

OS CUIDADOS PALIATIVOS E O NÃO ABANDONO

José Roberto Goldim

Capítulo do Livro

Goldim, JR

10 Ensaios de Bioética”

São Leopoldo, Unisinos, 2018

Quando se fala em cuidados paliativos, as pessoas em geral, sejam elas pacientes, familiares e, até mesmo, profissionais de saúde, diferentes percepções e entendimentos estão presentes. Paliativo, segundo os dicionários, pode ter vários significados, podendo gerar uma ambiguidade na comunicação.

Paliativo pode ser entendido como o que acalma temporariamente um mal, mas também pode significar simplesmente uma medida que adia uma crise sem resolver o problema, ou seja, uma simples medida protelatória. Outro significado possível é de disfarçar, dissimular. A origem da palavra vem de Pálio, que era o manto utilizado pelos gregos. Este manto podia proteger, mas também disfarçar ou ocultar alguém.

A Medicina, ao longo de sua história, utilizou tratamentos que mais prejudicavam que auxiliavam na cura dos pacientes. No século XIX houve um confronto entre os médicos que propunham tratamentos, mesmo com efeitos colaterais significativos, e outros que defendiam a ideia de que a própria natureza deveria curar os pacientes. Foi nesta época que surgiu a mais famosa frase indevidamente atribuída a Hipócrates: *Primum non nocere*. Esta expressão foi criada pelo patologista francês Auguste François Chomel, na primeira metade do século XIX¹.

No século XIX, os pacientes desenganados eram mantidos em casa, simplesmente aguardando a morte, muitas vezes sem sequer saber o que estava ocorrendo. Esta situação é a situação descrita no livro *A Morte de Ivan Illitch*², de Leon Tolstoi, publicado originalmente em 1886.

Com o início da Medicina científica, que incorporou a farmacologia química e a tecnologia aos cuidados em saúde, houve uma mudança de perspectiva, que defendia que era fundamental salvar a vida a qualquer custo. Nesta época,

¹ Hooker W. *Physician and Patient; Or, A Practical View of the Mutual Duties, Relations and Interests of the Medical Profession and the Community*. New York: Baker and Scribner; 1849:219.

² Tolstoi L. *A morte de Ivan Illitch*. Porto Alegre: LP&M; 1997.

saúde era entendida como o oposto de doença. As novas possibilidades terapêuticas passaram a ser entendidas quase como uma garantia de fim, ou seja, de cura. Foi assim que a morte passou a ser encarada como um fracasso terapêutico.

A morte, que antes ocorria, na maioria das vezes, no próprio leito do paciente, foi transferida para o hospital. Os pacientes que estavam em uma situação na qual os cuidados assistenciais não mais podiam agregar qualquer benefício eram preteridos, abandonados. A morte passou a ocorrer de forma solitária no interior nos hospitais. Norbert Elias, em 1982, publicou *A Solidão dos Moribundos*, onde denunciou publicamente esta questão. Ele interpretou que esta atitude dos profissionais e dos próprios familiares dos pacientes se devia a percepção de que “a morte do outro é uma lembrança da nossa própria morte”³.

Por este motivo, talvez, que profissionais de saúde têm tanta dificuldade em registrar explicitamente que um paciente está em fase final de vida, que não mais se beneficiará de medidas extraordinárias. Nos prontuários dos pacientes são encontrados registros de expressões ambíguas, tais como: paciente não investível, apenas medidas de conforto, manejo de andar, DNR (do inglês *do not resuscitate*) ou, a sua tradução livre para o português, SPP (se parar, parou). Estas interpretações e significados apenas dificultam ainda mais a relação das equipes assistenciais entre si e destas com os pacientes e seus familiares nestas situações.

Em 1967, Cicely Saunders propôs uma alternativa a este cenário com a criação do *St Christopher's Hospice*. Esta instituição foi criada para dar assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A sua finalidade era minimizar a dor e aumentar o conforto no período final da vida do paciente, incluindo aspectos espirituais. Esta assistência tinha como base a participação ativa dos familiares e amigos do paciente. Este tipo de assistência foi denominado de cuidados paliativos, pois não tinham a possibilidade de alterar o curso das doenças, mas sim gerar um melhor viver ao pouco de vida que o paciente ainda teria. Os cuidados paliativos foi uma resposta ao abandono e ao isolamento dos pacientes.

Esta proposta se enquadra na mudança do entendimento da saúde, naquele momento. A saúde passou a ser entendida não mais como a ausência de doença, mas sim como o estado de pleno bem-estar físico, mental e social do indivíduo. É sem dúvida, uma definição ideal, mas que teve o mérito de incluir,

³ Elias N. *A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

além do físico-biológico, as outras dimensões: mental e social. Foi esta inclusão que justificou a realização dos cuidados, ainda que paliativos, a pacientes sem perspectiva de cura. O que antes era entendido como um fracasso terapêutico passou a ser interpretado como uma oportunidade de ajuda, de proteção ao paciente. Por este foco inicial é que os cuidados paliativos ainda hoje são associados aos pacientes em fase final de vida.

A perspectiva integrada da saúde, em suas dimensões física, mental e social, além da espiritual, não permite entender cuidados paliativos apenas na fase final de vida. Não existe prazo ou prognóstico para a utilização de cuidados paliativos, eles devem ser utilizados mesmo em situações de doenças crônicas, sem risco de morte associado⁴.

Os tratamentos paliativos podem e devem ser associados aos tratamentos curativos, quando forem adequados. Esta combinação é que dá a dimensão de cuidado integral ao paciente em suas múltiplas dimensões. O controle da dor e a busca das melhores condições possíveis de saúde mental e social, além dos cuidados espirituais, se associam ao tratamento físico das doenças. Por este motivo, é que os tratamentos paliativos devem estar explicitamente descritos no prontuário do paciente, assim como todos os demais tratamentos.

A medida que os tratamentos curativos se reduzem, aumenta a importância dos cuidados paliativos. Quando os cuidados curativos se esgotam, os cuidados paliativos permanecem como a única assistência possível, que deve ser mantida e aprimorada. Esta situação específica é que caracteriza os cuidados paliativos exclusivos.

A rigor, os cuidados paliativos podem extrapolar os limites da vida do próprio paciente. Os familiares e amigos podem ser ajudados a melhor enfrentarem a perda e o conseqüente período de luto. Este apoio pode auxiliar na adequada integração desta perda à perspectiva futura de vida e de viver destes familiares e amigos.

Reverendo a história da Medicina, é possível verificar que esta associação de cuidados curativos e paliativos já existia anteriormente. Um exemplo disto pode ser uma citação atribuída a Hipócrates: “Curar quando possível, aliviar quase sempre e consolar sempre”. Ela claramente integra os cuidados curativos e aos paliativos. Em todos os 60 tratados escritos por Hipócrates e seus discípulos, denominados de Corpus Hippocraticum, não há qualquer citação semelhante.

⁴ Connor SR, Sepulveda Bermedo MC. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneve: WHO, 2014.

Esta frase surgiu, de acordo com os estudos atuais, no século XV. O fato de não ter sua origem em Hipócrates em nada diminui a sua importância e significação.

O atendimento dos pacientes deve permitir justamente esta abordagem ampla de necessidades, que extrapolam apenas a busca da cura. Os pacientes buscam proteção, buscam reduzir a sua vulnerabilidade e fragilidade frente a situações que alteram a sua saúde habitual. Os cuidados paliativos buscam auxiliar no atendimento e compreensão destas necessidades.