

De mãos dadas

O olhar da *slow medicine* para
o paciente oncológico

Ana Coradazzi

DE MÃOS DADAS

O olhar da slow medicine para o paciente oncológico

Copyright © 2021 by Ana Coradazzi

Direitos desta edição reservados por Summus Editorial

Editora executiva: **Soraia Bini Cury**

Capa: **Alberto Mateus**

Imagem da capa: **LukaM/Depositphotos,**

gentilmente cedida pela autora

Projeto gráfico e diagramação: **Crayon Editorial**

Poema "Soneto de Maio" (p. 190): © **Roldão Mendes Rosa, 1957,**

reproduzido com permissão de Carlos Silveira Mendes Rosa

Summus Editorial

Departamento editorial

Rua Itapicuru, 613 – 7ª andar

05006-000 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3872-3322

<http://www.summus.com.br>

e-mail: summus@summus.com.br

Atendimento ao consumidor

Summus Editorial

Fone: (11) 3865-9890

Vendas por atacado

Fone: (11) 3873-8638

e-mail: vendas@summus.com.br

Impresso no Brasil

Sumário

<i>Prefácio</i>	9
<i>Prólogo</i>	11
Estação 1 – A vida de cabeça para baixo	21
Estação 2 – Indo em frente	39
Estação 3 – Comprometimento	71
Estação 4 – Crise	91
Estação 5 – Recuperação e estabilidade	111
Estação 6 – Declínio	143
Estação 7 – Fase final de vida	161
Estação 8 – Morte	181
<i>Epílogo</i>	193
<i>Notas bibliográficas</i>	195

Prefácio

Conheci Ana Lucia Coradazzi de maneira pouco usual. Assim que lançamos o site Slow Medicine Brasil, em 12 de abril de 2016, recebi um e-mail de uma médica do interior paulista – mais precisamente de Jaú – que contava ser amiga da psicóloga Vera Anita Bifulco, ter gostado muito do site e se identificado profundamente com as propostas e o conteúdo. Ela então perguntou se poderia enviar-me seu livro, para apreciação. Coloquei-me à disposição, é claro.

Para mim, aquilo era incomum, pois, ao longo da vida, meu trabalho pautou-se por ser eminentemente assistencial. Alguns dias depois recebi o livro, no consultório, pelo correio. Chamava-se *No final do corredor*, e a capa mostrava a foto de uma jovem, com lenço cobrindo a cabeça, esboçando um sorriso triste. Era uma edição bastante simples. Passei os olhos no livro e o deixei na sala de espera, para que pudesse ser lido pelos pacientes. Um dia, ao sair do consultório, quando voltaria de ônibus para casa, resolvi levar o livro para folhear.

Ao ler o primeiro capítulo, fiquei espantado e fascinado com o que havia chegado às minhas mãos. Era um verdadeiro tesouro. Ana escrevia maravilhosamente bem, e o conteúdo dos capítulos era emocionante. Lágrimas vieram aos olhos junto com um aperto no peito, tamanha a sensibilidade com que ela descrevia seus casos clínicos. No dia seguinte, enviei um e-mail para Ana, elogiando o livro e perguntando se ela teria interesse em escrever para o site um texto sobre “uma oncologia sem pressa”. Imediatamente Ana propôs-se a cumprir a tarefa, e o texto chegou alguns dias depois. *Slow oncology*: é provável que essa expressão tenha sido usada ali pela primeira vez.

Tenho agora em mãos os frutos daquela semente plantada alguns anos atrás. Este novo livro de Ana, *De mãos dadas*, se baseia no que ela vem aprendendo e praticando nos últimos anos, quando os princípios e a filosofia da *slow medicine* passaram a fazer parte de sua prática e permear todo o seu

pensamento e a forma como cotidianamente exerce seu trabalho. O livro se embasa em uma das obras seminais da *slow medicine*: *My mother, your mother*, do geriatra americano Dennis McCullough. Ana não apenas cita extensa literatura de autores que defendem o ideário da medicina sem pressa, mas também evoca uma enorme gama de fontes literárias e científicas que têm ligação visceral com aqueles conceitos. O novo livro insere-se em um momento muito importante no desenvolvimento da *slow medicine* no Brasil. Trata-se de uma obra que, além de trazer à tona a ideia de uma oncologia *slow* – e portanto ponderada, sistêmica, ecológica –, inscreve-se na perspectiva de uma prática médica sóbria, respeitosa e justa e terá certamente papel fundamental na disseminação e capilarização dos princípios e da filosofia do movimento no Brasil. Foi escrita com base no olhar de uma oncologista e, pela própria formação da autora, agrega a perspectiva dos cuidados paliativos – com a qual a *slow medicine* tem claro entrelaçamento.

De mãos dadas é muito bem-vindo nesta época em que a medicina questiona suas próprias raízes. Uma visão mais humanista torna-se cada vez mais necessária ante o imperativo tecnológico que domina a medicina contemporânea. A presente obra certamente contribuirá para a reflexão tanto de profissionais de saúde como de leigos que se interessam pela questão, às vezes levados a ela por uma situação familiar ou pessoal.

É ainda o primeiro livro em língua portuguesa, escrito por autora brasileira, que fala sobre *slow medicine*. Esse fato já atesta sua enorme relevância e importância.

Obrigado, Ana!

JOSÉ CARLOS VELHO
Médico geriatra e clínico geral
Membro do movimento Slow Medicine Brasil

Prólogo

A ideia que inspirou esta obra começou a se estruturar antes mesmo que eu tivesse concluído a leitura de um livro transformador, que veio parar em minhas mãos por insistência (quase obsessiva) de um querido amigo geriatra, o dr. José Carlos Velho. *My mother, your mother* (“Minha mãe, sua mãe”), do também geriatra Dennis McCullough, arrebatou meus pensamentos (e meu coração) já nos primeiros capítulos.

Médico de família e geriatra por mais de 30 anos, o dr. McCullough propõe um novo paradigma para o cuidado com os idosos, em especial os de idade muito avançada: um cuidado que prioriza a individualidade daquele que está envelhecendo e entende a participação ativa da família e dos amigos como ferramenta não apenas poderosa, mas essencial. Essa nova forma de cuidar, que McCullough aplicou ao processo específico de envelhecimento, foi batizada *slow medicine* – a qual, no Brasil, passamos a chamar *medicina sem pressa*. Como o próprio McCullough descreve na introdução de seu livro, a Itália foi o berço da moderna ideia de agir “sem pressa”. Sendo um país caracteristicamente centrado nas relações familiares, muitas das quais celebradas e consolidadas ao redor de farta mesa de almoço ou jantar, a Itália concebeu o movimento *slow food* (“comida sem pressa”) em resposta à invasão e aos excessos irracionais das cadeias de *fast food* americanas. O objetivo de Carlo Petrini, o fundador do movimento, era promover a boa comida, priorizando o consumo de alimentos de origem local, preparados e digeridos com prazer e tempo. Tratava-se, portanto, de atribuir a devida importância a uma experiência humana primordial, que afeta inúmeros outros aspectos da vida – da óbvia nutrição adequada às relações pessoais mais íntimas. A filosofia *slow* foi aos poucos inserida em outras áreas da existência humana, como a sexualidade, o trabalho e o próprio estilo de vida das grandes cidades. A medicina foi uma dessas áreas, e sem dúvida a *slow medicine* tornou-se muito mais que uma tendência, sendo considerada por muitos a medicina do futuro.

Os princípios *slow* foram adaptados por McCullough para beneficiar a população especial de idosos em idade mais avançada (que ele chamou *late-life elders*), aqueles que já não são capazes de se locomover nem de pensar depressa, nem de ver ou ouvir claramente. São pessoas para as quais os problemas e as soluções de saúde são mais complexos, as reservas de energia e a resiliência são menores e a recuperação toma mais tempo do que para nós, que ainda estamos vivenciando fases anteriores da vida. São idosos que precisam de outro tipo de estratégia. O objetivo essencial da medicina sem pressa é a mudança prática e qualitativa no cuidado, de tal forma que as relações entre profissionais da saúde, pacientes e familiares sejam regidas por um respeito mais abrangente e uma compreensão mais profunda das particularidades de cada pessoa. Isso cai como uma luva para as necessidades de determinadas populações, entre as quais, é claro, os idosos de McCullough.

Logo no prefácio de *My mother, your mother*, as conexões entre o processo de envelhecimento e o de adoecimento de pacientes com câncer avançado fizeram-se óbvias para mim. McCullough relata que foi influenciado por um filme japonês, *A balada de Narayama* (1983), no qual se conta a história de três gerações que, no século XIX, vivem em situação de extrema pobreza. Ao ficar debilitados a ponto de se tornar um fardo para a família, Os idosos da comunidade eram tradicionalmente carregados nas costas pelos filhos até o topo da montanha de Narayama, onde os deixavam com outros idosos frágeis para que morressem em paz, adormecendo na neve. A caminhada até o topo era extremamente penosa, tanto para o idoso quanto para o filho, castigando o corpo e desafiando as emoções. Mas era durante a subida que ambos consolidavam o vínculo de confiança e respeito que os unia, entre as pausas para descanso, os momentos de raiva e impaciência e as palavras de despedida.

Ao ler a descrição da escalada da montanha, não pude deixar de pensar nos caminhos tortuosos que tantos pacientes com câncer e suas famílias precisam enfrentar. Mesmo numa época de avanços inegáveis e quase milagrosos na oncologia, a verdade é que muitos, não importando o tratamento que recebam, ainda sucumbem à crueldade da doença. Muitos, ainda, precisam lidar com isso ao mesmo tempo que passam pelo processo fisiológico de envelhecimento, tornando o tratamento (e a vida) incrivelmente mais difíceis. É uma escalada dolorosa até o topo da montanha. Mais doloroso ainda é, no dia a dia, constatar quanto nós, médicos – munidos até os dentes com uma tecnologia que não tem utilidade para boa parte daquelas pessoas e

surpreendentemente incapacitados para lidar com essas situações de forma mais coerente, harmoniosa e serena –, somos capazes de piorar sensivelmente tais caminhos.

Seu Fernando tinha 87 anos quando foi diagnosticado com carcinoma espinocelular de pulmão, com metástases no fígado e nos ossos. Até então, apesar da idade avançada e dos muitos anos de tabagismo, tinha boa saúde, e sua vida era extremamente ativa. Dirigia o próprio carro, fazia compras no mercado, cuidava sozinho da casa desde a morte da mulher, quatro anos antes, e era apaixonado pelos três bisnetos. A doença, indiferente a tudo isso, lhe roubou boa parte das energias, e as dores já o impediam de cuidar sozinho de si mesmo.

Nos quatro meses desde o diagnóstico, seu Fernando tinha recebido vários ciclos de quimioterapia, com a proposta inicial de controlar os sintomas do câncer e lhe devolver, pelo menos em parte, a qualidade de vida. Infelizmente, as coisas não estavam indo bem. As metástases continuavam em progressão, os sintomas da doença só pioravam, e agora havia os efeitos colaterais da quimioterapia. Seu Fernando estava cansado. Não queria viver assim, mas não conseguia dizer isso ao médico nem aos filhos. Não queria que o vissem como um perdedor, alguém que desistia da luta logo nos primeiros obstáculos, ainda mais quando todos à volta estavam se esforçando tanto para que ele melhorasse. Foi por isso que, ao ter ouvido do oncologista que poderiam tentar uma segunda linha de quimioterapia, seu Fernando, mesmo com poucas chances de melhora, aceitou.

Foram mais dois meses difíceis. O novo esquema de quimioterapia lhe causava náuseas, dores pelo corpo e formigamento nos pés, dificultando a caminhada e resultando em quedas cada vez mais frequentes. Ele não conseguia se alimentar, perdia peso a olhos vistos e não sentia vontade nem mesmo de ver os bisnetos no fim de semana. Certa manhã, seu Fernando foi encontrado desacordado pela filha, que correu a chamar ambulância e o levou para a emergência. Uma tomografia mostrou inúmeros nódulos cerebrais, decorrentes do câncer de pulmão. Seu Fernando foi internado, medicado, e aos poucos recobrou parcialmente a consciência. Enxergava os filhos, mas já não era capaz de falar com eles, nem de se levantar sozinho. Precisava de uma sonda para se alimentar e de outra para urinar, e a cada três ou quatro dias sofria lavagem intestinal para controlar a constipação decorrente da imobilidade. Após dez dias, começou a ter febre e tosse, e o médico logo identificou uma pneumonia na base do pulmão direito. Iniciaram antibióticos, mas o quadro respiratório só piorava,

até o ponto em que o médico julgou mais seguro levá-lo para a UTI. Em poucas horas, seu Fernando estava entubado, ligado a um respirador e precisando da administração contínua de drogas para manter a pressão arterial estável. Mais dois dias e os rins começaram a falhar. Quatro dias após a admissão na UTI, numa madrugada gelada, declarou-se o óbito de seu Fernando. Ele estava sozinho naquele momento.

São muitas as histórias de pacientes com câncer cujo desfecho foi grosseiramente atropelado por nossa *fast medicine* atual. Pessoas cuja situação clínica não tinha nenhuma possibilidade de ser revertida nem mesmo controlada, mas mesmo assim foram engolidas por tratamentos, intervenções e exames preconizados por protocolos-padrão que não tinham sido concebidos para elas. Essas situações tristes – e até trágicas – não decorrem de crueldade das equipes de saúde. Pelo contrário: médicos, enfermeiros e outros profissionais se desdobram todos os dias, trabalhando além dos limites físicos e emocionais, para cumprir os protocolos que acreditam ser o que há de melhor para cada paciente. O maior problema está em nossa capacidade extremamente limitada de reconhecer quando o paciente não será beneficiado pelos protocolos padronizados. Mais que isso: não temos protocolos-padrão para as pessoas que não se encaixam nos protocolos-padrão. É por isso que precisamos criá-los sob medida, como um alfaiate que costura o terno ainda no corpo do cliente. Precisamos ouvi-las, compreendê-las, permitir que aprofundem as relações familiares e nos ajudem a propor as estratégias que realmente lhes trarão benefícios. Precisamos de tempo.

Hoje, poucos de nós somos ingênuos a ponto de acreditar que ter tempo é apenas questão de organização pessoal. Em medicina, o tempo sempre foi um grande problema. Não se trata apenas da necessidade de tomarmos decisões em segundos para salvar a vida das pessoas, nem do volume (por vezes insano) de pacientes a atender num número restrito de horas. Falo da velocidade com que nosso tempo atual transcorre. Em oncologia, somos soterrados com uma quantidade inacreditável de novas drogas revolucionárias, exames cada vez mais precisos e estratégias de tratamento que nem sequer poderiam ser imaginadas pouquíssimos anos atrás. A avaliação criteriosa e crítica dos dados da literatura clínico-científica, corriqueira para os médicos de antigamente, é hoje privilégio dos poucos colegas que estruturaram a vida em torno disso. Na prática, mal conseguimos ler os resumos dos artigos. É

assim que nos vemos, perplexos, sentados diante de um paciente único, para quem dispomos de 15 a 20 minutos para decidir o que será feito, baseados na literatura médica o mais atualizada possível (de preferência, no artigo que saiu hoje pela manhã). Paciente do qual, essencialmente, sabemos apenas o diagnóstico e o resultado dos exames de imagem, que mostram metástases por todos os lados. Poucos meses depois, quando esse mesmo paciente vier a morrer, teremos registrado em seu prontuário cada droga administrada, as doses e os efeitos colaterais, devidamente graduados. Mas poucos de nós terão ideia de que ele era, por exemplo, exímio cantor e apaixonado pelos livros de Isaac Asimov e havia trabalhado na Interpol. Como ele gostaria de ter vivido aqueles últimos meses? Não, não deu tempo de perguntar...

A questão é que não estamos falando de tempo apenas como algo que beneficiará os pacientes e suas famílias. Praticar a medicina de forma mais criteriosa, sóbria, respeitosa e justa traz benefícios inclusive para quem a exerce, elevando os níveis de satisfação profissional, bem-estar pessoal e autoestima. Minha visão de uma oncologia feita sem pressa não é um manifesto em louvor aos antigos médicos, que se mudavam para a casa dos pacientes e, incansáveis, faziam tudo o que podiam para proporcionar alívio com seus poucos recursos. Uma abordagem como essa, nos dias de hoje, não somente seria inviável, como também negligenciaria recursos importantes no cuidado. Falo de uma oncologia que fuja do modelo predominante, aquele em que *one size fits all* – ou seja, em que se aplica um único tipo de solução a casos e problemas muito diferentes entre si –, e ouse adotar estratégias individuais, em que cada paciente tem suas demandas e expectativas reconhecidas, recebe respostas coerentes com essas demandas e vê a família envolvida como parte ativa no processo de adoecimento. Seguindo os movimentos “sem pressa” que vêm se espalhando em tantas áreas da medicina, falo da oncologia em sua forma mais sensata e eficaz: a *slow oncology*.

Embora a prática da *slow oncology* possa ser benéfica em qualquer momento da história natural do câncer, há um grupo de pacientes em que os benefícios são decerto mais robustos: aqueles para os quais não há possibilidade de cura e cuja doença comprometerá seriamente a qualidade de vida. A importância da mudança de paradigmas no cuidado desses pacientes se torna ainda maior pelo fato de os progressos da medicina terem transformado o câncer (mesmo em fases muito avançadas) em doença crônica, com que os pacientes chegam a conviver por mais de uma década. Nesses casos, uma

abordagem mais reflexiva e individualizada, que adote de forma parcimoniosa e sensata a tecnologia disponível, permite uma vida muito mais plena e compatível com os valores da pessoa doente, sem necessariamente comprometer o tempo de vida.

Num trabalho histórico, publicado no prestigioso *Journal of Clinical Oncology*, a dra. Marie Bakitas, paliativista americana, avaliou um grupo de 207 pacientes com câncer avançado e prognóstico estimado de seis a 24 meses de vida. A médica e sua equipe os dividiram em dois grupos: o primeiro seria encaminhado para acompanhamento com uma equipe de cuidados paliativos desde o diagnóstico; e o segundo, apenas 90 dias depois.¹ Ambos os grupos receberam os tratamentos convencionais contra o câncer, de acordo com as indicações de seus oncologistas e suas próprias opções pessoais. O que surpreendeu nos resultados do estudo foi que, embora não tivessem sido observadas diferenças significativas na qualidade de vida dos pacientes, o grupo que recebeu cuidados paliativos desde o diagnóstico teve tempo de vida significativamente maior que no outro grupo (63% dos pacientes no primeiro grupo estavam vivos após um ano, contra 48% no segundo).

Uma análise superficial desses dados levaria a concluir que os cuidados paliativos constituem tratamento eficaz para o câncer avançado. No entanto, sabemos que eles são não um tratamento, mas uma abordagem multiprofissional que prioriza controlar os sintomas, promover a qualidade de vida, individualizar o cuidado, envolver a família e respeitar a autonomia dos pacientes. Considerando isso, a conclusão pode ser perturbadora: quando minimizamos a importância de individualizar tratamentos, acabamos oferecendo estratégias desproporcionais que prejudicam o prognóstico. Em outras palavras, nossa *fast oncology* atual pode ser uma estratégia inadequada a ponto de, em alguns casos, comprometer o tempo de vida dos pacientes. Fazer mais não é necessariamente fazer melhor. Temos vivido décadas de evolução inacreditável na medicina, e a oncologia é uma das áreas cujo desenvolvimento se mostra mais rápido e impressionante. Somos capazes de curar grande número de pacientes que não teriam a menor chance se o diagnóstico de câncer tivesse acontecido há 20 anos. Compreendemos a doença em nível molecular, buscando nos complexos mecanismos genéticos as soluções para que as células tumorais tenham seu crescimento inviabilizado. E, acreditem, podemos dizer que somos muito bons quando a cura é possível, do mesmo modo que somos excelentes em lidar com situações críticas reversíveis, como infecções graves ou descompensações

orgânicas agudas. A ironia é que, em nosso caminho rumo à cura do câncer, vamos deixando à margem um número significativo de pessoas para as quais nossas estratégias – quase sempre baseadas em medicamentos e procedimentos – são em geral ineficazes ou mesmo prejudiciais. Em nossa oncologia focada na doença, é incrivelmente fácil subestimarmos a pessoa.

No entanto, o aspecto mais cruel de nossa prática atual está na incapacidade de lidarmos com expectativas e prioridades. Na corrida para prolongarmos a vida dos pacientes com câncer, oferecendo a tecnologia de forma indiscriminada e até insensata, obrigamos essas pessoas a despendere enorme quantidade de energia, tempo e dinheiro para que os tratamentos sejam realizados, sem que elas de fato compreendam para onde estão caminhando. Num paralelo com a montanha de Narayama, prometemos um caminho mais longo até o topo – o que nos parece obviamente desejável –, mas muitas vezes nos esquecemos de perguntar se estão mesmo dispostas a ser carregadas nas costas durante um tempo maior. Esquecemos como a escalada até aquele topo é por vezes penosa.

É esse o ponto no qual vejo a filosofia *slow* como caminho perfeitamente cabível em oncologia. Trata-se de promover o comprometimento profundo das famílias e dos profissionais da saúde em torno da melhor compreensão possível dos valores, prioridades e objetivos da pessoa com câncer, tornando sua jornada a mais produtiva e feliz possível. A *slow oncology* não se limita a oferecer boas estratégias para a cura ou o controle do câncer. Ela busca transformar o adoecimento num caminho que valha a pena percorrer e, se possível, prolongar. A forma de fazer isso implica a atenção contínua a todas as dimensões do paciente, inclusive às que extrapolem o corpo físico. Estamos falando de um cuidado que não subestime aspectos corriqueiros do bem-estar, como a nutrição, a higiene, o apoio emocional, a preservação da autonomia, a sexualidade, as relações interpessoais. Em outras palavras, um cuidado que permita que a pessoa vivencie a doença sem deixar de ser quem é.

O adoecimento por câncer, em especial nas fases mais avançadas, exige bem mais que tratamentos médicos. É um tempo em que o paciente e a família precisam mudar muitos de seus paradigmas para que possam viver bem. Não se trata apenas de se preparar para o fim, até porque nenhum de nós é capaz de prever em que momento ele acontecerá. A questão é: como viver de forma plena e feliz apesar do câncer? A resposta, com certeza, não se restringe a medicamentos e intervenções.

Em seus idosos com idade mais avançada, McCullough identificou oito estações distintas que a maioria dos pacientes tinha percorrido durante o processo de envelhecimento. Em cada uma dessas estações, o médico registrou as principais necessidades dos idosos e de seus familiares, descrevendo os aspectos mais importantes em que todos os envolvidos no processo podem fazer diferença. O que perguntar? Como falar sobre determinado assunto? Como identificar precocemente um problema? Como agir em prol de uma vida melhor? Ao ler seu livro, vieram-me à mente as estações pelas quais meus próprios pacientes – portadores de câncer – costumam passar, bem como as principais dificuldades que enfrentam. Algumas quase se superpõem às estações do envelhecimento de McCullough. No entanto, o fato de lidarmos com pacientes de todas as faixas etárias que estão convivendo com uma doença em geral cruel e complexa acaba por nos levar a caminhos diferentes daqueles descritos em *My mother, your mother*. São os caminhos que procurei descrever neste livro, mostrando como a adoção de uma estratégia *slow* pode ter impacto surpreendente na vida daquelas pessoas. Minha intenção é, essencialmente, ajudar pacientes com câncer e suas famílias a promover um cuidado mais adequado, tornando sua jornada mais valiosa, significativa, sensata e serena.

Os dez princípios da *slow medicine*

Em 2014, o movimento Slow Medicine da Holanda construiu dez princípios que norteiam a prática da filosofia *slow* na assistência médica.

1. **Tempo.** Tempo para ouvir, para entender, para refletir. Tempo para consultar e tomar decisões. A tomada de decisões melhora quando os médicos dedicam tempo e atenção ao paciente.
2. **Individualização.** Cuidado particularizado, justo, apropriado. A individualidade em lugar da generalidade. O paciente deve ser o foco da atenção, sendo seu ponto de vista e seus valores fundamentais.
3. **Autonomia e autocuidado.** Decisões compartilhadas. A chave da questão são os valores, expectativas e preferências do paciente. Nela estão envolvidos o ambiente de cuidados do paciente, sua família, vizinhos, amigos e outras fontes de apoio.
4. **Conceito positivo de saúde.** Nesse conceito de saúde, que transcende o antigo definido pela Organização Mundial da Saúde (“um estado de

completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”)), o foco está no autocuidado e na resiliência, com ênfase na saúde e não na doença. Assim, abrange os cuidados de saúde, a prevenção de doenças e a manutenção da qualidade e da acessibilidade dos cuidados.

5. **Prevenção.** Alimentação saudável é a prescrição básica para uma vida saudável. Atividade física regular, pensamento positivo e flexibilidade mental são essenciais para manter nosso cérebro saudável.
6. **Qualidade de vida.** Fazer mais nem sempre significa fazer melhor. Mais que na quantidade, deve-se investir na qualidade, na aceitação do inevitável. É preciso sempre levar em conta a arte médica de não intervir – a sabedoria da observação clínica.
7. **Medicina integrativa.** O melhor de dois mundos: medicina tradicional sempre que indicada e medicina complementar se possível, preferencialmente baseada em evidências. Segurança em primeiro lugar, eficácia quando possível. Sem metáforas de luta ou guerra contra a doença. As palavras de ordem são recuperação, equilíbrio, harmonia.
8. **Segurança em primeiro lugar.** A equipe de saúde precisa ter em mente o juramento de Hipócrates – *Primum non nocere et in dubio abstinence*. Em primeiro lugar, não causar o mal; na dúvida, abster-se de intervir.
9. **Paixão e compaixão.** Resgatar a paixão pelo cuidar e o sentimento da compaixão na atenção médica. Buscar incansavelmente a humanização dos cuidados à saúde .
10. **Uso parcimonioso da tecnologia.** As novas tecnologias devem cumprir seus objetivos de auxiliar a pessoa no autocuidado e ajudar o médico a tomar as melhores decisões para seu paciente, as quais visam sobretudo melhorar sua qualidade de vida.

Estação 1 – A vida de cabeça para baixo

Não acredito que isso está acontecendo com ela.

P. F., amiga

Quando Luísa percebeu um pequeno caroço por dentro da bochecha direita, do tamanho de uma semente de maçã, imaginou que era mais uma afta que a atormentaria durante alguns dias e não deu muita atenção. Mas os dias se passaram e o caroço continuava confortavelmente instalado na boca, sem a dor que teria sido de esperar de uma afta comum e sem a melhora espontânea que deveria ter ocorrido em pouco tempo. “Acho que vou ter que ver o que é isso”, pensou.

Mas uma viagem, marcada havia meses, adiou a ida ao médico em várias semanas. Na volta, o acúmulo de trabalho postergou a consulta em mais alguns dias. O dia da consulta enfim chegou, e o médico julgou, apenas por excesso de zelo, que seria prudente fazer uma biópsia do caroço persistente, agora já um pouco maior. Assim foi feito.

Uma semana depois, Luísa se lembrou de acessar o resultado do exame, pois tinha retorno com o médico no dia seguinte. Ela estava trabalhando, entre um atendimento comercial e outro, e aproveitou um intervalo para ver o resultado no computador. O “pequeno intervalo”, no entanto, transformou-se num daqueles momentos em que o tempo parece ter-se congelado. Luísa precisou ler e reler o laudo algumas – muitas – vezes para conseguir assimilar o que estava escrito. O texto, embora tão claro e legível, parecia não fazer sentido para ela. As letras se embaralhavam, dançavam na frente dos olhos, e ela fez um esforço fora do comum para compreender o significado: “carcinoma espinocelular”. Era isso. Luísa estava com câncer.

Os minutos, em geral tão curtos, transformaram-se de repente em horas. A boca ficou seca, o coração não se continha dentro do peito, e veio aquela sensação terrível de que um alçapão tinha sido aberto debaixo de seus pés. Respirou fundo, buscando retomar o controle da situação. Tomou um gole de água e decidiu continuar a trabalhar. Resolveria aquilo depois. Mas, por mais que tentasse, seus pensamentos não saíam daquele maldito laudo da biópsia. Ela não conseguia dar atenção às pessoas a sua frente. Ouvia o que diziam, mas as palavras