

O doente em fase terminal: que opção seguir

Geralmente define-se doente em fase terminal como o que, tendo uma doença crónica avançada e progressiva que não responde aos tratamentos curativos, tem uma sobrevivência esperada inferior a 6 meses. Dito isto, parece óbvio que perante um doente assim, o objectivo do tratamento deve ser diferente do prestado a um jovem de 20 anos que surge num serviço de urgência na sequência de um acidente de moto, para dar um exemplo extremo. Ou, dando um exemplo mais próximo, o de um jovem com uma leucemia aguda recentemente diagnosticada que não foi ainda submetida a tratamento. No entanto, essas diferenças que podem parecer evidentes, não encontram paralelismo na actuação dos sistemas/profissionais de saúde. Na prática, parece mais fácil que os exemplos que dei de doença aguda sejam mais correctamente tratados, com toda a intensidade e agressividade que requerem, do que o doente com doença crónica avançada e progressiva, etc.

Porquê? Porque os profissionais aprendem que a sua função é lutar contra a morte, é prolongar a vida. No entanto, isso não é possível em muitas circunstâncias e o que acontece é a continuação do uso dos mesmos métodos, numa situação já diferente, ou o vazio, o abandono. Devo dizer que esse abandono acontece mesmo quando os doentes são aparentemente assistidos. Este abandono não significa sempre enviar o doente para casa, para morrer. Muitas vezes significa internar o doente, pôr-lhe uns soros, pedir-lhe análises, etc., mas sem o ouvir, sem responder ao que realmente é necessário, ao que o doente necessita.

O primeiro passo para tratar adequadamente os doentes é definir o objectivo (figura 1). Vou exemplificar a partir da Oncologia, já que é essa a minha área actual, mas isso aplica-se a muitas outras situações. Então, se o objectivo for a cura (objectivo definido com realismo), por exemplo, num caso de leucemia aguda, devem empregar-se todos os meios indispensáveis para isso, os quais podem ser tão agressivos e, eles próprios, podem pôr em risco a vida do doente, pelo que só em meios com tecnologia adequada se devem tratar estes doentes. No entanto, tem de ser assim, senão o doente morre com grande probabilidade a curto prazo. Num doente com uma neoplasia metastática, incurável, pode em muitas circunstâncias, dependendo de vários factores, entre os quais o tipo de neoplasia e o estado físico e psicológico do doente, prolongar-se a vida com

qualidade, eventualmente por muitos anos, com tratamento antineoplásico por vezes agressivo. Noutras fases, mais avançadas, em que o tratamento antineoplásico já não é útil, o objectivo passa a ser a qualidade de vida, usando meios específicos para esse fim, tentando não induzir desconforto com esses meios. No outro extremo, estão os doentes agónicos, para os quais o objectivo do tratamento é o conforto, devendo visar apenas este objectivo, não induzindo ele próprio sofrimento - um dos meios de o induzir é prolongar artificialmente a situação. Para atingir este objectivo, são necessários conhecimentos, mas não é necessária, em geral, tecnologia sofisticada. Estes doentes poderiam, em muitos casos, estar nas suas casas com os seus, ou em hospitais próximos, não necessitando dos grandes centros, onde, muitas vezes acabam por morrer isolados, desenraizados, sós.

Figura 1. Objectivos do Tratamento

Objectivo	Cura	Prolongar a sobrevida	Qualidade de vida	Conforto
Tratamento	Específico activo	Paliativo activo	Paliativo sintomático	Suporte
Efeito na doença	Erradicar	Parar o crescimento	Nenhum	Nenhum
Atitude psicológica	Vencer	Lutar	Acomodar	Render
Papel do médico	Encorajar	Encorajar	Ouvir	Suporte
Efeitos laterais aceitáveis	Intensos	Intensos/ moderados	Menores	Nenhuns
RCP*/ suporte da vida	Sim	Talvez	Excepcional	Não

*RCP – reanimação cardiopulmonar

O objectivo do tratamento num mesmo doente vai mudando de acordo com a evolução da doença. E, embora, vários médicos, vários especialistas possam intervir simultaneamente ou em sucessão, não é necessário que na fase final haja uma descontinuidade. Isto é, os cuidados aos doentes que não respondem aos tratamentos que actuam sobre a evolução das doenças, a que chamamos cuidados paliativos não devem ser uma especialidade à parte, separada das outras, uma alternativa aos cuidados tradicionais, ou mais negativamente o caixote do lixo, para onde se atiram os doentes a que não se sabe o que fazer. Os cuidados paliativos devem integrar-se no sistema de saúde e não devem restringir-se à fase final da vida.

Há algum tempo, uma enfermeira estagiária que tinha estado com uma doente internada num serviço de cirurgia que depois foi transferida para o Serviço de Cuidados Continuados do IPO, foi visitá-la a este serviço. Tendo considerado que a doente estava bastante melhor, no controlo da dor, psicologicamente, na possibilidade que tinha de se deslocar no serviço, em vez de estar amarrada permanentemente a um soro, perguntou-me qual a razão da diferença. Eu respondi-lhe que a principal razão foi o facto de encarmos a sua situação com interesse. Com interesse em melhorá-la e em ir ao encontro dos seus desejos, encarando a situação de forma realista, sabendo que iria morrer independentemente do que nós pudessemos fazer, logo aceitando este facto com naturalidade, procurando apenas que passasse o tempo que lhe restava o melhor possível. A primeira condição para tratar adequadamente estes doentes é interessarmo-nos por isso, logo a seguir vêm os conhecimentos que temos de adquirir para o fazermos o melhor possível.

Este interesse, é muito importante para os doentes e eles percebem-no. Mesmo nas situações que não podemos resolver, e que temos de saber aceitar, eles compreendem e aceitam-nas se souberem que não é por nos desinteressarmos. Como escreveu Cassidy em "Sharing the Darkness":

Slowly, I learn about the importance of powerlessness.

I experience it in my own life and I live with it in my work.

The secret is not to be afraid of it - not to run away.

The dying knows we are not God.

All they ask is that we do not desert them.