

Quando o Tratamento Oncológico Pode Ser Fútil? Do ponto de Vista da Psicóloga

Silvana Maria Aquino da Silva

INTRODUÇÃO

Quando parar o tratamento de uma doença que se apresenta soberanamente resistente e indica um caminho inexorável para a morte? O que resta a fazer quando "não há mais nada para fazer?"

Questões como estas vêm sendo fértilmente discutidas nos últimos tempos, graças ao advento dos cuidados paliativos no Brasil e no mundo. Essa proposta de cuidados recentemente resgatada da prática da Medicina antiga - num período em que a ciência caminhava a passos mais lentos, com menor disponibilidade de recursos e, conseqüentemente, lidando com a experiência da morte de forma mais natural - retorna à cena no momento em que, apesar de todos os avanços tecnológicos e biomédicos da atualidade, em que a cura de muitos males se tornou possível, proporcionando maior longevidade à população, não foi possível mudar o rumo da história da humanidade que caminha inevitavelmente para a morte em algum momento de sua existência.

A morte não se deixa apropriar pela ciência, pois ela é uma questão de caráter existencial e uma das maiores angústias experimentadas pelo homem moderno. A consciência da morte é uma marca da humanidade¹, mas essa idéia permanece a maior parte do tempo em estado de latência pela ação do mecanismo de defesa psíquica, que evita o contato constante com essa informação e permite que convivamos com ela a uma distância fantasiosamente segura. Toda essa organização psíquica se desestrutura diante do prognóstico reservado de doença avançada, "fora de possibilidades curativas".

LIMITES E POSSIBILIDADES

A comunicação desse prognóstico é a primeira experiência de morte vivenciada pelo paciente e pela equipe de Saúde² que foi treinada para salvar vidas, oferecer a cura dos males e, onipotentemente, vencer a morte. O médico como figura central na promoção da Saúde, utilizando todos os recursos já conquistados pela medicina moderna - intervenções cirúrgicas de alta complexidade, quimioterápicos de última linha, radioterapia, hormonioterapia - sente o peso da impotência diante de um quadro que ignora todas as tentativas de interromper o agravamento da doença. Estabelecer contato com essa realidade é extremamente doloroso e aponta para uma segunda experiência de morte: a do profissional que cura.

O prognóstico reservado traz fortes repercussões na relação entre o profissional de Saúde (especialmente o médico) e o paciente, na medida em que o principal referencial que permeia esta relação é o clínico e que, portanto, determina o fator de dependência entre quem detém o poder da cura e quem deseja obtê-la². Esse é o acordo firmado que norteia o processo, pois é fruto da idéia que o senso comum faz do médico, e, em grande parte, da idéia que ele faz de si próprio. Quando este acordo é "quebrado", rompe-se um ciclo previamente estabelecido e faz-se necessária a relativização dessa expectativa. É nesse momento que surge a necessidade de

Psicóloga Clínica

Especialista em Psicologia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS

Chefe do Núcleo de Saúde Mental do Hospital do Câncer IV (HC IV) - INCA / MS. *E-mail:* silvana.aquino@oi.com.br

Endereço para correspondência: Núcleo de Saúde Mental do HC IV. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - Pilotis - Vila Isabel - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20560-120

compreender que o limite da possibilidade terapêutica curativa não significa o término da relação médico-paciente. Uma estrutura emocional amadurecida do profissional de Saúde pode impedir que a incurabilidade estabeleça um limite no ato assistencial². Do contrário, a constatação do avanço da doença pode acarretar o distanciamento entre aquele que se propôs a curar (o médico) e aquele que espera ficar curado (o paciente), e mobilizar, no primeiro, sentimentos de culpa, gerar angústia, provocar posturas impulsivas e autoritárias, negligentes e acionar respostas defensivas que emergem para proteger o profissional da dor em sua ferida narcísica causada pela sensação de fracasso e embaraço frente aos limites de sua atuação³. Esses sentimentos, se trabalhados de maneira cuidadosa, podem se transformar em apoio e solidariedade e enriquecer significativamente a relação, fazendo com que o profissional de Saúde perceba que há uma ligação muito íntima entre curar e cuidar, e que o cuidado assume um sentido inteiramente novo nessa etapa específica da doença e que deve e pode ser compartilhado com outras pessoas da equipe, familiares, amigos e, principalmente, se houver espaço disponível para um diálogo honesto e solidário, com a participação plena do paciente.

Sendo assim, o julgamento a respeito de um tratamento fútil deve ter como principal parâmetro, além do científico, o benefício ao doente, no qual entra em cena, de forma preponderante, a autonomia do mesmo - se é que em algum momento da história de sua enfermidade esse princípio deveria ter sido excluído -, pois o que está em jogo não é somente a eficácia terapêutica, mas a proporcionalidade do benefício. A terapêutica fútil deverá ser substituída pelos cuidados paliativos e essa proposta de intervenção deve colocar o doente e família como centro gerador de decisões. Essa constatação deve nos ajudar a perceber que não devemos nos embaraçar diante do doente se não conseguirmos curá-lo. Esse embaraço só é pertinente se fracassarmos no sentido de aliviar o seu sofrimento quando sabemos que existem meios de consegui-lo e este é o principal objetivo dos cuidados paliativos: alívio da dor e do sofrimento de forma que a morte iminente possa acontecer em paz e com dignidade⁴. Isso nos faz reconhecer que, se o verdadeiro bem do ser humano doente exige fazer todo o possível, significa também fazer apenas o que é possível, que de fato beneficie a pessoa, evitando o que é fútil, inútil ou danoso⁵.

Um caminho viável e pertinente para alcançarmos este objetivo é o da interdisciplinaridade, que inclui a interação entre saberes e a participação ativa de outros profissionais de Saúde. No trabalho em equipe, destaco a atuação do psicólogo, que, em sua formação, estuda o ser humano em sua forma mais íntima, procurando conhecer seu modo de funcionar e, a partir disso, trabalhar as questões relativas ao sofrimento diante da doença, buscando amenizar a ansiedade e depressão, comuns ao processo de adoecer, ajudando-o a encontrar estratégias que o habilitem a buscar um equilíbrio emocional para lidar com suas perdas e dores, simbólicas e concretas.

Obviamente que essa não é uma tarefa simples. Ao contrário do que se pensa, especialmente em termos do que o senso comum acredita que seja a tarefa do psicólogo, é importante ressaltar que esse profissional não é uma pessoa de quem se supõe saber. É antes de tudo uma pessoa de quem se supõe que saiba escutar. E o que é passível de escuta quando se trata de uma pessoa diante de morte iminente? Até onde o psicólogo é capaz de atuar?

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E INTERVENÇÕES POSSÍVEIS

Considerar os estados psicológicos descritos por Elizabeth Kübler-Ross em relação aos pacientes com doença avançada é sempre um referencial importante, na medida em que eles demonstram as respostas emocionais possíveis de serem apresentadas como estratégias adaptativas ao processo de morrer:

- A negação é o mecanismo que protege o paciente do impacto doloroso da má notícia. Inicialmente é funcional, considerando a necessidade de preservar o psiquismo da idéia desestruturante da morte, que é automaticamente associada ao diagnóstico. A negação permite que o doente disponha de um tempo para mobilizar seus recursos internos que o reestruturem, dando condições para um melhor enfrentamento de sua nova condição. O cuidado que se deve ter com esse mecanismo é que ele não se converta numa negação para o tratamento, para com a vida. É importante que ele saia gradualmente dessa etapa, numa velocidade que lhe permita administrar sua angústia e usufruir do suporte emocional oferecido^{6,7}.

- A raiva e/ou revolta é a resposta à tomada de consciência das repercussões negativas, perdas, limitações ocasionadas pela doença e pode ser dirigida a todas as pessoas envolvidas na tarefa de cuidar. No entanto, não é pessoal, é dirigida especificamente à pessoa do médico ou cuidador. É raiva da situação em si, das poucas chances que restam, das coisas que não vai poder realizar, das situações inacabadas. Compreender esses aspectos e acolher o paciente com esses sentimentos pode ajudá-lo a superar essa fase, descobrindo que ainda existe um tempo a ser vivido e que isso poderá ser feito da melhor forma possível^{6,7}.

· A barganha é uma tentativa de negociar com o imponderável, de ganhar tempo e, quem sabe, reverter a situação. Afinal de contas, "pra Deus nada é impossível", dirão alguns. Na barganha o apelo é quase sempre mítico: em troca cura e da salvação, a oferta de uma vida nova e, quem sabe, o prolongamento da vida como premiação^{6,7}.

· A depressão é fruto da consciência plena de que a doença não cederá à negação, à raiva ou à barganha. Nesta etapa, a depressão deixa de ter um caráter reativo, que normalmente se manifesta na fase do diagnóstico inicial e assume um caráter preparatório diante da sensação de morte iminente. O paciente já não chora só pelo que perdeu, mas pelo que vai de deixar de viver e de conviver. É uma etapa extremamente difícil, especialmente para a família, porque o paciente costuma verbalizar seu sofrimento de forma muito intensa, e ajuda muito que o deixemos falar. A depressão preparatória é um instrumento valioso de preparação para o estado de aceitação ou decaixia^{6,7}.

É nesse momento que o paciente se despede da vida, normalmente quando consegue fechar suas lacunas afetivas, familiares, econômicas, espirituais e organizar sua vida de modo que possa fazer a passagem com serenidade. Ocorre uma diminuição de sua interação com o ambiente, aumenta sua debilidade física e ele se torna mais sonolento e introspectivo. É um período crítico para a família que carecerá de maiores cuidados e orientações sobre esse comportamento já esperado.

Do ponto de vista psicológico, nossa atuação consiste, ao longo de todo esse delicado e doloroso processo, em encorajar a expressão dos sentimentos e examinar as formas de enfrentar as perspectivas futuras e preocupações existenciais; oferecer uma escuta atenta e ativa em uma atmosfera de acolhimento; verificar a influência de situações passadas relacionadas à situação presente; buscar ressignificar a vida, trabalhando seu sentido e seu valor; cuidar do morrer e de sua aceitação, na medida em que, para muitos, a morte é a libertação do sofrimento e também um ato de cuidado; e possibilitar a "cura" espiritual e a reconciliação pessoal^{6,7}.

É importante sinalizar, no entanto, que aquilo que se trabalha no acompanhamento psicológico com pacientes ao final da vida não é definido *a priori*⁸. É sempre a relação que se estabelece que direciona a abordagem possível junto a ele e à sua família, que vem com suas demandas diferenciadas e pessoais.

Outro aspecto que vale ressaltar é que nem sempre é possível atravessar todas essas etapas até a aceitação da morte, pois é difícil morrer e continuará sendo, já que a morte é uma experiência incompartilhável, solitária, pessoal e intransferível⁸. Mas é possível tornar esse momento mais acalentador se nos dispomos estar ao lado, segurando a mão, e permitir a partida.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues JC. Tabu da morte. Rio de Janeiro: Achiamé; 1983.
2. Silva FL. Direitos e deveres do paciente terminal. Bioética [periódico na Internet]. 1993 [citado em 2008 Out 22]; 1(2): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/bioetica/index.php?selecionaRevista=2&opcao=revista>.
3. Oliveira LL. As mortes e a morte em oncologia [monografia na Internet]. [S.l.: s.n.]; 2000. Disponível em: <http://www.abp.org.br/artigo>.
4. Twycross R. Cuidados paliativos. 2a ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
5. Lima C. Medicina high tech, obstinação terapêutica e distanásia. Medicina Interna [periódico na Internet]. 2006 Abr-Jun [citado em 2008 Out 20]; 13(4):79-82. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf.
6. Bifulco VA. Psicologia da morte. In: Lopes AC. Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Manole; 2005. p. 302-6. vol. 2.
7. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
8. Nakasu CT. Atendimento psicológico a pacientes terminais [monografia na Internet]. Brasília (DF): Instituto Agilitá; 2003 [citado em 2006 Ago 06]. Disponível em: http://www.institutoagilita.com.br/artigo_G.php.