

INTERVENÇÃO NO SOFRIMENTO EM DOENTES ONCOLÓGICOS

Helena Maria Martins Norinha Gomes Sobral*

É sobretudo a partir da última década do século passado que o alívio do sofrimento começa a ser entendido como uma componente importante dos cuidados profissionais de saúde. O crescente aumento das doenças crónicas, relacionado, por um lado, com os avanços terapêuticos e, por outro, com as alterações demográficas, tornou o sofrimento num problema de domínio mais público, em que a discussão sobre o seu reconhecimento e alívio se tornou aceitável e pertinente, pois para ser efectivamente aliviado, o sofrimento tem de ser reconhecido. Todavia, nunca poderemos viver verdadeiramente a angústia dos outros, mas podemos (e devemos) aprender a “reconhecer os objectivos, os valores e as respostas estéticas que formam o sentido do “eu”, cuja integridade é ameaçada pela dor e pela doença” (Cassell, 1991, p. 24).

Constatamos, pois, que a atenção prestada à dor e ao sofrimento da pessoa doente é algo relativamente recente, considerando Marques (2002) que, no nosso país, o apoio aos doentes oncológicos, aos dependentes e aos idosos é ainda escandalosamente insuficiente.

Na concepção de Fleming (2003, p.28), “a dor procura o Outro, real ou imaginário, presente ou ausente”. O Outro pode ser uma entidade sobrenatural (Deus, santos,...) ou alguém que o doente sinta como protector (o médico, o cuidador,...), pois “poder pensar a dor será a forma superior de a resolver ou de estar com ela” (Milheiro, 1996, citado por Fleming). O antropólogo Levi-Strauss considera que para que a dor possa ser tolerada tem que deixar de ser incoerente, sem sentido, e passar a ter um significado, permitindo que ela seja pensada num sistema simbólico coerente. Para Fleming, a dor só pode ser aliviada se for sentida, sofrida e consequentemente tolerada. (Fleming, 2003).

No entanto, segundo Fernandes & McIntyre (2002), a medicina actual tem-se focado sobretudo no aspecto físico da doença, abordando-o de forma agressiva, esquecendo muitas vezes a pessoa; Já a chamada “medicina alternativa” tem-se focado principalmente na pessoa, insistindo que se trata simplesmente da “mente sobre a matéria”, o que traduz uma visão igualmente desequilibrada. Segundo Spiegel (citado por aqueles autores), “o estado actual do conhecimento salienta a interacção entre a

* Enfermeira Especialista no Centro de Saúde de Sernancelhe.

mente e o corpo, o que implica que lidar com a doença é um processo tanto físico como mental” (p.354).

McIntyre (2004, p.167) considera que “a(s) perda(s) constitui uma experiência central do processo de doença, ..., na medida em que pode permear algumas ou todas as dimensões da vida da pessoa doente”, desde as mais individuais (auto-cuidado, afectividade, nível de energia, auto-estima), às de índole mais social (relações familiares, profissão, lazer). Para esta autora, nem a medicina nem a psicologia têm dado a necessária atenção a esta problemática, apesar da “centralidade da experiência de perda” nos processos de doença.

Actualmente, nos cuidados de saúde ainda acontece o que Gwyn (2002), referenciado por McIntyre, (2004, considera ser um “conflito de vozes” pois “a voz da medicina contrasta com a voz da vida que fala das experiências diárias das pessoas e se baseia na realidade do senso comum” (p.175). São apontadas algumas razões que nos podem ajudar a perceber esta situação por parte dos profissionais de saúde: constrangimentos institucionais e humanos, o predomínio do modelo biomédico nas práticas do cuidar, o medo de demasiado envolvimento com o sofrimento do doente (e consequente perda da tão ensinada “distância terapêutica”). No entanto, a autora considera que a razão mais importante talvez seja a “falta de formação apropriada na avaliação e confronto com a experiência de sofrimento na doença” (p. 176).

Também nos Estados Unidos da América um relatório de 1999 do «Institute of Medicine» concluiu que “muitos pacientes oncológicos referiam não se sentir satisfeitos com os cuidados que recebiam” (Schneider *et al.*, 2004, p. 2985). Estes autores consideram que a pesquisa sobre a qualidade dos cuidados prestados tem mostrado que um “conhecimento crescente das técnicas de tratamento com provas de eficácia, nem sempre se traduz directamente em satisfação desses tratamentos para os doentes, havendo evidências que sugerem um «sub-uso» e um «sobre-uso» nos pacientes com cancro”. Em resposta ao problema identificado pelo «Institute of Medicine» surgiu o projecto NICCQ (National Initiative on Cancer Care Quality) promovido pela American Society of Clinical Oncology (ASCO), no sentido de desenvolver um protótipo de um sistema capaz de monitorizar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos. A ASCO iniciou o projecto em 2000, tendo como objectivos desenvolver potenciais indicadores de qualidade de cuidados para doentes com dois tipos de patologia oncológica mais comum – cancro da mama e cancro do cólon. Segundo os autores, um sistema deste tipo pode identificar oportunidades de melhorar os cuidados, sugerir quais as medidas de melhoria de qualidade que levam a melhores cuidados e monitorizar o impacto dessas medidas em termos de benefício para os doentes com cancro.

No doente oncológico, o alívio do sofrimento implica considerar em primeiro lugar o alívio do sofrimento físico, provocado pela doença e/ou pelo tratamento. Segundo Salcedo & Urtasun (1996, p. 427), nestes doentes, frequentemente, coexistem múltiplos sintomas, com origem em situações distintas, podendo no entanto coexistir:

1. “Efeito de compressão de massa tumoral

- Pelo tumor primitivo
- Por metástases regionais ou distantes

2. Síndromes paraneoplásicas

- Endócrino-metabólicos
- Autoimunológicos
- Por citoquinas, monoquinas ou factores de crescimento
- De causa desconhecida

3. Toxicidade do tratamento

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Modificadores da resposta biológica
- Corticóides

É fundamental fazer-se um diagnóstico diferencial e causal de cada sintoma, de forma a poder tratá-lo eficazmente e se possível eliminá-lo. Sabemos que a dor e outros desconfortos físicos podem, pela sua intensidade, retirar ao doente a capacidade de confronto com a doença e a capacidade de se transcender, mantendo a esperança. No entanto, com as técnicas médicas e cirúrgicas actualmente disponíveis, não é aceitável que os doentes continuem a sofrer com dor e /ou outros desconfortos físicos.

Outro aspecto de grande importância no alívio do sofrimento do doente é o de permitir que mantenha uma imagem positiva de si próprio, pois a esta doença estão muitas vezes associadas alterações da auto-imagem, relacionadas com amputações, perdas funcionais e funcionamento alterado de sistemas orgânicos. Neste sentido, medidas de correcção estética e de ajuda psicológica, não podem ser consideradas secundárias, uma vez que “ a manutenção ou o restabelecimento de uma imagem positiva de si próprio é um factor fundamental no alívio do sofrimento “ (Cherny et al. 1994; McIntyre, 1995, citados por Gameiro, 1999, p. 80).

Também o apoio psicológico deve ser um componente importante dos cuidados de saúde, embora tenda a ser frequentemente negligenciado pelos profissionais de saúde. A este respeito é elucidativo o estudo realizado por McIntyre et al. (1999, prefácio de Gameiro), na região norte do país, com o objectivo de avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde recebidos, tendo identificado o apoio

emocional ao doente como motivo de insatisfação, revelando alguma dificuldade dos profissionais em “cuidar” desta dimensão do sofrimento do doente.

Igualmente importante é diagnosticar transtornos do foro psiquiátrico e proporcionar ao doente a ajuda psicoterapêutica e medicamentosa adequada, pois os doentes oncológicos são pessoas muito fragilizadas e frequentemente deprimidas e, por isso, necessitadas de ajuda para poderem recuperar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida (Teles, Ribeiro & Cardoso, 2003).

Gameiro (1999, p. 23) considera que a ajuda à pessoa que sofre deve basear-se numa melhor compreensão da “experiência do outro”, constituindo-se

“um processo facilitador da integração dessa vivência crítica, atribuindo-lhe significações adequadas às suas competências cognitivas e aos seus pressupostos filosóficos e religiosos, de modo a evitar a percepção de perda de controlo e a facilitar a descoberta de algum sentido positivo para a própria experiência de sofrimento”

Também Die Trill (2001) considera que é necessário uma atitude integradora perante o doente oncológico, isto é, uma atitude que tenha em conta a sua cultura, a qual necessariamente influencia os seus comportamentos perante a doença, e, para os quais, os profissionais de saúde muitas vezes não encontram justificação.

Frequentemente, quem acompanha uma pessoa doente tem dificuldade em “penetrar nesse mistério de dor, de sofrimento e de vida” (Teixeira, 2003, p. 30), usando muitas vezes discursos estereotipados e palavras de conveniência que em nada ajudam estes doentes. A atitude deve ser sobretudo de escuta, pois a doença e tudo o que a rodeia envolve vivências que a pessoa saudável não pode compreender.

A este propósito, Almeida & Melo (2001) consideram que é muito importante estabelecer uma boa comunicação com o doente e chamam a atenção para o facto de que, nas relações humanas, nem sempre o que é dito corresponde ao que a pessoa vivencia: “*uma atitude agressiva pode significar timidez, uma afirmação de auto-confiança pode ser um pedido de ajuda*” (p. 139). Segundo estes autores, ao estarmos despertos para a “*condição do humano*”, encontraremos aí o caminho certo para a “*correção do agir*” (p. 143).

Renaud (2006) salienta a importância da presença do outro/presença humana na experiência da doença enquanto experiência de fragilidade e considera que:

“... a proximidade não é uma situação, de facto, mas um acto, o que não deve ser necessariamente compreendido de modo espacial, mas de modo “interior”: aproximo-me interiormente quando me deixo afectar pela

presença do outro, frágil, doente ou moribundo, e quando esta experiência de ser afectada suscita em mim uma resposta activa” (p. 76).

Dar atenção à espiritualidade do doente é também um aspecto que não deve ser descurado, sobretudo quando o doente enfrenta a possibilidade da morte (o que frequentemente acontece ao doente oncológico), em que a atitude dos profissionais deve “compreender o ouvir, o estar presente, o acompanhar...mesmo numa procura de sentido” (Almeida & Melo, 2001, p. 139).

De acordo com Chalifour (1989), os doentes procuram antes de tudo ser acolhidos, escutados e compreendidos. Ainda que tenham em si próprios os elementos da resposta que procuram, precisam que os ajudemos a descobri-la.

Ornish (1997) cit in. Baumann & Englert (2003) defende que a sobrevivência humana está ligada ao poder reparador do amor, da intimidade e dos relacionamentos e inclui a espiritualidade como parte deste conceito de intimidade. Vários investigadores sugerem que intervenções de carácter espiritual ou existencial podem proporcionar ajuda, permitindo que a pessoa possa enfrentar os seus medos e a diminuição da esperança, ou ajudando-a na procura de significado.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. M Pereira; Melo, J. Santos (2001). Ética, espiritualidade e oncologia. In: Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa, Climepsi, pp. 129-143.
- Baumann, Steven L.& Englert, Robert (2003). A Comparison of Three Views of Spirituality. *Nursing Science Quarterly*, (1), pp. 52-59.
- Cassell, Eric J. (1991). Recognizing Sufering. *Hastings Center Report*, Maio-Junho, pp. 24-31.
- Chalifour, Jacques (1989). *La Relation D'aide en Soins Infirmiers. Une perspective holistique-humaniste*. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Die Trill, Maria (2001). Cultura y câncer.In: Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa, Climepsi, pp. 640-651.
- Fernandes, Susana & McIntyre, Teresa (2002). Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, (2), pp. 359-379.
- Fleming, Manuela (2003). *Dor Sem Nome. Pensar o Sofrimento*. 2ª. Ed., Porto, Edições Afrontamento.
- Gameiro, Manuel H.(1999). *Sofrimento na Doença*. Coimbra, Quarteto.

- Marques, Manuel S. (2002). Dar com uma mão, tirar com a outra...da Sensibilidade e da Insensibilidade em Medicina. in Cantista, M. J. – *A Dor e o Sofrimento. Abordagens*. Porto, Campo das Letras, pp. 417-445.
- McIntyre, Teresa Mendonça (2004). Perda e Sofrimento na Doença: Contributo da Psicologia da saúde. *Psychologica*, (35), pp. 161-179.
- Renaud, Isabel (2006). Da finitude e fragilidade humana. *Ordem dos Enfermeiros*, (20), pp. 71-77.
- Salcedo, J. Montalar & Urtasun, J. Aparício (1996). Los Síntomas del Enfermo Neoplásico. in Barón, M. González et al. *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. p. 425- 436.
- Schneider, Eric C. et al. (2004). Developing a System to Assess the Quality of Cancer Care: ASCO's National Initiative on Cancer Care Quality. *Journal of Clinical Oncology*.(15), pp. 2985-2991.
- Teixeira, Jorge (2003). Dia Mundial do Doente. Uma reflexão sobre o sentido da dor e do sofrimento no mundo de hoje. *Hospitalidade*, (259), pp. 28-30.
- Teles, S. S.; Ribeiro, M. M. & Cardoso, V. (2003). A Psicologia na Área da Oncologia. Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, (2), pp. 71-77.