## Doutor Luis Gonzaga do Amaral

Resumo do Trabalho Científico apresentado pelo candidato à cadeira nº. 29 da Academia Mineira de Medicina, em 01 de outubro de 1997.

O ENFERMO TERMINAL ONCOLÓGICO

RESUMO

A TRAJETÓRIA

Em 1950, o trabalho pioneiro de Dame Cicely Saunder´s, culminou com a construção do Hospital Saint Cristopher´s, em Londres, para enfermos terminais. Após submeter à opinião pública e a à classe médica, a idéia de um Hospital próprio para esses enfermos, seu objetivo principal era o controle da dor mediante o uso de opiáceos. Fundamentalmente, o controle da dor crônica maligna iria proporcionar uma qualidade de vida digna para esses enfermos. Seu trabalho evidenciou as necessidades e as carências do National Health System Inglês, onde o enfermo terminal morria nos grandes hospitais, longe de seus familiares e principalmente atendido por um pessoal que havia perdido a capacidade de enfrentar o processo de morrer. Posteriormente, vários países como a Irlanda, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão, Alemanha Ocidental, Suíça, Noruega, França e Itália, optaram por vários e diferentes programas de atenção a esses enfermos.

 Basicamente temos quatro níveis de atenção: hospital especializado, unidade de cuidados paliativos, que está integrada física e funcionalmente ao hospital geral, onde pode beneficiar-se do apoio de outros serviços e atenção ambulatorial e domiciliar. Em todos os níveis buscamos um atendimento holístico e multidisciplinar, objetivando traduzir nossa atenção em uma qualidade de vida satisfatória, tornando o convívio com a enfermidade, o sofrimento físico, psíquico e emocional suportáveis, permitindo elaborações interiores que são fundamentais na fase terminal. Em todos os níveis de assistência estamos embasados nos princípios de Hipócrates:

Curar algumas vezes

Aliviar com freqüência

Consolar sempre

 Vamos assistir ao enfermo, com princípios básicos para melhorar a qualidade de vida sem antecipar ou prolongar a morte, tratando-o em seus aspectos psíquicos, físicos, espirituais, sociais e familiares e tornando o convívio com a doença e a complexidade da fase terminal mais amenizado. As indagações solicitadas, devem ser respondidas de forma gradativa, suave e atraumática, em uma relação clínica que procure sempre humanizar todo o processo. Considero fundamental nossa atitude de compreensão, percepção e manifestações afetivas e emocionais. A ansiedade e a depressão aumentam o sofrimento físico e psíquico, bloqueando a elaboração de qualquer processo interior. Observamos que eu, mais do que a dor por si mesma, o que conta é a angústia, a desesperança, a incerteza que bruscamente se instalam no projeto biográfico de uma pessoa. Cabe ao médico, além de conhecer o processo orgânico da doença e atuação dos medicamentos saber um pouco mais da complexidade do homem.

A DOR COMO EXPERIÊNCIA PESSOAL

 Muitas das sensações que diariamente percebemos, são informativas, não aparecem neutras. Pelo contrário, a sensação dolorosa não só nos informa, como também nos faz tomar uma decisão. Por isto a dor é sempre mais que uma percepção sensorial. Tem sido definida como uma experiência sensorial e emocional, de caráter desagradável que associamos a uma lesão real ou potencial de algum tecido ou órgão da economia. Vamos considerar os componentes e as dimensões da experiência dolorosa, a saber:

 Dimensão senso-discriminativa, é a qualificação sensorial, localização, intensidade, tipo, relação espaço e tempo.

 Dimensão cognitiva, é a percepção e significado do que está ocorrendo com relação a essa sensação. Varia de acordo com a cognição de cada ser humano.

 Dimensão afetivo-emocional, desperta um componente emocional em que confluem desejos, esperanças, temores e angústias. Nos dá um significado pessoal com relação aos nossos desejos e expectativas. Nessa dimensão temos duas etapas da experiência dolorosa. A primeira é a intensa sensação desagradável de aflição e esgotamento. É uma sensação de invasão do nosso corpo e da nossa consciência. É um estado que ocorre de maneira automática, sem reflexão profunda. A segunda implica em um processo cognitivo e reflexivo, significados elaborados, relacionados com a percepção das conseqüências. Ameaça ao próprio corpo, ao seu bem estar e à consciência, com repercussões negativas. Freqüentemente surgem reações de resistência e negação.

É importante a percepção das conseqüências futuras sobre a vida e os projetos.

PROCESSOS NEURO-FISIOLÓGICOS ASSOCIADOS

 Consideramos três componentes fundamentais da dor, com seus aspectos neuro-fisiológicos que influem na elaboração e expressão dos mesmos.

Reação de alerta, que desperta e provoca intensa reação geral.

 Reação vegetativa e somato-motora, consiste no aparecimento de reações vegetativas e somáticas, provocadas de forma imediata pela estimulação. Sua elaboração não exige nível de consciência imediata, náusea, vômito, calor, frio.

 Reação moduladora, elaborada por sistemas endógenos sendo uns de caráter inibidor, outros de caráter facilitador, como elaboração de endorfinas.

 Retornando ao Brasil, entusiasmado com a metodologia de Cuidados Paliativos, apresentei à Direção da Santa Casa de Belo Horizonte um projeto assistencial, direcionado ao Paciente Terminal. O projeto foi aprovado, contudo não implantado até o momento.

 A nossa dificuldade está inicialmente na falta de pessoal preparado para o atendimento. Mesmo assim, a determinação e a certeza de percorrer o caminho estão acima de quaisquer obstáculos. No ambulatório, estou praticamente todos os dias e os enfermos graves são por mim atendidos. Entre os colegas, também estou com dificuldades por falta de conhecimento e prática no trato com estes enfermos. Muitas pessoas já estão sensibilizadas em nossa área de atuação. O que nos anima, é a certeza de que nossa assistência traz um grande benefício ao doente e aos familiares. Apesar de todas as dificuldades, os doentes sabem compreender nossa linguagem e externam suas emoções com suas lágrimas. Isto nos ajuda e nos conforta porque são manifestações de amor.

 Para o tratamento da dor utilizamos o esquema elaborado pela Organização Mundial da Saúde, com variações e adaptações específicas para cada enfermo, com ajustes em cada etapa do período terminal.

Grupos farmacológicos utilizados

1. Analgésicos não opiáceos, inibidores periféricos das prostaglandinas:

Salicilatos-ácido acetil salicílico

Para amino fenóis-paracetamol

Ácidos acéticos-indometacina e diclofenac

Ácidos propiônicos-naprofeno

Oxicans-piroxican

Eficazes nas dores causadas por metástases ósseas, distensões periósticas, pleurais, peritoniais e compressões musculares e tendinosas.

1. Opiáceos fracos, associados aos AINES OU FÁRMACOS COADJUVANTES:

Codeína

Dihidrocodeína

Tramado!

1. Fármacos coadjuvantes. Potencializam as ações dos opiáceos e não opiáceos, previnem efeitos colaterais.

Antidepressivos tricíclicos:

Imipramina

Clomipramina.

Neurolépticos:fenotazídicos, clorpromazina, levopromazina

Ansiolíticos: benzodiazepínicos

Anticonvulsivante: carbamazepina

Corticóides: dexametazona

1. Opiáceos fortes:

meperidina

morfina

 Estou, em caráter experimental, prestando uma assistência aos doentes do serviço de Oncologia Ginecológica da Santa Casa de Belo Horizonte e registrei um total de 108 pacientes dos quais 54 já faleceram e os 64 restantes estão sendo assistidos em ambulatório com orientações especiais aos familiares para cuidados em domicílio. Até o momento não tenho uma equipe para desenvolver todo o trabalho que pretendo e sim algumas pessoas interessadas no projeto.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

 Comentários: considerando que o atendimento é precário, notamos uma inversão total na relação óbitos domiciliares/hospitalares. O dado que nos anima e é positivo, está representado nos enfermos graves que continuam sendo atendidos em ambulatório, num total de 64. Devemos ressaltar que encontramos barreiras culturais, religiosas, sociais, familiares e econômicas que dificultam o acompanhamento ambulatorial e domiciliar do enfermo.

 Concluindo, espero ter atingido o objetivo proposto quando iniciei este trabalho. Estudei e pesquisei o homem em suas dimensões e particularidades. De forma alguma esgotei o assunto. Iniciei uma proposição de trabalho a ser implantada no nosso meio. Parece-me que o morrer não faz parte da nossa existência. Há uma necessidade de alterar o paradigma de curar para o de cuidar.

Como sugestões, proponho:

1. Estudo da tanatologia nas Faculdades.
2. Formação de pessoal nos Hospitais.
3. Cursos de extensão.
4. Formação de voluntariado.
5. Palestras, Seminários e Debates.
6. Uso dos meios de comunicação para informar a comunidade.
7. Incentivo à pesquisa.
8. Sensibilização dos Serviços de Saúde.

A medicina paliativa, especialidade denominada Cuidados Paliativos, vê o enfermo terminal presidindo todo o processo e viver a própria morte.

 “Vejo-me como uma abelha que inebriou-se de tanto colher o néctar de mil flores para fazer um único mel’.

Edgar Morin.