

## Cuidados Paliativos em Câncer

Temos assistido nas últimas décadas a um envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência do câncer. O avanço tecnológico alcançado, associado ao desenvolvimento de terapêutica, aumentou sobrevida e qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de Câncer. No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma CERTEZA, ameaçando o ideal de CURA e preservação da vida.

Os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor. Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a “tecnolatria e refletirmos sobre a nossa conduta, diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humano, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz.

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo Hospice. Hospices eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O Movimento Hospice Moderno foi introduzido por uma inglesa com formação humanista e que se tornou médica, Dame Cicely Saunders, foi o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar. Dessa forma, em 1967 funda o “St. Christopher’s Hospice”, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países.

A dificuldade do médico em dizer a verdade ao paciente, quando esta verdade mostra a *terminalidade da vida e a ausência de perspectiva de cura*. Coloca-se em jogo o seu próprio medo da morte e as pressões culturais associadas. Fica a ideia de que, *com a verdade dolorosa, podemos destruir a esperança e levar o paciente irreversivelmente ao desespero e à depressão*.

Conclui que *a mentira ou omissão realmente isola o paciente atrás de um muro de palavras ou no silêncio que impede a adesão terapêutica e de compartilhar seus medos, angústias e preocupações*. Quero enfatizar que *devemos ter o compromisso da abertura e da honestidade e que o primeiro desafio ético do médico e dos profissionais de saúde, ou seja, uma equipe multidisciplinar com psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social seria equipar todos estes profissionais de boas habilidades de comunicação e sensibilidade*.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, revista em 2002, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

O Cuidado Paliativo não se baseia em *protocolos*, mas sim em *princípios*. Não se fala mais em *terminalidade*, mas em *doença que ameaça a vida*. Indica-se o cuidado *desde o diagnóstico*, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em *impossibilidade de cura*, mas na possibilidade ou não de *tratamento modificador da doença*, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a *espiritualidade* dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto.

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica e de conhecimentos específicos. A OMS em 1986 publicou princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Estes princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002:

### **1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis**

Desta forma é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, plagiando o conceito de DOR TOTAL, onde todos estes fatores, podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas.

### **2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida**

Bernard Lown em seu livro “A arte perdida de curar” afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da Ciência e gerentes de biotecnologias complexas.

Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com doentes graves, com prognósticos ruins.

O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

### **3. Não acelerar nem adiar a morte**

Cuidado Paliativo nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Esta relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e a enorme dificuldade em prognosticar

paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do *fazer* e do *não fazer*. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares nos ajudarão nas decisões. Desta forma erraremos menos e nos sentiremos mais seguros.

#### **4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente**

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados para isto. As perdas da autonomia, da autoimagem, da segurança, da capacidade física, do respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e conseqüentemente de *status* social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas que podem apresentar maior dificuldade de controle. A abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental. A novidade é a possibilidade de abordá-los também sob o ponto de vista da espiritualidade. Noventa e cinco por cento dos americanos creem numa *força superior* e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões, se ficassem gravemente enfermos.

#### **5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.**

Não devemos nos esquecer que qualidade de vida e bem-estar implicam a observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional. *Viver ativamente*, e não simplesmente *viver*, nos remete à questão da sobrevivência “a qualquer custo”, que esperamos combater. Sermos facilitadores para a resolução dos problemas do nosso paciente é nosso dever e nossa responsabilidade.

#### **6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto**

Nunca estamos completamente sós. O ser humano é por natureza um ser gregário. Todo o núcleo familiar e social do paciente também “adoece”. A identidade do ser humano é a família, respeitadas todas as condições que fazem dela um universo cultural próprio, muitas vezes distante ou até mesmo alheio ao universo cultural dos profissionais da saúde”. A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros, etc.), pode e deve ser nossa parceira e colaboradora. Essas pessoas conhecem melhor do que nós o paciente, suas necessidades, suas peculiaridades, seus desejos e angústias,

muitas vezes não verbalizados pelo próprio paciente. Da mesma forma, essas pessoas também sofrem e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado.

### **7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.**

Na prática do cuidado ao paciente, frequentemente iremos nos deparar com inúmeros fatores que atuarão concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da própria doença e na relação com o paciente e a família.

### **8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença**

Vivendo com qualidade, ou seja, sendo respeitado, tendo seus sintomas impecavelmente controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, podendo conviver com seus familiares, resgatando pendências, com certeza nossos pacientes também viverão mais.

### **9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível CUIDADOS PALIATIVOS juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.**

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da OMS, esses devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal. Desta forma iremos cuidar do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, portanto não devemos privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer. Devemos utilizá-los de forma hierarquizada, levando-se em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados.

O Cuidado Paliativo no Brasil teve seu início na década de 1980 e conheceu um crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes, pioneiros e a criação de outros não menos importantes. A cada dia vemos surgir novas iniciativas em todo o Brasil. Ainda temos muito que crescer, levando-se em consideração a extensão geográfica e as enormes necessidades do nosso país. Desta forma, será maior a nossa responsabilidade em firmarmos um compromisso para, unidos num único propósito, ajudarmos a construir um futuro promissor para os Cuidados Paliativos, para que um dia, não muito distante todo cidadão brasileiro possa se beneficiar dessa boa prática. Como nós profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas, assistentes sociais que trabalhamos com pacientes e famílias, Dr. Robert Buckman Oncologista canadense em seu livro: "I don't

Know what to say” descreve algumas sugestões para nos ajudar com pacientes e famílias.

1- Sente-se confortavelmente mostrando que seu médico ou qualquer profissional que seja, quer estar neste momento com paciente e não tem pressa.

-Manter nossos olhos no mesmo nível do paciente, EVITAR CELULAR, estar próximo 1 ou 2 passos do paciente. E naqueles momentos mais dolorosos, senão conseguirmos olhar nos olhos, podemos segurar nas mãos.

2-Descobrir se paciente quer conversar, podemos perguntar se ele quer falar sobre seus sentimentos. Isso é valioso, pois se ele não quiser neste momento, ele lembrará quando quiser.

3-Escutar e mostrar que você está escutando .Não interromper paciente.

4-Encorajar paciente falar. Exemplo:Conte-me mais!...

Repetir algumas palavras que paciente falou, pois ele(a) sentirá que seu médico está realmente escutando.

5-Não esquecer do silêncio e da comunicação não verbal.

6-Não ter medo de descrever nossos sentimentos. Descrever nossas emoções é sempre valioso, podemos descobrir coisas sobre nós que não conhecemos, por isso dê oportunidade para paciente falar de seus sentimentos.

7-Estar certo que nós profissionais da saúde não estamos enganados com o paciente. Uma dica é dizer “ajude me entender o que você pensa”. Temos que ser muito cuidadoso, nesta frase para não inibir o paciente.

8-Não mude de assunto. Se tivermos por alguma razão desconfortável no momento, podemos pedir gentilmente para continuarmos mais tarde.

9-Tentar não dar conselhos, pois para (bloqueia) o dialogo.

10-Encorajar reminiscência, às vezes lembrar o passado pode ajudar superar o presente.

11-Responder com humor. Humor é uma das maneiras humana de lidar com coisas que parecem impossíveis de lidar no primeiro momento.

Enfim, Escuta sensitiva que é entender completamente o que a outra pessoa está sentindo. Quando mais tentar entender o paciente e sua família mais suporte estaremos dando, conseqüentemente melhor qualidade de vida e terminalidade de vida.