente internada?:

- A esperança na evolução favorável da doença?;
- A falta de condições domiciliárias?;
- A falta de apoio humano no domicílio?.

##### 4.1. Reflexão ética

A partir de meados do século XX o paternalismo hipocrático (beneficência do juramento hipocrático) começou a ser colocado em causa, nomeadamente pelo principialismo de Beauchamp e Childress que introduziram a *autonomia* (respeito pela pessoa) como princípio fundamental das questões éticas.

É crescente a relevância que este princípio vem adquirindo, quer nos códigos deontológicos, quer nas declarações e convenções no âmbito da biomedicina. Refira-se, a título de exemplo, a Declaração de Helsínquia, adoptada em 1964 pela Associação Médica Mundial e que tem sido alvo de repetidas revisões, a última das quais em Edimburgo no ano de 2000.

Ao longo da segunda metade do século findo, a afirmação efectiva da dignidade da pessoa humana e do inerente direito à auto-realização faz emergir, com contornos cada vez mais definidos, o primeiro princípio da bioética: *a autonomia do ser humano*.

A referida relevância pode constatar-se no nosso quotidiano com a importância que o consentimento informado vem adquirindo nos últimos anos. Hoje é impensável efectuar qualquer tratamento, nomeadamente cirúrgico, sem o prévio consentimento informado, livre e esclarecido. Só assim o doente poderá e deverá exercer o seu direito à autonomia.

Mas, para podermos exercer a nossa autonomia, devemos estar *competentes*.

E quem é o competente?

O competente será o que exerce o seu direito de autonomia. Só assim poderá dar o seu consentimento informado ou recusar o tratamento.

E como se determina a competência?

A competência é a capacidade que o sujeito tem de *perceber a informação, de raciocinar sobre a informação obtida e de transmitir o resultado* do seu trabalho intelectual, ou seja, a sua decisão.

Cada indivíduo deve ser informado e persuadido (nunca coagido!) e a sua decisão deve ser aceite sem questões, sem porquês...

Nota: a persuasão deve ser utilizada quando se prevêem consequências potencialmente nefastas da decisão tomada.

E atenção:

Uma decisão do doente pode ser por ele revogada a qualquer momento e deve ser aceite também sem se questionar a alteração da decisão.

Princípio fundamental: *Não havendo competência, não há autonomia*

## 4.2. Aplicação ao caso em estudo

A doente terá verbalizado mais do que uma vez a vontade de ir para o domicílio.

*Estaria competente para tomar esta decisão?*

A doente estaria competente se estivesse na posse de toda a informação relativa à sua doença e respectivo prognóstico.

Estaria ela não só em posse dessa informação, mas tê-la-á assimilado e compreendido? Era esta a situação?

Seria necessário o recurso à persuasão?

A decisão da doente em causa foi tomada em perfeitas condições de liberdade, sem qualquer tipo de coacção, ameaça ou manipulação que a tenha influenciado?

Estaria ela sob acção medicamentosa que não lhe permitisse um raciocínio intelectual livre?

Se todos estes requisitos estavam cumpridos, então a doente estava competente para tomar a decisão de regressar ao seu domicílio para, em conjunto com a sua família, viver a sua morte. A família, portanto, terá de assumir um papel secundário na tomada de decisão da doente.

Claro que se poderão levantar questões éticas relativamente aos seus filhos. Se seria bom ou mau para eles o convívio com a mãe nos seus derradeiros momentos.

Poderá, no entanto, referir-se estar provado que as crianças, nestas situações, absorvem e aceitam muito melhor que nós adultos, a realidade da morte.

Mas, para os mais cépticos, este problema também poderia ser gerido pelos familiares. Aqui sim, a família assumiria o papel principal. Ca-

ber-lhes-ia a gestão da informação a dar aos filhos da doente e da sua presença física junto da sua mãe.

Relativamente ao não consentimento poder ter sido induzido por falta de condições domiciliárias ou por falta de apoio humano no domicílio, caso se confirmassem estas carências nós, enfermeiros, poderíamos e deveríamos ter agido de alguma forma, nomeadamente através do Gabinete de Gestão de Altas ou do recurso ao Serviço de Assistência Social.

## 4.3. Ética versus justiça

A comunicação da decisão da doente, alta a pedido, deveria ser expressa e/ou testemunhal, escrita ou oral. Embora irrelevante no plano ético, tais distinções e formalidades são compreensivelmente justificáveis e mesmo necessárias no plano jurídico.

Estas normas, como é do conhecimento de todos, fazem já parte das nossas boas práticas.

## 5. REFLEXÃO FINAL

O caso abordado neste pequeno trabalho sensibilizou toda a equipa de enfermagem, dados os seus contornos: doença grave em doente jovem com filhos de tenra idade. Os cuidados de enfermagem prestados e o apoio proporcionado pela *equipe* foi sempre direccionado para a autonomia da doente, incluindo mesmo a permanência, durante as vinte e quatro horas, por sua vontade, de um irmão, com o qual mantinha um bom relacionamento.

A autonomia, a competência da doente para tomar decisões, se dúvidas houvesse, elas seriam desvanecidas com uma análise do penúltimo internamento onde, também aí, a doente teve alta a pedido da própria. Pena foi, do nosso ponto de vista, a não satisfação, da parte da família, da última vontade da doente. Estamos no entanto conscientes de tudo ao nosso alcance ter sido feito para que tal fosse possível...